

СНОВИДІННЯ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

NIGHT DREAMS AND PATHOPSYCHOLOGY OF A PERSONALITY

У статті розглядаються сновидіння особистості в нормі та патології. Сновидіння можна розглядати як окремий стан свідомості, який виконує важливі функції (зокрема, засвоєння нової інформації) та містить важливі дані щодо психічного стану індивіда. У статті показано вплив органічних порушень та уражень мозку на сновидіння. Зокрема, встановлено, що ураження тім'яної та лобової кори та лоботомія призводять до зникнення сновидінь. Ураження потиличної кори призводить до втрати таких характеристик, як рух, колір, та упізнавання об'єктів сну, оскільки ці ділянки кори виконують відповідні функції. Також у статті розглядаються відмінності у сновидіннях особистостей із нормальним (або невротичним), пограничним та психотичним рівнем особистісної організації. Так, показано, що сні осіб на пограничному та психотичному рівнях характеризуються більшою часткою деструктивних та/або агресивних взаємодій, тоді як сновидіння особистостей на невротичному рівні характеризуються конструктивними діями та взаємодіями. Іншою відмінністю снів особистостей на психотичному рівні є наявність у сюжеті спотворення образу тіла та зміни плину часу. Також у статті наведено характеристики сновидінь осіб із різними захворюваннями. Зокрема, показано, що особи з депресивним та тривожним розладом характеризуються більшою частотою кошмарів. Також у снах таких осіб частими є негативні емоції страху, гніву тощо. Сні особистостей із шизофренією достовірно не відрізнялись від снів здорових особистостей за сюжетом та афективною складовою частиною. Водночас у сновидіннях осіб із шизофренією переважали примітивні сексуальні та харчові потреби та були наявні сюжети спотворення часу та образу тіла. Сні осіб із посттравматичним розладом містили елементи агресії та емоції страху та гніву. Зрештою сновидіння особистостей із нарцисичним розладом характеризуються грандіозністю, еротоманією та темами переслідування.

Ключові слова: сновидіння, психопатологія, ураження мозку, психотичні розлади, депресія, тривога, нарцисизм.

The article examines the dreams of healthy individuals and individuals with psychopathology. Dreams can be considered as a separate state of the consciousness, which performs the important functions (in particular, the assimilation of the new information) and contains the significant data about the mental state of an individual. The article demonstrates the impact of the brain damage on dreams. In particular, it has been found that the damage of the parietal and frontal cortex and lobotomy lead to the disappearance of dreams. Damage to the occipital cortex results in the loss of such dreams characteristics as the movement, color, and recognizability of sleep objects, as these areas of the cortex perform the respective functions. Also, the article considers the differences in the dreams of individuals with normal (or neurotic), borderline, and psychotic levels of the personal organization. Thus, it is shown that dreams of individuals at the borderline and psychotic level are characterized by the greater level of destructive and / or aggressive interactions, while dreams of individuals at the neurotic level are characterized by constructive actions and interactions. Another characteristic between dreams of people at a psychotic level is the presence in the plot of distortion of body image and changes in the passage of time. The article also presents the characteristics of dreams of people with various mental diseases. In particular, it has been shown that people with depressive and anxiety disorders are more likely to have nightmares. Negative emotions of fear and anger are also more common in the dreams of such individuals. The dreams of individuals with schizophrenia did not differ significantly from the dreams of healthy individuals in plot and affective components. At the same time, the dreams of people with schizophrenia were dominated by primitive sexual and nutritional needs and there were plots of distortion of the time and body image. The dreams of people with post-traumatic disorder contain elements of aggression and emotions of fear and anger. Finally, the dreams of individuals with narcissistic disorder are characterized by grandiosity, erotomania, and persecution.

Key words: dreams, nightmares, psychopathology, brain damage, psychotic disorders, depression, anxiety, narcissism.

УДК 159.9.072

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.33.24>

Перевязко Л.П.

