

The background of the cover is a complex, abstract composition of overlapping geometric shapes, primarily triangles and polygons, in various shades of blue, purple, and teal. Interspersed among these shapes are thin, vibrant lines in orange, yellow, and pink. The overall effect is a sense of dynamic movement and depth, reminiscent of a stylized, low-poly universe or a complex network diagram. The text is overlaid on this background, with the main title and authors' names enclosed in a light beige rectangular box with a dark purple border.

Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский

**Холистическая диагностика
пограничных психических
расстройств**

Санкт-Петербург
СпецЛит

Авторы:

Караваева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации (РПА);

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психических больных Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России.

Рецензенты:

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, президент РПА;

Петрова Наталья Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ.

Караваева Т. А., Коцюбинский А. П.

К21 Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — 286 с.
ISBN 978-5-299-00837-1

Монография содержит материал, отражающий современные представления о пограничных психических расстройствах и актуальные взгляды на биопсихосоциальный подход к их пониманию и диагностике. Рассмотрены основные клинические формы заболеваний, входящих в группу пограничных психических расстройств, предложены и обоснованы критерии постановки многомерного диагноза, включающего клинический, психологический, социальный и функциональный аспекты, позволяющие максимально полно оценить состояние больного, его ресурсы, социальное функционирование, динамику и прогноз заболевания.

Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, также может быть рекомендована в качестве руководства для слушателей системы последиplomного образования.

УДК 616.891

Оглавление

Условные сокращения	4
Вступительное слово	7
Предисловие	9
Введение	11
ГЛАВА 1. Биологический (клинико-психопатологический) диагноз при пограничных психических расстройствах	16
1.1. Константные проявления пограничных психических расстройств	20
1.1.1. Конституциональные личностные расстройства	20
1.1.2. Нажитые личностные аномалии	40
1.1.3. Органические личностные аномалии	42
1.1.4. Переходные (амплифицированные) личностные расстройства	44
1.2. Динамические проявления пограничных психических расстройств	57
1.2.1. Психогенные реакции (декомпенсации)	59
1.2.2. Психогенные фазы	61
1.2.3. Психогенные развития	63
1.2.3.1. Острые невротические расстройства (совместно с А. В. Васильевой)	66
1.2.3.2. Переходные (амплифицированные) невротические расстройства	109
1.2.3.3. Патологическое развитие личности	145
ГЛАВА 2. Психологический диагноз при пограничных психических расстройствах	150
2.1. Личностные характеристики психологического диагноза (совместно с А. В. Васильевой и О. В. Гусевой)	151
2.2. Психологические адаптационно-компенсаторные характеристики психологического диагноза	182
ГЛАВА 3. Социальный диагноз при пограничных психических расстройствах	198
3.1. Социальная компетентность	199
3.2. Внешние социальные ресурсы	202
ГЛАВА 4. Функциональный диагноз при пограничных психических расстройствах	207
4.1. Функционально-динамические показатели биологической адаптации	207
4.2. Функционально-динамические показатели психологической адаптации (совместно с Н. Б. Лутовой)	209
4.2.1. Приспособительное поведение	209
4.2.2. Качество жизни	240
4.3. Функционально-динамические показатели социальной адаптации	245
Заключение	251
Литература	254

Глава 1

БИОЛОГИЧЕСКИЙ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ) ДИАГНОЗ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Представление о биологическом (клинико-психопатологическом) диагнозе в психиатрии связано с развитием идей о биологическом **адаптационно-компенсаторном** потенциале — совокупности морфофункциональных базовых саногенных механизмов пациента, обеспечивающих возможность сохранения определенного образа жизни индивидуума в конкретных условиях изменившейся внутренней и внешней среды.

В биологическом диагнозе, как нам представляется, целесообразно различать базовые биологические характеристики, а также формирующиеся на их основе преморбидные, «переходные» и морбидные характеристики (рис. 2).

Базовые характеристики являются основой биологической адаптации индивида и в той или иной степени задействованы во всех звеньях этиопатогенеза психических заболеваний. Базовые характеристики обуславливают взаимосвязь нервной (генетически детерминированной с возможными органическими «наслоениями»), иммунной и эндокринной систем, интегрированных в функциональную общность, обеспечивающую поддержание динамического гомеостаза и целостности организма. Однако тесная их взаимосвязь означает высокий риск нарушения функции всех трех систем независимо от локализации первичного патологического процесса в одной из них.

К базовым характеристикам относятся:

1. Генетический фактор — наследственно детерминированный, определяющий вероятность возникновения у индивидуума определенной предрасположенности к нервно-психической патологии.

