


The background of the book cover is a photograph of a sunset or sunrise. A large, bright sun is partially obscured by dark, silhouetted clouds. The sky is a deep orange-red color. The foreground shows a dark, flat landscape, possibly a desert or a field, under the low light of the sun.

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева

 ПИТЕР®

Цезарь Петрович Короленко Наталья Витальевна Дмитриева Личностные расстройства

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=422172

Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. Личностные расстройства: Питер;

СПб; 2010

ISBN 978-5-49807-156-5

Аннотация

Эта книга существенно отличается от имеющихся публикаций, посвященных личностным расстройствам. В ней пересмотрены и расширены в соответствии с новыми данными клинические характеристики личностных расстройств. Описаны личностные расстройства, которые не входят в DSM-IV-TR (2000). Особое внимание уделено диссоциативному расстройству идентичности, которое нередко либо не диагностируется вообще, либо диагностируется ошибочно. Подробно рассмотрены вопросы этиологии и механизмов развития личностных расстройств, представлены особенности терапии, в том числе диалектической поведенческой, когнитивной, психодинамической и др. Приведены современные сведения о сочетанном психотерапевтическом и психофармакологическом подходах к лечению и коррекции личностных расстройств.

Издание предназначено для широкого круга профессионалов из числа психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и представителей смежных специальностей.

Содержание

Предисловие	5
Введение	20
Часть I. Личностные расстройства	35
Параноидное личностное расстройство	35
Шизоидное личностное расстройство	76
Шизотипическое личностное расстройство	104
Антисоциальное личностное расстройство	122
Конец ознакомительного фрагмента.	164

Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева

Личностные расстройства

Предисловие

В исследованиях последних пяти лет мы уделяли специальное внимание личностным расстройствам [1–3]. Сегодня стало очевидным, что проблема личностных расстройств выходит за пределы интересов классической психиатрии и в той или иной степени затрагивает многих людей. Речь идет не только о лицах с клиническим диагнозом личностного расстройства, но и о тех, у кого хотя и недостаточно выражены требуемые для диагностики признаки, тем не менее, из-за них они испытывают серьезные трудности в общении, личной жизни, профессиональной деятельности. Для значительной части этих людей типичны постоянная неудовлетворенность жизнью, психологический дискомфорт, неуверенность в себе, колебания в принятии даже относительно простых решений.

Личностные расстройства и близкие к ним состояния, называемые иногда «теневыми синдромами» [20], многообразны, обычно они не обнаруживаются при однократном, тем

более поверхностном, обследовании. Пациенты с личностными расстройствами часто стараются проявить себя с лучшей стороны в общении со специалистом, скрыть или преуменьшить свои проблемы, прибегая в качестве психологической защиты к использованию различных вариантов ролевого поведения. В результате всегда существует риск неправильной оценки таких людей, их характерологических черт, истинного отношения к себе и другим. За маской формального ролевого поведения нередко скрываются зависть, агрессивность, импульсивность, слабость идентичности и др.

Кроме «ускользания» личностных расстройств от диагностики, существует опасность постановки ошибочного диагноза, когда личностное расстройство оценивается как психическое заболевание. Это связано с тем, что в период декомпенсации (обострения) в течение определенного (обычно короткого) времени на фоне личностного расстройства могут развиваться психические нарушения психотического уровня. Следует учитывать также, что ряд личностных расстройств даже при отсутствии их декомпенсации проявляется нарушениями поведения и симптомами, которые недостаточно квалифицированный и/или нацеленный на упрощенную модель диагностики «симптом-синдром-диагноз» психиатр может квалифицировать как психическое заболевание, отсутствующее у пациента в действительности.

DSM-IV 1994 года (APA), DSM-IV-TR 2000 года (APA) – классификаторы психических расстройств Американской

психиатрической ассоциации – определяют личностное расстройство как «длительный паттерн внутреннего переживания и поведения, который отчетливо отклоняется от ожиданий культуры индивидуума, пронизывает его, не проявляет гибкости, имеет свое начало в подростковом и/или раннем взрослом периоде, обнаруживает стабильность длительное время и приводит к дистрессу или нарушению» (APA, 1994).

Многоосевой DSM постоянно развивает классификацию личностных расстройств, которые размещены на Второй оси (Axis II). На этой же оси располагаются стабильные, практически мало обратимые длительные психические расстройства, такие как нарушения или задержка умственного развития. В противоположность этим нарушениям, на Первой оси (Axis I) находятся преходящие обратимые нарушения, которые появляются и исчезают. Некоторые авторы называют эти расстройства «симптомными» [22], т. к. пациенты с нарушениями, относящимися к Первой оси, часто имеют психические отклонения («симптомы»), которые их беспокоят и требуют лечения.

Лица с расстройствами, относящимися ко Второй оси (Axis II), нередко не находят у себя болезненных проявлений и считают, что их трудности обусловлены отрицательными факторами жизненной среды – семейного или производственного характера, и что они не нуждаются в клиническом лечении. Таким образом, отношение пациентов к нарушению

ям, относящимся к Первой оси, носит эго-дистонный, т. е. чуждый, несвойственный его характер, в то время как нарушения Второй оси, в данном случае, личностные расстройства, эго-синтонны, т. е. рассматриваются пациентами как присущие им характерологические особенности и/или естественные реакции на сложившуюся ситуацию.

У пациентов с «симптомными» психическими нарушениями нередко не диагностируют личностное расстройство, поскольку эти нарушения выступают на первый план, они легче устанавливаются, носят обычно более явный, драматический, привлекающий внимание характер. Это прежде всего галлюцинации, бредовые идеи, нарушения сознания, «большие нарушения настроения» и др. Диагностика личностного расстройства требует дополнительной информации, анализа межличностных отношений, взаимодействия пациента с окружающими, а также специального психологического обследования.

Специалистам при обследовании пациентов полезно принимать во внимание метафору Дж. Дерксена (J. Derksen) [7]: диагноз нарушений на Первой оси «значит не многим больше, чем билет на театральное представление», которое разворачивается на Второй оси.

Вопрос о связи личностных расстройств с «симптомными» нарушениями Первой оси во многом остается невыясненным, хотя имеются данные о предрасположенности лиц с конкретным личностным расстройством к тому или ино-

му психическому нарушению (расстройствам Первой оси) [21]). Так, например, пациенты с шизотипическим личностным расстройством предрасположены к развитию шизофрении; для зависимого личностного расстройства характерен риск возникновения депрессии; социальная фобия часто возникает у лиц с личностным расстройством избегания. Констатируется тенденция к злоупотреблению алкоголем и другими веществами, изменяющими психическое состояние, при антисоциальном личностном расстройстве.

У одного и того же пациента могут присутствовать признаки, свойственные различным личностным расстройствам. Т. Видигер (Т. Widiger) [21] обнаруживал приблизительно у $2\frac{2}{3}$ пациентов с личностным расстройством, по крайней мере, признаки еще одного.

Классификация личностных расстройств по DSM-IV-TR размещает последние в трех кластерах «А», «В» и «С»:

1. В кластер «А» входят параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства. Их объединяет странное или эксцентричное поведение.

2. Кластер «В» объединяет нарушения, которые характеризуются неадекватностью, импульсивностью, эмоционально-драматическими проявлениями, а также антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионическое личностные расстройства.

3. Для нарушений кластера «С» типичны тревога и боязливость. К нему относятся обсессивно-компульсивное, зави-

симое и расстройство избегания.

Наряду с классификациями DSM-IV-TR, ICD-10, МКБ-10, существует структурно-динамическая классификация личностных расстройств, основанная на психодинамическом понимании личностной структуры и организации человека [9]. Личностная организация здесь определяется как нормальная, пограничная, психотическая, в зависимости от степени структурной интегральности личности. Имеется в виду, как индивидуум может справляться с конфликтами, тревогой, другими выраженными эмоциональными переживаниями. В этой классификации личностные расстройства кластера «А» соответствуют психотическому, кластера «В» – пограничному, кластера «С» – невротическому уровням. Лица с более высоким уровнем организации (кластер «С») обычно используют более зрелые формы психологической защиты; пациенты кластеров «В» и особенно «А» – более примитивные. Классификация Н. Маквильямса (N. McWilliams) [9] хорошо дополняет классификацию DSM и способствует лучшему пониманию проблемы.

Большое значение для дальнейшего развития учения о личностных расстройствах имеет прототипическая классификация Т. Миллона (Т. Millon), Р. Дэвиса (R Davis.) [14]. Выделенные в DSM личностные расстройства рассматриваются ими на трех первичных параметрах:

- а) «Я» («Self») – другой;
- б) активность – пассивность;

в) удовольствие – боль.

Т. Миллон [14] идентифицировал различные дезадаптивные стратегии поведения, являющиеся основным проявлением личностного расстройства. «Эти стратегии, по словам Миллона, отражают, какие стимулы индивидуумы обучились искать или избегать (удовольствие – боль), где они стараются достичь их (Я – другие) и как они обучились вести себя, чтобы устранить или избежать их (активность – пассивность)». Например, исходя из этой модели, Т. Миллон характеризует лиц с гистрионическим личностным расстройством, как людей, имеющих высокие показатели по параметрам «активность» и «другой» [14, с. 67]. В результате гистрионические индивидуумы находятся в безудержном поиске эмоционального подкрепления и стимуляции исключительно из внешних источников.

Т. Миллон и Р. Дэвис [14] предложили, чтобы все личностные расстройства, включенные в DSM, оценивались с позиции этой модели в рамках трех возможных полярных состояний:

1. Личность с дефицитарностью, для которой характерна стратегия (стиль жизни) с неспособностью акцентуировать две стороны полярности. Так, например, шизоидный индивидуум проявляет дефицитарность как в его/ее способности к поиску приятных, так и в избегании болезненных переживаний.

2. Несбалансированная личность, акцентуирующая одну

сторону полярности с одновременным исключением другой. Так, например, человек с зависимым личностным расстройством полностью зависит от других и практически не способен к самостоятельности.

3. Конфликтная личность колеблется между двумя полярностями, что характерно, например, для лиц с пограничным личностным расстройством, резко изменяющих свои оценки и стиль поведения.

Т. Миллон [13] предложил комплекс психологических тестов для выявления личностных особенностей и стилей. К ним относятся, прежде всего, MSMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory III; [13]). С помощью этого инструмента осуществляется прямая идентификация личностных расстройств. Тест представляет собой дальнейшее развитие тестов Т. Миллона 1977 года (MSMI-I [11], MSMI-II [12]).

Кроме того, предложенный Миллоном Указатель личностных стилей MIPS [13] позволяет установить латентные личностные элементы, которые трудно выявить при обычном клиническом обследовании. На его основе можно идентифицировать разные стороны полярностей.

Наиболее современный MSMI-III представляет собой вопросник из 175 вопросов с 24 клиническими и тремя добавочными шкалами: раскрытия, жалаемости, унижения. Добавочные шкалы выявляют тенденции к созданию впечатления о себе в обществе. Клинические шкалы охватывают все личностные расстройства, входящие в последние DSM клас-

сификации: DSM-III-R (APA, 1987) и DSM-IV, DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000).

Имеются также шкалы синдромов нарушений, относящихся ко Второй оси, входящие в приложения DSM-III-R и DSM-IV: самопораженческого, мазохистического, пассивно-агрессивного, садистического и депрессивного личностных расстройств.

Наконец, в MCMI–III содержится инструмент идентификации нарушений, расположенных на Первой оси, он включает нарушения шизофренического спектра, алкогольные и наркоманические проблемы, аффективное и посттравматическое стрессовое расстройства.

Т. Миллон [13] подчеркивает, что личностные расстройства лучше всего описаны в качестве прототипов (поэтому появился термин «прототипическая классификация») [8], которые разделяются на различные варианты, внутри которых сохраняется основная, свойственная конкретному расстройству, стратегия поведения, но могут появляться элементы из кода/кодов других личностных расстройств. Так, в рамках нарциссического личностного расстройства Т. Миллон [14] выделяет четыре субтипа:

- а) «элитный» субтип, с повышением показателей только на нарциссической шкале;
- б) «любовный» (amorous) субтип, с повышением характеристик на нарциссической и на гистрионической шкалах;
- в) «беспринципный» субтип с повышением показателей

на нарциссической и антисоциальных шкалах;

г) «компенсаторный» субтип с повышением показателей на нарциссической и пассивно-агрессивной шкалах, а также на шкале избегания [14].

Субтипы личностных расстройств мало изучены и, очевидно, зависят во многом от воздействия социальных и культуральных факторов. Знание клинических характеристик, возникающих из матричного прототипа субтипов личностного расстройства, очень важно для выбора адекватных методов терапии с воздействием на наиболее заинтересованное полярное звено с целью смягчения односторонности и установления сбалансированной стратегии поведения.

Рассмотрение личностных расстройств в настоящей книге существенно отличается от их анализа в отдельных главах наших предшествующих публикаций. Клинические характеристики личностных расстройств подверглись пересмотру и расширению в соответствии с новыми данными. Дополнительно приводятся описания личностных расстройств, которые не входят в DSM-IV-TR (2000). Тем не менее лица с их признаками часто встречаются в реальной жизни и создают серьезные специфические проблемы для себя и окружающих их людей.

Особое внимание уделено практически не известному российским психиатрам диссоциативному расстройству идентичности. Это нарушение до сих пор не диагностируется или, что еще хуже, диагностируется ошибочно, что при-

водит к различным (медицинским, психологическим, социальным) отрицательным последствиям.

Рассматриваются вопросы этиологии и механизмов развития личностных расстройств в свете теории «Я»-объектных отношений [10, 15, 23]. Анализируется значение неадекватного парентинга (родительствования), интернализации ранних отношений [5], психической травматизации, нарушений аттачмента (привязанности). Согласно И. Пирсон (E. Person), А. Купер (A. Cooper), Г. Габбард (G. Gabbard) [17], аттачмент является «биологически основанной связью между ребенком и осуществляющим о нем заботу человеком; связью, которая обеспечивает безопасность, выживание и эмоциональное благополучие ребенка». Сила привязанности оказывает мощное влияние на особенности формирующейся психической структуры и межличностные отношения.

В книге акцентируется роль интерзависимостей, взаимной эмпатии (сочувствия), «обоюдности» в различных аспектах. Нормальное развитие личности оказывается результатом не столько внутреннего развития личностной организации, сколько итогом увеличения степени включенности в отношения. Признаком адекватного развития считается формирование «пяти хороших вещей» (терминология Дж. Миллер и И. Стайвер [10]):

- 1) повышенное чувство наличия энергии;
- 2) повышенное знание себя, других, отношений;

- 3) способность к действиям и творчеству;
- 4) чувство собственной значимости, хорошего отношения к себе и другим;
- 5) желание большей связи с другими, формирование расширенного круга таких связей, создание социальной организации.

Целью коррекции является вывод пациентов с личностными расстройствами из состояния социальной изоляции и включение в сферу обоюдных отношений.

Особое внимание в книге уделяется вопросам терапии личностных расстройств. В ней представлены современные психотерапевтические модели и фармакотерапия, сочетание психотерапии, фокусированной на переносе, с фармакотерапией. Специально рассматриваются: диалектическая поведенческая терапия; когнитивная терапия [6, 18, 19]; психодинамическая терапия и др. Приводятся данные из литературы и собственного опыта о комплексном психотерапевтическом и психофармакологическом подходах к лечению и коррекции личностных расстройств. Анализируются особенности лечения личностных расстройств у пациентов/пациенток с двойным диагнозом при сочетании личностного расстройства с химической зависимостью и депрессией и другими кратковременными нарушениями психотического уровня.

Список литературы

1. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.
2. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Загоруйко Е. Н.* Идентичность в норме и патологии. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2000. – 256 с.
3. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск: Изд-во ОЛСИБ, 2001. – 251 с.
4. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Психоанализ и психиатрия: Монография. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2003. – 667 с.
5. *Akhtar, S.* Early Relationships and Their Internalization. In E. Person, A. Cooper, G. Gabbard, (Eds.) Textbook of Psychoanalysis, 2005. – 39–56 p.
6. *Beck, A., Freeman, A. et al.* Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.
7. *Derksen, J.* Personality Disorders: Clinical and Social Perspective. Chichester. New York, John Wiley, 1995.
8. *Magnavita, J.* Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Controversy. In J. Magnavita (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken. New Jersey, Wiley and Sons. (p. 8), 2004.
9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis: Understanding

Personality Structure in Clinical Practice. New York, Guilford Press, 1994.

10. *Miller, J., Stiver, I.* The Healing Connection: How Women form relationships in Therapy and in Life. Boston, Beacon Press, 1997.

11. *Millon, T.* Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual. Minneapolis, M.N: National Computer Systems, 1977.

12. *Millon, T.* Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual II. Minneapolis, M.N: National Computer Systems, 1987.

13. *Millon, T., Weiss, L., Davis, R.* Millon Index of Personality Styles (MIPS) Manual San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1994.

14. *Millon, T., Davis, R.* Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond. New York, Wiley, 1996.

15. *Jordan, J.* Women's Growth in Diversity. New York, Guilford Press, 1997.

16. *Linehan, M.* Dialectical Behavior Therapy of Borderline Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1993.

17. *Person, E., Cooper, A., Gabbard, G.* Textbook of Psychoanalysis. American Psychiatric Publishing, 2005. – 548 p.

18. *Pretzer, J.* Cognitive-Behavioral Approaches to the Treatment of Personality Disorders. In C. Perris, P. McGorry (Eds.) Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice. New York: Wiley, 1998. – 269–292 p.

19. *Pretzer, J.* Cognitive Therapy of Personality Disorders.

In J. Magnativa (Ed.) Handbook of Personality Disorders. Hoboken. New Jersey, Wiley, 2004. – 169–193 p.

20. *Ratey, J., Johnson, C.* Shadow Syndroms. New York, Warner Books.

21. *Widiger, T.* DSM-IV Reviews of the Personality Disorders: Introduction to Special Series. Journal of Personality Disorders, 1998 (5) – 122–134 p.

22. *Widiger, T., Costa, P., McCrae, R.* A Proposal for Axis II: Diagnostics Personality Disorders Using the Five-factors Model. In P. Costa, T. Widiger (Eds.). Personality Disorders and the Five-F actors Model of Personality (2nd ed., pp.431–456). Washington, DC, American Psychological. Association, 2002.

23. *Winnicott, D.* Ego Distortion in Terms of True and False self. In The Maturational Process and the Facilitating Environment. New York, International Universities Press, 1960. – 140–152 p.

Введение

Личностные и диссоциативные расстройства, несмотря на их широкую распространенность и нарастающее социальное значение, к сожалению, до настоящего времени не привлекли к себе достаточного внимания специалистов в России. Ситуация не является случайной и, очевидно, связана с рядом факторов, среди которых можно выделить следующие:

- 1) неинформированность о современном состоянии вопроса;
- 2) влияние старой концепции «психопатий», распространяющейся на все формы личностных расстройств;
- 3) недостаточная популярность психосоциальной парадигмы среди психиатров, которые в клиническом мышлении преимущественно ориентированы на биологическую сторону вопроса (парадигма – это понятие, включающее теорию, модели, гипотезы. В данном контексте – также методы диагностики, предупреждения и коррекции личностных расстройств);
- 4) отсутствие опыта в клиническом применении концепции «двойного диагноза».

Отсутствие своевременной информации у специалистов о личностных и диссоциативных расстройствах сказывается на особенностях диагностики, клинических проявлений, механизмов динамики и терапии. Недостаточность информа-

ции особенно заметна при работе с этими формами психических нарушений, в связи с постоянно появляющимися новыми данными, изменяющимися оценками и методами. Практика показывает, что психиатры, а также специалисты в других областях, сталкивающиеся с личностными расстройствами, наименее осведомлены о клинических характеристиках самых распространенных форм кластера «В» (DSM-IV-TR): антисоциальных, пограничных, нарциссических.

Трудность восприятия концепции личностных и диссоциативных расстройств во многом обусловлена сохраняющимся влиянием прежних представлений о «психопатах» – этот термин в России был заменен МКБ-10 на термин «личностные расстройства» только в 1999 году. Термин «психопатия» нес определенную психологическую нагрузку и ассоциировался в сознании психиатров с состояниями, напоминающими по своей клинической картине эндогенное психическое заболевание, – параноидные, шизоидные личностные расстройства (кластер «А» DSM-IV-TR). Другие формы личностных расстройств, прежде всего такие, как антисоциальное, пограничное, нарциссическое, фактически выпадают из поля зрения или приобретают неопределенное содержание, приближающееся к бытовому. Конкретные признаки/симптомы, свойственные личностному расстройству, при этом не учитываются и не используются для диагностической оценки.

Определенным препятствием для диагностики и много-

сторонней оценки личностных расстройств является жесткая приверженность психиатров биомедицинской парадигме, в рамках которой выстраиваются гипотезы, модели, проводится диагностирование, анализируются механизмы возникновения и развития нарушения, назначается терапия. Традиционное клиническое мышление во многих случаях предопределяет настороженность при использовании психосоциальной (психодинамической) парадигмы, которая особенно необходима при разработке подходов к проблеме личностных и диссоциативных расстройств.

До настоящего времени не получила широкого применения в диагностических оценках и концепция «двойного диагноза» – двухслойной или многослойной структуры психических нарушений. Первичная диагностика часто ограничивается выявлением симптомов, находящихся «на поверхности», сравнительно легко выявляемых в процессе интервьюирования и кратковременного наблюдения. При этом может упускаться из вида существование психических нарушений более глубокого уровня, на основе которых развилось диагностируемое расстройство. К таким более глубоким и малообратимым нарушениям относятся, в частности, личностные расстройства.

Невыявлению последних объективно способствует отсутствие в МКБ-10 (как и в ICD-10) осевых дифференциаций с выделением относящихся к Первой оси поверхностных, сравнительно кратковременных обратимых расстройств и

необратимых или малообратимых расстройств, локализованных на Второй оси (DSM-IV-TR).

Традиционно психические нарушения относят к специальности «психиатрия», которая занимается диагностикой, анализом механизмов и лечением психических заболеваний. Психиатрия в учебных руководствах является такой же медицинской дисциплиной, как терапия, хирургия и др., и она функционирует в рамках биомедицинской парадигмы. В диапазон задач, которые призваны решать все медицинские специальности, в том числе и психиатрия, входит изучение этиологии (причин нарушений), клинических характеристик (симптомов и синдромов), особенностей диагностики, применяемых методов лечения. В психиатрии подчеркивается значение генетических факторов, генетической предрасположенности в развитии эндогенных психических заболеваний (шизофрении, нарушений настроения); «органического фактора» – мозговых повреждений в возникновении различных психических нарушений.

В рамках этой дисциплины выявляется связь и исследуются особенности психических расстройств, возникающих в связи с соматическими болезнями, эндокринными нарушениями, сердечнососудистой патологией и др.

Тем не менее существует большое количество психических нарушений, развитие которых невозможно объяснить исключительно в рамках биомедицинской парадигмы. К ним относятся и личностные расстройства, адекватная оценка

которых затруднительно без использования подходов, моделей, методов коррекции, гипотез, относящихся к психосоциальной парадигме. Более того, известен ряд фактов, свидетельствующих о том, что и другие, в том числе причисленные к эндогенным психические нарушения и их динамика также не могут оцениваться и пониматься исключительно в границах биомедицинской парадигмы. Например, известно, что шизофрения протекает значительно благоприятнее в регионах, где практически отсутствует психофармакологическое лечение. В Центральной Африке, в отдаленных от цивилизации районах Южной Америки течение шизофрении, в целом, менее деструктивно, чем, например, в США, Канаде, странах Западной Европы. Наблюдаемый парадокс нельзя объяснить с биомедицинской точки зрения.