к.психол.н.,

доцент кафедри диференціальної та спеціальної психології

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Вступ. Сон – це один із найбільш унікальних аномальних станів свідомості, який виконує багато функцій, таких як регулювання й коригування настрою та інтеграція нової інформації. Зміст сновидінь часто відображає поточний настрій і рівень тривожності особистості. Водночас порушення сну та наявність кошмарів, як правило, пов'язані із професійними і соціальними проблемами [12]. Сон може відігравати роль у поясненні психопатології багатьох психічних розладів та етіології функціональних неврологічних розладів. У зв'язку з цим у деяких дослідженнях доведено, що існує зв'язок між змістом сновидіння та такими захворюваннями, як розлади настрою, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад [12;

14]. Отже, дослідження змісту та окремих елементів сновидінь може мати діагностичну цінність у роботі із загальною та клінічною популяцією.

Сновидіння та органічні порушення діяльності мозку. Викликає інтерес дослідження деяких патологічних станів, що впливають на сновидіння. Так, пацієнти, які мають органічні ураження окремих структур головного мозку, можуть помічати повне зникнення сновидінь. Це спостерігається в разі уражень оперкулярної зони тім'яної частки або глибоких шарів білої речовини лобової частки [6]. Ураження первинних візуальних відділів кори потиличної ділянки великих півкуль, що призводить до сліпоти, проте не викликає зміни

здатності формувати сновидіння. Разом із тим в осіб із вродженою сліпотою відсутні зорові образи під час сну. Однак у пам'яті є образи, сформовані під впливом інших стимулів, які присутні в їх сновидіннях [10]. Ураження середньої ділянки кори потиличної ділянки, що відповідає за формування більш складних характеристик зорових образів, таких як колір, рух та упізнавання, призводить до відповідних дефектів сновидінь – вони втрачають колір, образи статичні, особи в сновидіннях не упізнаються. Зрештою ділянка потиличної кори, яка розташована на кордоні між скроневою та тім'яною областями, відповідає за найбільш абстрактні аспекти переробки зорової інформації, і патологія цих відділів супроводжується порушеннями здатності здійснювати арифметичні дії та порушеннями просторової уваги. Поразка зазначеної ділянки кори обох півкуль призводить до повного зникнення сновидінь [17]. Порушення формування сновидінь виявлялися в пацієнтів, які пройшли операцію лоботомії. У результаті цієї операції порушувалися зв'язки лобової ділянки зі структурами лімбічної системи і, як наслідок, помічалася зникнення галюцинацій у психічно хворих та одночасно зникнення сновидінь [6]. Так, ураження певних ділянок головного мозку може призводити до зникнення сновидінь взагалі або зникнення певних характеристик снів.

Сновидіння та рівень організації особистості. Теоретичні дослідження показали, що сновидіння можуть розглядатися як повноцінний психічний феномен, що репрезентує несвідомі процеси. У стані сну має місце зняття порога, що відокремлює усвідомлювані та неусвідомлювані процеси, а також порога «забуття» попередніх вражень, тому в сновидінні спостерігається змішання відомих та усвідомлених елементів та забутих чи не сприйнятих свідомо [1; 2; 4]. Можна сказати, що в стані сну суб'єкт отримує доступ до всього ресурсу пам'яті, з якого відбираються ті елементи уявлення, які відповідають актуальним потребам. Особливості емоційного аспекту сновидінь зумовлені, з одного боку, задоволенням/незадоволенням потреб, з іншого – архаїчним характером мислення/уяви уві сні з його високою афективністю. Відчуття та сприйняття у стані сну зі сновидіннями пов'язані з процесами, що відбуваються у внутрішньому світі суб'єкта [3]. Таким чином, сновидіння і в нормі, і в разі патології репрезентують несвідомі процеси психіки особистості.

