

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ОРЕНБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

В.А. Дереча, Г.И. Дереча

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Учебное пособие для студентов
факультета клинической психологии

Оренбург - 2013г.

УДК 616.89-008.485(075.8)
ББК 56.145.83я73
Д 36

Рекомендовано РИС ОрГМА в качестве учебного пособия по дисциплине «Расстройства личности» для студентов, обучающихся по специальности 030401.65 – Клиническая психология

Рецензенты:

Н.В.Степанова, кандидат психологических наук

О.В.Кузьменкова, кандидат психологических наук, доцент

Д 36 **Расстройства личности:** учебное пособие / В.А. Дереча,
Г.И. Дереча; ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 236с.

Учебное пособие отражает проблемы нормы и патологии личности, её психопатологию и патопсихологию. Описываются расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере её биопсихосоциальных основ, темперамента и характера, когнитивных и адаптивных ресурсов, в сфере жизненных смыслов и ценностей. Рассматриваются различные клинические варианты расстройств личности, подходы к их классификации и к определению типологических критериев. Анализируется роль и типология личностных свойств, состояний и поведенческих моделей (паттернов) на особенности адаптивного поведения и на возникновение невротических и психосоматических заболеваний.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», а также для врачей любых клинических специальностей, для работников отраслей образования, социального развития и чрезвычайных ситуаций.

УДК 616.89-008.485(075.8)
ББК 56.145.83я73
Д 36

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМА ЛИЧНОСТНОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ.....	7
1.1. Определение личностной нормы и патологии.....	7
1.2. Типы личностей и вероятностные расстройства личностей.....	13
1.3. Классификация патологии личности в МКБ-10 и DSM-IV.....	22
1.4. Патопсихологическая дифференциация личностной патологии....	26
ГЛАВА 2. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СФЕРЕ ХАРАКТЕРА.....	31
2.1. Подходы к пониманию расстройств личности, происходящих преимущественно в сфере характера.....	31
2.1.1. <i>Современные представления о специфических расстройствах личности (психопатиях) и их диагностических критериях.....</i>	<i>31</i>
2.1.2. <i>Динамика специфических расстройств личности (психопатий).</i>	<i>34</i>
2.1.3. <i>Классификация специфических расстройств личности (психопатий).....</i>	<i>36</i>
2.1.4. <i>Клинико-психологические проявления специфических расстройств личности (психопатий).....</i>	<i>41</i>
2.2. Типы специфических расстройств личности.....	50
2.2.1. <i>Параноидное расстройство личности.....</i>	<i>50</i>
2.2.2. <i>Шизоидное расстройство личности.....</i>	<i>51</i>
2.2.3. <i>Диссоциальное расстройство личности.....</i>	<i>52</i>
2.2.4. <i>Эмоционально неустойчивое расстройство личности по импульсивному типу.....</i>	<i>53</i>
2.2.5. <i>Эмоционально неустойчивое расстройство личности по пограничному типу.....</i>	<i>54</i>
2.2.6. <i>Гистрионное (истерическое) расстройство личности.....</i>	<i>55</i>
2.2.7. <i>Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.....</i>	<i>56</i>
2.2.8. <i>Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.....</i>	<i>57</i>
2.2.9. <i>Зависимое расстройство личности.....</i>	<i>58</i>
2.2.10. <i>Депрессивное расстройство личности.....</i>	<i>58</i>
2.2.11. <i>Циклотимическое расстройство личности.....</i>	<i>60</i>
2.2.12. <i>Шизотипическое расстройство личности.....</i>	<i>61</i>
2.2.13. <i>Нарциссическое расстройство личности.....</i>	<i>62</i>
2.2.14. <i>Самоуничижительное расстройство личности.....</i>	<i>63</i>
2.2.15. <i>Пассивно-агрессивное расстройство личности.....</i>	<i>64</i>
2.2.16. <i>Смешанное (мозаичное) расстройство личности.....</i>	<i>65</i>

ГЛАВА 3. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В КОГНИТИВНОЙ СФЕРЕ	67
3.1. Органическое снижение личности.....	67
ГЛАВА 4. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СФЕРЕ ЕЕ ЖИЗНЕННЫХ СМЫСЛОВ, ВОЗЗРЕНИЙ И ОТНОШЕНИЙ	73
4.1. Определение понятий.....	73
4.2. Психогенное развитие личности.....	77
4.2.1. Постреактивное развитие личности.....	77
4.2.2. Невротическое развитие личности.....	81
4.2.3. Психосоматическое развитие личности.....	85
4.2.4. Патохарактерологическое развитие.....	87
4.2.5. Ситуационное развитие личности.....	89
4.2.6. Расстройство множественной личности.....	91
ГЛАВА 5. ЗАВИСИМОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ	96
5.1. Определение. Общая характеристика и степени выраженности зависимости.....	96
5.2. Происхождение зависимости и ее личностные смыслы.....	104
5.3. Критерии и виды патологической зависимости.....	114
5.4. Нехимические зависимости и расстройства влечений.....	117
5.4.1. Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости.....	117
5.4.2. Зависимость личности от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ.....	118
5.4.3. Зависимости, связанные с любовью и сексуальным инстинктом	130
ГЛАВА 6. ЛИЧНОСТЬ И ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА	139
6.1. Понятие о психогениях.....	139
6.2. Острая реакция на тяжелый стресс.....	142
6.3. Посттравматическое стрессовое расстройство.....	146
6.4. Расстройства адаптации.....	149
6.5. Неврозы (невротические расстройства).....	155
6.5.1. Тревожно-фобические расстройства.....	159
6.5.2. Обсессивно-компульсивные расстройства.....	167
6.5.3. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.....	170
6.5.4. Неврастения.....	174
6.6. Реактивные (психогенные) психозы.....	177
6.6.1. Реактивная депрессия (F32).....	178
6.6.2. Реактивный параноид (F23.3).....	180
6.6.3. Реактивный галлюциноз (F23.3).....	182

ГЛАВА 7. ЛИЧНОСТЬ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	185
7.1. Классификация соматических расстройств психогенного происхождения.....	185
7.2. Соматоформные расстройства (F45).....	190
7.3. Психосоматические болезни.....	195
7.4. Невротические расстройства при психосоматических заболеваниях.....	198
7.4.1. <i>Соматоформные сердечно-сосудистые расстройства</i>	203
7.4.2. <i>Соматоформные желудочно-кишечные расстройства</i>	208
7.4.3. <i>Соматоформные расстройства органов дыхания</i>	210
7.4.4. <i>Кожные соматоформные расстройства</i>	214
7.4.5. <i>Соматоформные урологические расстройства</i>	217
7.5. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями.....	221
7.5.1. <i>Нервная анорексия</i>	221
7.5.2. <i>Нервная булимия</i>	223
7.5.3. <i>Переедание</i>	224
7.5.4. <i>Рвота психологического происхождения</i>	224
7.5.5. <i>Расстройства сна неорганической природы</i>	225
7.5.6. <i>Половая дисфункция</i>	228
 ПРИЛОЖЕНИЕ №1	
Обучающие тесты (в электронном варианте) по дисциплине «Расстройства личности» (200 тестов).....	231
 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	232

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМА ЛИЧНОСТНОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

1.1. Определение личностной нормы и патологии

Во введении к Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) отмечается, что «Во всех современных психиатрических классификациях разделы, посвященные расстройствам зрелой личности, содержат ряд значительных проблем... При попытках изложить детальные диагностические критерии этих расстройств возникают особые трудности... для описания расстройств личности требуется новый подход...» и при этом необходимо «стимулирование исследований по этой проблеме» (Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб. – 1994. – стр.19).

Действительно, и с практической и с научной точек зрения, критерии нормы и патологии личности разработаны недостаточно. Это в еще большей степени затрудняет не только разграничение отдельных вариантов огромного множества расстройств, изменений и патологических развитий личности, но также создает значительные сложности вообще при определении личностной патологии и при проведении границы между личностью нормальной и личностью патологической.

Б.С.Братусь (1988), рассматривая основные подходы к дихотомии «норма-патология», отмечает, что самым расхожим для многих психологов и психиатров остается понимание нормы, во-первых, как чего-то среднего, а во-вторых, достаточно адаптированного к жизни. Однако эти критерии, как отмечает автор, подвергаются критике. Готовность приспособливаться к любым новым условиям и на любом уровне указывает на моральную и эмоциональную недоразвитость, отсутствие иерархии личностных ценностей. А средний показатель («норма – это середина») сам по себе не

может характеризовать такие сверхсложные объекты, какими являются психика и личность.

Не решают проблемы также культуральный и экзистенциальный подходы, с позиций которых психические отклонения могут рассматриваться не как истинные расстройства, а как признание человека больным со стороны общества, если этот человек не соблюдает общепринятых норм и правил поведения. Тем самым вообще затушевываются границы между нормой и патологией.

Общеизвестно, что особенно трудно решить данный вопрос в области так называемой малой психиатрии и в наркологии. Они изучают чаще всего расстройства допсихотические, т.е. пограничные, расположенные между нормальными состояниями («как у всех») и патологическими («не как у всех») – неврозы и неврозоподобные нарушения, психопатии и психопатоподобные отклонения, этот человек – пьющий «как все», а другой – «уже не как все».

Вопрос осложняется еще больше по двум следующим причинам. Во-первых, те расстройства личности, которые в пограничной психопатологии ближе к норме, не имеют с нею демаркационной линии. «Границу» в организме, психике, личности между здоровьем и болезнью следует рассматривать как протяжение, а не как пересечение. По мнению Б.С.Братуся, норма и патология – это растянутость в виде многожильного «кабеля», в котором параллельные провода – одни здоровых цветов, а другие – уже больных цветов. Во-вторых, хорошо известно также, что фактически все виды психопатологии имеют свои прототипы в сфере нормы. Не случайно З.Фрейд выделял психопатологию обыденной жизни, а П.Б.Ганнушкин призывал психиатров быть психопатологами не только в клинике, но и прежде всего – в повседневной жизни.

Один из подходов в решении данной проблемы состоит в определении здоровья через нездоровье, а нормы – через отклонения от

нее. В этой связи следует заметить, что многие популярные личностные опросники содержат в себе психопатологические критерии. Не лишен этой особенности и Миннесотский многопрофильный личностный тест, в котором имеются шкалы с такими названиями патологии, как ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, шизоидность. С другой стороны, нормальные свойства характера в ряде классификаций также рассматриваются через призму понятий о патологии - «шизоидности», «циклоидности», «эпилептоидности» и т.п. Однако это не значит, что такой подход абсолютно неправомерен. Именно он, с нашей точки зрения, направлен на выявление в структуре нормы тех или иных прототипов патологии и способствует описанию бесчисленного множества черт и свойств характера и личности. Дело не в отдельных признаках, а в том, как они сказываются на функциях личности.

Вопрос о признаках нормы и патологии личности, о механизмах личностных расстройств в той или иной мере решался также в рамках различных теорий личности. И следует подчеркнуть, что каждая из них высветила лишь отдельные аспекты этой проблемы, в частности – в плане развития невротических нарушений, отклонений характера, изменений самосознания, появления зависимостей и т.п. В то же время закономерно, что ни одно из направлений психологии не сформулировало системные критерии личностной «нормы-патологии». Такие критерии могут и должны относиться в целом к человеку, как биопсихосоциальному существу.

К настоящему времени психологические исследования со всей очевидностью показали, что *патология собственно личности представляет, в основном, нарушения в ценностно-мотивационной сфере. Заболевания меняют строение и иерархию мотивов, ценностей и установок личности, нарушают опосредованность и смысловую значимость мотивов, изменяют прежнюю деятельность или,*

разрушая ее, ведут к новой (в т.ч. патологической) деятельности. И все это сопровождается снижением критичности, сознания и утратой подконтрольности поведения. С другой стороны, любые иные изменения положения личности в обществе неизбежно приводят к перестройке динамической системы субъективных отношений. Это важно учитывать как в случаях нормальных трансформаций личности, так и, особенно, обусловленных патологией. Патологические изменения личности – это не только (а в ряде случаев – не столько) психопатические отклонения или снижения личности. Главное при этом – *патологические ценностные ориентации, патологическая иерархия установок, патология личностных смыслов и патология субъективных отношений.* Между тем именно данный аспект психопатологии личности наименее изучен и фактически не классифицирован, поскольку в психиатрии под расстройствами личности понимаются пока что в первую очередь те нарушения которые являются отклонениями прежде всего характера, а не собственно личности как таковой.