Следующий пример относится к химическим аддикциям. Согласно общепринятой в психиатрии точке зрения, героиновая наркомания является одной из наиболее тяжелых и неблагоприятных форм аддикций, протекающих с чрезвычайно тяжелыми симптомами отнятия (абстиненции). Считается, что излечение от героиновой наркомании представляет собой сложную задачу и, как правило, в условиях стационара, т. к. пациенты/пациентки не в состоянии самостоятельно без профессиональной помощи справиться с симптомами отмены. Однако в эту концепцию совершенно не укладываются данные о том, что многие лица с физической зависимостью от героина могут без специального лечения пре-

кратить его употребление. На это указывают данные Ли Робинса (L. Robins et al) в отношении злоупотребляющих героином военнослужащих США, вернувшихся из Вьетнама и прекративших употребление героина в домашних условиях [14].

На возможность самостоятельного преодоления наркоманий указывают Д. Волдорф и П. Бернацки (D. Woldorf, P. Biernacki, 1986) (цит. по С. Пили (S. Peele), А. Бродски (A. Brodsky) [14]). Подобные положительные исходы оказывались напрямую связанными с семейной поддержкой, мотивацией к возрождению, оживлению прежних интересов к жизни под влиянием позитивных психосоциальных факторов. Использование самопомощи, акцент на активизации религиозного чувства в преодолении химических аддикций свидетельствуют об эффективности продолжительного активного участия аддиктов в обществах типа Анонимных алкоголиков/наркоманов, Анонимных гэмблеров (азартных игроков), а также в обществах, строящихся на других идеологических подходах, как, например, Общество рационального выздоровления (Rational Recovery).

Помимо современных официальных классификаторов психических заболеваний (ICD-10, DSM-IV-TR, МКБ-10), для оперативных подходов можно использовать упрощенную обобщающую схему диагностических оценок Н. Маквилльямса [9], в которой личностные расстройства выделяются в рамках одной из трех групп:

- 1) психические нарушения непсихотического уровня;
- 2) личностные расстройства;
- 3) психические нарушения психотического уровня.

Согласно данным американского специалиста по личностным расстройствам Д. Ликкена (D. Lykken) [8], эти нарушения обнаруживаются не менее чем у 10–12 % населения. Автор ссылается на результаты психологического обследования респондентов, прошедших добровольное дополнительное обследование на выявление личностных расстройств. Приблизительно такие же данные приводит П. Кернберг (P. Kernberg) [6].

Понимание возникновения и динамики личностных расстройств невозможно без анализа психосоциальных факторов, воздействующих на ребенка, начиная с наиболее ранних периодов его жизни. Большое значение имеет младенческий период, неудовлетворение психобиологических потребностей в это время приводит к формированию «основной недостаточности» [1], которая препятствует развитию нормальной когезивной (спаянной) идентичности.

Одной из причин развития личностных расстройств является неадекватная стратегия воспитания. Ряд авторов обращают внимание на то, что в настоящее время во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики столятидесятилетней давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном прин-

ципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом «родители всегда правы, потому что они родители. Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок». У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: «Я – плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю». В рамках этой модели не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, т. к. это рассматривается как признак эгоизма [2, 5, 11, 12]. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний.

Отрицательное воздействие оказывает неглектное (пренебрегающее) воспитание, когда ребенок не получает соответствующего его психологическим потребностям количества положительных эмоциональных стимулов со стороны людей, заботящихся о нем, прежде всего матери.

Чрезвычайно серьезными могут быть последствия физической, психологической, сексуальной травматизации ребенка, что в ряде случаев приводит к развитию раннего посттравматического стрессового расстройства. Последнее до сих пор редко диагностируется психиатрами, хотя приводит к развитию стойких личностных изменений, выходящих на уровень личностного расстройства.

Диагностика, оценка, анализ механизмов возникновения и развития, лечения личностных расстройств строятся на использовании подходов, применяемых в клинической, пси-

ходинамической психиатрии, современной психотерапии и психофармакологии с использованием не вызывающих побочных действий современных атипичных антидепрессантов и нейролептиков.

Проблема личностных расстройств в современной психиатрии тесно связана с «двойным диагнозом», это обусловлено фактом возникновения на основе личностных расстройств, в частности, кратковременных, относительно обратимых психических нарушений. К числу последних относятся фобии, генерализованное тревожное расстройство, депрессия, аддиктивные расстройства в химических и нехимических вариантах и др. В психиатрической практике в течение длительного времени могут диагностироваться только эти «поверхностные» психические нарушения, а наличие личностного расстройства не обнаруживается. Это приводит к недостаточной терапии, эффект которой оказывается неполным и кратковременным. Подобные ситуации, к сожалению, типичны.

Здесь следует принимать во внимание и то обстоятельство, что пациенты, обращающиеся к специалистам, предъявляют жалобы, прежде всего, на расстройства, которые воспринимаются ими как егo-дистонные болезненные проявления. Пациенты стремятся избавиться от этих чуждых им переживаний. По-другому воспринимаются признаки личностного расстройства, они переживаются как присущие «Я» егo-синтонные проявления, которые, с точки зрения па-

циентов, не нуждаются в медицинской коррекции.

Одним из возможных компонентов двойного диагноза при личностных расстройствах является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникающее как следствие тяжелой психической травмы. Особенности его течения, как и вероятность развития, во многом зависят от личностных характеристик пациентов. Например, ПТСР у лиц с личностным расстройством из кластера «А» отличается по своим клиническим проявлениям и течению от ПТСР у лиц с личностными расстройствами из кластера «С». Более того, возникновение ПТСР бывает часто обусловлено не только тяжелой психической травмой во взрослом возрасте, но и психическими травмами в предшествующие периоды жизни (детство, подростковый период). Эти ранние психические травмы обычно не выявляются, в связи с их подавлением (репрессированием) и размытостью (диссоциацией). К ним относятся, прежде всего, хроническое избивание ребенка (battering), сексуальное насилие, постоянные унижения, издевательства. Изолированный диагноз ПТСР как результат какой-то единственной тяжелой психической травмы в подобных случаях недостаточен и приводит к неполноценной терапии.

На основе личностных расстройств часто возникают аддикции, и в этих случаях, если лечение ограничивается фиксацией только на аддиктивной проблеме, а наличие личностного расстройства пропускается, эффект антиаддиктив-

ной терапии оказывается кратковременным и разочаровывает лиц, которые надеялись на другой результат.

В настоящее время приходится встречаться и с более сложными по структуре психическими нарушениями, когда на фоне личностного расстройства развиваются эмоциональные нарушения (депрессии, тревожные состояния), которые, в свою очередь, провоцируют злоупотребление различными изменяющими психическое состояние веществами. По данным Д. Ортмэна (D. Ortman) [13], обследовавшего большое количество пациентов, 29 % лиц, лечившихся по поводу эмоциональных нарушений, злоупотребляли различными веществами. Они обращались к специалистам за помощью в связи, например, с депрессией или тревогой, но скрывали это злоупотребление, что отражалось на качестве диагностики. Автор сообщает, что 53 % лиц с аддиктивными химическими проблемами имеют серьезные, в том числе личностные, психиатрические проблемы. Нами [7] в 1971 году была выявлена йота-форма алкогольной аддикции, при которой злоупотребление алкоголем было связано с использованием последнего как средства, снимающего симптомы некоторых нарушений непсихотического уровня. К числу последних относятся витальный приступообразный страх, социальная фобия, импотенция. В течение последних лет у ряда пациентов/пациенток с йота-формой обнаруживались признаки личностных расстройств тревожного кластера.

При лечении пациентов с аддикциями на базе личностно-

го расстройства имеется специфика, без учета которой терапевт неизбежно попадает в ловушку, следуя практике, принятой в терапии неотягощенных аддитивных нарушений. При конкретных формах личностных расстройств ситуация может выглядеть по-разному. Так, например, при пограничном личностном расстройстве необходимо учитывать характерные для последнего неожиданные резкие смены эмоционального состояния, которые не контролируются на сознательном уровне. Нельзя рассчитывать на возникновение духовного пробуждения и активации конструктивных мотиваций у лиц с антисоциальным личностным расстройством. Их эгоцентризм и отсутствие рефлексии по отношению к тому, как их поведение травмирует близких, ставит даже перед высококвалифицированным специалистом почти неразрешимую задачу, делает проблемной возможность работы по двенадцатишаговой программе. Тем не менее и в этих случаях остаются некоторые зацепки, связанные с эгоцентризмом антисоциальных пациентов, их ориентацией на сохранение имиджа сильной личности, контролирующей ситуацию. Следует учитывать, что антисоциальное поведение не однородно, оно выявляет последовательность форм от менее тяжелых, сочетающихся с нарциссизмом, до более тяжелых «ядерных» нарушений.

К. Ивэнс (K. Evans) и С. Салливан (J. Sullivan) [3] считают, что повторяющееся воздействие на антисоциальных пациентов отрицательных последствий их поведения в процессе те-

рапии может убедить их в том, что их поступки являются причиной многих неприятностей. Этот эффект усиливается при проведении групповой психотерапии.

Лица с пограничным личностным расстройством также проявляют выраженную тенденцию к аддиктивным реализациям (С. Стюарт (S. Stewart) [15] и др.). Употребление веществ, изменяющих психическое состояние, связано у них обычно со стремлением смягчить или устранить неприятные эмоциональные переживания, а также нередко является компонентом в структуре импульсивности. В последнем случае аддиктивные реализации особенно интенсивны и социально опасны.

На фоне интоксикации алкоголем и другими веществами усиливается риск самоповреждающего поведения, несчастных случаев, физической и сексуальной травматизации (Д. Майхенбаум (D. Meickerbaum) [10] и др.).

Прекращение аддиктивных реализаций при пограничном личностном расстройстве эквивалентно безопасности и является базисной линией терапии при двойном диагнозе [4].

Двойной диагноз при личностных расстройствах включает не только аддиктивные нарушения, но и большой диапазон других патологий, которые способны оказывать влияние на клиническую картину и динамику самого личностного расстройства, одновременно находясь под влиянием последнего. Эта взаимосвязь требует дальнейшего изучения как в плане особенностей клинических проявлений и течения, так

и разработки эффективных комплексных терапевтических подходов.

Список литературы

1. *Balint, M.* Basic Fault. Evanston, ILL. Northwestern University Press, 1992.
2. *Bradshaw, J.* Healing the Shame That Binds You. Deerfield Beach, FL. Health Communications, 1988.
3. *Evans, K., Sullivan, J.* Treating Addicted Survivors of Trauma. New York, Guilford Press, 1995.
4. *Evans, K., Sullivan, J.* Dual Diagnosis. New York, Guilford Press, 2001.
5. *Forward, S.* Toxic Parents. New York, Bantam Books, 1990.
6. *Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K.* Personality Disorders in Children and Adolescents. New York, Basic Books, 2000.
7. *Korolenko, C., Dikovsky, A.* The Clinical Classification of Alcoholism. Anali Zavoda za Mentalno Zdravlje. Beograd, 1972. v. 1, 5–10 p.
8. *Lykken, D.* The Antisocial Personalities. Hilldale, N.Y. Lawrence Erlbaum, 1995.
9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1994.
10. *Meichenbaum, D.* A Clinical Handbook/ Practical

Therapist Manual for Assessing and Treating Adult with PTSD. Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press, 1994.

11. *Miller, A.* For Your Own Good. Hidden Cruelty in Child Rearing and the Roots of Violence. New York, Farrar Straus Giroux, 1983.

12. *Miller, A.* Prisoners of Childhood. New York, Basic Books, 1984.

13. *Ortman, D.* The Dual Diagnosis Recovery Textbook. Chicago, New York, Toronto, Contemporary Books, 2001.

14. *Peele, S. Brodsky, A.* The Truth About Addiction and Recovery. New York, Toronto, Fireside Book, 1992. – 72–79 p.

15. *Stewart, S.* Alcohol Abuse in Individuals Exposed to Trauma. Psychological Bulletin, 120, 1996. – 83–112 p.

16. *Treating Addicted Survivors of Trauma.* New York, Guilford Press.

Часть I. Личностные расстройства

Параноидное личностное расстройство

Параноидное личностное расстройство, описанное в кластере «А», диагностируется только в случае достаточной выраженности его составляющих.

Согласно DSM-IV, оно характеризуется семью признаками. Наличие четырех из семи признаков является достаточным основанием для установления этого вида нарушения.

Признаки включают:

- 1) постоянное ожидание без достаточного на то основания эксплуатации со стороны других;
- 2) опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими;
- 3) сомнения в отношении лояльности друзей и других связанных с пациентом лиц;
- 4) склонность видеть скрытые угрозы в замечаниях, высказанных окружающими;
- 5) неумение прощать мелкие обиды, накапливание их в себе;
- 6) недоверие к другим, связанное с боязнью, что всякая

информация будет использована против тебя;

7) склонность реагировать на небольшие замечания сильной, протрагированной обидой; безосновательные сомнения в верности, например, супруга или сексуального партнера.

Следует помнить, что DSM-IV включает, кроме параноидной шизофрении и параноидного личностного расстройства, еще и параноидное или бредовое нарушение. Следовательно, дифференциальная диагностика прежде всего должна проводиться между параноидным личностным расстройством, параноидной шизофренией и бредовым или параноидным нарушением. Кроме того, возможны и другие соотношения. Так, например, в рамках аффективных психозов могут возникать различные нарушения, напоминающие по своим проявлениям состояния, близкие к вышеперечисленным.

История изучения параноидных нарушений достаточно обширна. И. Крепелин (E. Kraepelin) в 1893 году проводил разграничение между паранойей, парафренией и параноидной шизофренией. Характеризуя паранойю, он отмечал свойственные ей постепенное, медленное, неостанавливающееся развитие и неизменяемую бредовую систему, сопровождающуюся упорядоченным, ясным, не нарушенным мышлением вне бредовой системы. Если пациенты с такого рода расстройствами осуществляют действия и имеют переживания, не входящие в диапазон их бредовых построений, проявляя свои обычные индивидуальные особенности,

то бредовая система не вторгается в другие сферы и не определяет функционирование человека во многих областях его жизни. Кроме того, И. Крепелин обращал внимание на отсутствие при паранойе галлюцинаций. Современная психиатрия признает исследования Крепелина, подчеркивая в паранойе наличие тех же клинических признаков.

Согласно З. Фрейду, давшему определение параноидных психозов, механизм возникновения этих состояний базируется, в основном, на защитных реакциях. То есть, с позиций психодинамического подхода в возникновении этих состояний первое место занимает психологическая защита. Сторонники классического психоанализа рассматривали развитие психотического состояния как постепенное ослабление этой защиты по отношению к репрессированным самообвинениям.

Когда самообвинения возвращаются в сознание, человек защищается от них, приписывая другим людям те факты, в которых он обвиняет себя. Клинически обвинения проявляются в виде бредовых идей. Термин и понятие «проекция», имеющие место в вышеописанных явлениях, был введен З. Фрейдом в 1896 году при исследовании этого вида расстройств.

В дальнейшем З. Фрейд расширил свою первичную трактовку и анализ параноидных механизмов на примере автобиографической зарисовки Шребера, изданной в 1903 году. Это эссе носит название «Воспоминание о моем нерв-

ном заболевании». Анализируя автобиографию психотического пациента, З. Фрейд пришел к выводу, что его бредовые идеи отражали механизмы отрицания и проекции, которые представляли психологическую защиту в отношении скрытых гомосексуальных желаний пациента, выступая на фоне его психической регрессии. З. Фрейд дал новую интерпретацию бредовым идеям, отраженным в эссе Шребера. В них он распознал реконструкцию реальности, создаваемую пациентом, в попытке таким образом самоизлечиться путем избавления от мучающих его переживаний. Бредовые идеи Шребера, по мнению З. Фрейда, были более «нормальными и здоровыми» для сохранения интеграции личности, чем признание пациентом наличия других нарушений, в особенности, имеющих место гомосексуальных стремлений.

В 1923 году З. Фрейд, говоря о развитии паранойи, придавал большое значение агрессивным побуждениям, оперируя терминами «ego» и «superego» при рассмотрении происхождения и развития бредовых идей. Он подчеркивал также значение раннего соперничества, возникающего между родными братьями и сестрами (сиблингами) (эта идея в последующем была использована А. Адлером (A. Adler)). З. Фрейд видел в механизме этого явления превращение любви в ненависть, что фактически приблизило его к идее об «аутодеструктивном инстинкте».

Поиск связи между латентной гомосексуальностью и развитием бредовых идей предпринимался Р. Найтом (R.

Knight) в 1940 году в работе «Отношение латентной гомосексуальности к механизмам параноидных идей». Автор фокусировал свое внимание на ненависти как основной проблеме, способствующей развитию бреда. Эта ненависть, будучи связанной с Эдипальными переживаниями, направлена против фигуры отца или против фигуры брата. Выраженный гомосексуальный внутренний стимул сам по себе рассматривался Р. Найтом как попытка эротизировать и нейтрализовать деструктивную враждебность, при которой сын хочет убить отца, но проявляя к нему любовь, он старается нейтрализовать свое чувство. Этот механизм имеет место, но не срабатывает до конца, т. к. основная ненависть слишком выражена.

А. Бэк (А. Bak) [2] отмечал, что за бредовой реакцией скрывается мазохизм.

М. Кляйн (M. Klein) относила Эдипальный конфликт к раннему периоду жизни, считая, что он появляется уже в течение первого года жизни. С этого времени строится жестокое преследующее *superego*, которое, по мнению автора, является источником более поздних параноидных отклонений.

По DSM-IV параноидное личностное расстройство диагностируется с восемнадцатилетнего возраста и характеризуется тенденцией интерпретировать действия других людей как направленные на причинение какого-то ущерба, вреда или содержащие угрозу. Выделяется несколько признаков нарушения, наличие четырех из которых считается доста-

точным для постановки формального диагноза. К этим признакам относятся следующие:

1. Постоянное ожидание подвергнуться эксплуатации, манипуляции, получить повреждение в широком смысле слова со стороны других людей без достаточных на то оснований. Исходное недоверие приводит к развитию подозрительности, а также к тому, что человек с параноидной организацией заранее предвосхищает отрицательное, угрожающее, потенциально опасное поведение окружающих. Исходное недоверие достигает уровня, который может напоминать бредовую идею. Такая настроенность не позволяет ему рассматривать поступки и действия других как случайные. Из рисунка поведения окружающих выхватываются отдельные, имеющие место в действительности, элементы, отдельные фразы, произнесенные замечания, на которые специально обращается внимание. Вышеперечисленные составляющие объединяются, выстраиваются в систему, вычленяющую все отрицательные моменты из общего контекста. Возникает одностороннее восприятие, на основании которого делаются негативные выводы. Если негативный полюс взаимоотношений зафиксировался, то начальные подозрительность и недоверие усиливаются избирательно воспринимаемыми внешними факторами, что приводит к быстрому разрушению формирующихся отношений.

Если лица с параноидным личностным расстройством сходятся с кем-то и начинают близко контактировать, их по-

ложительное отношение к этому человеку обычно вскоре меняется на резко отрицательное. Это связано не просто с тем, что ему что-то конкретное не понравилось. Такое изменение вызвано целостным восприятием человека уже не как друга, а как угрозы. Тенденция превращения друзей во врагов чрезвычайно характерна для параноидных личностей. Анализ их жизни позволяет проследить цепочку избирательного отношения. Появившееся отрицательное отношение не имеет обратной тенденции. Более того, в одну систему объединяются те, кого переводят из разряда друзей в категорию врагов. Если человек с параноидным мышлением увидит, что кто-то из его знакомых, разговаривая с «врагом», смеется или проявляет к ней/нему дружеское расположение, возникает убежденность в наличии представляющих угрозу отношений.

2. Сомнения в отношении лояльности знакомых, коллег, друзей и других связанных с собой лиц. Человек с параноидным мышлением легко приходит к убеждению, что эти люди не заслуживают доверия, и от них следует держаться подальше. Рациональный анализ происходящего не помогает прийти к заключению о необоснованности такого отношения, т. к. оценка происходит, в основном, на бессознательном уровне и связана с особенностями бессознательной системы разума, негативно настроенной к окружающим.

3. Опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими. Лицам с параноидным восприятием кажется,

что они способны понимать скрытый смысл различного рода замечаний, событий. Они обращают внимание на такие нюансы взаимоотношений, как тон разговора, сопровождающие его невербальные действия. В связи с этим, отсутствие, например, рукопожатия может быть истолковано как выражение пренебрежения и т. д. Они фиксируют мельчайшие детали таких событий и долго думают о них как о чем-то очень важном. В ряде случаев они находят у себя в памяти какой-то другой негатив, подтверждающий первоначально возникшую отрицательную оценку. Четко прояснить реальность воспоминаний не удастся. Но это не меняет сути дела, поскольку, даже если многие события из прошлого искажены или вообще не соответствуют действительности, глубоко залегающее в подсознании недоверие выстраивает эти переживания в бессознательной памяти в отрицательный ряд.

4. Неумение прощать мелкие обиды с накапливанием их в себе. Лица с параноидным мышлением обычно не прощают причиненных им обид. Даже если они на сознательном уровне и не думают о том, что их когда-то задевало, бессознательное хранит отрицательные воспоминания, которые постоянно оказывают сильное влияние на их отношения, что меняет характер взаимодействий. Накопление в бессознательной сфере негативных воспоминаний вызывает непереносимые состояния, результатом которых могут стать внезапные, очень сильные, разрушительные эмоциональные реакции, возникающие под влиянием незначительного факто-

ра.

5. Принципиальное недоверие к людям, проявляющееся не как тактический ход по отношению к какому-то конкретному человеку, а как основная стратегия жизни. Они не доверяют людям вообще, поскольку в прошлом те, кому они особенно доверяли, когда-то подвели их. Исходная настороженность касается сообщения даже, казалось бы, нейтральной информации, поскольку она, с их точки зрения, в каких-то ситуациях может быть использована против них.

6. Легкая подверженность психической травматизации, плохая переносимость минимальных психических травм с ответной реакцией на них в виде злости и контратаки.

7. Сомнение в верности супруга/супруги или сексуального партнера/партнерши без достаточных на то оснований.

Какие-то из перечисленных признаков могут преобладать в психической структуре параноидной личности, выступать на первое место, и в таком случае на них особенно фиксируется внимание членов семьи. Анализ показывает, что подозрительность лиц с параноидным мышлением выходит за пределы супружеской верности. Их психическая организация рождает стремление найти тех, с кем они могли бы установить доверительные контакты и скооперироваться в деятельности против кого-то. Этому мешает их недоверчивость к выбранным лицам, с которыми они хотели бы объединиться.

В 2000 году А. Бек (А. Beck) [3] издал книгу «Узники

ненависти», в которой отмечал высокую степень восприимчивости лиц с параноидными характеристиками ко всему, что даже отдаленно подтверждает их исходную подозрительность. Новости из средств массовой информации, рассказы, конкретные примеры, сплетни, наговоры, наветы увязываются в единое целое и используются для подтверждения правильности своей позиции.

Автор обращает внимание на черту параноидного личностного расстройства, не упомянутую в DSM, – отсутствие чувства юмора. Такие пациенты не понимают шуток, не любят юмор, относятся к нему агрессивно. У некоторых из них можно увидеть черты грандиозности, что может в какой-то мере объединять их с нарциссическими лицами.

Психоанализ лиц с параноидным личностным расстройством выявляет механизм проекции, который является основой параноидной личностной организации. Негативные психологические состояния (ненависть, отрицательное отношение к себе, собственные агрессивные желания) проецируются на других. Желание, например, причинить кому-то боль проецируется на другого человека и воспринимается как исходящая от него угроза. Таким образом, отдельные атрибуты психических структур лишаются связи с «Я», проецируются на окружающих и воспринимаются как возможная опасность. Проективный процесс иногда сопровождается идеей грандиозности, выражаемой примерно так: «Они хотят мне навредить из-за зависти. Они не могут достичь того, чего хо-

тят, а я смог, поэтому они стараются причинить мне боль».

Ряд авторов, например, В. Майсснер (W. Meissner) [14], обращают внимание на целесообразность выделения более «здоровых» лиц с параноидной организацией и более «больных». Первые отличаются от вторых силой эго, личностной интеграцией, состоянием идентичности, отношением к реальности и характером объектных отношений.