Науковець С.В. Авакумов [3] порівнював різні характеристики сновидінь особистостей у нормі і патології. Так, середня чисельність об'єктів (персонажів) сновидінь у нормі та при патології не відрізняється та приблизно становить 8,6 об'єкта, що відповідає обсягу оперативної пам'яті людини. Однак у нормі

сновидіння жінок наповнені більшою кількістю об'єктів, ніж сні чоловіків. Також чоловіки схильні наповнювати сновидіння чоловічими персонажами, а жінки – жіночими, що зберігається і на різних рівнях психопатології.

Досліджувані, які належать до різних рівнів психічних розладів особистості, відрізняються за частотою появи окремих об'єктів у снах. Так, на невротичному рівні частіше з'являються елементи міського ландшафту та рідше – знайомі сновидця. При психозах частіше спостерігаються батьки, знайомі, тварини та фантазійні об'єкти, а рідше – інші родичі та міський ландшафт. У нормі в сновидіннях найчастіше помічаються конструктивні взаємодії між персонажами та рідше – деструктивні прояви. У осіб із пограничною організацією, навпаки, у відносинах між персонажами найчастіше виявляється деструктивність і рідше – конструктивність. При психозах деструктивні інтеракції між персонажами зустрічаються частіше, ніж у нормі, водночас сновидець набагато рідше намагається фізично наблизитися до інших персонажів сновидіння. Набагато рідше, ніж у нормі, мають місце конструктивні взаємодії між персонажами. Сюжет сновидіння людей на невротичному рівні рідко містить спотворення часу чи сцени поразки суб'єкта. У пограничних особистостей частіше спостерігаються кошмарні сюжети та сцени поразки суб'єкта, а при психозі – спотворення схеми тіла, сцени поразки та спотворення часу дії сновидіння [3]. Так, показано, що сновидіння особистостей на різних рівнях психічних розладів містять різні сюжетні елементи та конструкти.

Щодо інших показників, то центральною особливістю емоційних реакцій уві сні порівняно з неспанням є переважаючі емоції негативного спектра та зменшення позитивних емоційних реакцій за загальної тенденції до збільшення представленості емоцій у сновидіннях. При цьому невротичні сновидіння найчастіше містять емоції гніву та страху. Водночас при психозах у сновидіннях спостерігається загальне зниження представленості емоцій будь-якого плану, а також різке зниження частоти когнітивних реакцій. Також відрізняються потреби, що реалізуються у снах особистостей із різним рівнем психічних розладів. У нормі уві сні переважно реалізуються потреби, які не були реалізовані удень. Особи на пограничному рівні реалізують уві сні потребу в безпечному середовищі. На відміну від цього, в осіб із психотичною патологією уві сні переважають примітивні сексуальні та харчові потреби [3]. Отже, сні характеризуються різним рівнем потреб особистостей на різних рівнях психічних розладів.

Заслуговує на увагу погляд Е. Хартмана, згідно з яким здатність відтворювати сновидіння суттєво пов'язана з таким особистісним

конструктом, як тонкість меж психіки, складовими компонентами якого є терпимість до амбівалентної ситуацій, відкритість досвіду, креативність, схильність до фантазій, схильність до гіпнозу [9]. Навпаки, «товсті» межі психіки характеризуються такими рисами, як чіткість у міжособистісних взаємодіях, чітка самоідентифікація, загалом стабільне функціонування. На думку дослідника, в ранньому дитинстві кордони завжди тонкі і вони починають «потовщуватися» з віком, причому цей процес залежить як від соціальних, так і від біологічних факторів. Тонкі межі психіки характерні для особистостей, що належать до психотичного та пограничного рівня організації особистості. Тому такі індивіди схильні більш чітко відтворювати сновидіння та переживати біль та емоційно-насичений досвід сновидінь.