2. Органический фактор. Исследования резидуальных церебрально-органических поражений (церебральная травма; соматическая патология; длительная интоксикация, связанная с употреблением психоактивных веществ; воздействие инфекционных агентов и др.) свидетельствуют, что органическая «почва» может выступать в качестве:

— патогенетического фактора, имеющего самостоятельное значение: например, при выраженных формах органической парциальной психической незрелости, проявления которой выходят за рамки пограничной психической патологии;

— патопластического, или патокинетического, фактора, видоизменяющего основные клинично-динамические параметры заболевания при нерезко выраженных психоорганически-церебрастенических расстройствах, например при так называемых органических личностных проявлениях;

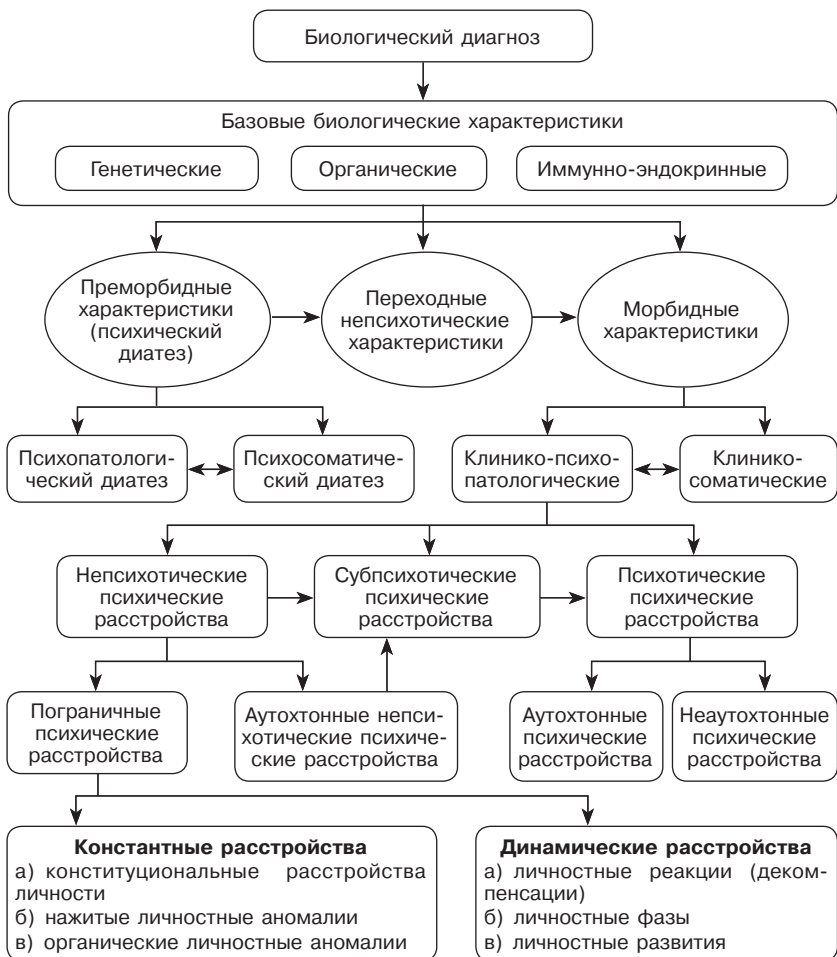


Рис. 2. Схема биологического диагноза

— «предиспонирующего» («преципитирующего») фактора, способствующего формированию иной патологии, например, как органического фона при аутохтонных (эндогенных) психических расстройствах.

3. Иммуно-эндокринный фактор. Установлено, что нарушения биологической адаптации могут быть связаны с недостаточностью врожденного иммунитета, что приводит к прорыву «порога уязвимости» и появлению признаков психического диатеза (Бутома Б. Г., 2008).

Преморбидные характеристики отражают понятие о «практическом психическом здоровье», которое, наряду с представлением об успешно функционирующей психике, включает в себя и признание наличия той или иной степени уязвимости к психическим расстройствам. Под воздействием стрессоров (психогенных или физиологических), которые имеют триггерную функцию, уязвимость может «материализоваться» в виде различных субклинических проявлений психического диатеза. Это означает переход от состояния «нормы» к состоянию «предболезни», которое, в свою очередь, является пограничным между «практическим здоровьем» и областью «пограничной психиатрии».

Появление признаков психического диатеза свидетельствует об активизации неких патогенетических механизмов и должно служить основанием для принятия мер первичной профилактики. Мишенью в таких случаях является само дисфункциональное состояние, а целью — повышение психологической и биологической адаптации индивидуума (Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П. [и др.], 2008).

Рассматриваемая концепция психического диатеза оказывается удачно «встроенной» в общее медицинское представление о состояниях предболезни, соответствуя модели **соматических диатезов (геморрагического, лимфатического, аллергического)**. Общим здесь является то, что при существовании разных подходов к выделению конкретных видов диатеза речь всегда идет об особом состоянии организма, когда его функции находятся в неустойчивом равновесии. В силу этого индивидуум обладает такими унаследованными или рано приобретенными свойствами, которые при стрессовых ситуациях предполагают клинически проявляемый неадекватный ответ в форме патологических реакций и состояний.

Двумя специфическими вариантами психического диатеза являются **психопатологический** и **психосоматический**.

Именно на фоне такого рода состояний, относящихся к предболезненным проявлениям, формируются различные непсихотические психические расстройства.

Неспецифичность при пограничных психических расстройствах психопатологических нарушений, полиморфизм симптоматики, на-

личие стертых, затяжных или парциальных форм, а также отмечаемый в последние годы патоморфоз клинических картин определяют сложность их дифференциальной диагностики как между собой, так и с аутохтонными непсихотическими расстройствами (шизофренического и аффективного спектров).