Лица с параноидной организацией страдают нарушением адаптации. Отсюда возникают серьезные конфликты, разрыв отношений со значимыми и полезными для них людьми и осознание необходимости получения квалифицированной психологической помощи. Реализации потребности в психотерапии препятствует исходное базисное недоверие. Поэтому параноидные личности избегают психотерапии до тех пор, пока не окажутся в ситуациях, вызывающих серьезную социальную дезадаптацию, и понимание того, что без посторонней помощи им просто не обойтись.

Американский аналитик С. Томкинс (S. Tomkins) [23] в работе 1963 года «Аффект, воображение, сознание» обращает внимание на присутствие в бессознательной сфере лиц с параноидными проблемами различных враждебных чувств, к числу которых относится не только злость, но и «всепоглощающий страх». Даже наиболее грандиозные параноидные лица на бессознательном уровне испытывают «ужас деструкции со стороны других». С этим связан сознательный мониторинг каждого взаимодействия на уровне экс-

тремальной бдительности.

Наличие ощущения стыда объединяет их с нарциссическими лицами. Однако восприятие стыда выглядит по-другому. Нарциссические лица даже в случае наглого, развязного поведения боятся осознать чувство стыда. Страх возможного разоблачения заставляет их производить положительное впечатление на других людей. Параноидные лица, в отличие от нарциссических, используют отрицание и проекцию настолько мощно, что у них фактически отсутствует опасность осознания чувства стыда, оно слишком глубоко репрессировано. Все плохое проецируется на другого человека. Психическая энергия параноидного пациента затрачивается на то, чтобы оградить себя от опасности, помешать другим людям унижить, пристыдить их. Нарциссические лица боятся раскрыть свою неадекватность, свои слабости. Параноидные лица боятся зловредности других людей. Они фокусированы на мотивах других людей в значительно большей степени, чем на собственной природе. Это является серьезным препятствием для проведения эффективной коррекции этих состояний.

Параноидные лица испытывают комплекс зависти, но они его репрессируют или проецируют на других людей, считая, что окружающие им завидуют. Такие чувства увязываются с чувством мести, что в значительной степени омрачает жизнь, особенно, если возникающие при этом проекции доходят до бредаподобного уровня.

Иногда они проецируют собственную неверность в интимных отношениях, изменяют сами, но обвиняют в измене партнера или партнершу. Убежденность в том, что им изменяют, переходит в желание отомстить, провоцирует агрессию.

Механизм возникновения таких состояний прослеживается на психотическом уровне, т. к. бредовые идеи ревности часто начинают сочетаться с бредовыми идеями преследования, отравления, а иногда полностью замещаются последними и начинают преобладать в структуре психотического состояния.

Параноидным лицам свойственно глубоко спрятанное чувство вины, которое не распознается и проецируется на других так же, как и чувство стыда. С. Томкинс [23] считает эту бессознательную вину непереносимой для осознания. Страх проявить чувство вины активизирует включение в процессе психотерапии определенных блокаторов, которые препятствуют проявлению этого чувства. Прохождение лечения сопряжено у пациента/пациентки с постоянным страхом: что будет, если психотерапевт узнает его/ее по-настоящему. Он будет шокирован его/ее греховными мыслями, откажется от дальнейшей работы с ним, сообщит всем, чтобы никто не связывался с ним, стараясь наказать его/ее таким образом за совершенные преступления. Стремление оградить себя от этого унижения трансформирует любое чувство виновности, даже намек на вину в опасность, кото-

рая угрожает ему/ей из внешнего мира. Желание найти «настоящее зло», увидеть его в чертах человека, который потенциально способен причинить ему/ей вред, напрягает и раздражает.

В зависимости от силы его, от выраженности стресса проекции у этих людей могут быть разными. Выделяют различные уровни проекций, условно подразделяя их на невротическую, пограничную и психотическую. В случае психотической проекции, наиболее угрожающие части своего «Я» («Self») проецируются напрямую. Возникает убеждение во внешней причине проблемы, даже если проекция носит фантастически безумный характер, как это бывает, например, при депрессии, которая возникает на фоне параноидного личностного расстройства.

По мнению Н. Маквильямса, лица с такой организацией могут проецировать свои скрытые гомосексуальные желания на других людей, высказывая в их адрес жесткую критику и агрессию. Осознание этих желаний, естественно, сильно блокируется.

В случаях непсихотических проекций, например, пограничной проекции, возникает стремление освободиться от каких-то чувств. Определенное сочувствие (эмпатия) к людям, на которых они проецируют отрицательное отношение, сохраняется. Н. Маквильямс подчеркивает, что своими проекциями пограничного уровня они бессознательно провоцируют других людей на действия, которые могли бы подтвер-

дить их опасения. Они использует проекционную идентификацию, пограничный способ работает на то, чтобы проекции соответствовали цели, чтобы можно было доказать свою правоту.

Х. Сирлс (H. Searles) [18] приводит примеры желания пациентки избавиться от присущей ей ненависти и зависти путем вызывающего обращения к своему психоаналитику с заявлением, что она приходит к убеждению, что он завидует ей вообще, и ее достижениям, в частности. В ответ аналитик успокаивающим, вызывающим симпатию голосом интерпретирует ее заявления как реинтерпретацию пациенткой доказательства его желания контролировать, подавлять ее. Поскольку это не меняет позицию пациентки, терапевта через какое-то время утомляет способ ее поведения. Он начинает проявлять к ней отрицательные чувства и зависть, обусловленную ее легкостью в обращении со своими чувствами и возможностью так просто провоцировать их появление.

При невротическом уровне проекции внутренние проблемы проецируются его-дистонным образом, чуждым по отношению к его, т. е. пациенты проецируют наблюдающую часть своего «Я» («Self»), понимая, что при этом все происходит в контексте приемлемых отношений. Эти люди могут «играть» своей проблемой, называя себя во время интервью параноидной личностью: «Вы знаете, я параноидный человек, у меня легко возникают различного рода странности». Они относятся к своей особенности, наблюдая ее как бы со

стороны.

Полученная в детстве психическая травматизация и упоминания о недостаточной эффективности лиц с параноидной организацией ограничивают их способность к различным активностям. По данным С. Томкинса [23] и других авторов, таких детей неоднократно унижали родители или значимые лица, указывая на отсутствие у них способности справиться с поставленными задачами. Они чувствовали себя подавленными всемогуществом людей, которые о них заботились. Родители всегда были ими недовольны. По мнению Р. Шэфера (R. Schafer) [16], таким детям свойственна эмоция психологического умерщвления («мортификация»), она присутствует в педагогическом анамнезе части параноидных лиц. Несомненно, значимым фактором являются такие примеры поведения родителей, как наблюдаемые детьми подозрительность, частые осуждающие высказывания по отношению к другим людям, когда родители подчеркивают, что доверять можно только членам семьи. Параноидные лица в детстве наблюдали контраст между свободной, довольно демократичной обстановкой в школе и жесткими условиями дома, где семейные отношения сопровождались критикой поведения ее членов и поиском «козла отпущения».

Выявлена взаимосвязь между степенью выраженности параноидного нарушения и определенными типами воспитания. Так, например, при невротическом уровне периодически регистрируется теплота семейных отношений, сочетаю-

щаяся с сарказмом, издевательствами, поддразниваниями.

Важным фактором в развитии параноидной личностной организации является «неуправляемая тревога» человека, который находится ближе всего к ребенку, осуществляет заботу о нем после его рождения. Хронически тревожная мать может выражать тревогу вербально и невербально. Независимо от способа проявления, ребенок воспринимает нервность матери на бессознательном, эмпатическом уровне. Тревожные родители обычно реагируют на проблемы детей отрицанием или катастрофическими реакциями. Таких детей бессознательно обучают эквивалентности мыслей и действий: «То, что я думаю – это то, что я делаю». Такое мощное психологическое послание не оставляет в ментальном поле ребенка простора для деятельности, возможности как-то иначе распределить полученную информацию, проиграть ее другим способом и т. д. Детей обучают тому, что их чувства обладают опасной силой.

Н. Камерон (N. Cameron) [7] выделял категорию «предбредовых» пациентов, для которых характерна тревожность, боязливость, социальная изоляция, затруднение в формировании доверия к другим людям.

Социальная изоляция приводит этих лиц к дефициту социальных навыков, в особенности это касается непонимания мотивации других и в результате к ошибочной интерпретации их поведения. Н. Камерон [7] отмечал их малую способность к обучению навыкам межличностного общения и

неспособность серьезно корректировать свои ошибки.

С. Акхтар (S. Akhtar) [1] выделяет в качестве основных компонентов параноидной личности подозрительность, грандиозность и чувство преследования. Несмотря на принципиальную правильность этого утверждения, следует понимать, что существуют различные клинические формы параноидного личностного расстройства, уместающиеся внутри триады. Так, например, Х. Блум (H. Blum) [5] подчеркивает, что часто вариант расстройства с генерализованной враждебностью возникает в случаях интенсивных семейных конфликтов.

Дж. Джекобсон (J. Jacobson) [10] обнаруживает значение ранней идентификации с враждебными родителями, обвиняющими друг друга и окружающих. Ребенок в подобной семье, кроме непосредственных эмоциональных травм со стороны членов его семьи, усваивает программу общего поведения и не обучается другим, более «гуманным и дипломатическим» способам межличностного взаимодействия.

М. Шмидеберг (M. Schmiedeberg) [17] описывал сварливых, постоянно упрекающих пациентов, которые воспитывались в семьях, где обвинения и жалобы являлись каждодневной реальностью. В связи с последним, можно отметить, что Э. Блейлер (E. Bleuler) [4] еще в 1908 году находил такие особенности у лиц с параноидными чертами.

На грандиозность, которая бывает как скрытой, так и «вопиюще крикливой», обращали внимание многие авторы: Л.

Салцмэн (L. Sulzman) [22], Б. Барстейн (B. Bursten) [6], Х. Сирлс (H. Searles) [19], О. Кернберг (O. Kernberg) [12]. Авторы связывают грандиозность параноидных лиц со страхом растворения собственного «Я» («Self») и считают, что этот страх имеет центральное значение в динамике нарушения.

Страх потери границ «Я» и враждебность непосредственно обуславливают сверхбдительность лиц с параноидным личностным расстройством. Они всегда нуждаются в субъективно безопасном для них психологическом и даже географическом пространстве между собой и теми людьми, с которыми они взаимодействуют. Здесь представляется возможным выделить роль страха с двумя содержаниями:

а) страх перед враждебным вторжением со стороны окружающих;

б) страх чрезмерного влияния, которое способно нарушить чувство собственного «Я».

Единственным решением проблемы, по мнению страдающих этим расстройством, остается исключение сколько-нибудь близких, основанных на взаимном доверии, отношений с другими людьми.

Сверхбдительность, в свою очередь, часто сочетается со сверхчувствительностью к обидам, пренебрежению.

Параноидные лица воспринимают чрезвычайно тонкие, практически неуловимые оттенки голосового тона, жестов, мимики даже в тех случаях, когда отрицательное отношение к ним или к их поведению не осознается человеком, контак-

тирующим с ними.

Они часто являются своего рода коллекционерами несправедливостей, действительно происходящих или воображаемых, они не забывают обо всем негативном, однажды пережитом ими, размышляют на темы, связанные с их обидчиками, застревают на них.

М. Стоун (M. Stone) [21] устанавливает формы личностных расстройств, связанных с патологической ревностью и более редкие – с эротоманией. Автор считает, что наиболее тяжелые формы патологической ревности часто содержат скрытый гомосексуальный мотив, не проявляющийся в актуальном гомоэротическом стремлении, а выступающий в виде «псевдогомосексуальности» – эротизированной версии раннего преэдипального несексуального стремления к близости с родителем одного и того же пола. Мужчины, отцы которых были для них в раннем детстве эмоционально недоступны, или женщины, матери которых их оставили или рано умерли, при наличии гетеросексуальной ориентации, могут стремиться к поддержке, успокоению, физическому прикосновению со стороны лиц одного и того же пола.

Ситуация может быть проиллюстрирована на следующем примере. Параноидный мужчина с патологической ревностью подозревает свою подружку в том, что она втайне изменяет ему с другим мужчиной, его знакомым. На сознательном уровне он испытывает резко негативные чувства по отношению к своему конкуренту. На бессознательном уровне

у него присутствуют негативные чувства к женщине за то, что она захватывает для себя мужчину, к которому он испытывает преэдипальное стремление.

Эротомания заключается в бредовой интерпретации того, что какой-то другой человек испытывает к пациенту/пациентке любовные чувства.

Дж. Сигэл (J. Segal) [20] подчеркивает, что эротомания может возникать безо всякой связи с шизофренией, чаще у женщин, являясь следствием неудовлетворенных нарциссических потребностей.

Широко известен феномен, представляющий собой как бы обратную сторону патологической ревности – возникновение у пациента/пациентки навязчивой влюбленности в психотерапевта. В таких случаях пациент втайне завидует терапевту, его близости с женой, которую пациент предпочел бы видеть в роли своей суррогатной матери. Пациенты такого типа обычно не проявляют параноидности, достаточной для диагностики в соответствии с критериями DSM. Они характеризуются наличием зависимых, гистрионических, депрессивных черт, наряду с некоторыми «параноидными» характеристиками, такими как сверхбдительность и подозрительность. Параноидные признаки проявляются главным образом в отношениях в контексте «любовного треугольника» [20].

Осевые признаки параноидного личностного расстройства, как правило, делятся на очевидные, регистрируемые

даже непрофессионалами при относительно недолгом знакомстве, и более скрытые, замаскированные, проявляющиеся только после длительного общения. В связи с этим, С. Акхтар [1] разделяет параноидные черты на «открытые» и «закрытые» по следующим шести параметрам:

1) концепция себя. Открыто во внешнем поведении эти лица проявляют надменность, высокомерие, считают себя всегда во всем правыми, при любом несогласии у них возникает гнев. В то же время за этим фасадом присутствуют скрытые чувства неполноценности и зависти;

2) в межличностных отношениях открыто проявляются недоверчивость, эмоциональная холодность, отсутствие чувства юмора, за которыми скрываются повышенная чувствительность (сенситивность), страх близости и зависимости, накапливание обид, мстительность;

3) в сфере социальной адаптации выступают трудолюбие, упористость, наряду с неспособностью поддерживать дружеские отношения и вообще работать в команде;

4) внешне в области любви и сексуальности обнаруживаются отсутствие романтики, ханжество, грубый сексуальный юмор. Внутренне за этим скрывается выраженная тревожность, страх сексуальной несостоятельности;

5) в сфере, относящейся к *superego*, т. е. в системе ценностей, идейных когний, внешне имеют место морализаторство, сверхскрупулезность, в некоторых случаях религиозный фанатизм. В то же время внутренне у лиц с параноид-

ным личностным расстройством присутствует своеобразная скрытая идиосинкратическая моральная система;

б) когнитивный стиль внешне характеризуется сверхбдительностью, придирчивостью, постоянным поиском «доказательств», подтверждающих иррациональные представления. Внутренняя скрытая сторона проявляется в неспособности понять общую картину события (увидеть лес, а не отдельные деревья), не принимать во внимание все, что противоречит личностным убеждениям.

Х. Сирлс [19] анализирует и придает большое значение страху зависимости, наряду со страхом пережить любую сильную эмоцию. Лица с параноидными особенностями стараются насколько возможно избегать контактов, заранее считая, что последние приведут к несогласию, вызовут у них возмущение, негодование, что может привести к насилию.

Потребность лиц с параноидным личностным расстройством в дистантности в межличностных отношениях находит отражение в языке, который характеризуется отстраненностью, безличностью, использованием речевых оборотов в третьем лице. С такими языковыми особенностями приходится встречаться при проведении психотерапии. Параноидные пациенты используют безличностные формулировки, которые относятся к их собственным мотивациям, взглядам, эмоциональным переживаниям типа: «человек часто испытывает страх», «принято считать...», «это может привести к насилию...», «они думают» и др. Отсюда необходимость

уточнить, что именно такой пациент имеет в виду, например, агрессию, направленную против него, или же собственную склонность к насилию.

Т. Миллон [15] обращал внимание, что параноидные пациенты нередко являются одновременно носителями других черт: обсессивно-компульсивных, нарциссических, пассивно-агрессивных и антисоциальных. Например, их объединяет с пациентами с обсессивно-компульсивным личностным расстройством тенденция к использованию безличностных выражений, как часть общей тенденции к «изоляции аффекта». Комбинация различных личностных нарушений значительно затрудняет лечение.

Т. Миллон отмечает значительные трудности в психотерапевтической работе с параноидными пациентами, при наличии у них одновременно пассивно-агрессивных признаков, что связано с «массивным недоверием» и общим негативизмом. Негативизм у этих пациентов выражается, в частности, в том, что они получают большое удовольствие, если им удастся показать несостоятельность психотерапевта, найти его «слабые точки». Подобная тактика их устраивает больше, чем позиция унижающего подчинения.

Ряд специалистов считают, что в психотерапии параноидных пациентов необходимо усиливать их чувство самодостаточности.

А. Бек и А. Фримэн (А. Beck, А. Freeman) [2], используя когнитивную терапию, придают большое значение помощи

в преодолении чувства неполноценности в социальной сфере. Авторы приходят к заключению, что параноидные механизмы мобилизуются пациентами с целью защитить себя от стыда и унижения, в особенности в том, что связано с сексуальной состоятельностью, а также с «потерей лица».

Повышение самооценки в одной области, например, профессиональной, способно интерферировать и на другие, более интимные сферы, что также следует принимать во внимание.

В. Майсснер (W. Meissner) [13], анализируя параноидных пациентов, пришел к выводу, что может оказаться полезным превращение параноидных проекционных механизмов в депрессивные интроективные, т. к. последние лучше поддаются психотерапии. Параноидные механизмы, включающие проекцию, проективную идентификацию, экстернализацию, не являются прерогативой исключительно лиц с параноидным личностным расстройством, они встречаются у пациентов с другими формами личностных расстройств. Во всех таких случаях, по мнению В. Майсснера, следует в процессе терапии подвергать сомнению проективные установки, вводя в психику пациента «элемент сомнения» и «тактично указывая места, где знание пациента о мире может быть недостаточным» [13, с. 98]. В результате адекватной психоаналитической терапии параноидный пациент способен приобрести хотя бы псевдоавтономность.

В. Майсснер приходит к выводу, что техника проведения

психоанализа у параноидных пациентов должна отличаться от классической, в частности, смещаться в сторону уменьшения частоты сеансов. Классическая методика 4–5 сеансов в неделю приводит к развитию слишком быстрого глубокого самораскрытия и к такому уровню вовлеченности в процесс переноса, которые воспринимаются пациентом как угроза.

К. Колби (K. Colby) [8, 9] предложил информационно-процессионную точку зрения на параноидное мышление, в котором также акцентируется чувствительность к стыду и унижениям как центральным особенностям. Модель К. Колби фокусируется на вербальных интеракциях. В случаях «параноидной тональности» процессинга, люди в основном воспринимают вербальную информацию, которая ведет к переживанию стыда. Оказавшись перед угрозой унижения, пациент, находящийся в параноидной тональности, регрессирует отрицанием личной несостоятельности и неадекватности и обвинениями других. К. Колби полагает, что параноидность ассоциируется с низкой самооценкой и что эпизоды параноидного поведения могут быть спровоцированы внешними обстоятельствами, которые усиливают угрозу возникновения чувства стыда. Другие отрицательные эмоции и, прежде всего, злость, страх иного содержания вызывают параноидные реакции с меньшей вероятностью.

К. Кэндлер (K. Kendler), П. Хэйс (P. Hays) [11] косвенно поддерживают гипотезу К. Колби, находящего, что пациенты с параноидными чертами, по сравнению с обычными

людьми, чаще проявляют чувство неполноценности.

Параноидным личностным расстройством страдают от 0,5 до 2,5 % населения.

Н. Камерон [7] расширяет концепцию параноидного отрицания и проекции, рассматривая эти механизмы не просто на уровне отношений одного человека к другому, а на уровне интеракций большого количества людей, приводящих к образованию параноидного псевдообщества.

Мнения авторов, изучающих механизм отрицания и проекции, расходятся. Так, например В. Вайлдер (W. Waelder) придает большее значение механизму отрицания, чем проекции.

Авторы, исследующие параноидных пациентов, обращают внимание на наличие в преморбиде (временном периоде до начала болезни) таких пациентов напряжения, сочетающегося с неуверенностью и боязливостью, базирующихся на исходном уровне высокой тревожности. Эти люди легко становятся подозрительными и недоверчивыми.

Для них характерно ожидание, что их кто-то предаст, которое присутствует даже в кратковременные периоды доверия к окружающим. У них обнаруживаются уходящие в далекое прошлое тенденции иметь какой-то секрет, быть инкапсулированными, никого не пускать в свой внутренний мир. Они полагают, что за людьми необходимо присматривать, чтобы они не сделали ничего плохого.

Эти проявления могут быть сравнительно безобидными в

течение длительного времени, не являясь предметом клинического анализа. Проблема появляется, когда параноидные психологические защиты терпят поражение и возникает патологическая фокусировка на определенной теме, связанной с работой, межличностным контактом, какой-то деятельностью, ситуацией, происходящей с родственниками, знакомыми и пр. Возможна фиксация на отдельных людях с возникновением представления о том, что они связаны друг с другом и пытаются в маленьком субколлективе причинить пациенту какой-то вред.

Люди с параноидными состояниями внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее самодостаточность является лишь фасадом, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда чрезвычайно озабочены тем, что другие думают и чувствуют по отношению к ним. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определенным видам ситуаций; к определенным лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки, неудачи, просчеты и несоблюдение каких-либо условий. Они сбрасывают ответственность с себя и переносят ее на других. Лицам с параноидным мышлением свойственно отрицание не приемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний, включающих и сексуальные. Социально дискриминиру-

ющие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Характерна постоянно присутствующая внутренняя враждебность к окружающим, носящая неуправляемый характер. Ее они также проецируют на других, ссылаясь на ее вторичность, хотя, как правило, она является первичной.

Несмотря на то, что механизмы отрицания и проекции имеют место как на бессознательном, так и на пресознательном уровнях, эти люди не осознают в достаточной степени свои чувства и действия. Результатом их бессознательных маневров является формирование вокруг них неблагоприятной обстановки неловкости, напряжения, приводящей к ответным негативным реакциям со стороны окружающих. Последние пытаются избегать общения с ними.

Таким образом, наряду с параноидным мышлением у таких людей возникает социальная изоляция, имеющая тенденцию к нарастанию. Социальная изоляция вызывает у таких лиц чувство отсутствия любви к себе, ощущение собственной нежеланности, неполноценности, а, иногда, и чувство виновности. Внутренний стимул к агрессивности толкает их на деятельность, направленную на преодоление факторов, мешающих их социализации (интегральности).

Для преморбида лиц с параноидным мышлением характерна реактивная психологическая ригидность, делающая невозможной сколько-нибудь гибкую адаптацию к окружающей среде.

Эти лица создают имидж самодостаточности, супериор-

ности и уверенности в себе, производят впечатление беспроblemных, что является общей чертой защитного поведения. Этот стиль поведения используется в большинстве ситуаций из-за малой адаптивности и ригидности этих людей. Они постоянно выглядят одинаково, имеют единственный стиль поведения, касающийся манеры говорить, улыбаться; задавать вопросы и отвечать на них; контактировать с другими и т. д. В этом проявляется их попытка отгородиться от внешнего мира и не разрешить никому и ничему разрушить созданный ими внутренний мир. Это стремление находит отражение и в других проявлениях. Например, в старательном настаивании на выполнении правил, исключающих возможные отклонения, и стремлении создать у других различные комплексы, например, неполноценности. Бессознательное желание бывает направлено на формирование у другого человека отрицательного отношения к себе, на фоне которого человек с параноидным мышлением будет выглядеть лучше. Типично также подчеркивание промахов других с усилением их недостатков. Например, попытки обратить внимание окружающих на поведение человека, которого они считают своим врагом, проявляющееся в нарушении им социального табу и в совершении им антисоциальных поступков.