Б.С.Братусь и П.И.Сидоров (1984) отмечают, что сущность личности не совпадает с характером. Характер неотделим от личности, однако плоскость характера – это способы осуществления смыслов, это такие особенности действия, как сила – слабость, мягкость – твердость, воля – безволие. Иное дело – собственно личность. Здесь основное – нравственность и ценности, *не способ проявления позиций, а сама позиция.* Более того, ядро личности может контрастировать с характером по уровню своего развития и качества.

П.Б.Ганнушкин (1964) писал по этому поводу: один из эпилептоидов может прекрасно вести большое дело, другой – тоже эпилептоид – совершить преступление. Заметим от себя, что, аналогично, один психопат может пристраститься к алкоголю, а другой – вовсе не обязательно избрет пьянство в качестве образа жизни.

Известно, что личность представляет собою системное образование (Петровский А.В., 1981). Ее системообразующий фактор – это деятельность, а точнее – цели и смыслы деятельности. Данное положение является основополагающим для понимания того, что есть личность нормальная и какую личность следует считать патологической. *Все зависит от содержания идей и ценностей в личности, целей и смыслов ее деятельности* (Зейгарник Б.В., 1998). Это наглядно можно продемонстрировать на примере изменения личности вследствие алкоголизма. Алкогольная личность в свете выше сказанного будет патологической не только из-за психопатоподобных изменений характера (истеро-возбудимый тип, паранойяльный и др.) Ведущим здесь является доминирование патологической потребности в спиртном и доминирование особого образа жизни, наполненного «алкогольной деятельностью» с иллюзорно-компенсаторными и психологически-защитными смыслами. Смыслы эти бесспорно патологические, поскольку они вырастают из главной ценности личности больного алкоголизмом – из патологической потребности в алкоголе. Нормальные общепринятые личностные ценности при этом оказываются все более отдаленными и все менее актуальными.

Изменения личности при алкоголизме не могут быть ограничены также деградацией личности. Деградацию Б.С.Братусь и П.И.Сидоров (1984) вообще называют одним из самых туманных определений в психиатрии. Действительно, это понятие не имеет четкого психопатологического содержания. Более адекватным является его определение как «снижение личности». Однако и этот термин может быть понят по-разному. В МКБ-10 выделяется категория «органических снижений личности», как разновидность психоорганических изменений, в основе которых лежит недостаточность ее когнитивных и мнестических функций. В психологии под «снижением» личности понимают скорее

нравственно-ценностное «сползание» и «упрощение», как снижение смысловых и содержательных уровней личности.

По мнению Ю.В.Валентика (1998), патология собственно личности при алкоголизме проявляется ее расщеплением на нормативное и патологическое «Я». Наличие патологического «Я» неизбежно приводит к появлению и закреплению в функциональных подсистемах личности целого ряда специфических установок (Сурнов К.Г., 1982): установки на пассивные способы защиты от жизненных трудностей; на атрибутирование ответственности; на инфантильно-гедонический образ жизни и мн.т.п.

Как видно на примере алкоголизма, *клиническое изучение нарушений личности уже не может оставаться в пределах понятий традиционной психопатологии*. Помимо психопатологических подходов при решении вопросов о расстройствах личности *необходимы также клинико-психологические исследования* на основе соответствующей концепции личности и системных принципах ее функционирования.

Только на основе клинического метода выявления симптомов и синдромов личностных нарушений, выяснения механизмов их генеза и динамики, их стойкости, - только на этой основе решается вопрос о норме и патологии личности.

Ориентиром (но не критериями диагностики) может служить формула болезни, предложенная Всемирной организацией здравоохранения. В этой формуле обозначены 4 направления в изучении обратившегося за помощью человека или подвергающегося экспертизе:

1. Нахождение явных и (или) скрытых проявлений болезни, соответствующих определенным ее симптомам и синдромам.

2. Изучение физического состояния с выявлением физического дискомфорта и отдельных симптомов и синдромов соматических нарушений.

3. Изучение психического состояния с выявлением душевного дискомфорта и отдельных симптомов и синдромов психических расстройств.

4. Изучение качества жизни с выявлением психосоциальных проблем и с оценкой уровня общей жизнедеятельности.

Такой подход находится в полном соответствии с современной парадигмой психиатрии, рассматривающей здорового или больного человека, как существо *биопсихосоциальное*. Что касается конкретного диагноза той или иной личностной патологии, то он обосновывается и формулируется строго в соответствии с национальными и международными диагностическими указаниями, определяемыми министерством здравоохранения. В них приводятся соответствующие диагностические требования и критерии, которые периодически пересматриваются по мере развития психологии и психиатрии и по мере совершенствования диагностики.

1.2. Типы личностей и вероятностные расстройства личностей

Как уже было отмечено выше, в американской психолого-психиатрической практике выделяется в общей сложности 14 типов личности и столько же вариантов их вероятностных расстройств. ***Абсолютного типа личности не существует.*** Персональный тип конкретного реального человека представляет собою неповторимую смесь всех 14 типов. При этом все 14 профилей личности являются нормальными, однако любая личность имеет сильные и слабые грани, в результате чего наблюдается доминирование какого-то типа. В то же время в доминировании также нет ничего «ненормального». Лишь вследствие мозговых дисфункций, заболеваний или повреждений головного мозга, а также вследствие глубоких и (или) продолжительных переживаний могут (вероятностно) произойти заострения доминирующих свойств личности.

При заострении типа личности она становится дисгармоничной, а ее свойства несоразмерными, вследствие чего она теряет прежний облик и прежнюю адаптивность, приобретая все в большей мере черты явно аномальные, а затем – патологические.

Рассмотрим типологию нормальных личностей в классификации Дж.Олдхэма и Л.Морриса (1996) в той алфавитной последовательности, которая существует в методике авторов (типы «бдительный, одинокий, идеосинкратический, авантюрный, деятельный, драматический, самоуверенный, чувствительный, преданный, добросовестный, праздный, лидер, альтруист, серьезный»):

1. *Тип А – «бдительный»* тип в норме. Это одаренные наблюдатели, замечают и чувствующие ложь, обман, неискренность и пресекающие любые попытки ввести их в заблуждение. Они самодостаточные, независимые, решительные и вместе с тем осторожные, внимательно выслушивают, стараются сначала хорошо узнать человека и лишь потом иметь с ним дело. Хорошо владеют собою, к себе относятся критически и серьезно. Утверждаясь в жизни, делают ставку на отношения порядочные, преданные, лояльные, ответственно трудятся.

При заострении данных свойств вместо нормального «бдительного» типа наблюдаются завышенное самомнение, гипертрофированные черты недоверчивости и подозрительности, ревности, борьбы за справедливость, увязание в личностно значимых переживаниях, а таких переживаний становится все больше и больше (застревающий тип заострения или акцентуации личности с возможной трансформацией в параноидное расстройство личности: F60.0 по МКБ-10).

2. *Тип В – «одинокий»* тип в норме. Это человек – «отшельник», не нуждающийся ни в ком другом, кроме себя самого. Главные его свойства – беспристрастность, несентиментальность, эмоциональная холодность, отсутствие чувствительности во взаимоотношениях. Такие люди

отличаются холодной рассудительностью, аналитическим складом ума, логическим мышлением. Они склонны к теоретическим построениям, символическим абстракциям, фантазированию. Адаптируясь к жизни, они сами знают себе цену, не заботясь о мнении окружающих. Многие из них становятся учеными, физиками, математиками, философами и т.п.

При заострении свойств «одинокого» типа личности наступают чрезмерная замкнутость, отрыв от реальности, склонность к пустому рассуждательству, неспособность к поддержанию контактов даже с близкими людьми. О них говорят, что они не от мира сего и не с миром сим (интровертированная акцентуация, интровертированное заострение личности, шизоидное расстройство личности: F60.0 по МКБ-10).

3. *Тип С – «идеосинкратический»* в норме (греч. *idios* – собственный, свой; греч. *syn* – вместе; греч. *kratos* – власть). Идеосинкратические личности сильно отличаются от других своим своеобразием, необычностью, особой одаренностью, оригинальностью, эксцентричностью и даже гениальностью. Они самоориентированны, ведут необычный стиль жизни и проявляют интересы ко всему необычному (парапсихологии, оккультизму и т.п.). Адаптируются в жизни за счет пытливости ума, наблюдательности, самостоятельности и убежденности.

В случаях заострения черт данного типа личности проявляются странность, погруженность в свой внутренний мир, отстраненность от реальности и от окружающих людей, философическая (метафизическая) «интоксикация», чрезмерная бессодержательная мечтательность, пустое рассуждательство (резонерство); мышление «магическое», «мистическое», «символическое» или просто нерациональное, неопределенное; вид и весь стиль жизни также экстравагантные (акцентуация или заострение личности по типу странности и экстравагантности; в более выраженных случаях – шизотипическое расстройство: F 21 по МКБ-10).

4. *Тип Д – «авантюрный»*. В норме это люди, которых другие считают бесстрашными любителями острых ощущений или, как сказали бы сейчас, - «экстремалы». Им нравится ходить на краю пропасти, играть в игры со смертью, они любят опасные странствия и путешествия, рискованные виды спорта. Риск – это их стихия и одновременно их образ жизни. Будучи мужественными, они уверенно идут по жизни, не погружаясь глубоко в сентиментальность. Утверждаются благодаря своей системе личностных ценностей, не очень волнуясь об остальном и об остальных. В то же время завоевывают симпатии общительностью, умением преподать себя и своей отвагой.

В случаях чрезмерной выраженности специфических свойств данного типа неизбежны девиации в обыденной жизни, когда индивидуум с пренебрежением относится к нормам и правилам поведения «отважно» и «бесстрашно» совершает всевозможные асоциальные поступки – от простого нарушения дисциплины до противозаконных деяний (акцентуация или заострения по диссоциальному типу, а в более выраженных случаях – расстройство личности по диссоциальному типу: F60.2 по МКБ-10).

5. *Тип Е – «деятельный»*. Его представители являются людьми эмоциональными, активными, горячими и жаждущими новых впечатлений, переменчивыми в своих желаниях и настроениях, легко меняющими спутников жизни, работу и местожительство. Близких они могут удивлять быстрым вовлечением в какое-то дело или в какие-то отношения, романтизацией и идеализацией их, а затем – таким же внезапным охлаждением и глубоким разочарованием. Их жизнь в целом – это очередные поиски новых смыслов, интересов, связей. В норме их адаптация обеспечивается живым реагированием, глубокой увлеченностью и всецелой отдачей себя тому, чем они в данное время занимаются, но в стабильной жизни им скучно.

Акцентуации и заострения данного типа личности проявляются «активностью на грани срыва», чередованием периодов эмоционального горения и сгорания («огонь и лед»), взлетов и падений, жажды жизни и состояний разочарования и опустошенности. В сложных жизненных обстоятельствах такие люди легко запутываются в себе и производят впечатление потерянного человека. При большей выраженности этих сдвигов речь может идти о пограничном расстройстве личности: F60.31 по МКБ-10.

6. *Тип F – «драматический»*. К драматическим относятся люди, склонные к сильным душевным волнениям. Они бурно по-детски радуются, но так же сильно обижаются и страдают. Обладают богатым воображением, мечтают и фантазируют, удовлетворяя в своих представлениях свои не удовлетворенные желания. Наделены артистическими способностями, демонстрируют свои таланты, любят петь, рассказывать интересные истории, быть в центре внимания, исполнять всевозможные роли, производить на окружающих впечатление, за что этот тип личности называют также гистрионным (в др. Риме гистрион – это актер, в ср. века – странствующий артист).