Это обстоятельство тем более важно иметь в виду любому практикующему специалисту, поскольку одной из фундаментальных задач клинической психиатрии остается отграничение пограничной патологии от инициальных проявлений шизофрении (характеризующейся, как и пограничные психические расстройства, неспецифичностью начальных проявлений) и в особенности — от малопрогрессирующих вариантов ее течения (Смулевич А. Б., 2009б; Финк Г. Ф., 2001; Тиганов А. С., 1999; Moller P., Husby R., 2000).

Сложность проведения дифференциальной диагностики увеличивается также и потому, что в настоящее время общеизвестен тот факт, что психотравмирующее воздействие может служить причиной как пограничных невротических, так и экзацербации психотических расстройств. При этом дополнительная трудность верификации пограничных расстройств возникает при затяжных невротических расстройствах, когда утрачивается первостепенное значение таких классических признаков невротических расстройств, как зависимость динамики психопатологических болезненных проявлений от наличия или отсутствия патогенной ситуации.

Ограниченную помощь при проведении дифференциальной диагностики оказывает и использование экспериментально-психологического метода, так как при малопрогрессирующих проявлениях процессуального заболевания отсутствуют грубые нарушения мышления (Смулевич А. Б., 1987). Свойственные же этим больным такие особенности мышления, как резонерство, соскальзывания, нецеленаправленность, аморфность, расплывчатость понятий, ригидность, стереотипии, аффективное обеднение, далеко не всегда выявляются при помощи стандартного набора экспериментально-психологических методик. Так, актуализация латентных признаков, выявленная при проведении патопсихологического исследования, — феномен, ранее считавшийся одним из наиболее патогномоничных для процессуальных больных, в настоящее время (под влиянием социокультурных изменений) нередко выступает как норма, широко используется в психологии рекламы и современных интеллектуальных играх. В результате этого личность с истерическими чертами, стремясь произвести впечатление на психолога, проводящего обследование, своими неординарными интеллектуальными способностями и «умением думать не как все», часто использует именно слабые признаки, сходные с таковыми же у процессуальных больных.

Сказанное делает необходимым тщательный клинический анализ пограничных психических расстройств с точки зрения их протекания в константной и динамической формах.

Рассмотрим эти состояния последовательно.

1.1. Константные проявления пограничных психических расстройств

Несмотря на усовершенствование исследовательских критериев и диагностического алгоритма, в построении современных систематик константных клинических форм (расстройств личности) находит отражение неоднозначность подходов к их концептуальному обоснованию (Смулевич А. Б., 2012). В результате эта группа расстройств до сих пор сохраняет «маргинальный и противоречивый статус» (Haslam N., 2003).

Константные клинические формы выступают в структуре:

- а) конституциональных расстройств личности;
- б) нажитых личностных аномалий;
- в) органических личностных проявлений.

1.1.1. Конституциональные личностные расстройства

Конституциональные расстройства личности (конституциональная психопатия) — это стойкое патологическое состояние личности, дисгармоничность которой проявляется «в эмоциональной и волевой сфере, а также в сфере влечений и в широком диапазоне социальных ситуаций и межличностного взаимодействия уже в детском или пубертатном возрасте» (Смулевич А. Б., 2012).

Сочетание определенной генетической предрасположенности и своеобразных условий индивидуального развития приводит к тому, что одни паттерны поведения и реагирования развиваются гипертрофированно, а другие либо не формируются совсем, либо находятся в дефицитарном состоянии. Такие особенности личности представляют собой постоянное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни, хотя при благоприятных условиях могут наблюдаться достаточно длительные периоды компенсации.

Это жесткая модель внутреннего опыта и действий индивида, направленных на окружающий мир и отличающихся от ожиданий общества, что в результате приводит к гомеостатической дисфункции (Комер Р., 2002). В основе нарушений в этом случае лежит комплекс устойчивых дезадаптивных личностных черт, определяющих специфическое восприятие себя, отношение к окружающим, снижение способности к социальной адаптации и субъективное неблагополучие.

Клинически расстройство личности проявляется в подростковом, а иногда детском возрасте, причем каждый его тип имеет свой характерный возраст формирования.

Расстройства личности констатируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адаптации в обществе, т. е. в их диагностике имеют значение социальные критерии (Тиганов А. С., 1999). Расстройства личности проявляются в особенностях восприятия, мышления, эмоциональной сферы и — более всего — в характере построения системы межличностных отношений (стереотипы межличностного поведения).

Пациенты с личностными расстройствами редко обращаются за специализированной психиатрической или психотерапевтической помощью, и их лечение сильно затруднено. Как указывает в своем руководстве А. С. Тиганов (1999), особенности характера или выраженные личностные черты не всегда предполагают диагноз личностного расстройства, так как клинические границы расстройств личности не совпадают со значительно более широким кругом личностных девиаций. В частности, диагноз «расстройство личности» неправилен при крайних вариантах нормы, когда констатируются лишь отдельные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к нарушениям поведения лишь в относительно непродолжительные периоды декомпенсации, связанные с психическими травмами; в подобных случаях речь идет об акцентуациях характера (Личко А. Е., 2009). Неправильно он и при различных (в том числе процессуально обусловленных) видах патологии личности.