В социальных контактах с другими лица с параноидным мышлением используют рационализации, их любовь к рассуждениям напоминает резонерство, для них характерны ссылки на высшую правду, высшую истину, что сопровож-

дается проявлением большой доли лицемерия. Рационализациям свойственны фальсификации, заведомо неправильные интерпретации, рассчитанные на невнимание слушателей.

Рассуждения, на которых строятся их обвинения, повторяющиеся в рамках одного и того же репертуара, свидетельствуют о психологической ригидности таких людей. К рационализациям и неправильным интерпретациям добавляются ложные воспоминания, которые воспринимаются рассказчиками как реально происходившие события. Хотя, в действительности, этих событий либо не было вообще, либо они происходили совсем не так, как о них повествуют. Начав обманывать окружающих, они сами начинают верить в свой обман. Таким образом реализуется необходимость защитить свою неуверенную личностную структуру от возможной дезинтеграции.

К факторам, провоцирующим активацию параноидного мышления, относится фрустрация. Активация может носить сверхвыраженный характер. Возможно резкое усиление враждебных импульсов в случае неудачной попытки реализации какой-либо активности. Невозможность достичь чего-либо может быть реальной или выдуманной, воображаемой, когда страдающие этим расстройством люди считают, что могли бы достичь определенной цели, оставшейся недосягаемой. В этом проявляется компенсаторная реакция на опасность, пассивные желания, собственные слабости и т. д.

Параноидная личность особенно болезненно восприни-

мает угрозу, которой подвергается ее ego со стороны superego. Угроза, идущая от собственного superego, переживается ими на уровне сознательного, пресознательного и бессознательного. Она проявляется как усиленное чувство вины, что невыносимо для этих лиц. Это чувство создает потребность защитить ego, что достигается активизацией реакций отрицания и проекции. Внезапное усиление механизмов проекции приводит к возникновению чувства опасности со стороны окружающих людей и событий. Происходит отрыв от реальности. Люди рассматриваются как зловердные, несущие в себе угрозу.

Появление враждебных импульсов может иметь место при попадании лиц с параноидным мышлением в новые для них ситуации, в новую обстановку, при предъявлении к ним требований, не имевших места ранее. Страшит появление даже минимальной угрозы их статусу и безопасности. Успешная реализация своих потребностей не спасает от боязни соперничества и конкуренции. Поэтому они избегают жестких конкурентных ситуаций, стимулирующих враждебную агрессию и фантазии о доминировании, сочетающиеся с потребностью справиться с этой ситуацией даже путем унижения или подавления предполагаемых врагов.

Для людей с такого рода особенностями параноидность может стимулироваться даже при отсутствии атмосферы соревновательности и конкуренции. Так, совместное их пребывание с ограниченным количеством людей в сравнитель-

но замкнутом пространстве в течение сколько-нибудь длительного времени, например, невозможность выйти далеко за пределы территории, пребывание в условиях экспедиции, т. е. любая социальная изоляция потенциально может усилить параноидные импульсы. Это связано с тем, что изоляция от внешней стимуляции оставляет такого человека наедине со своими фантазиями и мечтами. Сенсорная депривация способствует усилению воображения, активизации аутистических переживаний, влияния глубинных бессознательных структур, что сопровождается ослаблением критической оценки. На этом фоне создаются условия для прорыва патологической интуиции, определяющей бредовое развитие.

Включение таких людей в какую-то деятельность с достижением успеха на этом поприще способствует частичной компенсации параноидной настроенности на более или менее длительный период времени. К сожалению, такая компенсация не распространяется на уже сформировавшиеся межличностные отношения.

Окружающие таких людей близкие и друзья подвергают себя наибольшему риску, в связи с направленной на них агрессивностью, базирующейся на ригидной подозрительности, страхе быть ущемленными, ограниченными в своих правах. Лучшим вариантом является акцент на деловой стороне жизни с возможной минимизацией включенности в нюансы межличностных отношений.

Психологический буфер, направляющий энергию лиц с параноидным мышлением в деловую сферу, в какой-то степени препятствует возникновению межличностных конфликтов вне производства. Чем кратковременнее контакт с человеком, тем меньше возможность «разбираться» в нем и проецировать на него собственные отрицательные, агрессивные импульсы. Следовательно, у лиц с параноидным мышлением количество межличностных контактов прямо пропорционально продолжительности и степени их компенсации.

Лицам с такого рода особенностями свойственна длительная некорректируемая интуиция. Обычный человек, интуитивно воспринимая людей и ситуацию, оценивает их в динамике. Его интуитивная оценка изменяется в контексте изменения воспринимаемых компонентов жизненной среды. Такая интуитивная динамика не свойственна лицам с параноидным мышлением. Их отрицательные интуитивные оценки носят застревающий, стойкий характер. Как правило, они, интуитивно почувствовав недоброжелательное отношение к себе, возможно связанное только с какой-то временной конкретной ситуацией, начинают рассматривать последующие действия этого человека/людей, основываясь на возникшей и изменяющейся интуиции, «накручивать» в своем сознании одно на другое, формируя негативный «снежный ком». Формируется определенный алгоритм, при котором все события рассматриваются только с одной точки зрения без их динамики. В этот алгоритм трудно вмешаться и изменить его. От-

сюда следует некорректируемость интуиции лиц с параноидными расстройствами.

Сущностью параноидной личностной организации является такой способ обращения со своими отрицательными качествами, когда последние проецируются на других. Оторванные таким образом от своего эго атрибуты воспринимаются в дальнейшем в качестве внешней угрозы. Эго, лишенное присущих ему отрицательных содержаний, может формировать повышенную самооценку, вплоть до мегаломанического ощущения.

Параноидный тип личностной организации имеет различную выраженность. В. Майснер [14] считает возможным устанавливать наличие степени тяжести нарушения. С точки зрения автора, одни параноидные лица более, а другие менее «больны», чем «здоровы». Это зависит от выраженности параноидных черт на уровнях эго-силы, интеграции идентичности, оценки реальности и объектных отношений. В зависимости от эго-силы пациента и степени стресса возможны проявления психотического, пограничного или невротического уровней данного расстройства.

В случаях психотической проекции речь идет о психозе с шизофренической картиной (согласно DSM-IV, шизофрения, шизофреноформное расстройство, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, кратковременное психотическое расстройство и другие расстройства с бредовыми идеями).

На пограничном уровне оценка реальности параноидными пациентами не потеряна и проекция негативных качеств не сопровождается полным отрешением от них. Как пишет Н. Маквильямс, лица, на которых осуществляется проекция, «слегка провоцируются» параноидными субъектами, чтобы они почувствовали, что на них проецируется. При этом параноидный субъект, с одной стороны, старается освободиться от каких-то неприятных чувств, а с другой – сохраняет эмпатию по отношению к проецируемым чувствам с целью убедить себя в реальности проекций.

Х. Сирлс [18] описывает в качестве примера такой проекции пограничную пациентку, которая «отсоединила» свои ненависть и зависть к аналитику антагонистическим способом, заявив ему, что он завидует ее достижениям. Интерпретации терапевта были реинтерпретированы пациенткой как доказательства стремления движимого завистью аналитика подчинить и контролировать ее. В результате контрпереноса аналитик, устав от постоянного непонимания, стал ненавидеть пациентку и завидовать ее свободе в отношениях, позволяющей ей вести себя так, как ей хочется. Х. Сирлс считает, что такие случаи возникновения интенсивных и негативных чувств по отношению к параноидным пациентам пограничного уровня достаточно часты.

Параноидные пациенты невротического уровня осуществляют проекцию эго-чуждым (эго-дистонным) способом, посредством которого проецируется какая-то опозна-

ваемая и наблюдаемая часть «Я». Такая проекция распознается самим субъектом. Пациенты невротического уровня в ходе собеседования могут даже сами характеризовать себя как подозрительных, необъективных, склонных к придумыванию лиц.

Для лиц с параноидной организацией типично возникновение такой психологической защиты, как формирование реакции. Напомним, что под формированием реакции понимается психологический подход, диаметрально противоположный репрессированному желанию и представляющий собой реакцию, направленную против этого желания. Параноидные лица осуществляют проекцию в контексте чрезвычайно сильного желания отречься от возмущающих их содержаний психической деятельности, что приводит к формированию реакции по формуле: «Я люблю вас; я ненавижу вас» с последующей проекцией: «Я ненавижу вас, вы ненавидите меня».

Согласно данным С. Томкинс [23] и других исследователей, лица, ставшие во взрослом возрасте параноидными, в детстве подвергались унижениям и насилию. Родители детей, у которых развилась параноидная организация, проявляли подозрительность, осуждающее поведение и в то же время был и единственными людьми, которым дети доверяли.

Н. Маквильямс проводит дифференциацию между условиями воспитания, характерными для параноидных лично-

стей с различными уровнями нарушений. Так, например, параноидные лица психотического и пограничного уровней воспитывались в жестких семейных условиях и оказывались «козлами отпущения» – мишенью ненависти, проецированной на них родителями.

Параноидные лица невротического и приближающегося к здоровому уровню происходили из семей, в которых имело место сочетание мягкости и спокойных периодов с периодами «дразнения и сарказма».

Н. Маквильямс обнаружила, что главное лицо, осуществляющее заботу о ребенке, впоследствии ставшем параноидным, страдало неконтролируемой тревогой. Автор подчеркивает, что, несмотря на присущую им подозрительность, параноидные лица обладают способностью любить, проявлять глубокую привязанность и лояльность. Эта особенность делает возможным проведение эффективной, эмпатически ориентированной коррекции.

Для параноидных лиц характерен хронический страх. Они никогда не чувствуют себя в полной безопасности и постоянно находятся в состоянии повышенной бдительности, «присматриваясь» к возможным угрозам извне, на что уходит большое количество энергии.

У параноидных лиц обнаруживается наличие полярности в самооценке. С одной стороны, они чувствуют себя бесильными, презируемыми, униженными, а с другой – всевластными и побеждающими. Между этими противополож-

ными полюсами самооценки существует эмоциональное напряжение. Кроме того, ни одна из самооценок не обеспечивает чувства психологического комфорта, т. к. ощущение себя униженным подчеркивает слабость и несостоятельность, а имидж силы провоцирует возникновение чувства вины.

Список литературы

1. *Akhtar, S.* Paranoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic and Descriptive Features. *American Journal of Psychotherapy*, 1990, 44, 5–25 p.
2. *Beck, A., Freeman, A.* Cognitive Therapy of Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1990.
3. *Beck, A.* Prisoners of Hate: New York, Harper Collins, 2000.
4. *Bleuler, E.* Textbook of Psychiatry. New York, MacMillan, 1924.
5. *Blum, H.* Object Inconstancy and Paranoid Conspiracy. *Journal of American Psychoanal. Assoc.*, 1981, 29, 789–813 p.
6. *Bursten, B.* Some Narcissistic Personality Types. *International Journal of Psychoanalysis*, 1973, 54, 287–300 p.
7. *Cameron, N.* The paranoid Pseudo-Community Revisited. *American Journal of Sociology*, 1959. 65, 52–58 p.
8. *Colby, K.* Artificial Paranoia: A Computer Simulation of Paranoid Process. New York: Pergamon, 1975.
9. *Colby, K.* Appraisal of Four Psychological Theories of

Paranoid Phenomena. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, 54–59 p.

10. *Jacobson, E.* On the Psychoanalytic Theory of Cyclothymic Depression. In *E. Jacobson, Depression* (pp. 208–241). New York, International Universities Press, 1971.

11. *Kendler, K., Hays, P.* Paranoid Psychosis (Delusional Disorder and Schizophrenia): A Family History Study. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, 547–551 p.

12. *Kernberg, O.* Paranoid Regression, Sadistic Control and Dishonesty in the Transference. In *M. Stone Abnormalities of Personality*. New York, London, W. Norton (Unpublished Manuscript), 1982.

13. *Meissner, W.* Psychotherapeutic Schema Based on Paranoid Process. *International Journal Psychoanal. Psychother.*, 1976, 5, 87–113 p.

14. *Meissner, W.* The Paranoid Process. New York, Aronson, 1978.

15. *Millon, T.* Disorder of Personality: DSM-III, Axis II. New York. Wiley, 1981.

16. *Schafer, R.* Bad Feelings. New York, Other Press, 2003.

17. *Schmiedeberg, M.* On Querulance. *Psychoanal. Quarterly*, 1946, 15, 472–502 p.

18. *Searles, H.* The Effort to Drive the Other Person Crazy. An Element in the Actiology and Psychotherapy of Schizophrenia. *British Journal Medical Psychology*, 1959, 32, 1–18 p.

19. *Searles, H.* Collected Papers on Schizophrenia and Related

Subjects. New York, International Universities Press, 1965.

20. *Segal, J.* Erotomania Revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 1261–1266 p.

21. *Stone, M.* Abnormalities of Personality. New York, London, W. Norton, 1993.

22. *Sulzman, L.* Paranoid State: Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1960, 2, 679–693 p.

23. *Tomkins, S.* Affect, Imagery, Consciousness. The Negative Affects. V. 2. New York, Springer, 1963.

Шизоидное личностное расстройство

Э. Кречмер (E. Kretschmer) [8] в книге «Строение тела и характер» выделил три типа телосложения: астенический, атлетический и пикнический, соответствующие индивидуумам худой, мускулистой и полной конституции. Эти же типы, на языке В. Шелдона (W. Sheldon) [15, 16], называются: эктоморфный, мезоморфный и эндоморфный. Э. Кречмер обратил внимание на то, что худые люди с относительно мало развитой мышечной системой, лица астенической конституции предрасположены к развитию шизоидных личностных черт. Он описывал эти психологические особенности следующим образом:

«Шизоидные лица обнаруживают наличие внешнего и более глубокого слоя. На поверхности они могут быть грубо-прямыми, или мрачными, или неопределенными, или саркастично-ироничными, или стеснительными как моллюски, молчаливыми и погруженными в себя. Что находится под этой маской? Это может быть ничто, черная дыра отсутствия эмоционального зомби... или может присутствовать холодная бездушность. Некоторые шизоидные лица подобны кажущимся закрытыми римским виллам с опущенными ставнями, защищающими от ослепляющего солнца, но, когда происходит торжество, в них вспыхивают внутренние огни. Существуют шизоидные лица, с которыми мы можем

жить и все же не можем сказать, что мы знаем их» [8, с. 113].

Психологические черты, зафиксированные Э. Кречмером, в основном подобны приводимым в DSM: несоциабельность, сдержанность, отсутствие чувства юмора, сверхчувствительность, легкое возникновение тревожности. Э. Кречмер также включил в характеристику шизоидного типа эксцентричность.

Шизоидное личностное расстройство по своим клиническим проявлениям приближается к мягкой форме аутизма. Аутизм – редкое состояние, которым страдают лица, неспособные к самостоятельной жизни, находящиеся в специальных медицинских учреждениях или под опекой родственников и организаций социальной помощи. В то же время мягкие формы аутизма встречаются достаточно часто. Обладающие признаками мягкого аутизма лица могут обнаруживать высокий творческий потенциал, их можно найти среди работников таких научно-исследовательских центров, как, например, Силиконовая Долина [12]. Шизоидное личностное расстройство, в связи с близкими к мягкому аутизму проявлениями, может быть ошибочно диагностировано как это состояние. Здесь мы встречаемся с той же ситуацией, когда в течение многих лет аутистические дети считались больными детской шизофренией. Лица с шизоидным личностным расстройством часто фиксированы на определенной узкой сфере интересов. Такая фиксация носит навязчивый или доминирующий характер, но это может иметь и положитель-

ную сторону. Эти люди склонны рассматривать различные факты, ситуации, проблемы, не имеющие, казалось бы, никакого отношения к их доминирующей идее, сквозь призму последней. Такой подход таит потенциальную возможность установления неожиданных непредвиденных взаимосвязей. В результате лица с шизоидными признаками, в отличие от людей, обладающих только высоким показателем интеллекта, демонстрируют гениальность в своей области знаний.

М. Стоун (M. Stone) [17] приводит несколько особенностей мягкого аутизма:

- 1) при аутизме отсутствует гештальт-имидж;
- 2) при аутизме обнаруживается дефицит в центральной когерентности;
- 3) при аутизме «бог заключается в деталях»;
- 4) при аутизме проявляется необычная способность видеть части отчетливее, чем целое, схватывать сразу же что-то вне обычного контекста;
- 5) проявляется способность увидеть привычное с совершенно новой стороны, отвлечься от влияния принятых в науке и/или убеждениях устоявшихся клише. Имеет место облегченность начала творческого процесса.

Анализ приведенных признаков показывает близость мягкого аутизма к шизоидному личностному расстройству и подтверждает правомерность существования переходных форм между ними.

Мягкий аутизм в этом контексте может рассматриваться

в качестве «теневого синдрома» классического аутизма [12].

Мягкий аутизм также называют «субсиндромным» и высокофункциональным или эхо-аутизмом.

Согласно Дж. Рэйти и С. Джонсону, Эдвард Ритво (E. Ritvo) (цит. по Дж. Рэйти, С. Джонсон [12]) из Калифорнийского Лос-Анджелесского университета (UCLA) в 1980 году впервые опубликовал работу, в которой описал лиц с мягким аутизмом. В письме к редактору «Журнала аутизма и нарушений развития» («Journal of Autism and Developmental Disorders») Э. Ритво на основе изучения пациентов и их родителей поставил вопрос о существовании такого расстройства. Наблюдаемые автором дети страдали тяжелым аутистическим расстройством, а их родители производили впечатление «слегка аутичных», хотя они жили и работали, не имея проблем. В двух случаях родители сами идентифицировали наличие у себя аутистических проблем. Независимое исследование подтвердило наличие аутизма с высокой возможностью функционирования у родителей 11 пациентов. В дальнейшем Э. Ритво совместно с А. Брозерсом (A. Brothers), Н. Фримэном (N. Freeman) и К. Пингри (K. Pingree) провели в штате Юта эпидемиологическое исследование, выявившее наличие у населения заметного количества таких случаев (цит. по Дж. Рэйти и С. Джонсону [12]).

Опираясь на эти исследования, Э. Ритво пришел к заключению о существовании «мягкой формы аутизма», носители которой вступают в брак, воспитывают детей, способны ра-

ботать и получать удовольствие от жизни.

Известный представитель Британской школы психоанализа В. Фэйрбэйрн (W. Fairbairn) [5] помещает шизоидное личностное расстройство в начале «шизофренического спектра» нарушений, в конце которого находится ядерная шизофрения.

М. Стоун [17] относит шизоидное личностное расстройство, наряду с другими формами личностных расстройств кластера «А» DSM-IV, к эксцентрическим расстройствам.

По данным М. Стоун [17], распространенность шизоидного расстройства в целом составляет от 0,5 до 7 %.

Шизоидное личностное расстройство получило впервые четкое определение в DSM-III, его критерии были расширены от 3 до 7 в DSM-III-R.

Для шизоидного расстройства характерно частое присоединение к нему ряда нарушений, диагностируемых на Первой оси DSM-IV. К последним относится депрессия, дистимия, тревожные расстройства (в основном фобические синдромы).

В динамике шизоидного расстройства отмечается отсутствие или слабая представленность общих его-защит, что наиболее характерно для лиц с высоким уровнем функционирования. Первая защита, используемая шизоидными лицами, называется «шизоидной фантазией», выражается в уходе от реальности в мир воображения. Вторым вариантом является использование интеллектуализации с эксцессив-

ным погружением в интеллектуальные процессы, что позволяет избегать переживания нежелательных эмоций. Другие психологические защиты представлены в меньшей степени и включают в себя проекцию, интроекцию (присвоение качеств значимого лица), идеализацию/девальвацию.

Шизоидное личностное расстройство по DSM-IV характеризуется индифферентностью к социальным отношениям и суженным диапазоном эмоциональных переживаний и выражений. Это расстройство диагностируется на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для подтверждения данного вида нарушения:

1. Отсутствие стремления, желания к установлению сколько-нибудь тесных межличностных отношений. Человек с таким расстройством не получает удовольствия и радости от взаимодействий не только со сравнительно далекими людьми, но и с членами семьи. Он как бы не является членом семьи.

2. Предпочтение активностей, связанных с работой в одиночестве. Выбираются виды деятельности, которые исключают социальные контакты и дают возможность работать в изоляции. Это накладывает отпечаток на обучение и, прежде всего, выбор профессии. Если во время работы появляются какие-то люди, возникает дискомфорт.

3. Редкое переживание и выражение сильных эмоций. Значительные по силе эмоционально-чувственные проявления продуцируются в исключительных случаях. Этих людей

трудно увидеть радостными, гневливыми или озлобленными. Они всегда выглядят дистантными, эмоционально не вовлеченными, даже в случае возникновения драматических ситуаций. Эмоциональная холодность вызывает к ним отрицательное отношение.

4. Отсутствие выраженного желания вступать в интимные отношения и осуществлять сексуальную активность с другими людьми.

5. Индифферентность к одобрению и критике, что резко отличает их от лиц с пограничным и нарциссическим личностными расстройствами.

6. Отсутствие близких друзей или людей, которым они доверяют, кроме наиболее близких родственников.

7. Суженный аффект. Проявление ограниченного диапазона эмоциональных реакций. В разговоре с собеседником их мимика не участвует, не меняется в зависимости от темы. От них трудно добиться улыбки и каких-то других признаков согласия или несогласия. Они не проявляют соответствующих жестов, движений, ничего, подтверждающего эмпатию, сочувствие, сопереживание собеседнику.

С точки зрения современных представлений, носители шизоидного личностного расстройства – интроверты, у которых интроверсия приобрела патологический характер, стала чертой, выходящей за границы нормы, приводящей к нарушению адаптации и серьезным трудностям в жизни.

Выявлено четкое влияние психобиологического, гене-

тического фактора на формирование темперамента лиц с шизоидным личностным расстройством (интровертированность и экстравертированность). Интровертированность и экстравертированность мало изменяются с течением времени. Интровертированный ребенок остается интровертом в течение всей жизни. Но в условиях взаимодействия со средой он обучается экстравертированности и может вести себя как экстраверт в зависимости от требований ситуации. Возможно привыкание к экстраверсии в силу необходимости. Воспитанная, привитая экстравертированность на исходном интровертированном фоне требует затраты ресурсов, что не полностью осознается, но приводит к состоянию постоянного напряжения мобилизационных резервов организма и в результате делает человека менее резистентным к различного рода воздействиям. Это может проявляться, с одной стороны, в меньшей устойчивости к психическим травмам, переживаниям кризисных ситуаций, а с другой – в более легком возникновении нарушений психосоматического характера, в связи с постоянным высоким уровнем напряжения, затрагивающим иммунную систему.

Шизоидное личностное расстройство возникает на фоне заостренной интровертированности, что может быть связано с дополнительным влиянием средовых факторов. Особое внимание при этом обращают на ранний, младенческий период развития. Считается, что проявление черт, которые впоследствии могут трансформироваться в шизоидные рас-

стройства, обнаруживается уже в ранней реакции ребенка на мать. Такой ребенок мало стремится к контактам с матерью, по сравнению со среднестатистическим, «нормальным» ребенком, ему нужно меньше времени на близость с матерью. Он как бы пытается отстраниться от «тела» матери. Об этом в 1968 году писал С. Эскалона (S. Escalona) [4].

С точки зрения авторов настоящей работы, которые придерживаются точки зрения М. Клайн, в такой ситуации имеет место фиксация на параноидно-шизоидной позиции, характерной для раннего периода развития, когда ребенок воспринимает мать не как целостный объект, а как «хорошую и плохую грудь». Хорошая – это та, которая осуществляет питание, прикосновение, плохая – которая уходит от контакта. Хорошая вызывает первичную любовь, а плохая – первичную ненависть. В дальнейшем, когда меняется восприятие матери и она воспринимается как целостный объект, это разделение уступает чувству вины за плохое отношение и отрицательным эмоциям в адрес «плохой груди».