Излишнее актерство, чрезмерная демонстративность, преувеличенная эмоциональность, попытки заполнить все вокруг своим волнением, - все это становится признаками акцентуации или заострения свойств данного типа. Когда же эти особенности более выражены и личность теряет свою адаптивность, приходится констатировать гистрионное (истерическое) расстройство личности (F60.4 по МКБ-10).

7. *Тип Q – «самоуверенный»*. Известно, что самоуверенность главенствует над другими свойствами личности, придавая им силу и обеспечивая успешность в деятельности. Целеустремленные и уверенные в себе, представители данного типа заряжены высокими амбициями и стремятся быть активными руководителями, лидерами и вожаками в

жизни, преодолевая сопротивление других и конкуренцию. Однако, в случаях акцентуации или заострения подобного рода свойств личности проявляются завышенное самомнение, чрезмерная самонадеянность, высокомерие, надменность, самовлюбленность, нежелание замечать свои недостатки и ошибки, требование всеобщего поклонения и восторгов и т.п. При преобладании таких свойств речь может идти уже о нарциссическом расстройстве личности (в рубрике «другие специфические расстройства личности» F60.8 – по МКБ-10; 301.81 – по DSM-IV).

8. *Тип Н – «чувствительный»*. Представители «чувствительного» типа испытывают дискомфорт от широких социальных пространств и от публичных занятий. Они предпочитают свой маленький мир из близких и хорошо знакомых людей, с которыми поддерживают теплые дружеские отношения. Основное в их жизни – привычка и все привычное. В других ситуациях они держатся настороженно и подчеркнуто тактично, испытывают некоторую скованность и неловкость, боясь обнаружить свою малоценность. Нуждаются в приободрении, похвале, очень чувствительны к замечаниям и критике.

В случаях акцентуации или заострения данных свойств наблюдаются робость, боязливость, застенчивость, повышенная тревожность и мнительность, вследствие чего такие люди избегают контактов (уклоняющийся или избегающий тип личностных отклонений). При более выраженных проявлениях с нарушениями адаптации диагностируется тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6 – по МКБ-10).

9. *Тип I – «преданный»*. Главный смысл в жизни «преданных» людей – это забота о родных, о близких, любовь к ним, слияние с ними, посвящение себя другим (детям, супругу, друзьям, лидеру, коллективу и т.д.). Они берегут и сохраняют семьи, укрепляют межличностные контакты и отношения, лояльны к лидерам и старшим, всегда тактичные и вежливые, безотказно выполняют возложенные на них обязанности.

Счастье для них – быть вместе с другими и быть приобщенными к достижению общих целей или целей других.

При акцентуациях или заострениях данных свойств индивидуум обостренно чувствует свое одиночество и свою «ненужность», если рядом не оказывается значимый человек. В глубине души такие люди испытывают детский страх разлуки. С одной стороны, они стремятся нравиться, чтобы сохранить отношения и было бы кого любить, а с другой, - готовы унижаться служить, угождать и дискомфортно чувствуют себя, если лишены такой возможности. В случаях большей выраженности данных отклонений речь может идти о зависимом расстройстве личности (F60.7 – по МКБ-10).

10. *Тип J – «добросовестный»*. Добросовестность – позитивное и очень ценное свойство в жизни людей. Люди такого склада придерживаются высоких моральных принципов, весьма ответственные и порядочные. Они много трудятся и многого достигают. Их уважают за надежность. Вместе с тем, при определенных обстоятельствах черты добросовестности могут непомерно доминировать и тогда они будут чрезмерно контролировать человека, сковывать его активность, что наблюдается при акцентуации и заострении личности по педантическому типу. При этом сверхответственное отношение к делу превращается в бесконечные взвешивания и обдумывания, мешающие решительности и принятию решения. Становится невозможным вытеснить из своего сознания сомнения и неуверенность, что компенсируется защитным стилем исполнения – аккуратностью, скрупулезностью, педантизмом. В более тяжелых случаях конкретные действия замещаются бесконечным самоанализом, умственной жвачкой, страхами, навязчивостями – ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (F60.5 по МКБ-10).

11. *Тип К – «праздный»*. Это любители всевозможных жизненных радостей, из которых более всего они ценят личную свободу и возможность делать то, что сейчас более всего хочется. Они защищают свое право на комфорт и удовольствия и сопротивляются требованиям, которые ограничивают такое право. В норме все же они поступают разумно и в конечном счете ведут себя адаптивно, хотя время от времени у них могут возникать конфликты, если на них оказывают сильное давление. При акцентуациях и заострениях данных свойств личности проявляются ее отклонения по гедонистическому типу с чрезмерной настроенностью на веселое времяпрепровождение, со всевозможными удовольствиями. При еще большей выраженности гедонизма возникают неизбежные конфликтные отношения с окружением, потому что личность такого человека проявляет упрямство, негибкость, сопротивление (пассивно-агрессивный тип расстройства личности – в рубрике «другие специфические расстройства личности» F60.8 – по МКБ – 10).

12. *Тип L – «лидер»*. Как и самоуверенные люди (тип Q), «вожаки» изо всех сил стремятся к рулю, чувствуя, что они рождены командовать. В отличие от типа Q, здесь сила личности не столько в самоуверенности, которой тоже предостаточно, сколько в напористости и мощи, в общей жизненной силе, в физическом чувстве своего превосходства над другими, в своего рода наступательности личности. Не случайно данный тип личности даже в норме имеет второе наименование – «агрессивный». Его представители ощущают себя вожаками в стае, берут на себя ответственность и власть, строго подчиняя себе остальных. При акцентуациях и заострениях подобных свойств проявляются жестокость, безжалостность, стремление к безраздельному господству, унижение и оскорбление других, т.е. явно агрессивные отклонения со вспышками гнева, которые в совокупности могут достичь степени эмоционально-

неустойчивого расстройства личности, импульсивный вариант (F60.30 – по МКБ-10).

13. *Тип М – «альтруист»*. Люди, относящиеся к данному типу, жертвуют собою ради других и в этом находят свое счастье в жизни. В отличие от «преданного» типа I, у них нет стремления к слиянию с другими и зависимости от других. Для альтруиста важно иметь саму возможность быть полезным и выразить эту свою готовность. В то же самое время они достаточно самостоятельны, полагаются только на себя, терпеливы, неприхотливы и это помогает им переносить неблагодарность окружающих. Психологи, вслед за З.Фрейдом, отмечают, что носители данных свойств личности не осознают, что они преднамеренно занимаются самоуничижением. Именно это последнее качество наиболее сильно проявляется при акцентуациях и заострениях по альтруистическому типу, что кардинально отличает их от нарциссических личностей. Альтруистическая личность принижает себя и тем самым лишает себя возможности получать радости, наслаждения и удовольствия от жизни, часто не в состоянии выполнить задачи, отвечающие сугубо личным целям. При еще большей выраженности личностных отклонений больные приносят значительные жертвы тем, кто в них не нуждается, конфликтуя из-за разочарования в людях, терзаются чувством своей беспомощности (самоуничижительное расстройство личности, описанное в DSM-III-R и относящееся по МКБ-10 к рубрике F60.8 – «другие специфические расстройства личности»).

14. *Тип N – «серьезный»*. Это очень сильный тип в адаптивном плане, так как многие его представители выживают сами и помогают выжить другим. Они реалисты, не страдают безосновательным оптимизмом или романтизмом, требовательны к себе и к другим, исключительно ответственные. Серьезные люди не стремятся быть популярными, они знают и делают свое дело, уверены в нем, но при этом готовятся и к

худшему. Во взаимоотношениях проявляют глубокие и устойчивые чувства. При акцентуациях и заострениях данные свойства гипертрофируются, вследствие чего трансформируются в боль за все, в страдания по поводу всего и в чувство собственной вины за все. Этим проявляются акцентуации и заострения личности по депрессивному типу. В более выраженных случаях у больных преобладают подавленное настроение и пессимистическое мировоззрение (депрессивное расстройство личности, относящееся по МКБ-10 к рубрике F34.1 – «дистимия»).

1.3. Классификация патологии личности в МКБ-10 и DSM-IV

В МКБ-10 личностная патология рассматривается в первую очередь в рубриках F60-F62 под названием «Специфические, смешанные и другие личностные расстройства, а также продолжительные изменения личности». Здесь, как видно, обозначается два типа отклонений: *расстройства и изменения.*

«Специфические личностные расстройства» представляют собою «онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, но могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними».

Специфические личностные расстройства соответствуют ранее распространенному в нашей психиатрии понятию психопатий (см.далее). Наряду со «специфическими» в МКБ-10 выделяются также ***«органические расстройства личности»*** (расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга), характеризующиеся такими понятиями, как *«псевдопсихопатия»* и *«псевдоолигофрения»*. Они включают в себя сочетание

психопатоподобных проявлений со снижением познавательной (когнитивной) деятельности.

Что касается *«продолжительных (хронических) изменений личности»*, то подчеркивается, что они не связаны с повреждением или заболеванием мозга, а являются результатом травмирующих переживаний, особенно переживаний глубоких по поводу экзистенциально экстремальных событий (катастрофы, пленение, терроризм, пытки, длительная угроза жизни и т.п.).

С учетом данных указаний представляется возможным следующим образом представить патологию личности в рубриках МКБ-10.

1. F0 – *Органические, включая симптоматические психические расстройства*: F07.0 – Органическое расстройство личности.

2. F1 – *Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ*: F1x.71 – Расстройство личности или поведения (описание и критерии диагностики те же, что и для F07.0). Отсутствует обозначение личностного аспекта зависимости индивида от психоактивных веществ.

3. F2 – *Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства*:

F20 – Шизофрения (не выделяется специальной рубрики для описания и диагностики изменений личности по шизофреническому типу, поскольку они поглощаются диагнозом шизофрении, так как относятся к основным, главным проявлениям болезни и составляют ее сущностные свойства).

F21 – Шизотипическое расстройство (так же само не содержит специальной личностной рубрики; отмечается, что сюда следует включать шизотипическое личностное расстройство, псевдопсихопатическую шизофрению, пограничную, псевдоневротическую шизофрению и т.п.).

4. F3 – *Аффективные расстройства настроения*:

F34.0 – Циклотимия. Включаются «циклотимная личность», «циклоидная личность», «аффективное расстройство личности».

F34.1 – Дистимия. Сюда включается «депрессивное расстройство личности».

5. F4 – *Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:*

F44.81 – Расстройство множественной личности.

6. F5 – *Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.*

В данном классе отсутствуют нарушения, относящиеся к патологии личности.

7. F6 – *Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:*

F60 – Специфические расстройства личности.

F61 – Смешанные расстройства личности.

F62 – Хронические изменения личности, куда следует относить хронические изменения личности после переживания катастроф, после (но не вследствие!) перенесенной психической болезни, после утраты близких, хронический болевой личностный синдром, а также многочисленные формы патологического развития личности.

F63 – Расстройства привычек и влечений.

F64 – Расстройства половой идентификации.

F65 – Расстройства полового предпочтения.

F66 – Расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

8. F7 – *Умственная отсталость.*

В данном классе не выделяется какой-либо рубрики для оценки личности, так как любая форма олигофрении включает в себя те характеристики, которые дают достаточное представление о состоянии как интеллекта, так и личности.

9. F8 – *Нарушения психологического развития:*

F84 – Общие расстройства развития (включает в себя аутистическое расстройство детского возраста, шизоидное расстройство детского возраста и другие варианты общих расстройств детского возраста).

F9 – *Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте:*

F91 – Расстройства поведения (сами по себе они не относятся к патологии личности, но могут перейти в одну из ее разновидностей, например, - в F60.2 – диссоциальное личностное расстройство). Здесь уместно заметить, что в соответствии с рекомендациями МКБ-10 диагноз личностного расстройства не является адекватным до наступления 16-17 – летнего возраста, поскольку в детско-подростковом периоде можно говорить лишь об отклонении в формировании личности.