В связи с этим врачу при обследовании пациента необходимо сохранять эмоционально нейтральную позицию по отношению к нему, избегать так называемого «диагностического импрессионизма» и помнить, что пациент, который вызывает негативные чувства, не обязательно страдает расстройством личности. Диагностику осложняет склонность их сообщать искаженные противоречивые сведения о себе, пользоваться манипулятивным поведением.

Общей характеристикой психопатии является триада признаков П. Б. Ганнушкина (1933).

Первый признак триады П. Б. Ганнушкина — **тотальность психопатических (дисгармонических) личностных особенностей**. Дисгармоничность проявляется в той или иной степени практически во всех поведенческих реакциях и в самых различных сферах жизнедеятельности, в различные временные промежутки может усиливаться либо становиться не столь явной (чаще в зрелом возрасте), тем не менее оставаясь тотальной. Это обстоятельство позволяет Ю. А. Антропову (2013) считать ее феноменологи-

ческим выражением «симптома дисгармонической инфильтрации личности». Личность при этом, образно говоря, как бы «пропитана» дисгармоничностью. Вместе с тем, в отличие от большинства невротических и психотических расстройств, проявления расстройств личности эгосинтонны (индивидуально приемлемы), т. е. воспринимаются как интегральная часть собственного «Я», а не как чуждые, требующие психологической коррекции или специализированной медикаментозной помощи болезненные симптомо-комплексы (Смулевич А. Б., 2012).

Для восприятия таких лиц характерно искажение когнитивных процессов. Прежде всего это выраженная селективность восприятия и нарушенное оценивание реальности, пациенты склонны обрабатывать информацию выборочно дисфункциональным способом. Воспринимаемая информация усваивается таким образом, чтобы соответствовать имеющимся внутренним жестким когнитивным схемам. Нейтральным стимулам нередко придается специфическое значение. К примеру, предложение обратиться к другому специалисту за дополнительной консультацией при зависимом расстройстве личности может переживаться как ситуация эмоционального отвержения и желание врача избавиться от пациента. Все это отражается на том, что индивид не может адекватно воспринимать себя и окружающих, определять себя среди других.

Больные отличаются особенностями мышления, которые проявляются в том, что для них очень часто имеется только одна возможная модель межличностного взаимодействия, а уравнивающая ее стратегия не рассматривается. В силу этого не может развиваться должным образом способность прогнозировать последствия своего поведения, тонко оценивать суть межличностных отношений и соответствующим образом подстраивать свое поведение, устанавливать с другими теплые доверительные контакты. Отмечается отсутствие возможности принять решение и выбрать, какое поведение может быть наиболее подходящим для данной ситуации. Напротив, признаком расстройства личности является то, что можно заранее предугадать поведение пациентов, поскольку в разных ситуациях они ведут себя сходным образом. Поведение носит компульсивный характер и трудно поддается контролю или изменению.

Характерным является достаточно яркий, часто приносящий дискомфорт окружающим рисунок поведения больных, который носит характер «защитной брони». Стоящие за ними одиночество и подавленность обычно не осознаются ни пациентами, ни окружающими в связи с отсутствием субъективного переживания страдания и индивидуальной приемлемостью симптоматики.

Выявление симптома дисгармонической инфильтрации личности основывается на анализе поведенческих реакций, характер которых устанавливается при сборе анамнеза жизни пациента.

Второй признак триады — стабильность личностной дисгармоничности. Ее феноменология, с точки зрения Ю. А. Антропова (2013), может быть определена как «симптом психопатического клише». Это значит, что, тщательно анализируя историю жизни пациента, исследователь обнаруживает однотипные проявления личностной дисгармоничности в течение длительного возрастного периода. Однако, как отмечает А. Б. Смулевич (2012), «канонические представления <...> о „неизменности“, „стабильности“, „постоянстве“ аномалий личности, сохраняющих свою структуру до старости, нуждаются в пересмотре».

Третий признак триады — затруднения в адаптации к социальной среде, которые обусловлены выраженностью дисгармоничности личности, проявляющейся в аномальном аффективном реагировании и поведении. По выражению К. Schneider (1925), «психопат либо сам становится жертвой своей аномальности, либо отрицательно влияет на других». Заостренность определенных черт ограничивает возможность социальной адаптации пациентов. Следствием этого становится формирование порочного круга с негативным ответом окружающих на подобное поведение, что усиливает реакцию дезадаптации, при этом у пациентов, как правило, снижена способность учиться на своих ошибках. Для них характерны постоянные проблемы с выполнением своих повседневных обязанностей, ролей, совладанием со стрессом и фрустрациями, трудности с пониманием причин своих проблем и гибким изменением поведенческих стереотипов. У лиц, страдающих расстройством личности, довольно часто отмечается более низкий уровень социального функционирования, чем можно было бы ожидать при их интеллекте, образовании и ресурсах. Диагностика аномального (девиантного) поведения основывается на установлении перманентного противоречия аффективного реагирования и поступков пациента с принятой в конкретной популяции людей нормой поведения. Феноменологический аспект третьего признака триады обозначается Ю. А. Антроповым (2013) как «симптом социальной шероховатости».