При шизоидных вариантах личности этот процесс оказывается измененным. Первая – шизоидно-параноидная позиция – не сменяется полностью второй – депрессивной позицией.

Наблюдения за лицами с шизоидным личностным расстройством выявляют в более раннем и более позднем возрасте (подростки) гиперреактивность и чувствительность к повышенной стимуляции. Их характеризуют как внутрен-

не сенситивных, хотя внешне это качество не проявляется. Родители и родственники, рассказывая о детстве этих людей, говорят, что они были детьми, которые всегда «зажимались», прятались от слишком большого шума, движений, разговоров, яркого света и т. д. Эти раздражители вызывали у них неприятные эмоции.

Некоторые авторы, например Т. Брэйзлтон (Т. Brazelton) [3], подчеркивая не проявлявшуюся в достаточной степени повышенную внутреннюю сенситивность, отмечают, что нервные окончания у таких людей ближе к поверхности тела, чем у обычного человека.

Классическое аналитическое толкование особенностей инстинктов, побуждений шизоидных лиц выявляет наличие борьбы вокруг фиксации на оральном уровне. Это выражается в сверхзанятости избеганием опасности быть поглощенным, абсорбированным, разрушенным, «съеденным». При попытке разобраться в себе у шизоидных лиц возникает образ огромного рта, пасти, который нередко появляется в сновидениях; или гигантской буквы «С», которая превращается в букву «О», а затем трансформируется в пасть и приближается к ним. Страх возможности такого контакта рождает ощущение поглощения, всасывания, удушья. Внешний мир в фантазиях шизоидных лиц воспринимается как угрожающий, способный нарушить их индивидуальность и безопасность. Отсюда стремление дистанцироваться. У шизоидных лиц могут быть проблемы с питанием, появляться желание

«сесть» на диету, в связи с нарушением стимула голода, и это сказывается на их внешнем виде.

Они не поражают воображение окружающих, не производят впечатления агрессивных, несмотря на то, что анализ обнаруживает наличие у них огромного количества фантазий с темами насилия. Внешне проявляемая мягкость противоречит их увлечению фильмами ужасов, триллеров, детективов, видению различных апокалиптических сцен.

Многие лица с шизоидным личностным расстройством репрессируют собственный голод и агрессию очень глубоко. Подавление этих чувств носит защитный характер. Они производят впечатление приятных эксцентриков, людей «не от мира сего». Окружающие воспринимают их как озадаченных проблемами стыда или вины, избегающих суждений и оценок как своего поведения, так и других людей. Для этих людей характерна тревога за собственную безопасность. Как только раздражителей становится слишком много, возникает ощущение угрозы и желание спрятаться. Способом такого «прятания» является уход в сферу воображения. Они выглядят, как сторонние наблюдатели, как зрители, аутсайдеры, наблюдающие за поведением других людей.

Р. Лэнгс (R. Langs) [10] считал, что шизоидные лица обнаруживают расщепление двух видов:

1. Расщепление между их «Я» и внешним миром.
 2. Расщепление между переживаемым «Я» и желаниями.
- Возникает отчуждение от жизни, от части самого себя, от

собственных желаний. Кроме ухода во внутренний мир, в воображении используются механизмы проекции, идеализации, формирование реакции, а также более «зрелая» психологическая защита – интеллектуализация. Такие механизмы защиты, как отрицание, репрессия, используются редко. Морализаторство не задействуется совсем.

Находясь в ситуации стресса, лица с шизоидным личностным расстройством отстраняются от своего собственного аффекта так же, как они изолируются от внешних стимулов, и поэтому воспринимаются как эмоционально уплощенные, не соответствующие ситуации, даже неадекватные. Наиболее выраженным адаптивным процессом для них является креативность, творчество. Считается, что многие люди искусства имеют выраженные шизоидные черты, которые как бы позволяют им уходить от обыденности имитации, подражания. Уход внутрь себя дает возможность поиска новых способов самовыражения. Незначительное проявление шизоидного личностного расстройства позволяет этим людям реализовывать себя в произведениях искусства, научных открытиях, различных теоретических построениях, в проявлениях духовности. В случае более выраженного нарушения способность к творческому самовыражению утрачивается, возникает состояние отчуждения со страхами, ужасами и т. д. Отсюда возникает мнение о том, что первичной целью терапии шизоидных пациентов является сублимация – замена аутистического ухода на творческую активность.

Основной психологический конфликт шизоидных лиц может быть определен как нарушение баланса близости и дистанцирования, условно: любви и страха. Имеет место глубокая амбивалентность, касающаяся тесного «прилипания» к людям. Шизоидные лица с трудом решают очень важную для себя проблему – отношения с людьми и определение дистанции возможного сближения. Они могут стремиться к близости и одновременно ощущать постоянную угрозу поглощения, разрушения. Отсюда стремление к дистанцированию с целью сохранения собственной безопасности.

По мнению Х. Гинтрип (H. Guntrip) [7], «классической дилеммой» шизоидных лиц является невозможность находиться в отношениях с другим человеком и оставаться вне этих отношений, не рискуя в обоих случаях потерять объект, потерять самого себя.

А. Роббинс (A. Robbins) [13] характеризует динамику шизоидных лиц, как послание, которое звучит следующим образом: «Приблизься ко мне, когда я один, но оставайся в стороне, потому что я боюсь проникновения в себя».

Одним из классификационных признаков, типичных для лиц с шизоидным расстройством, является асексуальность, несмотря на наличие способности к сексу и оргазму. Чем психологически теснее они приближаются к другому человеку, тем в большей степени сексуальная активность воспринимается как попытка смешения с собой, и эмоции пропадают.

Н. Маквильямс [11] приводит случаи, когда гетеросексуальные женщины влюблялись в шизоидных музыкантов, и вскоре начинали ощущать, что их любовники используют свою чувственность только для игры на инструменте. Нередко шизоидные лица стремятся в фантазиях к недостижимым сексуальным объектам, чувствуя безразличие по отношению к достижимым. Сексуальные партнеры шизоидных лиц часто жалуются на механически отстраненную доминанту их сексуальной активности.

Страх и угроза поглощения объединяет шизоидных лиц в некоторой степени с пациентами с личностным расстройством избегания. Но в последнем варианте эти симптомы представлены более тонко, мягко, и связаны, в основном, с угрозой отрицательной оценки. Хотя в поведении как тех, так и других наблюдаются сходные элементы.

П. Джиоваччини (P. Giovacchini) [6] рассматривает шизоидное личностное расстройство как асоциальное нарушение.

В том же 1979 году появилась работа К. Хорни (K. Horner), посвященная шизоидным личностным расстройствам, в которой возникновение нарушения соотносится с периодом ухода от симбиоза (слияния) с матерью.

В последнее время в литературе все чаще появляется термин «ментализация», под которым понимается способность создавать ментальное поле, т. е. умение представить ситуацию, участвующих в ней лиц, зафиксировать движения этих лиц, оперировать в рамках этого ментального поля. Пробле-

ма заключается в том, что способность создания ментального поля блокируется в период, предшествующий формированию шизоидного расстройства.

Ряд работ посвящен попыткам глубже проанализировать влияние особенностей воспитания на развитие шизоидных особенностей.

Д. Винникотт (D. Winnicott) [19] считает, что уход ребенка от реальности может быть частично обусловлен, наряду с биологическими особенностями, слишком навязчивым «сверхвключенным» типом воспитания, когда на ранних периодах жизни ребенок получает слишком большую дозу внимания матери, которая постоянно пристает к нему. Считается, что мать при этом переходит нормальные границы, что вызывает у ребенка дискомфорт. Чрезмерное внимание вызывает обратную реакцию.

Ряд авторов, в том числе Р. Лэнгс (R. Langs) [10], Г. Бэйтсон (G. Bateson) и соавт. [2], Х. Сирлс [14] считают, что родительское участие в воспитании ребенка включает в себя не только степень вовлеченности, но и ее содержание. Эти и другие авторы обращают внимание, что семьи лиц с шизофреническими психозами обнаруживают выраженность «противоречивых и спутанных коммуникаций». Эта противоречивость посланий (двойная связь), очевидно, усиливает шизоидную динамику в целом.

Согласно Дж. Бэйтсон (G. Bateson), «двойная связка» представляет собой двойное послание, которое дается чело-

веку на сознательном и бессознательном уровне. При этом на вербальном, сознательном уровне говорится одно, а на бессознательном подразумевается другое. Ребенку, например, говорят, что он должен сделать, а на бессознательном уровне сообщается противоположная информация о том, что делать этого не надо. Воспринимая сознательно посланное ему сообщение, эмпатически ребенок улавливает его бессознательную сторону. Так, например, сознательное послание: «Ты должен совершенствоваться, работать над собой, делать карьеру», а бессознательное: «Мне очень одиноко в то время, когда тебя нет. Кроме того, я плохо себя чувствую, и вдруг что-то случится, когда никого не будет дома». Выполняя требование матери на сознательном уровне, ребенок на бессознательном испытывает тревогу и чувство вины. И, если что-то произойдет, то он берет вину на себя. Угроза возможного негативного события фиксируется и оказывает большое деструктивное влияние на психическое состояние.

Г. Салливан (H. Sullivan) [18] и А. Роббинс (A. Robbins) [13] считали одной из причин шизоидного расстройства ранний дефицит общения с родителями (гиповключенность). По мнению А. Роббинс [13], чувство одиночества и эмоциональная изоляция в детском возрасте провоцируют возникновение шизоидных личностных расстройств. Возможен вариант, при котором ребенок на раннем этапе своего развития получал не удовлетворяющий его режим сверхнавязывания, а в более позднем возрасте он мог смениться эмоциональ-

ной депривацией, изоляцией. Такое сочетание не изучалось, но оно, очевидно, может иметь определенное значение в развитии нарушения. Таким образом, с одной стороны, сверхвключенность, а с другой – депривация, определяют шизоидную проблему.

Одной из наиболее бросающихся в глаза особенностей лиц с шизоидными личностными характеристиками является их пренебрежение к принятым социальным ожиданиям. Эта особенность наглядно проявляется при сравнении шизоидных лиц с нарциссическими. Люди с шизоидными личностными расстройствами отчетливо индифферентны к впечатлению, которое они производят на других людей, и к влиянию такой оценки на их дальнейшую судьбу. Им не свойственны ни конформизм, ни уступчивость. Проявление таких особенностей не может не отразиться на качестве межличностного общения, и, несмотря на внутреннее ощущение одиночества и тяге к контакту, они не склонны к компромиссам. Они часто ведут себя не так, как ожидают окружающие. Неловкость в социальном общении, неумение участвовать в совместной деятельности сочетается с искусственностью, зажатостью, неестественностью. Говорят, что шизоидный тип «Я» проявляется на безопасной дистанции от других людей. Оппозиционность, неумение соглашаться с тем, что является очевидным, могут сопровождаться отстраненностью, легким сарказмом, иронией, тенденцией нарушать общепринятые правила.

Лица с шизоидными особенностями, проживающие в Японии, проявляют психологическую агрессию по отношению к членам семьи, что в целом является нетипичным для японских семей. Аналитики считают, что отрицательное отношение к правилам носит защитный характер и обусловлено желанием показать безрезультативность предъявляемых к ним требований и стремлением заранее занять отстраненную позицию.

М. Балинт (M. Balint) [1], сравнивая состояние покинутости и состояние поглощения, пришел к заключению, что угроза покинутости является для шизоидной личности меньшим злом, чем поглощение. В работе «Дружественные экспансии – ужасно пустые пространства» автор отмечает два вида угроз. Он выделяет понятие «филобат» – человек, который любит дистанцироваться и под влиянием стресса «уходит» от людей; и «окнофил» – человек, который любит близость и, находясь под влиянием стресса, тянется по направлению к людям.

Активно дискутируется вопрос о том, что представляют собой шизоидные лица в целом. Н. Маквильямс [11] подчеркивает, что, несмотря на производимое на окружающих впечатление холодных, не заботящихся ни о ком и ни о чем людей, это мнение неправильно. Шизоидные лица могут проявлять заботу при условии сохранения личностного пространства. Они не подпускают других слишком близко.

Огромное значение для этих людей имеет самооценка.

Она, как правило, связана с их индивидуальной творческой активностью, которая во многом обуславливает их личностную интеграцию, самовыражение. Для них не важно показать личную силу, превосходство над другими, получить положительную оценку. Самым значимым является возможность проявить свои природные качества, оригинальность, уникальность и получить собственное одобрение. Их внутренняя нацеленность на результат гораздо важнее стремления к внешней оценке творческого процесса. Собственные стандарты оценки себя в творчестве очень высоки. Для них особенно важно проявить себя как личность, заявить об авторской позиции и резко отвергнуть заимствование.

Вовлеченность в творческую активность целесообразна в терапии шизоидного расстройства. Эта активность может проявляться спонтанно в разных направлениях, и очень важно, чтобы она стимулировалась. Креативная продукция имеет абстрактные формы, поскольку иначе выразить особенности эмоциональной сферы (отчуждение, гиперсенситивность) шизоидные пациенты не могут. В рисунках таких людей видны разные оттенки эмоциональных состояний и их эволюционирование под влиянием внешних факторов.

По мнению психоаналитиков, людей с такого рода нарушением в целом нельзя назвать некооперативными. Они относятся с уважением к тем, кто проводит с ними терапию, стремятся, несмотря на трудность, установить с ними доверительные отношения. Положительным моментом тера-

пии является формирование жестких аналитических рамок: ограничение во времени сеанса, договор по поводу оплаты, запрет близкого контакта, прикосновений, похлопываний по плечу, эротизированных отношений. Это снижает страхи пациента в отношении сверхвключения, поглощения аналитиком, смешивания и т. д. Шизоидные пациенты относятся к терапии с такими же чувствами, которые характеризуют их отношения с другими людьми. Обычно, это комбинация большой чувствительности, страха, поглощения. Они ищут помощи в связи с тем, что их изоляция стала слишком болезненной, или в связи с преследованием специфической цели, например желанием преодолеть какие-то подавления для установления значимого контакта для знакомства с кем-то.

Свойственные им нарушения являются его-синтонными и не рассматриваются как признак болезненного состояния, нарушения. В таком случае целью обращения за помощью может быть желание избавиться от депрессии, тревожных состояний. Причиной визита к специалисту является ощущение «пограничности» – вероятности того, что они могут стать психически больными.

Шизоидные лица плохо вербализуют жалобы. Свое состояние в начале терапии они характеризуют как ощущение потерянности и пустоты. Возникающие в процессе анализа длительные периоды молчания не должны обескураживать аналитика. Необходимо, чтобы у пациента усиливалось ощущение безопасности во время терапии. Они тонко восприни-

мают реакции аналитика, его внутреннее состояние, несмотря на то, что обратной связи при этом не проявляют. Поэтому очень важно не вызвать у них тревоги, паники. Основной задачей терапевта является нахождение способа проникновения в субъективный мир пациента, исключаящего возникновение серьезной тревоги.

В связи с отстраненностью и нечетким стилем коммуникаций, может возникнуть восприятие пациента как интересного, но чуждакого человека, но этим ограничиваться нельзя. Характерного для диагностики шизоидной личности клише явно недостаточно для эффективной коррекции этих состояний. Вместе с тем, человек с шизоидным личностным расстройством следит за тем, не теряет ли психотерапевт интереса к нему; наблюдает за его реакциями на манеру общения, подачи себя пациентом, наличие спутанных посланий и др. Шизоидные лица боятся, что терапевт может прореагировать на них так же, как другие, в том числе близкие люди, т. е. отвернуться от них эмоционально, посчитать безнадежными, полусумасшедшими.

Обычно такие пациенты не вызывают у аналитика тревоги. Но нередко возникает чувство беспомощности с вопросом: «Что же можно еще предпринять?»

Одной из частых проблем в работе является достоверность диагностики, поскольку шизоидное расстройство в выраженных случаях может напоминать заболевания психотического характера. Для дифференциальной диагностики

важно установить, что не выявляется период, который можно расценить как начало развития этого состояния. Так, например, при шизофреническом процессе всегда удается найти если не точку отсчета, то, во всяком случае, период, до которого у пациентов не проявлялись нарушения, типичные для состояния, по поводу которого они обратились.

Дифференциальной диагностике может помочь отсутствие продуктивных симптомов, например, бредовых идей, галлюцинаций. Следует обращать внимание на наличие или отсутствие формально нарушенного мышления. Дело в том, что пациенты могут нечетко выражать свои мысли, испытывать затруднения в формулировании проблемы, но для них нехарактерна дезорганизация мышления. Бывают случаи, когда осторожность, замкнутость, недоверие к специалисту приводят к остановкам речевого выражения, которые могут быть неправильно расценены. Эмоциональное состояние таких людей легко объяснимо и не находится в противоречии с другими психологическими функциями.

Психологические тесты могут стать дополнительным методом диагностики состояний декомпенсации. Если последняя характеризуется психотическим уровнем, она требует внимательного анализа. Декомпенсация может быть проявлением быстропроходящего кратковременного психического расстройства, что требует ее соотнесения с предшествующей симптоматикой.

Трудности в диагностике возникают тогда, когда в состоя-

нии декомпенсации люди выглядят более больными, чем это есть на самом деле. Следует обращать внимание на причины декомпенсации, факторы и механизмы, способствующие ее развитию.

Задача специалиста состоит в попытке, насколько это возможно, сделать шизоидных лиц более интегрированными, несмотря на выраженность нарушений. Важно, чтобы такие пациенты чувствовали себя психологически более комфортно.

Обращает на себя внимание характерное для шизоидных лиц содержание процесса изоляции. Такие состояния не являются «пустыми». Они наполнены разнообразными размышлениями, воображаемыми образами из мира мечтаний, собственных фантазий. В этом проявляется их креативность, творчество, которые они не всегда способны выразить в своих действиях.

В связи с конфликтом близости-дистанцирования эти лица часто кажутся «деревянными» и «лишенными аффекта». Отвечая на вопросы, касающиеся эмоциональной сферы, они интеллектуализируют ответ.

Иногда в структуре личности некоторых пациентов с шизоидным личностным расстройством можно выделить отдельные черты обсессивности и компульсивности, т. е. навязчивый и принудительный аспекты. Это объединяет рассматриваемые нарушения с расстройством другого кластера – с обсессивно-компульсивным личностным расстрой-

ством. Нарушение выражается в привычках, уходящих корнями в прошлое; определенном стиле жизни; ритуалах, связанных с необходимостью совершать, например, какие-то виды активности в строго определенное время. Вышеуказанные признаки представлены не в такой степени, как это бывает при синдроме Каннера, но то и другое нарушение объединяет нечто общее. Лица с шизоидным личностным расстройством скрывают особенности своего поведения очень тщательно, т. к. к ритуалу сохраняется критика и понимание, что, с точки зрения окружающих, их действия будут восприниматься как признак психической патологии. Ритуалы включают в себя определенную, представляющую особое значение последовательность, которой они придерживаются. С одной стороны, шизоидные лица осознают, что в их действиях нет рационального смысла, с другой, – на чувственном уровне это «заземляет их в жизни». В случае препятствия для реализации ритуала, например изменения времени его выполнения, возникает болезненная реакция, возможна грубость, приводящая к конфликту.

Примером может служить человек, который ложится в определенное время спать, не отвечает на звонки или просто отключает на это время телефон. Однако дальше действия не заходят. Шизоидные лица относятся к такому поведению как к какой-то привычке, которая их заземляет, укрепляет в жизни. На основе одного подобного признака нельзя делать вывод о наличии обсессивно-компульсивной личност-

ной структуры.

Обсессивные лица, в сравнении с шизоидными, выглядят обычно социально приемлемыми. Обсессивно-компульсивные личности крайне озабочены необходимостью получить признание и уважение окружающих, соответствовать нормам и правилам, вызвать одобрение со стороны своих коллег, членов семьи, для них важно иметь положительную репутацию в обществе. Присущее им стремление к морализированию абсолютно не свойственно людям с шизоидными наклонностями. Обсессивные лица обращают внимание на реакцию людей, на их оценки, на необходимость соответствия общепринятым требованиям, в то время как шизоидных лиц не особенно волнуют вопросы принятости и дифференциация того, что адекватно или неадекватно в социальном плане.

Параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства иногда объединяют в одну группу, обращая внимание на лежащую в их основе психотическую личностную организацию, единую для всех трех нарушений. Существует пограничная личностная организация, объединяющая пограничное, нарциссическое и антисоциальное личностные расстройства. Кроме того, выделяются расстройства, в основе которых лежит невротическая личностная организация. К ним относятся расстройства избегания, обсессивно-компульсивное, гистрионическое и зависимое личностные расстройства.

Черты шизоидной личности привлекали и продолжают привлекать к себе внимание писателей, сценаристов, режиссеров кино. В художественной литературе имеется ряд ярких, хорошо запоминающихся персонажей с отчетливыми признаками шизоидного расстройства. К ним относятся, например, «человек в футляре» А. Чехова, Шерлок Холмс Конан Дойля. Детектив Холмс не поддерживает ни с кем близких контактов, даже с доктором Ватсоном, его помощником и в определенном смысле доверенным лицом. Общение Холмса с людьми ограничивается анализом и действиями в рамках конкретных расследований. Вне этих рамок он погружается в научные исследования, также имеющие непосредственное отношение к криминалистике.

Шизоидные черты можно легко обнаружить в киногероях американских вестернов в исполнении Клинта Иствуда.

Современным художественным воплощением шизоидных характеристик является, например, Бэтмэн (человек – летучая мышь), роль которого играет Брюс Уэйн. Его герой социально изолирован, постоянно занимается совершенствованием своих физических навыков и разработкой секретного супероружия.

Список литературы

1. *Balint, M.* Friendly Expanses-Horrid Empty Spaces. *International Journal of Psychoanalysis*, 1945, 36, 225–241 p.

2. *Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J.* Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, 1956 (1), 251–264 p.

3. *Brazelton, T.* Joint Regulation of Neonate-Parent. Behavior, In E. Tronick (Ed.) Social Interchange in Infancy. Baltimore University Park Press, 1982.

4. *Escalona, S.* The Roots of Individuality. Chicago, Aldine, 1968.

5. *Fairbairn, W.* An Object Relations Theory of Personality. New York, Basic Books, 1952.

6. *Giovacchini, P.* The Treatment of Primitive Mental States. New York, Aronson, 1979.

7. *Guntrip, H.* (1952) The Schizoid Personality and the External Word. In Schizoid Phenomena. Object Relations and the Self. New York. International Universities Press. 1969, 17–48 p.

8. *Kretschmer, E.* Koerperbau und Character. Berlin, Springer, 1922.

9. *Laing, R.* The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness. Baltimore, Penguin, 1965.

10. *Langs, R.* The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy. V.1. New York, Aronson, 1973.

11. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York, Guilford Press, 1994.

12. *Ratey, J., Johnson, C.* Shadow Syndromes. New York, Bantam Books, 1998.

13. *Robbins, A.* The Interface of the Real and Transference Relationship in the Treatment of Schizoid Phenomena. *Psychoanalytic Review*, 1988 (75), 393–417 p.

14. *Searles, H.* My Work With Borderline Patients. New York, Aronson, 1986.

15. *Sheldon, W., Stevens, S.* The Varieties of Temperament. New York, Harper, 1942.

16. *Sheldon, W.* Atlas of Men. A Guide for Somatotyping the Adult Male at All Ages. New York, Harper, 1954.

17. *Stone, M.* Abnormalities of Personality. New York, Norton, 1993.

18. *Sullivan, H.* Clinical Studies in Psychiatry. New York, Norton, 1973.

19. *Winnicott, D.* Mirror-role of Mother and Family in Child Development. In *Playing and Reality*. New York, Basic Books, 1967, 111–118 p.