Сновидіння та психопатологія

1. Депресія та тривожність. Депресія і тривога є провісниками емоційно негативних сновидінь. Депресивні особи зазвичай бачать сни емоційно негативного змісту. До того ж особистості з депресивним та тривожним розладом характеризуються більш високою поширеністю та наявністю коморбідного розладу та частіше бачать кошмари у своїх сновидіннях. Кошмари – це тривалі, надзвичайно дисфоричні сни, які добре запам'ятовуються. Кошмарний розлад можна діагностувати, коли поява частих кошмарів викликає значний дистрес [8]. Поширеність кошмарного розладу висока серед осіб, які страждають на депресію (37%) та тривожний розлад (16%) [18]. Для порівняння, лише 2% загального населення відчувають кошмари щотижня [16]. Важливо, що особи, які страждають на депресивний розлад із психотичними симптомами, менше страждають від кошмарів, ніж особистості з депресією без психотичних симптомів. Сни осіб із депресивним розладом із психотичними симптомами містили менше страхів, ніж сни контрольної групи (депресія без психотичних симптомів), однак обидві групи не відрізнялися за гнівом, смутком та відчуттям розгубленості. Також обидві групи характеризувалися наявністю у сновидіннях теми агресії, нещастя та невдачі [13]. До того ж існує зв'язок між нічними кошмарами та суїцидальністю в дорослих і дітей/підлітків, які страждають на депресивний або біполярний розлад. Негативні сни, особливо повторювані, можуть передбачити схильність до самогубства [14]. Особистості, яким часто сняться кошмари, мають підвищений ризик до суїцидальних думок та повинні повідомити про спроби самогубства в минулому.

В особистостей із високим рівнем тривожності такі показники сновидінь, як небезпека, тривога, відсутність інтересу та безсилля сновидця, значно вищі, ніж у здорових індивідів.

Також для сновидінь досліджуваних із вираженою тривожністю кількість жахливих образів і ситуацій є вищою, ніж в особистостях без вираженої тривожності. Тобто у сновидіннях тривожних індивідів частіше присутні такі образи, як кров, антропоморфні істоти, відчуття небезпеки, тривоги, відсутність інтересу та безсилля сновидця. В індивідів із високим рівнем тривожності на відміну від нетривожних у сновидіннях присутнє відчуття непереборної сили, і чим вищим є рівень тривожності, тим слабшим та безпораднішим постає індивід у своїх сновидіннях. Сновидіння високотривожного індивіда характеризуються вираженою агресивністю, гнівом, роздратуванням, заздрістю, переживаннями жаху, паніки, страху, відчуттям дії непереборної сили, що пригнічує особистість сновидця [7]. Отже, високий рівень тривоги призводить до сновидінь, насичених безпорадністю сновидця та негативними емоціями.

Було виявлено, що кілька конкретних тем сновидінь більш поширені в пацієнтів із тривогою, ніж у здорових людей. Ці теми включали, зокрема, переслідування, фізичні напади та агресивні дії, застигання від переляку, сварки та словесні агресивні взаємодії, занепокоєння та страх із приводу агресивних дій інших, страх та загрозу падіння, виключення із соціальних ситуацій, смерть батьків і членів сім'ї, нещасні випадки, автомобільні чи авіаційні катастрофи, а також невдачі. Сни тривожних хворих відрізнялися більшою кількістю різних людських характерів та поширеністю незнайомих персонажів. Також колишні партнери сновидців частіше зустрічаються у сновидіннях осіб із тривожними розладами, ніж у снах здорових людей. Можна припустити, що люди з тривожними розладами можуть бути більше стурбовані думками або занепокоєннями щодо своїх колишніх партнерів і, як правило, більше зосереджені на своїх минулих подіях. До того ж сни тривожних хворих містили загалом більше символів, ніж сни здорових людей. Можливо, це пов'язано з тим, що пацієнти з тривожними розладами мають тенденцію згадувати свої сни краще та більш детально [15]. Так, ще однією важливою особливістю снів особистостей із тривожним розладом є наявність колишніх партнерів у снах.

Досліджувані, які страждають на тривожний розлад, можуть мати підвищений ризик переживати кошмари. Є суперечливі результати щодо зв'язку між специфічними тривожними розладами та кошмарами. Зокрема, наявність обсессивно-компульсивного розладу, здається, не пов'язана з негативними емоціями або темами сну, а також тривогою, відчуттям смутку, та невдачами у сновидіннях. Водночас особистості, які страждають на генералізований тривожний розлад, повідомляють про

більшу частоту кошмарів [13]. Таким чином, різні тривожні розлади можуть по-різному впливати на сновидіння особистостей, що вимагає подальшого дослідження.