Кроме этих трех основных признаков, Ю. А. Антропов (2013) предлагает использовать также следующие две характеристики.

1. «Симптом скорпиона» (жалит самого себя): психопатическая личность всегда и прежде всего сама страдает от своей дисгармоничности, и лишь затем в той или иной степени страдают окружающие ее люди.

2. «Симптом аффективной зашоренности сознания»: рациональное мышление у психопатических личностей неустойчиво,

а в когнитивных процессах преобладает аффективный компонент. В связи с этим в состоянии аффекта у них возникает довольно выраженное (хотя и непсихотического уровня) сужение сознания, не позволяющее критически оценить ситуацию, использовать прошлый жизненный опыт, что в итоге и обуславливает импульсивность и непродуманность действий.

При каждом расстройстве личности доминируют определенные представления и схемы, которые образуют характерный личностный профиль. Пациенты склонны неосознанно тонко манипулировать поведением других в межличностных отношениях, принуждая их вести себя в соответствии с собственными внутренними представлениями.

Однако нельзя утверждать, что значительное число характерологических признаков могут выявляться только при одном из личностных типов, т. е. многие личностные особенности являются транстипологическими. Не случайно в новой версии Американской диагностической и статистической классификации психических болезней (DSM-V) предполагается при диагностике личностных расстройств использовать не только категориальный, но и дименсиональный подход. Именно это обстоятельство и способствовало развитию представлений о конституциональных психопатиях как личностных расстройствах, тесно смыкающихся с состояниями, рассматриваемыми в рамках константной формы психопатологического диатеза, представление о котором сформулировано А. П. Коцюбинским (1999). Эти связи представляются вполне логичными в силу явного сходства содержания характерологических особенностей и конкретных проявлений константной формы диатеза, что свидетельствует об условности раздельного рассмотрения этих феноменов.

Учитывая то обстоятельство, что все варианты константного диатеза были выделены независимо от изучения характерологических особенностей исследуемых, полученные данные о схожести проявлений константного диатеза по некоторым важным параметрам (а в ряде случаев и полной его тождественности) с особенностями личности являются веским аргументом в пользу гипотезы о возможности трактовки расстройств личности как верифицированного психопатологического диатеза. «Если «психопатические» проявления, — отмечает С. Ю. Циркин (2012), — занимают ведущее место в клинической картине диатеза, правомерно говорить о его психопатической форме».

Кроме того, исходя из анализа клинической реальности, можно считать обоснованным, что наиболее общими, базовыми для «личностных стилей», особенно в детском возрасте, являются не расстройства личности (клиническое оформление которых происходит не в раннем детском, а в более позднем периоде), а выделенные

Г. В. Козловской и М. А. Калининой (2013) признаки *нервно-психической дезинтеграции*.

Эти характеристики, будучи «транстипологическими» (Циркин С. Ю., 1998), доступны для изучения с использованием математических моделей анализа и позволяют исследовать весь спектр разнообразных по феноменологии и тяжести проявлений личностных расстройств.

При константной форме нервно-психической дезинтеграции (психопатологическом диатезе) выделяют:

А. *Динамические признаки* нервно-психической дезинтеграции, предшествующие формированию константных характеристик.

1. Дисгармоничность выражается в несоответствии паспортного возраста ребенка его настоящему психофизическому состоянию.

2. Дисрегулярность характеризуется непоследовательностью смены одного этапа развития другим: остановки, скачки, одновременное опережение одних и задержка развития других психических функций и др.

Б. *Константные признаки* нервно-психической дезинтеграции.

1. *Диссоциированность* — «расщепление» различных сфер психики (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2013), несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни. Это проявляется в:

а) противоречивости характерологических черт (например, интровертированности со стремлением к лидерству);

б) несоответствии субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемой стеснительности со стеничным поведением), рассогласовании между поступками или образом жизни индивида, с одной стороны, и «характерологическими чертами» — с другой;

в) неравномерности уровня развития различных сторон психики (например, эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности; затруднений в сфере логического или математического интеллекта при хорошем или даже опережающем развитии вербального интеллекта);

г) несоответствии чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности (повышенная впечатлительность, живость воображения, эмоциональная неустойчивость) внешней сдержанности в проявлении эмоций.

2. *Дефицитарность* — сглаженность психического развития (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2013), тотальная или парциальная ущербность психики.

Тотальная дефицитарность, при которой недостаточность отмечается в большинстве сфер социального функционирования:

— явления психического инфантилизма — относительно равномерно выраженная задержка развития как в сфере эмоционально-волевых проявлений, так и в сфере суждений, оценок и способностей к синтезу, критическому осмыслению ситуации и самого себя (Цуцельковская М. Я., Минскер Э. И., Пекунова Л. Г., 1975); клинически некритичность устанавливается по непродуманности тех конкретных жизненных аспектов, которые объективно значимы для индивидуума и в силу этого требуют должного понимания, причем непонимание реальности происходит не в связи со снижением интеллекта, а вследствие игнорирования объективности и придания неадекватно большого значения субъективным представлениям и мотивам (Циркин С. Ю., 2012);

— пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности — так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности» (Цуцельковская М. Я., Пекунова Л. Г., Михайлова В. А., 1977).