Шизотипическое личностное расстройство

Шизотипическое личностное расстройство было впервые включено в DSM-III в 1980 году. Это единственное личностное расстройство, определенное эмпирически на основе генетического отношения к нарушению Первой оси – шизофрении. Симптомы расстройства напоминают шизофренические, но выражены в меньшей степени и оказывают менее тяжелое воздействие на социальное и профессиональное функционирование. Шизотипическое личностное расстройство имеет общие характеристики с позитивными симптомами шизофрении, в то время как шизоидное личностное расстройство – в большей степени с негативными симптомами.

Введение в классификационную схему шизотипического личностного расстройства связано с попыткой ограничить расширенную диагностику шизофрении. Есть большое количество психических нарушений, которые протекают с картиной, напоминающей шизофрению, но они имеют благоприятные исходы и разное течение. Лица с шизотипическим личностным расстройством производят достаточно странное впечатление не только на специалистов, но и на обычных людей. Окружающим они кажутся необычными и несколько нелепыми. Их своеобразие находит отражение во внешнем виде, одежде, в манерах и стиле поведения; особенностях

межличностных контактов. Для них характерно магическое мышление, часто возникающие странные мысли и кратковременные идеи отношения. Например, у них возникает впечатление, что на них неспроста обращают внимание, но спустя некоторое время эти мысли теряют свою актуальность, и они переключаются на что-то другое. Типичны различные иллюзорные восприятия (псевдоиллюзии), фантастическая переработка воспринятой информации.

У биологических родственников лиц, страдающих шизотипическим личностным расстройством, нередко диагностируют шизофрению. Родственники с выявленной шизофренией у них встречаются значительно чаще, чем у здоровых респондентов.

При шизотипическом личностном расстройстве мышление и коммуникация с людьми могут быть нарушенными. У этих людей часто возникают эмоциональные состояния, которые проявляются неожиданными аффектами гнева, раздражения, подозрительности. Для них характерно выраженное суеверие, отнесение себя к разряду ясновидящих, способных предсказывать какие-то события.

Внутренний мир заполнен различными фантазиями и аутистическими переживаниями. В нем существуют воображаемые отношения с придуманными и реальными людьми. В этих отношениях могут присутствовать различные страхи, наличие которых прослеживается с детского возраста.

Речь отличается особым стилем, не совсем понятным

окружающим, особенно в тех случаях, когда люди малознакомы с носителем расстройства и не привыкли к его особенностям. Люди обращают внимание на неадекватность его поведения, он может совершать трудно прогнозируемые поступки, которые вызывают раздражение.

Ряд черт, свойственных пограничному личностному расстройству, можно обнаружить у лиц с шизотипическими нарушениями. Характерно чувство одиночества; отсутствие друзей, трудности в установлении близких отношений, колебания настроения. Иногда лица с шизотипическим личностным расстройством одновременно имеют два диагноза: пограничное и шизотипическое личностные расстройства.

У людей с этим нарушением могут возникать формальные нарушения психотического уровня, которые проявляются непродолжительными симптомами. К ним относятся: состояния, при которых идеи отношения приобретают более выраженный характер, развивается депрессия или ангедония. Депрессия может напоминать развитие большого депрессивного эпизода. В этих случаях возможна постановка двойного диагноза.

В отличие от шизофрении при шизотипическом личностном расстройстве не существует прогрессивности нарушений.

Расширенная диагностика психических заболеваний требует от специалистов умения отграничивать психическое заболевание от личностного расстройства. В современных

условиях велика вероятность как гипердиагностики, так и гиподиагностики психического заболевания. Причем более опасным является вариант поспешного «наклеивания» на пациента ярлыка психически больного, приводящего к серьезным социальным последствиям. Существуют виды личностных нарушений, при которых диагностические ошибки более вероятны. Например, при диагностике представленных в кластере «А» параноидных, шизотипических и шизоидных нарушений она будет нарастать по мере продвижения от параноидного к шизотипическому. То есть больше всего ошибок совершается специалистами при квалифицировании шизотипического нарушения. Если при установлении параноидного расстройства мнения специалистов могут разделяться, то при наличии шизотипического нарушения у большинства пациентов будет диагностировано психическое заболевание. В связи с этим необходимо помнить, что выделение в отдельную группу шизотипических расстройств было обусловлено необходимостью создания определенной ниши для людей, выражающих себя таким образом, что риск «приобрести» психиатрический диагноз эндогенного заболевания с плохим прогнозом у них более вероятен, чем у других. Это важно учитывать особенно в связи с отсутствием в классификации DSM-IV простой формы шизофрении, что позволяет хотя бы на какое-то время отнести многих пациентов к группе носителей шизотипического личностного расстройства.

В. Фэйрбэйрн (W. Fairbairn) [3] и Х. Гинтрип (H. Guntrip) [4], используя психоаналитический подход, внесли вклад в описание симптомов шизотипического расстройства и в понимание его механизмов.

Шизотипическое личностное расстройство приводится в DSM-IV-TR. Американская психиатрическая ассоциация выделяет это нарушение на основании опыта наблюдения многих пациентов с соответствующими этому расстройству признаками, у которых в течение длительного периода не обнаруживали нарастания симптоматики, каких-либо добавочных нарушений и появления негативных симптомов. Эти признаки не имели прогрессивного развития.

Основной целью диагностики шизотипического личностного расстройства является стремление уйти от «навешивания ярлыка» психического больного (стигматизации) на большое количество пациентов, неоправданное отнесение которых к шизофрении привело бы к ряду отрицательных социальных последствий, касающихся их профессиональной деятельности, семейных, дружеских и производственных отношений.

Шизотипическое личностное расстройство характеризуется наличием дефицита межличностных отношений, особенностями мышления, внешнего вида и поведения. Расстройство диагностируется с 18 лет на основании ряда признаков, наличие пяти из которых считается достаточным для постановки диагноза:

1. Наличие идей отношения, не носящих бредового характера. Их возникновение, в отличие от формирования бредовых идей, не связывают с такими механизмами формирования бреда, как приступ бреда – Wahnlinfall и бредовое восприятие – Wahnwahrnehmung [6]. Идеи отношения характеризуются относительной нестойкостью, сменой объектов, по отношению к которым они возникают, возможностью переключения на другие объекты. К этим идеям пациенты могут проявлять критическое отношение, что не случается при бредовых идеях.

2. Выраженная социальная тревога. Проявляется в четко представленном социальном дискомфорте в межличностных ситуациях прямых и косвенных контактов с незнакомыми или малознакомыми людьми. Шизотипическим личностям могут быть присущи черты личностного расстройства избегания, хотя первые, в отличие от вторых, не стремятся даже к безопасным социальным контактам, которые не являются для них потенциально желаемыми.

3. Шизотипических и шизоидных личностей объединяют необычные, странные убеждения, верования, не соответствующие данной культуре. Например, объяснения появления психических нарушений овладением духами, наведением порчи, бросанием дурного взгляда.

К третьему признаку относится также магическое мышление, в процессе которого придается большое значение определенным символам, значение которых выходит за преде-

лы общепринятого, они имеют лишь личностно понимаемое содержание. Магическое мышление существенным образом отличается от других видов мышления (формально-логического, наглядно-образного и пр.), характеризуется другими параметрами и представлениями, оказывает значительное влияние на поведение, на содержание психики, создает свою картину внутреннего мира и структуру ментального поля. В определении отношений между людьми и, прежде всего, отношения к себе особое значение придается предугадываниям, предчувствиям, предзнаменованиям. С точки зрения обычной логики эти явления трудно объяснимы. К ним относятся также подозрительность, склонность к суеверным трактовкам происходящего, вера в ясновидение, телепатию, или наличие так называемого шестого чувства. Эти переживания носят у лиц с шизотипическим личностным расстройством не абстрактно-теоретический, а конкретный характер, который непосредственно соотносится с реальной жизнью. Пациенты чувствуют в себе способность определенным образом влиять на окружающих, например, передавать им некоторые свои убеждения. Тем не менее, они не используют эти особенности для привлечения к себе внимания, не стремятся казаться необычными, они так живут, так думают и чувствуют. Выражение, что другие могут чувствовать их чувства и эмоции, является для них не метафорическим, а конкретным. В более молодом возрасте, когда шизотипическое личностное расстройство еще не диагностируется, эк-

вивалентом этого признака у детей и подростков является наличие необычных, вычурных патологических фантазий и сверхзанятость размышлениями на какую-то определенную тему. Это может находить выражение в определенных действиях, например, придумывании какой-то игры, рисунках, персонажи которых, с одной стороны, живут самостоятельной жизнью, а с другой – отражают события, происходящие в виртуальном мире.

4. Необычные переживания, связанные с восприятием. К этим состояниям относятся псевдоиллюзии, которые часто называют парейдолиями. Они заключаются в способности человека в очертаниях реальных предметов видеть различные образы других предметов, фигур, животных, людей. Иллюзорное восприятие сопровождается критикой и пониманием того, что это своего рода придумка. «Я так это вижу», – говорят пациенты. Такие восприятия возникают очень легко, и внимание носителей этого расстройства может надолго сосредотачиваться на них. Это вызывает большой интерес. В момент переживания псевдоиллюзий в реальных картинах действительности видится нечто большее, какой-то фрагмент сюжета воспринимается по-другому, схватывается больший смысл, чем тот, который обычный человек извлекает из воспринимаемого.

К необычным переживаниям, связанным с измененным восприятием, относятся ощущения присутствия кого-то или чего-то, например, человека, которого в данный момент нет.

Понимая на рациональном уровне происходящее, иногда пациенты превращают ситуацию в своего рода игру, пытаются устанавливать с отсутствующим человеком особую форму контакта. Возможно возникновение чувства присутствия умерших людей, троллей, домовых, отражающего содержание фантазий детского возраста. «Я чувствую, что моя умершая мать находится в комнате вместе со мной», – говорит такой пациент.

5. Странное, эксцентрическое поведение, проявляющееся во внешнем виде, неряшливости в одежде, манерности, разговоре с собой. Разговор с самим собой отражает выраженную представленность аутистического мышления. Характерна манерность в поведении. Такого рода явления происходят без значительного отрыва от реальности, с легким переключением на контакты с другими, отсутствием затруднений в ответах на вопросы.

6. Отсутствие близких друзей, которым пациенты доверяют. В этот перечень не входят близкие родственники и члены семьи.

7. Необычный язык. Странная, нечеткая, слишком абстрактная, отвлеченная по содержанию, обедненная речь, в которой затрагивается небольшое количество тем, относительно мало привязанных к реальности. Продуцируемая информация часто неинтересна окружающим, особенно в случае рассуждений на темы реальной жизни. Ассоциативные процессы не нарушаются.

8. Неадекватный ситуации, суженный аффект, основанный на неконгруэнтности (негармоничности) эмоциональных состояний и отсутствии соответствующего эмоционального и мимического отклика. Желаемые ожидаемые эмоции могут отсутствовать, не проявляться вообще или носить неожиданный характер, выражающийся в неадекватных ситуации жестах, выражениях лица. Затруднения эмоционального контакта вызваны преобладанием фиксации на внутренних процессах, на содержании продукции воображения. Отсюда ощущение, что они лишь формально участвуют в происходящих непосредственно с ними событиях.

9. Подозрительность, достигающая уровня патологизирования. Иногда для обозначения этого состояния используют термин «параноидная идеация». Часто употребляемый сегодня термин «паранойяльный» постепенно уходит со страниц литературы. Параноидная идеация (параноидное мышление) исключает галлюцинаторные расстройства. Подозрительность приводит к еще большему ограничению межличностных контактов, это особенно относится к лицам, вовлеченным в параноидную идеацию.

В монографии П. Кернберга (см. Введение, [6]) описываются две формы шизотипического расстройства: негативная и позитивная шизотипии. Негативная шизотипия характеризуется плохой коммуникацией, приглушенностью межличностных контактов, «охраняемостью» себя, своих интересов, внутреннего мира.

К позитивным признакам шизотипии относятся идеи отношения, нелогическое (аутистическое) мышление (признак, отсутствующий в DSM), деперсонализация, подозрительность, повторяющиеся суицидальные угрозы. В структуре шизотипического личностного расстройства регистрируются пограничные симптомы. К последним относятся: неадекватная злость, аффективная нестабильность, ревность, импульсивность, чувство хронической скуки. Вышеперечисленные симптомы не входят в DSM классификацию, касающуюся шизотипического личностного расстройства.

Характерны признаки социальной дисфункции, к которым относятся общее отсутствие мотивации, низкий уровень профессионального функционирования, социальная изоляция, социальный страх и гиперсенситивность. Отдельно выделяются подозрительное поведение, сверхбдительность, частое возникновение раздражительности.

Подчеркивается необычность речевой продукции, когнитивное соскальзывание. Это выражается в употреблении малознакомых или вообще не понимаемых окружающими выражений, или в неадекватных высказываниях (имеется в виду использование лексики и фразеологии, имеющейся в словаре, но не поддерживающейся в данной среде общения).

Ряд других исследователей шизотипического личностного расстройства также приходят к заключению о целесообразности выделять несколько его субтипов. Так, например, Дж. Клэридж (J. Claridge) и соавт. [2], используя вопросник

O-LIFE Мэйсона (Mason) 1995 года, обнаруживают, что у пациенток/пациентов встречаются четыре компонента шизотипии. Они по-разному выражены в каждом конкретном случае и определяют субтип нарушения:

1. Компонент необычных переживаний. Устанавливается при ответах на вопросы: «Ваши мысли иногда настолько сильно проявляются, что вы способны их слышать?»; «Вы когда-нибудь чувствовали, что обладаете особой, магической силой?»

2. Компонент когнитивной дезорганизации. Устанавливается при ответах на вопросы: «Вы когда-нибудь чувствовали, что ваша речь трудна для понимания, что ваши слова и фразы не имеют смысла?»; «Несмотря на все ваши усилия сконцентрироваться, не относящиеся мысли проскальзывают в ваше сознание?»

3. Компонент интровертивной ангедонии. Устанавливается при ответах на вопросы: «Вы чувствуете близость к вашим друзьям, знакомым, родственникам?» (Здесь отрицательный ответ показывает наличие компонента.) «Чувствуют ли себя люди лучше, если они отстраняются от эмоциональной вовлеченности с другими?»

4. Компонент импульсивной неконформности. Устанавливается при ответах на вопросы: «У вас возникала иногда сильная потребность сломать или разрушить какие-то вещи?»; «Вам обычно свойственно среднее настроение, не слишком повышенное и не слишком сниженное?» (Здесь

положительный ответ показывает отсутствие компонента.) Следует обратить внимание на то, что, в отличие от первых трех компонентов, клинически близких к шизофрении, четвертый компонент относится, скорее, к личностным чертам аффективного спектра.

Пациенты с шизотипическим личностным расстройством в стрессовых ситуациях могут переживать психические расстройства психотического уровня. Эти психозы продолжаются недолго, от нескольких минут до нескольких часов, обычно менее 24 часов. Микропсихотические эпизоды, таким образом, настолько кратковременны, что не соответствуют критериям короткого психотического расстройства по DSM-IV.

У пациентов с шизотипическим расстройством, кроме того, наблюдается повышенный риск развития нарушений настроения (депрессия, дистимия), тревожных расстройств (социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство).

Его-защиты при шизотипическом расстройстве в целом примитивны, за исключением нарциссических. Они включают: проекцию, отрицание (полное игнорирование внешней реальности, которое замещается фантазиями), мышление по желанию. Пациенты используют реконструкцию реальности в соответствии с их внутренними нуждами, что приводит к нереалистическим убеждениям, сверхценным идеям, иллюзиям и галлюцинациям. Возможна идеализация, когда внеш-

ние объекты видятся исключительно с хорошей стороны и наделяются всевластием. Используется расщепление с разделением объектов на «только хорошие» или «только плохие». При этом возможна внезапная переоценка, когда плохие объекты становятся хорошими и наоборот. Характерно избегание интимности, аутистический уход в ситуациях конфликта.

Л. Бенджамин (L. Benjamin) [1] предложил гипотезу, согласно которой шизотипические пациенты в детстве воспитывались и наказывались родителями в соответствии с формулой «делай как я говорю, а не как я делаю». Это относится к разнообразным ситуациям бытового характера: курение, употребление алкоголя, режим питания, слэнг, стиль одежды и др. Например, родитель, систематически употребляющий чипсы перед обедом, наказывает ребенка, когда он делает то же самое. Л. Бенджамин считает, что поведение родителей и/или других авторитетных для ребенка людей может способствовать формированию и длительному сохранению нарушенного чувства реальности, что включает магическое мышление. Риск такого развития имеет место, когда взрослые создают впечатление, что всегда знают, чем занимается ребенок, даже когда он находится вне их поля зрения: на улице, в соседней комнате, в гостях у других детей.

Магическое мышление является одним из признаков шизотипического личностного расстройства, оно сочетается с «мышлением по желанию» (wishful thinking), верой в ясно-

видение, чувством предвидения, периодически возникающим чувством потери своего физического «Я» (деперсонализация), когнитивным аутизмом. У шизотипических пациентов могут развиваться идеи отношения, подозрительность, т. е. признаки параноидного личностного расстройства.

Шизотипические личности обнаруживают шизоидные качества, например, им свойственен особый уплощенный психоэмоциональный стиль жизни, однако кроме того они проявляют выраженную эксцентричность, которая является наиболее отличительной характеристикой данного личностного расстройства. Они в большей степени, чем лица, страдающие другими нарушениями кластера «А» (параноидным и шизоидным), подвержены психотическим декомпенсациям с генерализованной тревогой, а также столь выраженными нарушениями мышления и поведения, что они мешают их жизненным целям и профессиональным амбициям.

Т. Вангаард (Т. Vangaard) [8], наблюдая лиц с шизотипическим расстройством, обратил внимание на то, что у них практически всегда есть признаки ипохондрии. Автор считает, что различные ипохондрические симптомы имеют психологический символический смысл. Обнаруживаются любопытные отношения между соматическими ипохондрическими проявлениями и «общим уровнем комфорта» пациентов. Если межличностные отношения пациента/ пациентки улучшаются, соматические симптомы ослабевают. Если в области межличностных отношений появляется угроза, ипо-

хондрические переживания продолжаются или усиливаются и служат для пациентов способом бегства от реальности. «Выделяемая» для ипохондрических фиксаций зона может символизировать какого-нибудь человека, в котором пациент очень нуждается, но относится амбивалентно. Такой человек оказывается как бы вмурованным в ту или иную часть тела пациента. Метафора «мои родители постоянно сидят на моей шее» приобретает физические свойства в болевых ощущениях в области шеи.

М. Стоун [7] обнаружил, что шизотипическое личностное расстройство чрезвычайно резистентно к интерпретативной терапии. Лучших результатов можно достигнуть при использовании неинтенсивных форм поддерживающей психотерапии. Несмотря на значительные функциональные нарушения, шизотипические пациенты/пациентки редко нуждаются в госпитализации. Их состояние может улучшиться в связи с реабилитационными подходами, включающими поведенческую терапию.

Применение психофармакологических методов бывает эффективным, но должно ограничиваться малыми дозами нейролептиков (по нашим наблюдениям предпочтительно атипичных), с целью смягчения тяжелых и задерживающихся продуктивных симптомов, включая тревогу, идеи отношения, обсессии и компульсии.

А. Голдберг (A. Goldberg) и соавт. находят, что психофармакологическое лечение положительно влияет на деперсона-

лизационные расстройства и симптомы соматизации.

Распространенность шизотипического расстройства среди населения составляет около 3 %. Проявление позитивных симптомов более характерно для женщин.

Шизотипические характеры находят свое отражение в произведениях художественной литературы, кинофильмах. Примерами таких образов могут быть «Иствикские ведьмы», персонажи известного американского фильма, снятого по одноименному роману Джона Апдайка, персонажи киноверсии «Семейства Адамс» (телевизионное шоу 1960-х, киноверсия 1991, 1993).

Список литературы

1. *Benjamin, L.* Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York, Guilford Press, 1993.
2. *Clairidge J., McCreery, C., Mason, O.* et al. The Factor Structure of «Schizotypal» Traits: A Large Replication Study. *British Journal of Clinical Psychology*, 1996 (35), 105–115 p.
3. *Fairbairn, W.* Psychoanalytic Studies on Personality. London, Tavistock, 1952.
4. *Guntrip, H.* Schizoid Phenomena. Object Relations and the Self. London, Hogarth Press, 1968.
5. *Robins, L.* Deviant Children Grown-up: a Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore. Williams, Wilkins, 1966.

6. *Schneider, K.* Klinische Psychopathologie. Stuttgart, Georg Thieme, 1966.
7. *Stone, M.* Schizotypal Personality: Psychotherapeutic Aspects. Schizophrenia Bull, 1985 (11), 576–589 p.
8. *Vangaard, T.* Borderlands of Sanity. Copenhagen, Munksgaard, 1979.

Антисоциальное личностное расстройство

Базисной характеристикой антисоциального личностного расстройства (АЛР) является пренебрежение правами других людей и их нарушение. Эти особенности пронизывают психику и поведение. Постановка диагноза АЛР, согласно DSM-IV-TR, возможна лишь после достижения пациентом 18-летнего возраста, и в анамнезе должно быть зафиксировано наличие нарушения поведения (Conduct Disorder) до 15-летнего возраста. АЛР включает постоянно повторяющееся нарушение основных прав других людей, соответствующих возрасту социально-этических норм или правил.

Специфическое поведение, типичное для нарушения поведения, разделяется на четыре категории:

- 1) агрессия по отношению к людям и животным;
- 2) разрушение собственности;
- 3) лживость или воровство;
- 4) серьезные нарушения принятых правил.

В DSM-III-R приводятся признаки, типичные для нарушения поведения. К ним относятся:

1. Кражи, которые совершаются подростками более чем однократно. Воровство предметов домашнего обихода, их продажа или обмен скрываются от окружающих без попыток признания в содеянном.

2. Частые побеги из дома с невозвращением на ночь (по крайней мере, два раза). Это может быть однократный побег, из которого дети сами не возвращаются. Уходы или побеги из дома не объясняются или трактуются нерационально. «Не пришел домой, т. к. забыл, а когда спохватился, было уже поздно. Думал, что накажут», – говорят в таком случае подростки-дромоманы. Мысли о возможных переживаниях родителей и угрызения на этот счет отсутствуют. Создается впечатление, что в структуре их поведения большое значение имеет импульс, который выражается в желании уйти и не приходить домой. Объяснение, что они не возвращаются из-за страха наказания, отражает только частично значимость происходящих только в период ухода событий. «Пусть меня накажут потом, а сейчас я покайфую». Уход из дома совершается под влиянием импульса, который они не могут объяснить словами. Охватывающие их желания близки к побуждениям. Иногда дромомания может быть единственным признаком нарушения. Кроме желания уйти из дома и вырваться «на свободу», другие симптомы отсутствуют. Чаще всего это уход на одну ночь и недалеко: к кому-то из сверстников, в подвал дома, на чердак и т. п.

3. Частое вранье. Обманывают не для того, чтобы избежать наказания, а безо всякой причины, без надобности, без смысла и мотивации. Иногда обман вызван стремлением произвести положительное впечатление, обратить на себя внимание. Вранье носит кратковременный, сиюминутный

характер, т. к. быстро раскрывается.

4. Целенаправленные поджоги бумаги, писем в почтовых ящиках, каких-то предметов на улице, в общественных местах. Вред и социальная опасность таких действий для них неочевидны.

Стремление к поджогам, присущее лицам с нарушением поведения, связано не столько с желанием смотреть на пламя, сколько с получением удовольствия от реакции на это окружающих, проявляющих беспокойство, бегающих и гасящих огонь.