В справочнике по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации 4-го пересмотра (DSM-IV) под расстройствами личности понимаются выраженные и стойкие отклонения характера, обуславливающие дезадаптивные модели поведения, которые проявляются тотально во всех сферах психической деятельности: эмоциональной, интеллектуальной, поведенческой, перцептивной, психодинамической. Дается описание 12 типов личностных расстройств, разделенных на 4 группы:

1. Расстройства личности с проявлениями странностей и эксцентричности:

- параноидное
- шизоидное
- шизотипическое.

2. Расстройства личности с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности:

- антисоциальное

- пограничное
- гистрионное (истерическое)
- нарциссическое.

3. Расстройства личности с проявлениями тревоги и страха:

- уклоняющееся (избегающее)
- зависимое
- обсессивно-компульсивное.

4. Другие расстройства личности:

- пассивно-агрессивное
- депрессивное.

В DSM-IV не вошли 2 типа расстройств личности, которые были обозначены в предыдущей классификации DSM-III-R. Это – самоуничижительный и садистически-агрессивный типы расстройств личности. DSM-III-R отличается от DSM-IV также тем, что шизотипическое расстройство личности рассматривалось в DSM-III-R не в разделе личностной патологии, а в разделе «Шизофрения и бредовые расстройства» - так же, как ныне в МКБ-10.

1.4. Патопсихологическая дифференциация личностной патологии

В патопсихологии еще не сформулированы принципы дифференцированного подхода к личностным нарушениям различного вида. В этой связи Б.В.Зейгарник (1999) отмечает, что на современном этапе патопсихологических исследований не представляется возможным предложить какую-нибудь жесткую классификацию личностных нарушений. Она выделяет три вида личностной патологии: нарушения опосредованности и иерархии мотивов; нарушения смыслообразования; нарушения подконтрольности поведения.

В современной литературе по клинической психологии речь идет предпочтительно лишь об одном виде личностной патологии – о *патохарактерологических состояниях*.

И.А.Кудрявцев (1982), предпринявший первую попытку выделения обобщенных патопсихологических синдромов, обозначил среди них, в частности, *психопатический симптомокомплекс личностных расстройств*, включив в него шесть следующих компонентов:

- патохарактерологические расстройства (патологический характер);
- эмоционально-волевые нарушения;
- нарушение структуры иерархии мотивов;
- недостаточная эффективность мышления в виде «относительного аффективного слабоумия»;
- нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Близким к понятию «патопсихологического синдрома» являются «*регистр-синдромы*» В.М.Блейхера и соавторов (2002). Ими выделяется «личностно-аномальный» регистр-синдром, который также соотносится с отклонениями характера – с состояниями его акцентуации и психопатическими расстройствами.

В учебнике по клинической психологии Н.Д.Лакосиной и соавт., (2003) в главе о психологии личности также даются описания акцентуаций и психопатий и в дальнейшем используются такие понятия, как «патохарактерологические расстройства, патохарактерологические изменения, патохарактерологические развития личности».

В переводном фундаментальном издании «Клинической психологии» под. ред. М.Перре и У.Бауманна (1312 с.), к сожалению, вообще отсутствует глава о личности и ее патологии.

В соответствии с предложенной выше функциональной структурой личности на основе системного подхода (см. 1.1.) личностные нарушения патопсихологически происходят и проявляются в следующих 3-х

направлениях, каждое из которых может доминировать, сочетаясь с другими в разной степени их выраженности:

1. *Расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере ее ресурсов* (интеллекта, памяти, знаний, навыков, опыта, способностей и т.п.). Они проявляются недостаточной продуктивностью в познавательной деятельности и утратой тех или иных умственных навыков, мыслительными затруднениями, общим когнитивным снижением. Слабеет также способность к планированию и организации своего поведения, предвидения его последствий, слабеет критическое к себе отношение и контроль над своими потребностями, влечениями, побуждениями, эмоциями. Данный вид расстройств (в разной степени выраженности – от легкой до глубокой) является следствием интеллектуального снижения, не достигающего степени деменции, но требующего в первую очередь применения нейротрофических и ноотропных средств лечения, а также когнитивной коррекции и когнитивных тренировок. Снижение личностных ресурсов происходит в результате всевозможных органических поражений головного мозга.

2. *Расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере характера, включают в себя нарушения со стороны социализации личности и её биологических основ* (темперамента, инстинктов, типа высшей нервной деятельности – в зависимости от межполушарных соотношений), а также со стороны эмоций и настроения. Данные отклонения проявляются предпочтительно эмоционально-волевыми нарушениями с ригидными моделями неадаптивного поведения, с однотипными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. В наибольшей мере они нарушают интерперсональные отношения и социальное функционирование личности, делая его, как минимум, непродуктивным.

К расстройствам этого типа относятся, с одной стороны, онтогенетические психопатические состояния, а с другой – патологические состояния, возникающие во взрослой жизни в результате заболеваний или поражений головного мозга – «псевдопсихопатии» или «психопатоподобные» состояния, а также сходные с ними отклонения личности вследствие тяжелых и длительных средовых деприваций, либо вследствие тяжелых психических заболеваний. *При этом в личности за счет патологии характера на первый план выступает ее дисгармоничность в сочетании с несоразмерностью и неадекватностью реакций.* Нарушения такого рода требуют иного подхода к их коррекции и лечению, а именно – применения психотропных корректоров поведения и настроения, а также коммуникативных, ситуационных и других когнитивно-поведенческих тренингов с целью ресоциализации личности.

3. *Расстройства личности, развивающиеся преимущественно в сфере её содержания и жизненных смыслов.* Данный тип личностной патологии проявляется глубокой трансформацией в личностных ценностях, смыслах и установках, в интересах и привязанностях, в содержании и направленности личности, в ее принципах и убеждениях, в самооценках и в отношениях к другим, в значимых поступках и в образе жизни в целом. При этом появляются новые взгляды, позиции, ценности, которые сливаются с ядром личности (с ее самостью) и которые становятся ее экзистенциальной сущностью, определяя патологическое содержание личности, патологичность ее культуральной сферы. Подобного рода нарушения в психиатрии известны как «*патологическое развитие личности*» или «*хроническое изменение личности*», когда перед клиницистом предстает не та личность, которая была раньше, а совсем иная - иная не столько по форме, сколько по существу, по содержанию, по смыслу. Происхождение этого вида личностной патологии представляет особый вид психологии – фиксированных инертных переживаний. Для его

лечения потребуются средства антипсихотического действия, личностно-реконструктивная психотерапия, а также рекультурализация в процессе реабилитации.

ГЛАВА 2. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СФЕРЕ ХАРАКТЕРА

2.1. Подходы к пониманию расстройств личности, происходящих преимущественно в сфере характера

2.1.1. Современные представления о специфических расстройствах личности (психопатий) и их диагностических критериях

Расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере характера чаще всего именуется «психопатиями». Однако в зарубежной психиатрии в последние десятилетия этот термин стал синонимом асоциальности поведения вообще, да и в изначальном понимании слово психопатия ориентировало именно на делинквентность, т.е. на противоправные тенденции в поведении личности. Поэтому все чаще употребляется обозначение «специфические расстройства личности», которые определяются тем не менее прежде всего как патология характера.

В.Я.Гиндикин и В.А.Гурьева понимают под психопатиями дисгармоничность личности. Они пишут: «К настоящему времени под психопатиями принято понимать стойкие патологические состояния, которые характеризуются дисгармоничностью личности вследствие врожденной или рано приобретенной неполноценности высшей нервной системы под влиянием отрицательных внешних воздействий (экзо-, психо- и соматогении, факторы среды и воспитания)» - в кн.: Личностная патология. М., 1999 - с.48. Далее авторы подчеркивают, что речь идет о нарушениях характера: при психопатиях аномальными являются не отдельные характерологические нарушения, как это имеет место при акцентуациях характера, а весь психический склад личности. Этот обязательный для психопатий критерий - тотальность личностных отклонений - входит в хорошо известную триаду признаков, на которые указывали в своих работах П.Б.Ганнушкин (1933) и О.В.Кербиков (1971):

тотальность в сочетании со стойкостью (стабильностью, принципиальной необратимостью) ведут к дезадаптации личности.

Как отмечается в руководстве по клинической психиатрии (под ред. Т.Е. Дмитриевой, 1998), к привычному для нас определению психопатии близко понятие «расстройства личности», применяемое в США (DSM-IV). «Расстройства личности» - это длительно существующие, глубокие и стойкие нарушения *характера*, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Они не относятся к расстройствам осей I и III (в DSM-IV существует 5 осей), т.е. они не являются психическими заболеваниями как таковыми (ось I) и не связаны с соматическими или неврологическими заболеваниями (ось III). Как и умственная отсталость, "расстройства личности" представляют собою стойкое патологическое состояние (ось II). Они не относятся, следовательно, к затруднениям в связи с культурными различиями. В то же время «расстройства личности» создают психосоциальные проблемы (ось IV) и влияют на общий уровень жизнедеятельности (ось V). При этом дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных и психодинамических проявлений.

В МКБ-10 под «расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых» (раздел F6) также понимаются в основном патологические отклонения характера. Во введении к данному разделу указывается, что он включает в себя ряд клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением собственного индивидууму стиля жизни и способов отношения к себе и к другим (МКБ-10. Клинические описания и указания по диагностике. С.-П., 1994, с. 197).

Собственно же психопатические состояния размещаются в МКБ-10 в рубрике F60 под названием «специфические расстройства личности». В

пояснении отмечается, что это тяжелое нарушение *характерологической конституции* и поведенческих тенденций индивидуума, почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Появляются эти расстройства обычно в позднем детстве, особенно заметны в подростковом возрасте и продолжают формироваться дальше. Поэтому диагноз «личностного расстройства», т.е. психопатии, вряд ли адекватен до 16-17 летнего возраста. Далее в МКБ-10 даются следующие диагностические указания в отношении психопатий:

К «специфическим расстройствам личности» относятся состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим диагностическим критериям:

а) заметная дисгармония в личностном реагировании и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культурных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодом психической болезни;

с) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

д) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в период зрелости;

е) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

f) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

2.1.2. Динамика специфических расстройств личности (психопатий)

Психопатии, как и олигофрениии, не относятся к заболеваниям в собственном смысле. Это патологические состояния, а именно - патология характера, в основе которой лежат нарушения со стороны темперамента, инстинктов, влечений, настроения и эмоциональных реакций. Личность при этом изначально складывается и развивается дисгармонично.

По шкале тяжести психических расстройств (регистрам психических нарушений) психопатии располагаются в границах так называемых пограничных состояний, т.е. отклонений, не достигающих уровня психоза. Однако возможна глубокая декомпенсация психопатических состояний, когда расстройства переходят в регистр психоза.

Психопатии представляют собою стойкие и принципиально необратимые состояния, не имеющие обычных клинико-динамических характеристик - начала, течения, исхода. Однако со времен П.Б.Ганнушкина в психопатиях выделяют свойственные им динамические особенности. Они заключаются в следующем:

Во-первых, обычные патологические черты характера, типичные для того или иного варианта психопатий, могут все в большей мере осложняться нарастающим числом ***психопатических реакций***. По современным понятиям они представляют собою патологические формы психологической защиты и относятся к неадаптивному или даже дезадаптивному поведению. И действительно, чем больше в рисунке поведения таких реакций и чем тяжелее их форма, тем глубже дезадаптация больного, когда вместо конструктивного взаимодействия имеют место отказы и уходы, замкнутость и изоляция, взрывные аффективные реакции, протесты и агрессия, аутоагрессивное поведение,

подозрительность и умозаключения, ни на чем не основанные и мн. т.п. Одновременно у больных психопатиями чаще, чем у здоровых, отмечаются психогенные невротические реакции - фобические, истерические, депрессивные, ипохондрические, соматизированные и др.