2. Дисоціативні розлади та шизофренія. Загалом література характеризується лімітованими даними щодо сновидінь особистостей із різними психопатологіями, окрім депресивно-тривожних станів, що показує недостатність досліджень цієї теми в сучасній психологічній науці. Однак хворі на дисоціативні розлади можуть вказувати на більш високу частоту сновидінь, які довільно змінюються, є самонавіювання та сплутаність сну з реальністю [19]. Сни осіб, які страждають на шизофренію, не містять більше негативних емоцій або тем, ніж сни здорових особистостей. У двох груп була подібна частка снів із високим рівнем тривоги або актами ворожості. Сни хворих на шизофренію не відрізняються за частотою раптових пробуджень від сну через елементи страху, частотою негативних емоцій, неприємних елементів чи елементів агресії або насильства. Проте досліджувані, які страждають на шизофренію, повідомляють про більшу частоту кошмарів порівняно з контрольною групою [13]. Водночас показано, що сновидіння особистостей, хворих на шизофренію, характеризуються наявністю спотворення образу тіла та порушення плину часу [3]. Таким чином, загалом сни хворих на шизофренію не відрізняються від снів здорових особистостей.

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Для осіб із ПТСР характерна вища частота кошмарів. Такі індивіди страждають від кошмарного розладу набагато частіше, ніж здорові особистості: 67% порівняно з 2% загальної популяції [16, 18]. Сни осіб із ПТСР містили менше дружніх взаємодій, ніж сни здорових людей. Хоча дружні взаємодії не були повністю відсутні в їхніх снах, частота була значно нижчою, ніж у снах здорових учасників. Аналогічно, такі пацієнти демонстрували набагато меншу кількість дружніх взаємодій у своїх снах, ніж агресивних [13]. Можна припустити, що така поширеність агресивних взаємодій та порівняна відсутність дружніх дій у сновидіннях учасників із ПТСР також пов'язана з їхніми страхами та витісненою агресією в повсякденному житті.

4. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). Наявність СДУГ у дорослих пов'язана з більшою частотою кошмарів, тоді як у дітей та підлітків наявність цього захворювання не пов'язана з наявністю кошмарного розладу. Також більша частка снів особистостей із СДУГ містить негативні емоції та фізичну агресію, спрямовану на сновидця [13]. У дітей частота пригадування сну та загальні характеристики сновидінь, такі як тривалість сну, не відрізнялися між групами з та без СДУГ.

Однак сни дітей зі СДУГ були більш негативними і включали більше нещастя/погроз, негативних кінців і фізичної агресії щодо сновидця, що може бути пов'язано з серйозними емоційними проблемами при СДУГ [11]. Так, СДУГ призводила до збільшення кількості негативних емоцій у сновидіннях дітей та дорослих.

5. Нарцисичний розлад. Грандіозність і самозакоханість є характеристиками роздуреного Я особистостей із нарцисичним розладом. Сновидіння таких особистостей характеризуються грандіозністю та еротоманією. Також у снах осіб із нарцисичним розладом переважали теми переслідування сновидця [19]. Частота таких снів були вищою в осіб із більш вираженим розщепленням між нарцисичною грандіозністю та вразливістю. Тема переслідування у снах може бути пояснена проявом неусвідомленої нарцисичними особистостями власної вразливості щодо думки оточуючих про них, а також проявом власних агресивних імпульсів націлених на інших [20]. Відповідно, сни переслідування можуть бути пов'язані з досвідом ідеалізації та знецінення інших, що характеризує механізми захисту, які спостерігаються в нарцисичних індивідів.