Парциальная дефицитарность, при которой наиболее существенной является дефицитарность в следующих сферах:

— интеллектуальной — задержка в речевом развитии, избирательная интеллектуальная дефицитарность: неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии; резко различающиеся способности к математическим, гуманитарным и естественным предметам, преподаваемым в школе;

— эмоциональной — врожденная слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; эмоциональная бледность, невысокая амплитуда аффективных реакций, в результате чего эмоциональные отношения близки к равнодушию, влечения слабы, собственное положение в (микро-) социуме и порядок вещей в окружающей жизни не вызывают ни удовольствия, ни досады (Циркин С. Ю., 2012);

— «энергетической» — задержка в развитии моторики; снижение интенсивности побуждений; легкая степень безынициативности; некоторая общая заторможенность;

— коммуникативной — страх перед общением, трудность вхождения в любой коллектив; отсутствие длительных, прочных дружеских связей; отсутствие постоянных компаний; неумение поддерживать беседу, особенно по телефону;

— сексуальной — сексуальная ретардированность («задержка сексуального поведения», отсутствие сексуальных контактов, обусловленное инфантильностью в установлении сексуально окрашенных взаимоотношений при физической и социальной зрелости в других жизненных сферах), страх перед представителями противоположного пола и половыми отношениями.

Как видно из содержания, вкладываемого в понятие базовой составляющей константной формы диатеза, среди перечисленных расстройств нет несовместимых и комбинирование разных составляющих — обычное явление.

Таким образом, к проявлениям константной формы диатеза особенности личности можно отнести только в том случае, если они сопровождаются несомненными проявлениями диссоциированности и/или дефицитарности различных аспектов функционирования индивидуума. При этом, как свидетельствуют проведенные нами исследования, при любом варианте константной формы психопатологического диатеза могут наблюдаться как специфические (для данного типа расстройства личности), так и неспецифические реакции и состояния в виде различных проявлений эпизодической и промежуточной формы психопатологического диатеза (являющегося клиническим отражением лежащей в его основе скрытой уязвимости).

Научные факты, полученные на данном этапе в рамках глубинной психологии, позволяют с новых позиций рассмотреть феномен формирования уязвимости, уточнить значение в этом процессе не только генетических, но также личностных и средовых факторов (наличие отклонений в ранних детско-родительских отношениях). В результате как индивидуум в целом, так и развившееся у него психическое расстройство не могут не рассматриваться в единстве биологического, индивидуально-психологического и социального (Березин Ф. Б., 1988), в котором в качестве динамической системы синтезированы структурно-содержательные, функциональные и генетические индивидуально-исторические компоненты.

В чем же характерные клинические особенности всех личностных расстройств?

Во-первых, расстройства личности, в отличие от большинства невротических и психотических проявлений, эгосинтонны (индивидуально приемлемы), воспринимаются как интегральная часть собственного «Я», а не как чуждые, требующие психологической коррекции или специализированной медикаментозной терапии болезненные симптомокомплексы.

Во-вторых, у индивидуумов с определенной личностной аномалией наблюдаются полярные личностные характеристики. Впервые на это обратил внимание Е. Kretschmer (1930), которому принадлежит приоритет в создании концепции личностной пропорции, понимаемой как сочетание — «столкновение» (в пределах аномального конституционального типа) полярных свойств соответствующего темперамента. Это сочетание рассматривается в качестве **облигатной составляющей** структуры аномальной личности. Выделяемым автором патологическим темпераментам — шизоидам и

циклоидам — соответствуют личностные пропорции двух типов: **психэстетическая и диатетическая.**

Как подчеркивает А. Б. Смулевич (2012), психэстетическая пропорция соединяет гиперэстетические (мимозоподобность с налетом раздражительности и ранимости) с анестетическими (холодность, эмоциональная тупость) элементами.

Диатетическая пропорция, определяющая структуру расстройства личности циклоидного круга, представлена различными соотношениями веселого и депрессивного (повышенного — грустного) аффектов, «наслаивающихся» друг на друга. При этом у гипертимных циклоидов выявляется скрытый депрессивный комплекс, а у меланхолических — «оттенок юмора».

Таким образом, в пределах каждой из выделенных Е. Kretschmer конституциональных групп происходит дифференциация патологических характеров в зависимости от того, приближается ли шизотимический темперамент к чувствительному или холодному полюсу, а циклотимический темперамент — к веселому или грустному полюсу.

А. Б. Смулевич (2009а) полагает, что смещение полярных личностных паттернов присуще не только циклоидам и шизоидам, но является более универсальным свойством, распространяющимся и на другие личностные расстройства. В этом случае в качестве личностной пропорции может рассматриваться дихотомия «ананкастность — импульсивность». Отмечается, что в основе ананкастности лежат проявления перфекционизма (ведущие к сомнению относительно полноценной законченности каких-либо действий), а в основе импульсивности — противоположное по полюсу стремление к завершенности, освобождающее от необходимости дальнейшего выполнения каких-либо действий), что при «столкновении» приводит к обсессивно-компульсивным проявлениям и в конечном счете к контрастности.