Во-вторых, сам психопатический радикал может претерпевать изменения в плане его выраженности. Может произойти психопатическое *развитие личности*. Его признаками являются:

-утяжеление и умножение аномальных черт характера в сочетании с присоединением и нарастанием аномальных свойств других психопатических радикалов, т.е. движение в сторону углубления и мозаичности психопатий;

-усугубляется дисгармония личности, актуализируются внутриличностные конфликты, изменяется иерархия ценностей, психопатическое состояние и поведение сливаются с личностными смыслами; больные ригидно фиксируются на каких-либо отношениях, идеях, ситуациях, увязают в переживаниях.

В-третьих, к динамическим характеристикам психопатий относится понятие *психопатической декомпенсации*. Трактуются оно крайне разнообразно и в самом его содержании не заложен позитивный смысл. Мы полагаем, что речь идет прежде всего о том, что иссякают ресурсы и адаптивные возможности личности, снижается уровень психологических защит и на смену защитным реакциям в регистре нормы приходят патологические формы защитного реагирования. Наконец, все ресурсы по организации адаптивного поведения истощаются и механизмы реагирования перестают играть защитно-компенсаторную роль. Даже если при этом отсутствуют формальные психотические признаки (бред, галлюцинации, расстройства сознания), поведение больных тем не менее отличается непредсказуемостью, неадекватностью, неуправляемостью, т.е. является психотическим. Такого рода состояния (декомпенсации)

наступают при психопатиях чаще под влиянием дополнительных вредностей - психогений, алкоголизации и наркотизации, инфекций, черепно-мозговых травм и других заболеваний.

В клинике психопатий важным является еще один динамический аспект - *формирование и становление психопатии*. На это обращали внимание фактически все исследователи данной проблемы. Мы отмечаем уже, что в МКБ-10 не считается уместным диагноз "расстройства личности" (т.е. психопатии) в возрасте до 16-17 лет. В этой связи В.Я.Гиндикин и В.Я.Гурьева (1999) в формировании психопатий выделяют три этапа:

1-й: обнаружение проявлений и становления патологических черт характера;

2-й: аномальные свойства характера становятся все более выраженными и очерченными;

3-й: стабилизация патологии характера, приобретение ею устойчивости, т.е. психопатия становится "печатью" личности.

Очевидно, что в возрасте до 16-17 лет речь может идти именно об этапах формирования и становления психопатий.

2.1.3. Классификация специфических расстройств личности (психопатий)

Общепринятой классификации патохарактерологических нарушений не существует. Имеется несколько подходов, выделяющих разграничительные критерии и позволяющих оценить происхождение патологии характера и ее варианты. Это подходы феноменологически-описательный, генетический (этиопатогенетический) и клинко-статистический.

Описательный подход состоит в выделении психопатологических и патопсихологических признаков расстройств характера. На основе их

клинических взаимосвязей и соотношений определяется тот или иной тип психопатии, ее радикал: шизоидный, циклоидный, эпилептоидный, эксплозивный, паранойяльный, астенический, психастенический, истерический, неустойчивый, гебоидный, мозаичный и др. Разные авторы выделяют весьма различные в количественном и качественном отношениях варианты психопатических отклонений характера. Наиболее полные и яркие их описания, как известно, представлены в работах П.Б.Ганнушкина (1933), О.В.Кербикова (1971), АЕ.Личко (1977), В.Я.Семке (1988), В.Я.Гиндикина и В.А.Гурьевой (1999).

Генетический подход - в смысле генеза, происхождения. В многомерной этиологической структуре психопатий наличествуют с разной долей участия у каждого конкретного больного следующие факторы:

- наследственное психопатологическое отягощение (психозы, неврозы, психопатии, олигофрении, алкоголизм);
- эмбриопатии вследствие заболеваний матери во время беременности (пренатальные вредности - токсические, инфекционные, гипоксические, лучевые);
- перинатальная патология (асфиксия в родах, кровоизлияния, общее травмирование при затяжных трудных родах);
- органические поражения головного мозга в раннем постнатальном периоде вследствие инфекций, интоксикаций, гипоксии, травм;
- социально-психологические факторы (дефекты воспитания, педагогическая запущенность, негативные воздействия окружения).

Значение того или иного фактора в происхождении патологии характера оценивалось по разному. Т.И.Юдин (1928) отводил преимущественную роль типичной психопатической конституции. Н.И.Белинская и В.А.Гурьева (1975) отмечали необходимость учета соотношений биологических и социальных факторов в этиопатогенезе

психопатий у подростков. В.В.Ковалев (1969) обратил особое внимание на значение психогений и описал психогенное патологическое формирование личности.

Г.Е.Сухарева (1959) отмечала, что в основе психопатии лежит дизонтогенез нервной системы, который может быть трех типов: задержанный, поврежденный и искаженный (диспропорциональный).

В.Я.Гиндикин и В.А.Гурьева (1999) проанализировали взгляды на происхождение психопатий, в т.ч. понятие О.В.Кербикова (1971) о краевых психопатиях, и предложили такую генетическую группировку психопатий:

1. Ядерные - преимущественно конституционально-обусловленные, «истинные», связанные с наследственным отягощением.

2. Нажитые или "приобретенные":

2.1. Органические психопатии - обязанные своим возникновением действию экзогенно-органических факторов в раннем детстве, приблизительно до 3 - 3,5 лет (при условии полного затухания органического процесса и отсутствия интеллектуально-мнестического снижения). В основном это так называемый синдром ММД (мягкая мозговая дисфункция, которая приводит не к дефицитарному психоорганическому снижению, а к невозможности полноценного структурно-функционального формирования и развития личности).

2.2. Краевые психопатии (по О.В.Кербикову), при которых уменьшается роль биологической неполноценности и преобладает значимость психогенных и ситуационных негативных влияний:

2.2.1. В форме патохарактерологических развитий (грубые дефекты воспитания выявляют, заостряют и фиксируют аномальные черты характера, к которым затем присоединяются всевозможные неадаптивные реакции).

2.2.2. Нарушения характера, обусловленные повседневным хроническим травмированием или острыми тяжелыми психическими травмами (в рамках невротических расстройств: невротическая реакция - невроз - хронизация невроза - невротическое развитие - краевая психопатия; в рамках постреактивных развитий, т.е. после перенесенных реактивных психозов и острых реакций на тяжелый стресс).

Клинико-статистическое группирование патологии характера. Оно существует наряду с описательно-феноменологическим и этиопатогенетическим подходами к классификации расстройств личности (см. МКБ-10 - глава V, F; «Современная клиническая психиатрия» - Ю.В.Попов и В.Д.Вид, 1997; «Клиническая психиатрия» - под ред. акад. Т.Б.Дмитриевой М., 1998).

Считается, что клинико-статистическая классификация служит прежде всего целям сбора, обработки и анализа информации и не должна подменять собою предыдущих подходов, важных для психиатрической науки и практики. В DSM-IV выделяется три типа расстройств личности:

а) расстройства личности с проявлениями странностей и эксцентричности, куда вошли параноидальные расстройства личности, шизоидные и шизоотипические;

б) расстройства личности с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности, к которым отнесены антисоциальные, истерические, «пограничные», нарциссические типы нарушений характера;

с) расстройства личности с проявлениями тревоги и страха (включает в себя избегающий тип, обсессивно-компульсивное и зависимое).

Кроме того в DSM-IV выделена группа других расстройств личности, представленная пассивно-агрессивным (упрямство, негативизм, неконструктивное взаимодействие) и депрессивным вариантами.

Особое место в DSM-IV занимают «нарушения импульсивного контроля» - импульсивные влечения и импульсивные действия, которые могут встречаться в рамках психопатий:

- перемежающееся эксплозивное расстройство с эпизодами агрессии;
- клептомания (совершение краж);
- патологическое влечение к азартным играм (патологический гемблинг);
- пиромания (совершение поджогов);
- трихотилломания (импульсивное выдергивание у себя волос);
- другие нарушения контроля над побуждениями и влечениями (например, *дромомания* - импульсивное влечение к перемене мест, бродяжничеству; *копролалия* - сквернословие, неодолимое желание произносить нецензурные слова, ругательства; *суицидомания* - импульсивное влечение к смерти; *гомицидомания* - импульсивная неодолимая потребность кого-то убить; мифомания - влечение к обману, псевдологии; *дипсомания* - импульсивные тяжелые алкогольные эксцессы).

Что касается патологических сексуальных влечений, то в DSM-IV они, в отличие от МКБ-10, отнесены в обобщенный блок сексуальных дисфункций, расстройств половой идентификации и парафилий (см.далее).

В МКБ-10 вся патология личности и поведения подразделяется на следующие группы:

1.*Расстройства личности у взрослых*, под которыми подразумеваются психопатии, так как они представляют собою онтогенетические состояния, появившиеся в детстве или в подростковом возрасте и сохраняющиеся в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию головного мозга, хотя могут им предшествовать и сосуществовать с ними (рубрики F60-F61);

2. *Изменения личности*, в отличие от расстройств, приобретаются обычно во взрослой жизни вслед за тяжелым либо длительным состоянием, связанным с экстремальными средовыми воздействиями, перенесением серьезных психических заболеваний, травм или заболеваний мозга (рубрики F62; F07; F1x.7);

3. *Расстройства привычек и влечений* (F63);

4. *Расстройства половой идентификации* (F64);

5. *Расстройства сексуального предпочтения* (F65);

6. *Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией* (F66);

7. *Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых*, например, невротические и патологические развития личности, а также симулятивное расстройство;

8. *Расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте*, формирующиеся и еще недостаточно стабилизированные (F91).

2.1.4. Клинико-психологические проявления специфических расстройств личности (психопатий)

Специфические расстройства личности (F60 – по МКБ-10) – это первичные, стабильные сущностные особенности данного человека, его специфический свойства в форме патологического индивидуального стиля жизни и отношения к себе и другим. Данные расстройства не являются вторичными по отношению к более широкой психической болезни или заболеванию головного мозга. Как вообще свойственно психопатиям, расстройства эти дают себя знать и в эмоциональной сфере (суженный диапазон жизненного комфорта, измененная интенсивность, соразмерность и степень адекватности реагирования), и в сфере инстинктов и влечений (напряжение, аномалия, извращение, невозможность контроля), и в

познавательной сфере (иной характер восприятия, интерпретации событий и людей, формирования отношений к своему – «Я» и к другим лицам). В конечном счете, имеет место та или иная степень дезадаптации страдание самих пациентов и (или) страдания окружения («психопатия» дословно = психо + греч. патос – страдание).

Нарушения характера становятся более ясными и понятными, когда наряду с клинико-психопатологическим подходом применяются клинико-психологические и клинико-патопсихологические исследования. Прежде, чем диагностировать, например, тот или иной тип психопатии, важно доказать вначале, что она вообще имеется. В этой связи целесообразно еще раз вернуться к системно-функциональному определению психологической сущности характера, как подсистемы личности, и определению критериев его патологичности.

Мы отмечали уже, что системообразующим фактором характера являются поведенческие паттерны, направленные на достижение личностных целей, на адаптацию. Они сочетают в себе свойства как врожденные, так и приобретенные. Феноменологически характер проявляется особенностями стиля, манер, способов и рисунков реагирования и поведения. Однако, как функциональная подсистема, характер организует поведение, обеспечивает продуктивность деятельности личности, ее социальное функционирование и, в целом, - адаптацию.

При психопатиях характер тоже является функциональной подсистемой личности, с теми же задачами и с той же направленностью. Однако при психопатиях сумма, соотношения и качество патологических черт характера таковы, что критическая масса всех этих свойств превосходит компенсаторные возможности саморегулирующейся психической системы. В итоге функционирование

подсистемы характера является качественно иным - ненормальным, а по результатам - дезадаптивным.

Общими признаками патологичности характера, следовательно, будут:

1. Суженная зона жизненного комфорта субъекта. Для того, чтобы больной с психопатией был удовлетворен жизнью, ему нужны особые специальные условия, которых жизнь не может предоставить. Сами границы зоны "комфорта-дискомфорта" зависят, конечно, от глубины и степени выраженности характерологических нарушений, степени их компенсации.