5. Частые, необоснованные отсутствия в школе. Когда дети не приходят на занятия, они обманывают родителей, и последние уверены в их посещении школы. На самом деле подростки вместо этого уезжают в какой-нибудь район города, т. к. там спокойнее, где их никто не узнает и не сообщит родителям. Они бесцельно шатаются по городу, проявляют элементы поведения, о которых сказано выше, вступают в контакты с такими же, как они, антисоциальными сверстниками. Даже находясь в стенах школы, они не приходят на уроки или опаздывают на них, предпочитая находиться в каких-то подсобных помещениях. Родители, не осуществляющие строгий контроль за такими детьми, часто оказываются в полном неведении. В качестве примера можно привести двенадцатилетнего подростка, которого привозят на скорой помощи с отравлением кокаином. Мать не понимает, как это могло произойти, если, с ее слов, мальчик постоянно занят,

ходит в школу, занимается баскетболом, несмотря на наличие у него «незначительных проблем» и приводов в милицию. Позднее выясняется, что подросток все придумал, он ничем не занят, в школу не ходит, баскетбол игнорирует. Таким детям тяжело высидеть урок, у них затруднена концентрация внимания, но, тем не менее, они успевают схватить какую-то информацию на лету.

6. Склонность к кражам и грабёжам. Эти подростки стараются проникнуть в квартиры и другие помещения с целью украсть или разрушить что-нибудь, например, утащить что-то из чужой машины. Канадские исследователи изучали причины выбора родителями частной школы. В большинстве случаев это было связано не с более высоким уровнем образования, а с исключением контактов с детьми с антисоциальными расстройствами, обучающимися в государственных школах.

7. Сознательное, целенаправленное разрушение чужой собственности без получения каких-либо дивидендов для себя.

8. Жестокие действия по отношению к животным, сопровождающиеся получением удовольствия.

9. Сексуальная агрессивность, принимающая различные формы от приставания до попыток принуждения к сексуальным контактам.

10. Использование в драках оружия, чаще холодного, более чем один раз.

11. Частая инициация драк с более слабыми или младшими по возрасту. Стремление запугать, заставить платить деньги.

12. Похищение не принадлежащей им собственности с применением насилия. Вступление в контакты с другими сверстниками с антисоциальным поведением, образование групп, которые терроризируют участок города, улицу.

13. Физическая жестокость по отношению к людям, особенно находящимся в инактивном, беспомощном состоянии, например, алкогольном опьянении. Нападения на инвалидов, коллективные нападения на бездомных, на представителей определенной субкультуры, которая им не нравится.

Анализ антисоциальных детей и подростков показывает наличие у них ряда признаков, характерных для «височного» типа личности, одного из признаков синдрома Икара [43], который включает:

1. Очарование огнем у людей с височной акцентуацией, которое сопровождается стремлением смотреть на огонь, камин, горящие угли.

2. Полеты во сне, парение в воздухе. Эти сновидения сопровождаются не страхом, а приятным чувством.

3. Хорошо развитая способность воспринимать запахи. Пациенты/пациентки не только тонко улавливают запахи, но и придают им особое значение, поскольку со многими из них увязываются значимые эмоциональные события в жизни. Запахи стимулируют появление приятных эмоциональных со-

стояний.

4. Стремление добиться чего-то, какой-то цели, вдохновения.

Начиная с раннего возраста, у таких детей не формируются эмоциональные позитивные отношения с родителями и родными братьями и сестрами (сиблингами). Происходят бессознательные попытки дистанцироваться от родителей, уходить от близкого контакта с ними, даже от прикосновений. Они трудно социализируются, несмотря на попытки и стремления родителей. Адекватные происходящему переживания отсутствуют. Какая-то часть эмоций не проявляется в достаточной мере, и, прежде всего, это касается сопереживания, раскаяния. Они умеют быть убедительными в разговоре, их вербальные функции достаточно хорошо развиты. Это используется при необходимости защитить себя от последствий своих антисоциальных поступков и выражается в старании выгородить себя, свалить вину на других, чтобы избежать ответственности. Не знающие их люди могут быть введены в заблуждение, поскольку они способны произвести на окружающих хорошее впечатление, что не удастся по отношению к родным и близким, людям, которые их хорошо знают.

Нарушение поведения разделяется на три группы: мягкое, умеренное и тяжелое. Мягкое нарушение включает незначительное число признаков и сопровождается причинением минимального вреда окружающим. Умеренная тяжесть под-

разумеает наличие большого количества признаков нарушения; тяжелая форма – связана с совершением криминальных действий, причинением выраженного вреда другим людям, частыми и долгими уходами из дома и т. д.

Описывают групповой тип нарушения поведения с его проявлением в процессе групповой активности; агрессивно-одиночный тип и смешанные, недифференцированные типы.

Плохое обращение с детьми в настоящее время рассматривается в большей степени не как частная изолированная проблема, а как один из признаков общего нарушения воспитания в контексте других семейных проблем, таких как антисоциальное поведение, алкоголизм родителей [44].

Исследования физического насилия над детьми и пренебрежения ими показывают, что такое сочетание часто приводит к развитию агрессивности, злобы и антисоциальных проявлений у детей.

Б. Игилэнд (B. Egeland) и Л. Струуфи (L. Stroufe) [4], Дж. Родженесс и соавт. (Rogeness G. et al.) [33] находят, что нарушение поведения развивается из длительных переживаний злости и агрессивности.

М. Мэйн (M. Main) и С. Джордж (C. George) [26] устанавливают, что физическое насилие над детьми может приводить к двум формам нарушений: у одних детей развивается аутизация и избегание, у других – страх, злоба и агрессивность.

В развитии нарушения поведения имеет значение передающийся из поколения в поколение негативный цикл. Однако такая динамика не predetermined. Она может быть первична, если окружающая ребенка среда изменится в положительную сторону, например, в случаях благоприятного влияния приемных родителей, хорошей школьной обстановки.

М. Раттер (M. Rutter) [34] пришел к заключению, что положительная эмоциональная ситуация в школе, заботливое отношение учителей, отсутствие формализма в школьном воспитании оказывают профилактику антисоциальности детей, находящихся в ситуации реального риска. Такие дети в три раза чаще (по сравнению с детьми, воспитывающимися в неблагополучных семьях и не имеющими благоприятных условий в школе) успешно выстраивают свою жизнь и удачно выбирают брачных партнеров.

И. Вернер (E. Werner) и Р. Смит (R. Smith) [41] считают, что взаимодействие факторов риска и защитных факторов представляет баланс между «силой личности и силой социальной среды». Под силой личности авторы понимают конституциональные факторы, которые особенно важны в младенческом периоде и детстве, в то время как социально-межличностные оказывают нарастающее влияние в подростковом возрасте.

Образец антисоциального поведения, свойственный нарушению, может продолжаться во взрослом состоянии и диагностируется как АЛР.

М. Тонри (M. Tonry), Л. Охлин (L. Ohlin), Д. Фаррингтон (D. Farrington) [37] полагают, что до сих пор многое остается неясным в нарушении поведения, в частности, наличие его субтипов; факторы риска, вовлеченные в развитие; семейные и другие воздействия среды, которые ведут к более благоприятным исходам. В целом, создается впечатление, что для развития такого нарушения в большей степени имеет значение аккумуляция факторов риска и взаимодействие между ними, чем воздействие какого-нибудь отдельного специфического фактора.

В ранние годы развития нарушения поведения наибольшее значение имеет семейная среда. По мере того как дети растут и выходят за пределы семьи, все большую роль начинает играть влияние сверстников, школы, общества. Получение более конкретных данных требует исследования близнецов и адаптированных детей.

В настоящее время раннее начало нарушения поведения обычно сопровождается плохим прогнозом. Отсюда и профилактику необходимо начинать как можно раньше, желательно в дошкольном возрасте. Нужно продолжать исследования перехода антисоциального поведения подростков в подобное поведение во взрослом состоянии.

Нарушение поведения может быть результатом плохого обращения с детьми, физического и психического насилия, хотя эти же негативные ситуации приводят к формированию и других расстройств.

В 1960-е годы в литературе появился новый термин «синдром битого ребенка» (battered child syndrome), относящийся к психическим нарушениям подвергаемого физическому насилию ребенка [18]. С этого времени исследования в этой области концентрировались на следующих вариантах: физическое насилие, сексуальное насилие, эмоциональная травматизация, пренебрежение ребенком.

А. Грин (A. Green) [7], анализируя состояние детей, испытывавших на себе прямое насилие и другие формы плохого обращения, обнаружил у них большое количество суицидных попыток и самоповреждений. Сравнительные исследования детей, подвергшихся физическому и психическому насилию, проводимые Д. Аллен (D. Allen), К. Тарновски (K. Tarnowski) [1], выявили наличие у них высокого уровня депрессии, безнадежность и низкую самооценку.

Дж. Кауфман (J. Kaufman) [17] выявил у детей, подвергавшихся длительному плохому обращению, признаки большого расстройства настроения.

В то же время в работах А. Кэндалл-Такетт (A. Kendall-Tackett) и соавт. [19] содержатся данные о том, что дети, подвергшиеся сексуальному насилию, наряду со страхом, признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), уходом в себя, проявляют жестокость, делинквентность (невыполнение обязанностей и правонарушения), сексуальную расторможенность, регрессивное поведение.

С. Маклир (S. McLeer), И. Деблингер (E. Deblinger) и со-

авт. [27] находят, что от 21 % до 48 % сексуально травмированных детей имеют признаки, достаточные для диагностики ПТСР по критериям DSM-III-R.

Тем не менее, большинство подвергшихся насилию детей не становятся делинквентными, а большинство делинквентных подростков и взрослых не испытывали в детстве сексуального насилия.

По данным С. Видом (S. Widom) [42], делинквентность у подростков, подвергшихся насилию в детстве, составляет 20–30 %.

В исследовании Т. Моффит (T. Moffitt) и др. [29] подчеркивается, что диссоциальные личности приобрели от родителей навыки социализации в детском возрасте. Автор называет их «дозой социализации», ограниченной социализацией. В дальнейшем (в подростковом периоде) кто-то из окружающих нанес им травму, оставившую в их психической структуре психологический шрам, на фоне которого последовала абсорбция псевдовзрослых образцов поведения антисоциальных сверстников. Таким образом, привитая антисоциальность наложилась на социализированную основу. В подобных случаях общение с антисоциальными подростками носит временный характер и продолжается только в течение подросткового периода. Часть взрослых, когда-то вовлеченных в антиобщественное поведение, но освободившаяся от него в зрелые годы, подавляет такое поведение положительным отношением к близким людям.

По мнению Л. Робинса (L. Robins) [31], АЛР обычно начинается как нарушение поведения в возрасте 8 лет, проявляясь в разнообразных отклонениях поведения, и достигает полностью развернутой клинической картины в конце двадцати— и начале тридцатилетнего возраста.

Начало развития АЛР определяется возрастом возникновения первых детских симптомов. В редких случаях сообщается о регистрации таких симптомов до пятилетнего возраста, а также в возрасте 11 лет. При раннем возникновении симптомов часто выявляется спонтанное выздоровление [31].

Только 26 % детей (данные Л. Робинса [31]) с признаками АЛР обнаруживают их во взрослом периоде жизни. Здесь регистрируется следующая закономерность: вероятность перехода нарушения поведения во взрослое АЛР нарастает с увеличением числа симптомов нарушения поведения: от 18 % при наличии минимумом трех симптомов до 46 % при проявлении шести.

АЛР обнаруживается у 3 % мужчин и 1 % женщин. Среди общего числа заключенных количество мужчин с АЛР составляет около 75 %.

М. Стоун (M. Stone) считает, что имеет место тенденция к более частой диагностике АЛР у мужчин и пограничного личностного расстройства у женщин.

В США АЛР занимает второе место среди всех личностных расстройств. Первое принадлежит ПЛР. В Великобрита-

тании ПЛР менее распространено и, соответственно, первое место занимает АЛР. Интересно, что, в отличие от других личностных расстройств, исследователи АЛР значительно в большей степени фокусируются не на клинической картине, а на вопросах эпидемиологии, судебно-психиатрических проблемах, социальных и политических факторах. Общественно-политические условия последнего периода существования СССР могли приводить к «диагностике» лиц, выступавших с критикой коммунистической идеологии и системы, как страдающих «психопатией», или шизоидной психопатией, а в худшем случае – шизофренией. Термин «антисоциальный» был запрещен к употреблению и часто ошибочно заменялся термином «асоциальный».

Согласно DSM-III (1980), диагноз личностного расстройства возможен только в тех случаях, когда характерологические черты типичны для функционирования индивидуума в течение длительного времени и не ограничиваются дискретными эпизодами заболевания. «Проявления личностного расстройства, в общем, распознаваемы в подростковом периоде или ранее и продолжаются в течение большей части взрослой жизни, хотя они часто становятся менее очевидны в среднем или пожилом возрасте...» АЛР является единственным личностным расстройством, для диагностирования которого требуется выявление его начала в детстве – три симптома должны проявиться до 15-летнего возраста и сохраняться в дальнейшем. Согласно правилам диагности-

ки АЛР, необходимо, чтобы в течение не менее пяти следующих друг за другом лет у пациента проявлялись симптомы нарушений.

Л. Робинс и соавт. [32] подчеркивают необходимость наличия некоторых симптомов в возрастном периоде от 18 до 25 лет, для уверенности в отсутствии длительного перерыва между симптомами как до 15 лет, так и во взрослом периоде. Л. Робинс и соавт. считают, что АЛР должно соответствовать трем критериям, чтобы входить в категорию «психиатрического нарушения»:

- 1) симптомы имеют высокую корреляцию друг с другом, создавая конкретный синдром и не являясь совокупностью различных типов девиаций;
- 2) наличие генетического компонента;
- 3) расстройство возникает и распознается в любом обществе, невзирая на то, какой является его экономическая система.

В результате пересмотра критериев АЛР в DSM-III-R (1987), по сравнению с DSM-III (1980), были существенно изменены симптомы нарушения поведения раннего возраста, в то время как симптомы, характерные для взрослых, в основном остались прежними. В обеих версиях диагноз требовал наличия трех атрибутов из возможных двенадцати для возраста до 15 лет и четырех атрибутов из возможных девяти (DSM-III) или десяти в возрасте с 15 до 18 лет (DSM-III-R). Количество детских атрибутов осталось тем же,

но их содержание было изменено за счет расширения роли детской агрессивности: вместо одного симптома – драки из двенадцати возможных, было введено пять дополнительных симптомов, относящихся к агрессивности. К ним относились: использование оружия, жестокость по отношению к животным, жестокость к людям, принуждение других к сексу, а также кражи с конфронтацией с жертвой. Поджоги были выделены как обособленный от других форм вандализма симптом.

Нарушение поведения включало расширение различных форм агрессии и вандализма, случайные сексуальные связи, нарушение правил поведения дома и в школе, исключение из школы, делинквентность, академическую неуспеваемость, злоупотребление психотропными веществами, изменяющими психическое состояние. К взрослым симптомам был добавлен лишь один – «отсутствие угрызений совести», с целью усилить психологические характеристики дефицитарности, которая является центральной проблемой АЛР. Это изменение не было случайным, оно было связано непосредственно с появившимся пониманием недостаточности обоснования диагноза АЛР исключительно на наблюдаемых объективно нарушениях поведения [27].

В контексте DSM-IV-TR АЛР диагностируется, начиная с 18 лет на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для постановки диагноза:

1. Неспособность находиться в состоянии сколько-нибудь

длительного «рабочего поведения». Это касается и производственной деятельности, и обучения. Безработица при реальной возможности найти работу для таких людей – привычное состояние. Часто повторяющиеся прогулы не связаны ни с болезнью, ни с конкретными семейными обстоятельствами. Многочисленные увольнения совершаются без реальных планов устроиться на другом месте. Причины ухода или увольнения могут быть различными, но они поверхностны. Зачастую конкретная причина вообще отсутствует. Такой человек может сказать: «Надоело, нечего там делать». Отношение к работе носит специфический характер. Поначалу носители этого нарушения неплохо справляются со своими обязанностями, придерживаются дисциплины, но только в течение короткого времени. Как только происходит привыкание к обстановке, мотивация к труду утрачивается, становится скучно, возникают дисциплинарные и производственные нарушения, которые повторяются все чаще и чаще. Происходят конфликты, вызванные стремлением ввести в заблуждение и обмануть окружающих. Факты совершенного нарушения скрываются, вина «сваливается» на других.

2. Отсутствие конформности к социальным нормам и уважения к законопочитанию выражается в повторно совершаемых антисоциальных действиях, которые не зависят от степени уголовной наказуемости и возможности привлечения к ней. К таким действиям относятся: разрушение чужой собственности, приставания, кражи, фальсификации, занятия

нелегальным бизнесом, например, торговлей наркотиками.

3. Раздражительность и агрессивность, проявляющиеся в частых драках, применении физической силы. Драки провоцируют они сами. Сила применяется не как средство самообороны, а для избиения более слабых, членов семьи, включая детей.

4. Постоянное невыполнение финансовых обязательств. Занимая деньги, они убеждают окружающих в крайней необходимости их получения, при этом «забывают» отдавать долги. Антисоциальные личности не оказывают необходимой экономической поддержки тем людям и членам семьи, которые в ней нуждаются.

5. Отсутствие планирования своей жизни. «Зачем строить планы? Жизнь сама подскажет», – говорят они в таких случаях. Действия и активности, касающиеся разработки жизненной стратегии, совершаются импульсивно, спонтанно. Захотелось чего-то – появилась мысль о достижении какой-то внезапно возникшей цели, и она реализуется, несмотря на неадекватность. Они могут уехать в другой город под влиянием импульса, не имея конкретных планов. Иногда возникает желание просто куда-то уехать. Когда они уезжают, они не всегда знают, куда приедут, желания меняются очень быстро, поэтому они часто теряются, т. к. не представляют, где закончится их путешествие. Поскольку четкой цели поездки нет, нет и фиксированного места их временного пребывания. Их отсутствие может длиться месяц, годили зна-

чительно дольше. Их часто ищут родственники, т. к. они не сообщают о себе никаких сведений. Когда их находят, они искренне радуются тому, что их обнаружили. Однако такая радость кратковременна. Объяснений причин отсутствия не дают. Приводимые доводы крайне поверхностны.

6. Лживость и отсутствие стремления быть правдивыми. Они часто сообщают неправильные сведения о себе, придумывают различные автобиографии, в зависимости от ситуации и тех, кто их слушает. Зачастую это делается для удовольствия, а иногда для личной выгоды. Они могут рассказывать о глубине своих знаний, о богатом опыте, которого в действительности нет. Возможно использование фальшивых документов.

7. Пренебрежительное отношение к безопасности других людей, включая близких. Это проявляется, например, в том, что они могут возить своих родственников, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, превышая скорость на опасных участках дороги.

8. Проблемы в семейной жизни, неустроенная личная жизнь. Для них не типичны моногамные отношения. Ответственных родителей из них не получается, отсутствует забота о детях. Их дети систематически недоедают, часто болеют. Болезни нередко вызваны несоблюдением элементарных правил гигиены. Заболевший ребенок имеет мало шансов получить своевременную медицинскую помощь, т. к. антисоциальные родители своевременно не обращаются в ме-

дицинские учреждения и лично не лечат его, считая, что все «само пройдет». Ребенок оказывается зависимым от соседей или родственников, живущих в другом месте. Как правило, ему негде поесть, создаются ситуации, когда он не может попасть домой, не имея ключа от квартиры. Иногда его оставляют дома одного, уезжая на несколько суток, что кончается вмешательством правоохранительных органов. Браки анти-социальных личностей длятся обычно не больше одного года. Угрызений совести и сожалений по поводу последствий своего поведения не испытывают.

В DSM-IV-TR пункт, который касается пренебрежений правами других людей, подчеркивается, как наиболее значимый.

По нашим наблюдениям, у лиц с АЛР мало выражена реакция страха. Недостаточная его представленность имеет большое значение и подтверждает наличие серьезного нарушения функций его. Несмотря на знание, что за какое-либо действие положено наказание, они все равно совершают антисоциальный акт, руководствуясь принципом сиюминутного получения удовольствия. Такая позиция свидетельствует о нарушении будущностной проекции. Иногда говорят, что такой человек живет текущим моментом. Сниженное чувство страха подтверждают данные о том, что приговоренные к смертной казни (в США) и сидящие в тюрьме антисоциальные личности подают апелляции в различные инстанции и, сохраняя психическое равновесие, рассуждают: «Ну, ко-

гда это еще будет, а может и обойдется».

Антисоциальные личности живут по примитивно-гедонистическому принципу удовлетворения потребности в наслаждении, невзирая на последствия. Отсюда возникают серьезные трудности в коррекции таких состояний.

Сенсорная депривация переносится ими плохо. Наличие авантюрного начала приводит к попыткам устроиться на сезонные работы в экстремальных условиях, например, на Севере, в высокогорье. Пребывание в таких регионах сопровождается депривацией особого рода: природа, малое количество людей, отсутствие достаточных объемов работы, ее однообразие приводят к эмоциональным и поведенческим срывам, заострению деструктивных черт, нарастанию агрессивности. Средствами снятия таких состояний становятся злоупотребление алкоголем, веществами, изменяющими психическое состояние и др. Любая кропотливая работа, отсиживание часов «от и до» им не подходит, вызывает приступы раздражения. Находясь дома, они стимулируют себя просмотром телевизионных передач со сценами насилия, жестокости, грубости. Однако долго смотреть телепрограммы они не могут. Хорошим примером отсутствия у таких людей социализации, всякой продуктивной деятельности и наличия сексуализации и фальсификации служат герои мультсериала «Бивис и Баттхед».

В моменты скуки они часами говорят по телефону, причем ни о чем конкретном, одновременно едят, смотрят те-

лепередачи. Любят испытывать необычные впечатления, поэтому их поведение «SSB» (sensation seeking behavior) направлено на поиск острых ощущений. Характерно периодическое употребление наркотиков и различных веществ, изменяющих психическое состояние.

С. Люис (C. Lewis) [21] разделяет носителей АЛР на две группы:

1) «первичную» группу, для которой характерно патологическое развитие эмоций, эмпатии, чувства вины, черствость;

2) «вторичную» группу, проявляющую патологическую эксцессивность эмоций.

На основании данных о низком уровне активности серотонина в обеих группах С. Люис предполагает, что этим может быть обусловлена неспособность пациентов с АЛР эмоционально реагировать на угрозу наказания. С. Смит (S. Smith) и Дж. Ньюмэн (J. Newman) [35], придерживаясь концепции выделения двух групп носителей АЛР, выявили отсутствие тенденции к злоупотреблению алкоголем и другими изменяющими психическое состояние веществами в первичной группе и наличие такой тенденции во вторичной группе.

С. Смит, Дж. Ньюмэн (Newman) и Р. Фэйрли-Джонс (R. Fairley-Jones) [5] связывают аддиктивные влечения во вторичной эмоционально-эксцессивной группе с нестабильностью, скукой, взрывным характером поведения и находят, что под влиянием алкоголя эти пациенты становятся еще бо-

лее расторможенными.

При описании характерологических антисоциальных черт М. Стоун использует старый термин «психопатический», при описании поведения – «антисоциальный» и считает, что в ближайшем будущем оба термина будут сохраняться в употреблении. Автор фиксирует внимание на существовании «легких» вариантов АЛР. Лица, страдающие последним, характеризуются сравнительно слабыми проявлениями патологических черт.

Х. Чэкли (H. Checkley) [3] в получившей широкую известность монографии «Маска здоровья» выделяет 16 признаков, которые должны настораживать и указывать на наличие данной личностной аномалии. Они включают, в частности, поверхностный шарм, ненадежность, неискренность, эгоцентричность, отсутствие раскаяния и др.