В классификации DSM-IV-TR расстройства личности разделены на три группы — кластеры «А», «В» и «С». Как представляется, каждый из рассматриваемых ниже кластеров личностных расстройств имеет свою схему личностной пропорции. Например, к диспропорции в кластере «А» (личностные расстройства с проявлением странностей и эксцентричности) применимо представление о психэстетической пропорции Е. Kretschmer, а в кластере «В» (личностные расстройства с преобладанием театральности, эмоциональности и лабильности) — диатетической пропорции Е. Kretschmer. В кластере «С» (личностные расстройства с чертами тревожности), как отмечает А. Б. Смулевич (2009а), в качестве личностной может рассматриваться «ананкастно-импульсивная» пропорция.

Рассмотрим более подробно классификацию расстройств личности.

В кластере «А» (необычные или эксцентричные расстройства) рассматриваются параноидные (паранойяльные) и шизоидные расстройства личности.

Клинически структура **параноидной (параноической, паранойяльной) личности (F60.0)** выражается классической триадой: повышенное самомнение (грандиозность), подозрительность и постоянное ожидание преследования (Akhtar S., 1990). Самым типичным, по П. Б. Ганнушкину, свойством «параноиков» является склонность к образованию сверхценных идей, во власти которых они потом и оказываются. А. Б. Смулевич (2009а) выделяет два полярных варианта параноической психопатии: экспансивный и сенситивный.

Клиническая структура **шизоидного расстройства личности (F60.1)** при всем многообразии личностных особенностей объединена явлениями социальной замкнутости (аутизм), дискомфорта в области межчеловеческих взаимоотношений, интровертированности, обращенности к сфере внутренних переживаний, бедности эмоциональных связей с окружающими. Основой шизоидного темперамента, по Е. Kretschmer, является сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии). В связи с этим выделяют два вида шизоидных расстройств личности: сенситивный и экспансивный.

В кластере «В» (драматические расстройства) рассматриваются следующие расстройства личности:

1) диссоциальное (антисоциальное, определяется с помощью социальных и бихевиористских критериев: конфликты с окружением, связанные с низким порогом агрессивного поведения и пренебрежением социальными нормами);

2) возбудимый тип психопатии;

3) истерическое (гистрионное);

4) нарциссическое.

Диссоциальные расстройства личности (F60.2 — группа эмоционально тупых личностей). Первые клинические описания диссоциальных личностных расстройств (социопатов) относятся к началу XIX в., когда В. Rush (1812) выделил у психопатических личностей расстройство моральных функций с отсутствием чувства вины и эмпатии. Следующий шаг принадлежит J. Prichard (1835), выдвинувшему концепцию **«морального помешательства»** (moral-insanity): аффективная тупость, отсутствие эмпатии, чувства вины, неспособность нести ответственность за собственные действия и избегать поступков, причиняющих вред окружающим.

Дальнейшее уточнение этого варианта личностных расстройств принадлежит П. Б. Ганнушкину. В частности, он отметил, что лица, относимые к диссоциальному типу (эмоционально тупые, по П. Б. Ганнушкину), отвергают общепринятые нормы поведения, для них характерны ранняя делинквентность с оппозицией к родителям, а иногда и с открытой враждебностью к окружающим. В связи с отсутствием духовных интересов и привязанностей они пренебрегают традициями, игнорируют социальные, моральные и правовые нормы.

Отличаясь примитивным гедонизмом, в поисках острых ощущений, будучи неспособными прогнозировать негативные последствия своих поступков, такие индивидуумы оказываются вне категории конструктивно деятельных членов общества: не удерживаются на работе, вступают в конфликты, затевают драки. Свойственная им жестокость проявляется причинением мучений животным, младшим по возрасту (включая собственных детей), сексуальной агрессивностью. Склонность к насилию сочетается со злоупотреблением психоактивными веществами, промискуитетом. Их жизненный сценарий характеризует, таким образом, стойкая социальная дезадаптация.

В соответствии с разработанной J. Blair [et al.] (2005) нейрокогнитивной моделью патохарактерологического развития получило признание существование ядерной группы диссоциального расстройства личности.

Современные представления о «ядерной» социопатии во многом совпадают с «моральным помешательством» J. Prichard. Наиболее информативным критерием этого расстройства личности является присущий этим лицам инструментальный тип агрессии, когда она служит инструментом, средством для достижения определенной цели (присвоение принадлежащего жертве имущества, сексуальное удовлетворение, повышение собственного статуса в иерархии социальной группы).

Ядерная группа составляет всего 15–20 % от общего числа анти-социальных личностей, а оставшиеся 80–85 % представлены лицами с другими причинами асоциальности: социально индуцированная агрессия подростков; агрессивность детей и взрослых, перенесших родовую травму, подвергшихся физическому или сексуальному насилию; страдающих психическими отклонениями — посттравматическим стрессовым расстройством, расстройством с дефицитом внимания и гиперактивностью, биполярным расстройством и др.