2. Недостаточная продуктивность деятельности личности, которая не удовлетворяет как самих больных, так и их окружение. При психопатиях существенно расходятся (не соответствуют друг другу) желания, запросы, с одной стороны, и мобилизационные возможности личности, - с другой.

3. Закостенелые модели реагирования и поступков, неспособность гибко менять свое поведение в зависимости от требований ситуаций, в зависимости от событий и обстоятельств.

4. Ригидные формы переживаний, часто ведущие к личному дистрессу и доставляющие страдания самим больным и (или) окружающим лицам. Степень осознанности при этом может быть разная, но, независимо от этого, наблюдается неспособность скорректировать свой внутренний мир.

5. Неполющенное или деструктивное социальное (в т.ч. профессиональное или семейное) функционирование, неспособность соответствовать общепринятым нормам поведения и культурным ожиданиям, неспособность конструктивно строить межличностные отношения.

б. Деадаптация - как интегральный результат - частичная или даже полная, в зависимости от степени компенсации или декомпенсации психопатии.

Отдельные патологические черты характера по-разному представлены у каждого конкретного больного и находятся в самых различных соотношениях. Важнейшим их свойством, в отличие от акцентуаций, является тотальность. Они обнаруживаются не избирательно, а генерализованно, независимо от воздействующего объекта: всюду, везде, со всеми, по любому поводу, в связи с любым событием.

В соответствии со структурой характера отдельные его патологические свойства можно отнести к отдельным сферам, отдавая себе отчет в условности такого разделения.

1. Со стороны темперамента при расстройствах характера имеют место:

а) слабость процессов возбуждения в центральной нервной системе, что проявляется недостаточной активностью, пассивностью, снижением работоспособности, невыносимостью к нагрузкам, утомляемостью и истощаемостью; робостью, тревожностью, неуверенностью, повышенной потребностью в поддержке; нерешительностью, несамостоятельностью, повышенной внушаемостью;

б) слабость внутреннего торможения дает себя знать невнимательностью, несобранностью, суетливостью, поспешностью, необузданностью, разбросанностью, непостоянством интересов; отсутствием терпеливости и выдержанности: неспособностью к длительной сосредоточенности и к дисциплинированности; неумением выслушивать других; раздражительностью и эмоциональными срывами; поспешностью в удовлетворении своих влечений и потребностей;

в) неуравновешенность нервных процессов обнаруживается неустойчивостью эмоций и быстрой сменой настроения; неспособностью к

сохранению равновесия и самообладания; расстройствами сна, аппетита, питания и другими вегетативными дисфункциями, склонностью к возбудимости или подавленности, тревоге, страхам, панике; сексуальными дисфункциями;

d) отклонения в подвижности нервных процессов сказываются изменениями темпа мышления и речи (ускоренность или замедленность, вязкость и тугоподвижность, задержки); изменениями моторики, речевой артикуляции, мимики; наблюдаются трудности перехода от одного вида деятельности к другому, от сна к бодрствованию и наоборот; в других случаях может быть чрезмерная лабильность с повышенной отвлекаемостью, беспорядочной сменой занятий, мгновенными колебаниями эмоций в сочетании с бурными вегетативными реакциями; одни больные очень трудно привыкают ко всему новому и живут прежней жизнью, а другие облегченно расстаются с родными людьми, супругами, друзьями, работой, занятиями и столь же облегченно вовлекаются ненадолго во все новое.

2. В подсистеме настроения и эмоций отмечаются:

a) нарушения в эмоциональной чувствительности (у одних больных - сензитивность, ранимость, чрезмерная впечатлительность, эмоциональная гиперестезия, слабодушие и недержание чувств, обидчивость, мимозоподобность, у других - эмоциональная холодность, равнодушие, безразличие, черствость, эмоциональная тупость);

b) отклонения в эмоциональных реакциях на происходящие события и во взаимоотношениях (несоразмерность переживанию и реагирования, несоответствие их силы характеру повода; неадекватность эмоций по своему смыслу; парадоксальные, инакие, необычные и необщепринятые реакции без адаптивного смысла; амбивалентность; особенно богатый при психопатиях набор патологических эмоциональных реакций: тревоги, страха, депрессии, дисфории, злобы, гнева, ненависти, ревности, тоски,

печали, отчаяния или, наоборот, безосновательных экзальтаций радости, счастья, веселья, экстаза; любая из эмоциональных реакций может проявляться взрывным образом в виде аффекта);

с) нарушения настроения - спонтанно, аутохтонно или в связи с какими-то событиями (состояния приподнятого настроения - гипертимия; состояния подавленного настроения - гипотимия; циклоидные колебания настроения; субдепрессивные и гипоманиакальные состояния; дисфорическое настроение; реактивно-лабильное настроение; дистимическое настроение; тревожно-фобическое настроение);

3. В сфере потребностей и влечений также наблюдаются самые разнообразные отклонения:

- а) извращения по объекту влечения и способу удовлетворения;
- б) превращения потребностей в противоположные (любви – в ненависть; сексуального влечения – в садистическое и даже в потребность убить);
- с) импульсивные проявления
- д) чрезмерные вытеснения и подавления естественных потребностей;
- е) недоразвитость потребностей и недостаточная сила их напряжения или, наоборот, чрезмерная выраженность;
- ф) угасание потребностей;
- г) чрезмерное сублимирование потребностей;
- h) обращение потребностей и влечений на самого себя.

4. В мотивации поведения при расстройствах личности имеют место:

- а) слабость мотивов, недостаточное их эмоциональное и потребностное подкрепление;
- б) чрезмерная заряженность мотивов, кататимность с напористостью поведения;

с) «безмотивное» поведение с неосознанием потребности; импульсивные поступки, поведенческие автоматизмы и стереотипы;

d) несоответствие стиля удовлетворения потребностей социально-детерминированным способом (асоциальное поведение; реагирование аффектами; ситуационно-импульсивные поступки; слабость или отсутствие моральных задержек);

e) суррогатная (заместительная) мотивация, как форма защитного поведения - всевозможные аномально-адаптивные реакции: протеста, избегания, ухода, отказа, ненависти, мести, аутизма, агрессии и аутоагрессии, бродяжничества, манипулирования, негативизма и т.п.;

f) патологическая мотивация: фобии, депрессия, сверхценные идеи, тревога, страх, патологические влечения, аутоагрессивные влечения, алкоголизация, наркотизация, злоупотребление лекарственными препаратами, гебоидное поведение.

5. В сфере общения при расстройствах личности так или иначе происходят конфликты с окружающими. Невозможность приемлемого и конструктивного взаимодействия с этими больными связана с преобладанием у них крайних характерологических признаков по следующим коммуникативным факторам:

a) «замкнутость – общительность» (у одних необщительность, замкнутость, безучастность, неоткровенность, стремление к уединению, холодность или строгость в отношениях, у других – общительная расторможенность, случайные связи и знакомства, отсутствие глубоких чувств и привязанностей, поверхностные отношения);

b) «подчиненность – доминантность» (одни больные отличаются неуверенностью в себе, застенчивостью, уступчивостью, готовы винить себя, безропотны, покорны, зависимы, другие - упрямые, неподатливые, чрезмерно самоуверенные, жесткие и жестокие, обвиняют во всем других, агрессивные, неуживчивые, своевольные и своенравные);

с) «робость – смелость» (в одних случаях контакты и взаимоотношения в целом страдают из-за несмелости больных, тревожности, боязливости, пессимистичности, уверенности в неудачах, из-за фобий и мнительности, неспособности принять решение и действовать, но в других случаях может быть даже патологическое бесстрашие, отсутствие боязни в любых ситуациях, общение неадекватно и неуместно свободное, чрезмерно смелое, крайне активное, расторможенное);

d) «сдержанность – несдержанность» (одним больным свойственно все усложнять, они чрезмерно озабочены и сверхосторожны, излишне рассудительны, сверхаккуратные и сверхприлежные, увязают в своих мудрствованиях, совестливости, воздержанности и в своей правильности, а другие – чрезмерно экспрессивные, разговорчивые, импульсивные, экспансивные, эмоциональные, подвижные и активные);

e) «конформизм – нонконформизм» (у одних больных – несамостоятельность, отсутствие собственных поведенческих установок, потребность быть как все, пассивная подчиняемость группе, зависимость от мнения группы и ее лидера, у других – чрезмерная независимость, самонадеянность, противопоставление себя окружающим, игнорирование их требований);

f) «доверчивость – подозрительность» (одни больные наивны, сверхдоверчивые, по детски непосредственные, во всем откровенные, другие – недоверчивые, подозрительные, ревнивые, завистливые, неоткровенные, эгоцентричные);

g) «прямолинейность – дипломатичность» (в этом факторе при психопатиях на одном полюсе обнаженная и даже грубая откровенность в своих отношениях, когда без оглядки и без щажения высказываются и проявляются все чувства и мнения, на другом – чрезмерно сентиментальный подход, увязающий в рассуждениях, сверхтонкостях, в расчетливости, умягчительных приемах и сверхинтеллигентных манерах).

6. Со стороны интеллекта при психопатиях типичными являются следующие признаки:

a) умственный инфантилизм, чаще в сочетании с личностным инфантилизмом;

b) так называемое "аффективное слабоумие" в поведении под влиянием эмоций, захлестывающих мышление;

c) незрелость способности выделять главное, предвидеть и прогнозировать;

d) неспособность делать обобщения из уроков жизни и приобретать адаптивный опыт.

7. В сфере воли также наблюдаются различные отклонения:

a) недостаточность волевого контроля над побуждениями, потребностями и влечениями, в том числе - извращенными и патологическими;

b) гипобулия (по И.П.Павлову) - преобладание эмоционального поведения и поступков, зависящих от изменений в настроении над поведением взвешенным и рациональным;

c) неволеное поведение вследствие сильных душевных волнений и взрывных аффектов;

d) регресс воли и возврат в поведении на стереотипы и автоматизмы более ранних периодов развития, вплоть до раннего детства;

e) гипербулия - волевое расторможение с неспособностью к волевым задержкам, с необузданным стремлением к какой-либо цели;

f) абулия - пассивность и бездеятельность, отсутствие желаний и неспособность активизировать себя.

2.2. Типы специфических расстройств личности

Специфические расстройства личности (F60 – по МКБ-10) – это первичные, стабильные сущностные особенности данного человека, его специфические свойства в форме патологического индивидуального стиля жизни и отношения к себе и другим. В отечественной психиатрии они традиционно называются психопатиями. Данные расстройства не являются вторичными по отношению к более широкой психической болезни или заболеванию головного мозга. Как вообще свойственно психопатиям, расстройства эти дают себя знать и в эмоциональной сфере (суженный диапазон жизненного комфорта, измененная интенсивность, соразмерность и степень адекватности реагирования), и в сфере инстинктов и влечений (напряжение, аномалия, извращение, невозможность контроля), и в познавательной сфере (иной характер восприятия, интерпретации событий и людей, формирования отношений к своему - "Я" и к другим лицам). В конечном счете, имеет место та или иная степень дезадаптации, страдание самих пациентов и (или) страдания окружения («психопатия» дословно = психо + греч. патос - страдание).

2.2.1. Параноидное расстройство личности

Параноидное расстройство личности (F60.0 по МКБ-10) отличается завышенным самомнением, некритическим доверием себе и, наоборот, подозрительностью и недоверчивостью по отношению к другим. Лица такие обычно характеризуются односторонними и узкими интересами в сочетании с чрезмерно глубокой увлеченностью и переоценкой своих возможностей и результатов своей деятельности. Их мышление кататимное, т.е. всегда чрезмерно заряженное собственными чувствами и желаниями, вследствие чего оно увязает в этих эмоциях. Переживания инертные и вязкие. Будучи страстными и настойчивыми, пациенты этого типа обидчивы, конфликтны вплоть до агрессии и мстительности. Могут

фанатично посвятить себя служению собственным идеям: ревности, изобретения, реформаторства, борьбы за "справедливость", борьбы с мнимыми преследователями. В сложных жизненных ситуациях склонны реагировать сверхценными и бредоподобными реакциями (параноический характер, паранойяльная психопатия).