Список Х. Чэкли был позже переработан Р. Хэйром (R. Hare) и соавт. [9] с включением в него следующих признаков:

- 1) красноречие/поверхностный шарм;
- 2) грандиозное чувство самозначимости;
- 3) потребность в стимуляции/предрасположенность к скуке;
- 4) патологическая лживость;
- 5) надувательство/манипуляции;
- 6) отсутствие раскаяния или чувства вины;
- 7) уплощенный аффект;

- 8) черствость, отсутствие эмпатии;
- 9) паразитический стиль жизни;
- 10) слабый контроль поведения;
- 11) промискуитетное сексуальное поведение;
- 12) ранние проблемы с поведением;
- 13) отсутствие реальных длительных целей;
- 14) импульсивность;
- 15) безответственность;
- 16) неспособность взять на себя ответственность за свои действия;
- 17) многочисленные кратковременные брачные отношения;
- 18) аннулирования условного освобождения (из тюрьмы);
- 19) криминальное поведение;
- 20) злоупотребление алкоголем или другими веществами.

Правила скорирования позволяют после каждого пункта ставить «0», «1» или «2». Максимальное скорирование – 40. Скорирование выше 30 считается диагностическим для «психопатии» (АЛР). Эти двадцать признаков отличаются по своей выраженности при диагностической оценке и прогнозе. Некоторые из них имеют прямое отношение к промискуитету, нарушению закона, другим к нарциссическим характеристикам, третьи к лжи, обману, безответственности и т. д. Их представленность, выраженность и комбинации создают картину разнообразия АЛР.

М. Стоун в 1993 году предложил добавить ко второму

признаку (грандиозность) признак «эгоцентричность» и к шестому (отсутствие раскаяния и чувства вины) – «непроницаемость к стыду», показывая тем самым отсутствие у их носителей всяких сдерживающих факторов к совершению нарушений различного характера, включая насилие. При наличии этого признака у пациентов нет внутренних механизмов подавления антисоциальных мотиваций, а также они не чувствительны к сдерживающим попыткам со стороны других людей.

В XIX веке поведение таких людей квалифицировалось как «моральное безумие» потому что, с точки зрения психиатров, наблюдавших таких людей, человек с нормальным интеллектом, будучи психически здоровым, не в состоянии совершать подобные действия, т. к. удовольствие, получаемое им, незначительно, а последствия для других и самого себя разрушительны.

«Ядром» этого нарушения является получение удовольствия любой ценой, поэтому особенностью лиц с антисоциальными нарушениями является выдвижение на первый план деятельности, направленной на получение удовольствия. Им свойственен примитивный гедонизм, без учета реальной возможности следующего за антисоциальными действиями наказания. Поэтому запугивать их наказаниями бессмысленно. Эти лица стремятся к гиперстимуляции, чувствуя себя лучше во время пребывания в активном состоянии. Они не выносят пассивности, одиночества, изоли-

рованности. Поэтому термин «асоциальный» по отношению к ним выглядит нелепо. Они стремятся к контактам с другими, но при их осуществлении совершенно не учитывают их интересов. Любые, требующие усилий действия, производятся ими лишь при одном условии – получении удовольствия от деятельности. В случае несоблюдения такого условия, делать работу, не доставляющую им немедленных положительных эмоций, они не будут. Стремление к получению удовольствия носит поверхностный характер, не затрагивая глубинных эмоций.

Социальная непродуктивность таких людей базируется на том, что им быстро все надоедает. Начав с подъемом и энтузиазмом выполнять какую-либо работу, они быстро в ней разочаровываются, находя ее рутинной, скучной и неинтересной. Это приводит к появляющимся все более часто нарушениям, ошибкам и промахам, вызывающим возмущение окружающих.

Слабым местом лиц с антисоциальными нарушениями является гипостимуляция, которую они плохо переносят, испытывая при этом выраженный психологический дискомфорт. Эту особенность следует учитывать при профессиональном отборе. Так, увлеченные, например, романтическим порывом, они стараются уехать в места, где отсутствуют развлечения и нет возможности быстро вернуться, например, участвовать в экспедициях. Но из-за того, что им быстро все надоедает, у них появляется агрессивность по отно-

шению к другим, усиливается конфликтность, провоцирующая разнообразные нарушения. Это делает существование рядом с ними всех остальных людей невозможным.

Пациенты с антисоциальным личностным расстройством, так же как и пограничные личности, склонны к суицидным действиям. В отличие от пограничного личностного расстройства (см. ниже), здесь речь идет в основном о демонстративных попытках.

Исследование психического статуса не обнаруживает формальных нарушений сознания, бредовых идей, иррационального мышления. Для них характерна большая практичность, высокий порог «заземления» и повышенное чувство примитивной реальности. Эти люди имеют развитый вербальный интеллект, они хорошо и красиво говорят. Они используют «обворожительную» речь, когда им нужно защитить себя, что-то скрыть, перевести разговор на другую тему. Они хорошо проецируют вину на других, обвиняя всех, кроме себя. Причем делают это с большим артистизмом и убежденностью, поэтому те, кто их мало знает, верит им.

Большинство лиц с АЛР не совершают преступлений. По данным М. Стоуна, только 37 % агрессивных лиц выявляют симптомы, характерные для АЛР. Таким образом, криминальные действия не являются необходимым признаком этого расстройства.

Затруднения, связанные с работой, у лиц с АЛР обнаруживаются чаще, чем криминальное поведение. Они выявля-

ются в 94 % случаев; правонарушения, связанные с транспортом – в 72 %; серьезные проблемы в брачных отношениях – в 67 %. Последние включают покидание семьи, частые разводы, многочисленные измены и др.

Наряду с легкими формами АЛР, существуют варианты, представляющие непосредственную угрозу для общества. Лица с такого рода АЛР являются более опасными и для себя, и для окружающих, по сравнению с пациентами с психическими расстройствами психотического уровня.

Так, С. Йохельсон (S. Yochelson), С. Саменов (S. Samenow) [45] считают целесообразным выделять подгруппу антисоциальных лиц с тяжелым криминальным поведением, которое основывается на том, что в их мышлении формируются криминальные сценарии. Их реабилитация требует «тотального искоренения» криминального мышления.

Х. Чэкли (H. Checkley) [3], исследуя пациентов с признаками АЛР, пришел к заключению, что они способны хорошо приспосабливаться к различным условиям и в ряде случаев делают профессиональную карьеру. Среди лиц с АЛР (в терминологии Х. Чэкли «психопатов») он встречал бизнесменов, научных работников, врачей-психиатров, адвокатов, инженеров, «светских людей». В описании и анализе лиц с АЛР Х. Чэкли подчеркивает их «максимальную скрытность», способность в течение необходимого времени производить на нужных людей благоприятное впечатление. Настоящее лицо антисоциальной личности раскрывается в дей-

ствиях, отношениях, когда ситуация становится им более знакомой и привычной. Таким образом, для раскрытия истинной сути антисоциального индивидуума нужно определенное время. Х. Чэкли считает, что у лиц с АЛР имеется не просто личностное нарушение, а, прежде всего, «дефект личности», вокруг которого формируются психологические защиты. Дефект относится к наиболее центральному элементу человеческой личности – к его социальной природе.

По мнению Р. Дженкинс (R. Jenkins) [12], «психопат» является «антисоциальным индивидуумом», который никогда не достигает развитой формы *homo domesticus* («домашнего человека»). Основное отличие лиц с АЛР от нормальных или интегрированных личностей заключается в отсутствии рефлексии и постоянной неспособности осознать, что большинство важных переживаний жизни значит для других людей. Р. Дженкинс подчеркивает, что здесь речь идет не о формально воспринимаемых поступках с точки зрения определенной этики, эстетики, теологии, философской системы или идеологии, а об отсутствии какого-то главного компонента эмоций, переживания, из которого формируются верность, сострадание, сочувствие, лояльность, концепция чести и ответственности. Этот параметр придает всем переживаниям жизненную силу и отсутствует при АЛР. Носители этого расстройства не способны «войти в переживание». Человек с АЛР может внешне превосходно его ими-

тировать, но это всего лишь ролевое поведение, а главный эмоциональный компонент отсутствует. Пациент/пациентка с АЛР не осознают и не переживают этой недостаточности, не способны выйти за границы своего видения и переживания себя и окружающего мира. Антисоциальные личности не способны по-настоящему ни страдать, ни сопереживать, ни радоваться жизни. Они не могут воодушевить кого-нибудь, научить чему-нибудь полезному; у них отсутствует симпатия к другим людям, сочувствие и радость, в связи с успехом даже наиболее близких людей.

В то же время утверждение, что лица с АЛР вообще не в состоянии получать удовольствие, очевидно, неправильно. Во всяком случае, существует активность, от которой они получают возбуждающие их переживания, своего рода «трепет» (thrill). Такой активностью является обман, одурачивание людей. А. Салтер (A. Sulter) [36] считает, что одурачивание различного содержания является главным стимулирующим событием в жизни индивидуума с АЛР.

Эта особенность характерна для различных форм АЛР. Так, например, С. Бабяк (С. Babiak) [2] обследовал лиц с антисоциальными признаками, занимающихся бизнесом, в шести разных компаниях. Автор установил, что в каждой из них главной причиной проблем оказывался сотрудник с антисоциальными признаками. Такого рода лица приносили компаниям и другим сотрудникам существенный ущерб. Их деятельность заключалась в сборе информации, манипули-

ровании людьми, распространении сплетен, порочащих других сотрудников, провоцировании конфликтов. Они занимались чем угодно, кроме продуктивной работы. Автор отмечает, что ни в одном из случаев их не увольняли, а наоборот, они преуспевали, продвигались вверх по карьерной лестнице, обладая способностью «сваливать» вину на других. Тактика их поведения заключалась в установлении доверительных отношений с сотрудниками, от которых они могли получить нужную для них информацию, и внезапном разрыве этих «дружеских» связей, когда люди оказывались им не нужны. Им удавалось подсиживать руководителей и занимать их места. Во всей своей деятельности они проявляли отсутствие совести и сочувствия к кому-либо.

А. Салтер (A. Sulter) [36] предостерегает от ошибки ставить знак равенства между антисоциальными личностями в рамках АЛР («психопатами») и обычными преступниками. Отличие заключается не в уровне насилия и предрасположенности к совершению преступлений, а наличии личностных черт, которые позволяют им изощренно манипулировать людьми. К этим чертам относятся словоохотливость, краснбайство, поверхностный шарм, умение нравиться, добиваться прощения, умение убедить в своем «раскаянии». Люди продолжают часто верить этим индивидуумам, несмотря на весь отрицательный опыт прежнего общения с ними. Так, беседуя с сотрудниками фирм, обманутыми такими людьми, С. Бабяк обнаружил у пострадавших не

только понятные реакции злости и обиды, но и депрессию, в связи с чувством потери отношений с этими интересными и возбуждающими людьми.

О чрезвычайно сильном влиянии лиц с АЛР говорит, например, тот факт, что известный специалист по данной проблеме профессор Д. Ликкен (D. Lykken) [25], по его собственным словам, неоднократно поддавался психологическому воздействию пациента с АЛР, который обманул его на 1000 долларов, проявлял постоянный авантюризм, игнорировал опасности без чувства страха, совершал противоправные действия. Д. Ликкен даже рискнул полететь с ним в качестве пилота на самолете.

Как уже указывалось, АЛР характеризуется отсутствием или крайне малой выраженностью чувства страха, в том числе и страха перед наказанием. Последний не останавливает носителей этого расстройства от совершения деструктивных поступков, т. к. они придерживаются принципа: «кайф» (thrill) я получу сейчас, а наказание будет потом, а может его вообще не будет.

Пациенты с АЛР имеют свою зону риска в нарушении адаптации. Согласно нашим наблюдениям, такой зоной является ситуация недостаточной стимуляции. Специфическая гипостимуляция в данном случае – это лишение возможности проявлять активность, например, в условиях относительной изоляции, малом количестве внешних раздражителей. В таких ситуациях пациенты становятся раздражи-

тельными, повышено агрессивными, хаотично дезорганизованными.

В. Джойнс (V. Joines) [14], исследуя уровни психопатологии, развивающиеся в процессе лечения при разных личностных расстройствах, находит, что в случае АЛР у пациентов при декомпенсации развиваются нарушения приспособления с расстройством поведения (по DSM-IV). Автор специально выделяет и описывает «очаровывающее – манипулятивное» поведение при АЛР, характеризующееся активной агрессивностью. Его носители как бы играют с другими в игру «поймай меня, если сможешь»; для того, чтобы добиться своих целей, могут расставлять ловушки, имитировать влюбленность, доброту, участие.

А. Бек в своей последней монографии «Узники ненависти» проводит дифференциацию между совершающими преступления антисоциальными личностями и склонными к насилию другими индивидуумами. Последние – «реактивные правонарушители» или «социопаты» – прибегают к актам насилия только в специфических провоцирующих ситуациях, в то время как для антисоциальных лиц или «первичных психопатов» насилие является поведением выбора и представляет их способ существования.

Реактивные правонарушители, в отличие от антисоциальных, способны к переживанию обычных человеческих эмоций, могут испытывать раскаяние, чувство вины, стыда, проявлять эмпатию, ранимость в межличностных отношениях.

Их проблема заключается часто в отсутствии контроля, торможения, ассертивных (самоутверждающих) социальных навыков, неумении модулировать свои эмоциональные реакции.

В противоположность этой группе, антисоциальные первичные психопаты характеризуются отсутствием эмпатии и чувства вины, поиском острых ощущений, четко очерченным стилем поведения. Более того, согласно наблюдениям Х. Чэкли [3], З. Хэйр и соавт. [8], антисоциальные преступники обнаруживают черты грандиозности, считают себя выше других, относят себя к категории привилегированных людей с особыми правами.

Подчеркивание рядом авторов отсутствия эмпатии при АЛР требует дополнительного разъяснения, поскольку речь часто идет не о неспособности оценить все компоненты психического состояния другого человека, например, «схватить» о чем он думает, а скорее о невозможности пережить те же эмоции и проявить симпатию. Антисоциальные личности лишены способности идентифицировать себя с людьми, которым они наносят психическую и/или физическую травму.

Дж. Ньюмэн (J. Newman) и соавт. [30] при изучении в эксперименте реакции лиц с АЛР установили наличие у них дефицита переработки информации. В ситуациях составления плана действий «психопат» оказывается «непроницаемым» к сигналам, которые заставляют других людей остановиться

и подумать.

Для антисоциальных индивидуумов характерно стремление к власти, доминированию. Они используют примитивные психологические защиты, чтобы не испытывать даже намека на отрицательные эмоции. К ним относятся стремление контролировать других и ситуацию, проективная идентификация. Часто используется повышенная активность, не имеющая какой-либо конструктивной направленности. Наоборот, ее содержанием является нанесение ущерба людям, садистические действия, издевательства над более слабыми, жестокость по отношению к животным. Анализ психологии этих лиц показывает, что им совершенно не свойственно стремление повысить самооценку за счет контроля реализации своих импульсивных желаний. Они не переносят отрицательных чувств, прежде всего, чувства слабости. При появлении психологического дискомфорта сразу же прибегают к действиям, чаще всего в той или иной степени деструктивным. В английском языке такой синдром определяется не имеющим точного русского эквивалента термином «acting out» («выделяться»), в польском – глаголом «rozrabiac».

Обычно считается, что в формировании АЛР принимают участие как генетические, так и средовые факторы. В наших наблюдениях мы встречались с ситуациями, когда дети, от которых отказались антисоциальные родители, оказавшись в благополучных семьях, воспитывались в них без проявления признаков нарушения поведения до 7–8-летнего возраста.

та. Проблема появилась после контактов с антисоциальными сверстниками (школа, летний лагерь отдыха), когда происходило бурное развитие нарушений, и попытки справиться с ситуацией оказались безрезультатными.

Представляет определенный интерес работа П. Гринэкр (P. Greenacre) [6], которая наблюдала во всех исследуемых ею случаях АЛР наличие смешанного влияния строго авторитарного отца и попустительствующей или фривольной матери.

На значение психогенных влияний «психогенной этиологии» в развитии АЛР указывал Б. Кормэн (B. Karpman) [15], обнаруживая только в незначительном проценте исследованных случаев ее отсутствие.

А. Джонсон (A. Johnson) [13] высказывала предположение, что делинквентность детей или подростков иногда вызывается бессознательными антисоциальными импульсами их родителей. Бессознательный компонент стремления к антисоциальному поведению усваивается детьми/подростками с большей силой, чем вербальные наставления и ограничения. Дети «используются как пешки» и бессознательно стимулируются к воровству, насилию, сексуальному промискуитету и извращениям для удовлетворения бессознательных потребностей родителей самим реализовать такое поведение.

Р. Линднер (R. Lindner) [23] был убежден, что посредством активизации процессов невербальной памяти он спо-

собен получить у взрослых пациентов достоверные сведения о значительных, прежде всего, травматических переживаниях раннего периода (6–8 лет) их жизни. Эти переживания приводили к развитию серьезно нарушенных отношений с родителями и в конце концов – к заимствованию роли «психопата».

Антисоциальные типы широко представлены в литературе, кино, телевидении. К ним относятся различные отрицательные герои, например, преступники в книгах Флеминга и экранизациях о Джеймсе Бонде. Ярким примером криминального варианта является персонаж доктора Лектора, серийного убийцы в исполнении Энтони Хопкинса в «Молчании ягнят». Более легкий вариант АЛР представлен у де Кюрваля в канадском телесериале 1996 года «Маргарет Валлон» режиссера Шарля Бинома.

Различные варианты лиц с АЛР встречаются в произведениях Ивлина Во, таких как «Горстка пепла» («A Handful of Dust», 1946); «Любимая» («The Loved One», 1948); «Порочные тела» («Vile Bodies», 1948) и др.

Классик американской литературы Генри Джеймс (младший брат известного философа Вильяма Джеймса) в 24-частной новелле «Поворот винта» (H. James. «The Turn of the Screw», 1898) мастерски изобразил неспособность к нормальным чувствам, черствость и всепроникающее сопротивление к человеческим подходам у детей.

Образ женщины с АЛР и криминальным поведением со-

здан в фильме Моргана Фримэна 2002 года «Американская психопатка». Студентка университета, роль которой исполняет Мила Кьюнис, совершает преступления, она готова убить каждого, кто становится на пути ее карьеры.

В современной психиатрии особое значение приобретает проблема двойного диагноза. Если речь идет о злоупотреблении веществом, возникшем на базе базисного личностного расстройства, не обязательно антисоциального, диагност обращает внимание на разный характер дальнейшего жизненного сценария у таких людей. У них может появиться выраженная физическая зависимость по отношению к этому веществу, и тогда на первый план выступает аддиктивное поведение. Иногда таких больных неправильно диагностируют, квалифицируя их состояние исключительно как аддиктивное расстройство, хотя, на самом деле, речь идет об аддиктивном расстройстве, развившемся на базе личностного нарушения.

Особенностью аддиктивного поведения у лиц с АЛР является отсутствие тенденции к ритуализации. Характерный для аддиктивного поведения ритуал использования аддиктивного агента в определенное время и в определенных ситуациях в данном случае отсутствует. Аддиктивному поведению лиц с АЛР присуща злокачественная безалаберность. Прибегание к аддиктивному агенту не связано ни со временем, ни с определенным местом. Происходит смешение и взаимное усиление аддиктивных и личностных нарушений.

Эффективных методов коррекции АЛР очень мало. Одним из них является профилактика – удаление ребенка из сферы общения с антисоциальным окружением.

В настоящее время выделяют диссоциальное личностное расстройство, которое не входит в официальные классификации. Более того, в МКБ-10 этот термин используется в другом смысле, подменяя антисоциальный. Диссоциальное личностное расстройство характеризуется антисоциальностью, проявляемой по отношению к большинству людей, в число которых, однако, не входят члены семьи, представители референтной группы, субкультуры.

В рамках антисоциальных Д. Ликкен [25] выделяет несколько вариантов личностных расстройств. Автор относит к ним отчужденную клиническую форму, давая ей более точное название «отчужденный социопат». С точки зрения Д. Ликкена и других авторов, этимология термина «социопатия» подразумевает большую долю участия социальных факторов в генезе этого состояния. Установлено непосредственное влияние отрицательных средовых и, прежде всего, семейных факторов на развитие этого нарушения. По мнению Д. Ликкена, в группе «отчужденной социопатии» можно выделить такие подварианты (формы), как тип с нарушением аффилиации (стремления быть в обществе других людей, потребность в общении, в осуществлении эмоциональных контактов, в проявлении дружбы и любви); дезэмпатический вариант (лишенный эмпатии); тип обманщика, враж-

дебный тип, агрессивный тип.

Отчужденные социопаты в целом характеризуются неразвитой способностью любить и вступать в глубокие интимные отношения. В англоязычной литературе при характеристике многих психических расстройств широко используется слово «attachment». Поскольку оно не имеет точного психологического эквивалента в русском языке, наиболее близкими по значению являются термины «примыкание» и «прилипание», подразумевающие установление значимой эмоциональной связи, значимого «Я»-объектного отношения. У отчужденных социопатов способность к такого рода состояниям выражена слабо.

Д. Ликкен [24] считает, что одним из важных факторов, которые мешают социопатам вести нормальную жизнь, является отсутствие у них способности сопереживать и идентифицировать себя с потенциальной жертвой или каким-либо другим человеком.

Отчужденная социопатия с нарушением аффилиации (стремления быть в обществе других людей) возникает при воспитании ребенка в определенных семейных условиях, когда ни один из родителей не осуществлял эмоциональную заботу о нем в критический период раннего детства. Лишение возможности получать адекватные эмоциональные проявления родительской любви и внимания приводит к недоразвитию и утрате способности любить и развивать необходимую привязанность (attachment).

Концепция сенситивных периодов подразумевает наличие присущих определенному возрастному периоду оптимального сочетания условий для развития психических свойств и процессов. Преждевременное или запаздывающее по отношению к периоду возрастной сенситивности обучение может оказаться недостаточно эффективным, что неблагоприятно сказывается на развитии психики. Существует, например, определенный сенситивный период для успешного овладения ребенком иностранными языками.

По мнению Д. Ликкена, есть период, который является критическим для развития у ребенка глубоких чувств, интимных переживаний, любви и т. д. В худшем случае возникают трудности в развитии просоциальных стилей поведения. Просоциальный компонент любого вида деятельности оказывается сглаженным или отсутствующим. Неспособность эмоционально включаться в глубинное сопереживание с другими людьми существенным образом нарушает процессы приспособления.

Своеобразная структура отчужденных социопатов дезэмпатического типа делает их похожими на лиц, страдающих диссоциальным вариантом нарушения. Их характеризует наличие способности к установлению эмоционально значимых контактов с членами семьи. За ее пределами «эмпатический» круг значимых других очень сужен, в связи с отсутствием способности проявлять эмпатию в межличностных контактах с другими людьми и даже животными.

Причинами отсутствия эмпатии является недополучение ее от родителей и наличие в детском и в более позднем периоде жизни длительных стрессовых воздействий. Наблюдение за страданиями других, длительное и постоянное пребывание в травмирующих психику ситуациях вызывают сужение круга людей, к которым проявляется эмпатия. Одним из признаков лиц дезэмпатического типа является их неспособность включаться в эмоциональные переживания при просмотре драматических и трагических передач, например, по ТВ. Переживания других людей не вызывают у них ответных эмоциональных реакций. Если они и возникают, то только на интеллектуальном уровне.

Отчужденные социопаты враждебного типа ощущают себя хронически отверженными обществом людьми. Поскольку они не могут достичь успеха при условии подчинения общепринятым нормам и правилам, эти правила отвергаются, возникает отрицательное отношение к обществу, формируются враждебные, деструктивные поведенческие подходы. Одним из вариантов является поведение пассивно-агрессивных лиц, саботирующих не устраивающие их виды активностей таким образом, что формально к ним «придаться» нельзя.

К типу обманщиков относятся лица, которые не поддерживаются другими социальными группами, чувствуют себя униженными, находясь в меньшинстве. В качестве основного способа поведения они выбирают нарушение социальных

правил, считая, что именно таким образом они компенсируют нехватку того, что причиталось им по праву, но недополучено от общества.

Отчужденные социопаты агрессивного типа любят причинять боль окружающим, наносить им повреждения, тиранировать, затевать драки. Они получают удовольствие от осознания своего доминирования в таких ситуациях. Среди них выделяют различные под группы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.