Висновки. Таким чином, сновидіння, будучи повноцінним психічним феноменом, мають виражені особливості, що дають змогу виділити нормальну і патологічну психологію сновидіння. В осіб із різними психічними захворюваннями сновидіння містили більше кошмарів, емоцій гніву та страху, тривоги, безпорадності й агресії та націлені на інших або на сновидця. Зміст сновидінь у хворих відрізняється більш високим рівнем загального негативу та невдач, різноманітних загроз, нещастя, небезпечних ситуацій і подій, з якими неможливо успішно впоратися, уникнути або подолати. Водночас дослідження сновидінь із психодіагностичною метою показали відсутність значущих кореляцій між будь-якими показниками сновидінь і психіатричними діагнозами, тобто сновидіння не можна використовувати з діагностичною метою. Однак сновидіння осіб, які страждають на неврози і розлади настрою, можуть бути використані як матеріал для подальшої психологічної та психотерапевтичної роботи, тоді як шизофренічні сновидіння цим потенціалом не володіють.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Авакумов С.В. Психологическая модель сновидения в норме и патологии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Санкт-Петербург, 2009.
2. Авакумов С.В. Сновидения в психологии и психотерапии. Санкт-Петербург : ЭЛМОР, 2013. 144 с.
3. Авакумов С.В. Психологическая модель сновидения в норме и патологии. *Эффективная фармакотерапия*. 2017. № 35. С. 32–37.
4. Авакумов С.В. Теоретико-методологические аспекты построения модели сновидения в норме и

патологии. *Известия Российского Государственного Педагогического Университета им. А.И. Герцена*. 2009. № 112. С. 226–234

5. Авакумов С.В. Особенности проявления агрессивности в сновидениях. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2009. № 6. С. 3–5.

6. Кельмансон И. Современные представления о происхождении сновидений и их формировании в онтогенезе, их значении в клинической практике. *Врач*. 2018. Т. 29. № 4. С. 12–25.

7. Тихомирова И.В. Особенности сновидений у лиц с различным уровнем тревожности. *Вопросы науки и образования*. 2018. Т. 7. № 19. С. 274–278.

8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author. 991 p.

9. Hartmann E. *The nature and functions of dreaming*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2011. 176 p.

10. Hobson J. *Dreaming: an introduction to the science of sleep* / Oxford, New York: Oxford University Press, 2002. 168 p.

11. Kirov R., Brand S. Sleep problems and their effect in ADHD. *Expert review of neurotherapeutics*. 2014. Т. 14. № 3. Pp. 287–299.

12. Komasi S. et al. Dreams content and emotional load in cardiac rehabilitation patients and their relation to

anxiety and depression. *Annals of cardiac anaesthesia*. 2018. Т. 21. № 4. Pp. 388–392.

13. Lemyre A., Bastien C., Vallières A. Nightmares in mental disorders: A review. *Dreaming*. 2019. Т. 29. № 2. P. 144–166.

14. Palagini L., Rosenlicht N. Sleep, dreaming, and mental health: a review of historical and neurobiological perspectives. *Sleep medicine reviews*. 2011. Т. 15. № 3. P. 179–186.

15. Rimsh A., Pietrowsky R. Analysis of dream contents of patients with anxiety disorders and their comparison with dreams of healthy participants. *Dreaming*. 2021. Т. 31. № 4. P. 303–319.

16. Schredl M. Nightmare frequency in a representative German sample. *International journal of dream research*. 2013. Т. 6. P. 119–122

17. Solms M., Turnbull O. *The brain and the inner world: an introduction to the neuroscience of subjective experience*. London: Routledge, 2019. 342 p.

18. Van Schagen A. et al. Nightmare disorder, psychopathology levels, and coping in a diverse psychiatric sample. *Journal of clinical psychology*. 2017. Т. 73. P. 65–75.

19. Yu C. K. C. Normality, pathology, and dreaming. *Dreaming*. 2014. Т. 24. № 3. P. 203–216.

20. Yu C.K.C. Pathological narcissism, dream experiences, and personality dynamics. *Dreaming*. 2018. Т. 28. № 4. P. 322–336.