В качестве диагностических критериев параноидного расстройства личности предлагаются следующие признаки:

- чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- тенденция постоянно быть недовольным кем-то, т.е. отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;
- подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного толкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;
- воинственно - щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;
- возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или другого полового партнера;
- тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;
- охваченность несущественными, "законспирированными" фактами и тенденциозными толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

2.2.2. Шизоидное расстройство личности

Шизоидное расстройство личности (F60.1 по МКБ-10) – шизоидная психопатия. Проявляет себя прежде всего впечатлением странности, экстравагантности, оторванности от реальности, парадоксальности и паралогичности. Такие лица отмечаются причудливостью и неадекватностью, неестественностью и необычностью всего их облика,

своеобразием помыслов и действий, поведения и образа жизни. Свойственная этим лицам замкнутость, отгороженность, необщительность и эмоциональная холодность могут сочетаться с избирательной чувствительностью, ранимостью и повышенной готовностью к сверхценным реакциям.

Диагностически шизоидное расстройство личности должно удовлетворять следующему описанию:

- мало что доставляет удовольствие или вообще ничего;
- эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
- неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
- слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
- незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);
- повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;
- заметная нечувствительность к превалирующим социальным нормам и условиям;
- отсутствие близких людей или доверительных связей (или существование лишь одной) и нежелание иметь такие связи.

2.2.3. Диссоциальное расстройство личности

Личности с диссоциальным расстройством (F60.2. по МКБ-10) – это так называемые «социопатические» личности и «морально стерильные» по терминологии старых времен. Данный тип нарушений проявляется крайне выраженной эмоциональной тупостью или грубостью чувств, бессердечием, равнодушием, эмоциональной черствостью и жестокостью. Люди подобного типа не испытывают ни чувства вины, ни угрызения

совести, ни страха перед наказанием. Поведение их может быть грубым, напористым, необузданным, но остается эмоционально холодным. Этот вид личностных расстройств, обычно обращающий на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами, требует для обоснования диагноза следующих признаков:

- бессердечное равнодушие к чувствам других;
- грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежение социальными правилами и обязанностями;
- неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
- крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
- неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
- выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящие субъекта к конфликту с обществом.

2.2.4. Эмоционально неустойчивое расстройство личности по импульсивному типу

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3. по МКБ-10) состоит из 2-х разновидностей: по типу импульсивному (F60.30) и по пограничному типу (F60.31). Оба эти варианта объединены в единое «эмоционально неустойчивое расстройство личности» за счет отсутствия в обоих случаях контроля личностью своих эмоций, за счет тенденции действовать без оглядки на разум – импульсивно, всецело отдаваясь своим чувствам и аффектам, без учета последствий, без взвешивания и продумывания.

Расстройство личности по импульсивному типу соответствует проявлениям психопатии возбудимого (эксплозивного) круга. Больные такого рода испытывают постоянное эмоциональное напряжение, раздражительность, недовольство, которые разряжаются по поводу и без повода вспышками аффектов гнева, злобы, ярости, агрессии. В повседневном поведении они требовательные, напористые, конфликтные, неуживчивые.

Опорными признаками для диагностики этого вида расстройств личности являются следующие характеристики:

- вспышки жестокого угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждения окружающих;
- неспособность действовать планомерно, взвешенно, продуманно;
- нестабильное настроение с эмоциональной неустойчивостью;
- неспособность к усидчивости;
- отсутствие терпимости и терпеливости;
- отсутствие контроля импульсивности;
- выраженная тенденция к конфликтному поведению с агрессией во вне.

2.2.5. Эмоционально неустойчивое расстройство личности по пограничному типу.

В МКБ-10 это рубрика F60.31. Здесь эмоциональная неустойчивость связана не с импульсивностью (F60.30), а с активностью на грани срыва, на грани сил физических и душевных, в чем состоит один из аспектов слова «пограничный». Другое смысловое его значение заключается в том, что проявления эмоциональной неустойчивости при данном типе расстройств находятся между невротическими, циклотимическими и шизотипическими отклонениями. Во-первых, у больных имеет место глубокий внутриличностный конфликт, противоречия с собою, проявления

невротической личности. Во-вторых, одновременно с этим отмечаются перепады настроения и активности в диапазоне от приподнятости до подавленности. В-третьих, вслед за этим наступают длительные периоды разочарования с чувством опустошенности и с тяжелым саморазрушительным поведением, не поддающимся логическому пониманию.

Диагностическими критериями пограничного расстройства личности являются:

- бурные и неустойчивые межличностные отношения с перепадами в оценках партнеров между крайней идеализацией и крайним негативизмом, с глубоким разочарованием и эмоциональным кризисом;

- нестабильность в самооценках и самоотношениях, нарушение аутоидентификации;

- сочетание мучительного чувства одиночества с невероятными усилиями непременно с кем-то быть;

- стойкое хроническое чувство опустошенности;

- неустойчивость минимум в 2-х видах жизнедеятельности (напр., неразборчивость в половых связях, безрассудное растрачивание денег, пренебрежение правилами безопасности, неконтролируемое употребление алкоголя и мн. т.п.);

- эпизодические или постоянные озлобленность, гневливость, конфликтность, драчливость;

- преходящие (транзиторные) паранойяльные или сверхценные мысли, диссоциативные симптомы, субпсихотические эпизоды.

2.2.6. Гистрионное (истерическое) расстройство личности

Истерическая психопатия (F60.4 в МКБ-10) проявляется самодраматизацией, эмоционально заряженным и неосознаваемым стремлением произвести впечатление, быть оригинальным, особым и

значимым. Все это вместе формирует завышенный уровень притязаний, амбиции, которые, однако, не подкрепляются подлинными ресурсами личности – ни физическими, ни психическими. В результате, вместо адекватного и естественного конгруэнтного поведения наблюдается множество заместительных (суррогатно-защитных) его проявлений: артистизм, театральность, чрезмерная эмоциональность, нарочитая подчеркнутость и чрезмерная демонстративность, даже псевдология и аферизм, фантазмы и игра «ролей». Будучи в целом в той или иной мере инфантильными, впечатлительными и капризными, истероидные личности могут, однако, проявлять завидное упорство в достижении своих целей. Диагноз обосновывается следующими критериями:

- постоянным стремлением к взволнованности;
- самодраматизацией, театральностью, утрированностью эмоциональных реакций и переживаний;
- поверхностностью чувств и отношений;
- стремлением к деятельности, позволяющей быть в центре внимания;
- повышенной озабоченностью своей привлекательностью и впечатлениями, производимыми на окружающих;
- неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении.

2.2.7. Ананкастное (обсессивно-компульсивное)

расстройство личности

В МКБ-10 – это рубрика F60.5. Слово «ананкастный» обозначает с греч. принуждение или навязчивость. К навязчивостям относятся также обсессии (греч. – обложение, осада) и компульсии (лат. – принуждение).

Ананкастное расстройство личности представляет собою обсессивно-компульсивный вариант того вида психопатии, который в отечественной психиатрии называется психастенией. Больные данным типом психастении отличаются крайней неуверенностью в себе, слабостью

инстинктов, чувств, желаний, влечений, общего тонуса жизни. Вместе со слабостью биологического тонуса и с невыносимостью отмечается болезненная склонность к неадекватной озабоченности, защитной чрезмерной добросовестности, скупулесности, тревожные сомнения, тревожные опасения, фобии. Постоянно переживаемое чувство собственной неполноценности и тревожная мнительность порождают нередко самые различные навязчивости, депрессивные и ипохондрические реакции, иногда - ригидность и упрямство.

Ананкастный вариант психопатии - это расстройство личности, которое характеризуют следующие диагностические признаки:

- чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, графиками или организацией;
- перфекционизм (болезненное стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;
- чрезмерная добросовестность, скупулесность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- повышенная педантичность и приверженность социальным условностям;
- ригидность и упрямство;
- необоснованные настойчивые требования, чтобы другие все делали в точности как и сам больной, или неблагоприятное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;
- появление настойчивых и нежеланных мыслей и влечений.

2.2.8. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Оно также представляет собою вариант психастении (F60.6 по МКБ-10). Характеризуется преобладанием тревожности, тяжелых предчувствий,

тревожных ожиданий и опасений, боязливостью, робостью, нерешительностью; заниженной самооценкой и боязнью замечаний, критики, неодобрения; защитным уклонением от межличностных контактов, дискуссий, выяснений отношений, борьбы за свои интересы.

Диагноз обосновывается следующими критериями:

-постоянное общее чувство напряженности с тяжелыми предчувствиями;

-представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

-повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;

-нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;

-ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

-уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

2.2.9.Зависимое расстройство личности

В МКБ-10 данное расстройство относится к рубрике F60.7. Зависимыми становятся личности пассивно-подчиняемые, обозначаемые в отечественных классификациях, как неустойчивые. В своей основе они имеют слабость биологического тонуса в сочетании с незрелостью характера. Весь облик таких лиц носит черты инфантильности, а поведение отличается эмоциональной неустойчивостью в сочетании с крайней несамостоятельностью, податливостью всевозможным влияниям, слабостью волевых задержек, отсутствием устойчивых собственных устремлений, зависимостью от более сильных лиц. Пациенты типа неустойчивых повышено истощаемы, ранимы и легко впадают в

состояние разочарования, подавленности. Настроение у них крайне изменчиво и сильно подчинено обстоятельствам. В эту рубрику включаются также астенические формы психопатии, проявляющиеся повышенной утомляемостью, быстрой истощаемостью, ощущениями бессилия, потребностью в поддержке и утешении, боязнью одиночества. Лица с такими чертами характера чувствительны, ранимы, робкие и боязливые, застенчивые. Уже обыденные трудности могут вызвать у них выраженные состояния тревоги, страха, депрессии, ипохондрии или упадничества и апатии, неспособности принимать самостоятельные решения и действия, зависимостью от других.

Диагностические критерии зависимого расстройства личности таковы:

-активное или пассивное переключивание на других большей части важных решений в своей жизни;

-подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;

-нежелание предъявить даже разумные требования людям, от которых индивидум находится в зависимости;

-чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха и неспособности к самостоятельной жизни;

-страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

-ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

2.2.10. Депрессивное расстройство личности

В МКБ-10 оно относится к рубрике F34.1 – «дистимия». Проявляется хроническим депрессивным настроением, склонностью к мрачным

размышлениям, чрезмерно глубокими переживаниями в обыденных жизненных ситуациях вплоть до страданий, повышенной взыскательностью к себе, самообвинениями, пессимизмом, неспособностью радоваться жизни, снижением жизненной активности. Как и все другие типы расстройств личности, выявляется в подростковом возрасте без прямой связи со стрессами и психическими травмами. Соответствует следующим диагностическим критериям:

- преобладает унылое, мрачное, подавленное настроение и при этом отсутствуют циклически-фазные перепады настроения;
- чувство своей неполноценности и уверенность в ней;
- заостренная самокритика;
- повышенная склонность к печальным размышлениям и активный поиск поводов и фактов для них;
- пессимизм;
- критически-взыскательное отношение к окружающим с осуждением их;
- склонность переживать чувство вины и сожаления.

2.2.11. Циклотимическое расстройство личности

Онтогенетические состояния под названием циклоидная или циклотимная личность, а также аффективное расстройство личности предлагается относить в МКБ-10 в рубрику F34.0 – «циклотимия». Состояние таких больных характеризуется хронической нестабильностью настроения с многочисленными эпизодами легкой его подавленности и легкой приподнятости, наступающими без связи с жизненными событиями, т.е. эндогенно, спонтанно, аутохтонно. Обстоятельства жизни могут влиять на перепады настроения, но эти зависимости окружающими воспринимаются, как несоразмерные, неадекватные.