А. Б. Смулевич (2007) не считает диссоциальную (эмоционально тупую) психопатию отдельной и самостоятельной формой личностных расстройств и обращает внимание, что диссоциальность не всегда базируется только на импульсивном (эпилептиформном)

синдроме, но может входить в структуру эмоциональной неустойчивости как проявления пограничных расстройств.

В свете сказанного А. Б. Смулевич рассматривает диссоциальность как однотипное проявление двух конституциональных форм, одну из которых относит к варианту **импульсивной психопатии (F60.30) с эпилептоидными (кумулятивными) проявлениями характерологической возбудимости**. Для лиц с такой аномалией личности характерны вязкость, «прямолинейность» психики, конфликтность, нетерпимость к критике, мстительность, жестокость и дисфорические приступы, сопровождающиеся напряженным аффектом злобы и гнева в виде чрезмерной агрессивности с разрушительными действиями.

Другое проявление диссоциальной (эмоционально тупой) психопатии А. Б. Смулевич относит к **пограничному расстройству личности (F60.31)**, рассматриваемому нами в рамках так называемых переходных непсихотических состояний расстройств личности, отмечая в этом случае **взрывной (истеро-возбудимый)** характер реагирования и поведения этих индивидуумов, для которых характерны повышенная впечатлительность, эмоциональная неустойчивость, живость воображения, аффективная лабильность, уязвимость к стрессу.

Истерическое (гистрионное) расстройство личности (F60.4). Истерическое (гистрионное, от лат. *histrionis* — скоморох, канатный плясун) расстройство личности характеризуется следующим.

У детей с истерическим радикалом личности еще в дошкольном периоде обнаруживается стремление привлечь к себе внимание («жажда признания», капризность), склонность к подражанию, выдумкам и фантазиям. В школьные годы обнаруживается неспособность к систематической работе над учебным материалом, к упорному труду. В подростковом и юношеском возрасте более отчетливо выступают эгоцентризм, склонность к легкомысленным поступкам, авантюрам, расточительству.

Во взрослом состоянии — это яркие личности с тенденцией к самодраматизации, театральности, внушаемости, подверженности влиянию обстоятельств. Им присущи поверхностность эмоций при преувеличенном выражении их вовне, озабоченность собственной физической привлекательностью. На протяжении всей последующей жизни они остаются дилетантами, пасуют перед задачами, требующими настойчивости, основательных знаний и солидной профессиональной подготовки.

Более всего их привлекает праздная жизнь с внешней, показной пышностью, разнообразными развлечениями, частой сменой впечатлений. Они охотно и самозабвенно выполняют ритуалы празд-

неств и банкетов, во всем стремятся следовать моде, посещают пользующиеся успехом спектакли, «боготворят» популярных артистов, обсуждают нашумевшие книги и др.

Отмечается склонность к эротизации межличностных связей, влюбчивость, многочисленные, но чаще непродолжительные романы с бурными проявлениями чувств и быстрым охлаждением. Важно подчеркнуть, что, в отличие от истериформного синдрома в рамках шизотипических расстройств, при психопатиях истероидного типа обычно наблюдаются тонкий артистизм, эмоциональная выразительность, лабильность истерических симптомов с дифференцированным учетом ситуации.

Этот тип личностной девиации определяется двумя относительно независимыми патохарактерологическими феноменами: 1) дефицитарностью (несмотря на выраженность экспрессии) эмоциональной и когнитивной сфер; 2) лабильностью, неустойчивостью сознания собственной личности (с принятием неадекватных возможностям ролевых позиций, почерпнутых из сферы воображения).

Необходимо отметить многообразие вариантов истерических расстройств личности (Смулевич А. Б., 2007а).

1. Гистрионный вариант. Характерны позерство, театральность, жеманство, стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание, поиски признания. Они используют все возможное, чтобы оказаться в центре внимания: эксцентричность в одежде, «кричащие» формы внешнего поведения, необычные поступки, контрастирующие с общепринятыми взглядами и др. Жизнь этих лиц посвящена успеху в обществе. Характерны крайний эгоцентризм, стремление казаться «больше и лучше», чем они есть на самом деле, пережить больше, чем они в состоянии пережить. Одни стараются подчеркнуть свою одаренность (оперируя при этом весьма поверхностными сведениями из различных областей науки и искусства), другие преувеличивают свое общественное положение (намекая на связь с высокопоставленными лицами), третьи рассказывают о своих обширных возможностях (которые на поверку оказываются плодом их богатой фантазии).

Инфантилизм и аффективная логика мышления выражены больше, чем при других формах психопатии. Им свойственны также повышенная, но поверхностная внушаемость и самовнушаемость, склонность к вытеснению травмирующих переживаний, к бегству в болезнь.

2. Оживленный (гипертимный) вариант. «Прожигание» жизни становится их кредо. К этой же группе относятся гиперактивные инфантильные «угодники»: конформисты, всячески стремящиеся потакать желаниям окружающих, доставить им удовольствие. Живя интересами других, они как бы забывают о себе. Охотно исполняют