Возможны 3 подтипа такой нестабильности настроения личности: с преобладанием *гипотимических эпизодов*, чередующихся с относительно ровным настроением; с преобладанием *гипертимических эпизодов*, чередующихся с относительно ровным настроением; третий подтип – собственно *циклоидный*, когда чередуются в самой разной последовательности четкие эпизоды гипотимические и гипертимические. В гипотимическом состоянии личность соответствует диагностическим критериям депрессивного расстройства личности, а в гипертимическом состоянии депрессивные свойства личности приобретают полярно противоположное звучание, противоположную окраску, противоположные смыслы гипоманиакльности. Больные становятся оптимистичными, деятельными, безосновательно веселыми, разговорчивыми, но при этом поверхностными, легкомысленными, переменчивыми в своих намерениях, отвлекаемыми и т.п.

2.2.12. Шизотипическое расстройство личности

Выделено в качестве самостоятельного типа личностной патологии в DSM-IV, а в МКБ-10 предлагается относить его в общую рубрику F21 – «шизотипическое расстройство», куда, кроме личностных нарушений, включаются также вялотекущая шизофрения и нарушения в инициальном (допсихотическом) периоде других форм шизофрении.

Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Личности такого рода живут за пределами того мира, в котором обитают остальные люди. Их оторванность от мира сего сочетается со странностью и необычностью, с непродуктивной сверхоригинальной активностью, инакостью в чувствах, мыслях, делах, вследствие чего сильно страдает их адаптация.

К диагностическим относятся следующие признаки шизотипии:

-необычные убеждения и поведение, не соответствующие нормам данной субкультуры;

-поведение или внешний вид – чудаковатые, странные, эксцентричные;

-неадекватный или сдержанный аффект;

-плохой контакт с другими с тенденцией к социальной отгороженности;

-подозрительность, сензитивные идеи отношения или параноидные идеи;

-навязчивые размышления без внутреннего сопротивления (часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием);

-необычное мышление (магическое, метафорическое, символическое, гипердетализированное, со странной, вычурной речью);

-необычные феномены ощущений и восприятий, включая телесные иллюзии, деперсонализацию и дереализацию;

-чрезмерная тревожность и социальное беспокойство, не уменьшающиеся с приобретением более дружественных отношений, основанные скорее на параноидных страхах, чем на негативной самооценке.

2.2.13. Нарциссическое расстройство личности

В МКБ-10 оно находится в числе «других специфических расстройств личности» (F60.8), а в DSM-IV имеет отдельную рубрику. Расстройство возникает, как и другие формы, впервые в подростковом возрасте и проявляется чувством превосходства над другими, самовлюбленностью, представлениями о себе, как о звезде и центре Вселенной, соответствующими мечтами, фантазмами и поведенческим стилем, непомерными амбициями, патологическим эгоизмом,

эгоцентричностью, напыщенностью и негибкостью во взаимоотношениях с другими. Диагноз обосновывается следующими признаками:

-преувеличенное самомнение – особенно в плане своих способностей и достижений, грандиозное чувство собственной значимости, собственного величия;

-поглощенность фантазиями о небывалых успехах, блеске, красоте, идеальной любви или неограниченной власти;

-убежденность в собственной уникальности и стремление общаться лишь с избранными, занимающими высокое положение;

-потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих, в поклонении и восторгах;

-настрой на то, что все желания и ожидания должны сбываться и что другие должны автоматически соглашаться;

-тенденция эксплуатировать других для достижения собственных целей;

-неспособность проявлять сочувствие и сострадание, нежелание понимать чувства и потребности других;

-зависть к успехам других и убежденность в том, что другие завидуют ему (ей);

-поведение и взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

2.2.14. Самоуничижительное расстройство личности

Является прямой противоположностью предыдущему – нарциссическому, в DSM-III-R выделялось в самостоятельную рубрику, в МКБ-10 относится к «другим специфическим расстройствам личности» (F60.8). В 1916г. З.Фрейд для характеристики таких людей использовал выражение «крушители успеха» (Райгородский Д.Я., 2000). Они неосознанно занимаются самоуничижением: выполняют

низкооплачиваемую работу, хотя способны на большее; отдаляют людей, заботящихся о них; не заинтересованы в больших успехах и в большом внимании; не заботятся о своем достоинстве и впечатлении, производимом на других; предпочитают самостоятельно переносить страдания и тяготы жизни, чем полагаться на кого-то; личность может избегать или пресекать любые возможности получения наслаждения, удовольствия, радости.

Диагностическое заключение базируется на следующих признаках:

-склонность выбирать людей и ситуации, которые приводят к неуспешности, разочарованию или даже виктимности, т.е. возможности стать жертвой случая;

-тенденция отклонять участие и советы других людей; их попытки в чем-либо помочь сводятся субъектом к неэффективности;

-в случаях, когда имеют место те или иные успехи или достижения, отсутствует радость;

-при причинении вреда или оскорбления обнаруживается стремление долго переживать унижение и стремление провоцировать повторные реакции унижения, что может рассматриваться как скрытые мазохистские тенденции;

-отклоняются возможности получать удовлетворения и радости, несмотря на наличие соответствующих знаний, навыков и условий;

-уклонения от тех видов деятельности, которые, с объективной точки зрения, отвечают личным целям субъекта;

-отсутствует заинтересованность в хорошо и заботливо относящихся людях, включая сексуальных партнеров;

-приносит значительные жертвы тем, кто в них не нуждается.

2.2.15. Пассивно-агрессивное расстройство личности

В DSM-IV и в МКБ-10 относится к категории «других» расстройств личности (F60.8). Проявляется патологически заостренным чувством

личной свободы, «правом на сопротивление» любым требованиям, негативным отношением к необходимости чем-либо заниматься, противодействием любым попыткам оказывать давление на личность. Негативизм представителей этого типа не носит форму агрессии, как таковой. Их сопротивление – это лень, праздность, бездельничание, упрямство, неподчинение, нежелание соглашаться. В сочетании со всевозможными уловками, хитростями, манипуляциями, ссылками на различные причины – лишь бы не делать то, чего не хочется делать. При этом они жалуются на свою жизнь, на свою судьбу, но противоречат тем, кто пытается склонить их к иному поведению и образу жизни. Диагностическими критериями являются следующие признаки:

- пассивное сопротивление выполнению повседневных социальных и профессиональных задач;
- жалобы на непонимание со стороны других;
- необоснованная критика в адрес тех, кто якобы виновен в жизненных трудностях (власть, начальство, родители и т.п.);
- мрачность и противоречивость личности;
- зависть и обида к более удачливым;
- жалобы на фортуна, обстоятельства жизнь;
- перепады от враждебности к раскаянию.

2.2.16. Смешанное (мозаичное) расстройство личности

Известно, что исключительно трудно найти «чистого» представителя того или иного типа личности в норме, поскольку каждый индивидуум являет собою смесь свойств всех возможных типов. То же самое относится к патологии личности в целом и, в частности, к тем ее видам, которые сейчас называются «расстройствами» личности. В таком понимании все они смешанные в той или иной мере. Однако рубрика F61.0 в МКБ-10 («смешанные расстройства личности») предназначена только для тех форм

личностных отклонений, в которых ни один из выделяющихся типов расстройств не преобладает над другими. Такие психопатические состояния называют еще мозаичными.

Смешанные расстройства личности, как и другие типы, проявляются в подростковом возрасте – чаще в первый период пубертатного криза. Уже с самого начала в них не обнаруживается стержневого психопатического синдрома. В дальнейшей динамике, в зависимости от характера дополнительных вредностей (психогений, экзогений, социальных патогенных факторов), может обнаруживаться преобладание то одного, то другого психопатического проявления. По мере взросления индивида и исчезновения дополнительных патогенных воздействий мозаичность становится более ровной и устойчивой.

Примерами мозаичных расстройств личности являются нарушения истеро-возбудимые, шизоидно-паранойяльные, возбудимо-гипертимно-паранойяльные, возбудимо-диссоциальные, тревожно-депрессивные и др.

ГЛАВА 3. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В КОГНИТИВНОЙ СФЕРЕ

3.1. Органическое снижение личности

Еще в 1887г. великий российский психиатр С.С.Корсаков описал амнестические расстройства у больных алкоголизмом, названные в последующем корсаковским синдромом. Желая подчеркнуть, что это состояние имеет в своей основе органическое поражение головного мозга, не менее великий немецкий психиатр E.Bleuler в 1916 году ввел более широкое понятие «органический психосиндром», трансформировавшееся в последующем в «психоорганические» нарушения. Поскольку при этом неизбежно патологически меняется также характер и снижается вся личность, а не только ее когнитивные возможности, то психоорганический синдром стал обозначаться как *синдром «органического снижения личности»* - в тех случаях, где патология не достигает глубины слабоумия как такового, т.е. деменции.

В МКБ – 10 подчеркивается, что «органические расстройства личности» включают в себя «*псевдопсихопатические*» и «*псевдоолигофренические*» стойкие состояния с таким уровнем когнитивных нарушений, который не достигает степени слабоумия как такового (т.е. деменции). При этом распознанное «органическое расстройство личности» относится к рубрике F07.0, а неуточненное расстройство («органический психосиндром») включается в рубрику F09. Аналогичными синдромами характеризуются органические изменения личности вследствие алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (F1x.71). Их диагностические параметры соответствуют требованиям рубрики F07.0.

Органическое снижение личности проявляется прежде всего нарушением познавательной деятельности – особенно в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества. Считалось,

что эти расстройства связаны с поражением лобных отделов коры головного мозга («лобный синдром»), однако сейчас установлено, что они возникают и при поражении других окружающих областей мозга, что определяется с помощью таких обязательных в этих случаях исследований, как КТ (компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансная томография), ЭЭГ (электро-энцефалография), РЭГ (реоэнцефалография) и др.

В психиатрической практике данные состояния - это либо последствия чего-то уже прошедшего (черепно-мозговая травма, кровоизлияние в головной мозг, токсическое или инфекционное его поражение), либо стадия органических изменений, происходящих в настоящее время (например, в течении эпилептической болезни, алкоголизации, наркотизации, прогрессирования атрофических процессов или атеросклероза сосудов головного мозга, в результате хронической гипоксии и хронической недостаточности печени при циррозе и т.п.). Во всех подобного рода случаях речь идет об органической церебральной недостаточности, получившей название «энцефалопатии», «хронического мозгового синдрома», «органического мозгового синдрома», «мозгового органического психосиндрома» и т.п.

Диагностическими критериями органического расстройства личности (F07.0.) являются следующие признаки:

1. Значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительных усилий и небыстро приводящей к успеху.

2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным необоснованным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, вспышками злобы и агрессии. У отдельных больных наиболее яркой чертой может быть апатия.

3. Выражения потребностей и влечений возникают без учета последствий и (или) социальных условностей, без чувства ситуации (сексуальные притязания, неприличные поступки, прожорливость и т.п.) вплоть до антисоциальных деяний (воровство, поджоги и др.),

4. Познавательные отклонения в форме подозрительности, параноидальных мыслей, фиксированной поглощенности одной темой, обычно абстрактной.

5. Выраженные изменения в темпе мышления и потоке речевой продукции с чертами случайных ассоциаций, сверхвключений, сверхдетализации, вязкости и гиперграфии.

6. Измененное сексуальное поведение (гипосексуальность, гиперсексуальность, изменения сексуального предпочтения).

Данные психиатрического исследования важно дополнить патопсихологическим анализом расстройств личности, происходящих преимущественно в сфере ее ресурсов и когнитивной деятельности

Основными характеристиками органического патопсихологического синдрома по И.А. Кудрявцеву и В.М. Блейхеру являются:

- общее снижение интеллекта;
- распад имевшихся сведений и знаний;
- мнестические расстройства, затрагивающие как долгосрочную, так и оперативную память;
- нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления;
- изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью и неустойчивостью настроения;
- нарушение критического к себе отношения и самоконтроля.

Следует иметь в виду что ослабоумливание личности в большинстве случаев развивается постепенно и его ранние стадии нередко долго остаются не замеченными. В этой связи важно также провести

динамический анализ. Всего в *патопсихологической динамике* *ослабоумливания* личности можно выделить следующие 5 стадий.

1. Интеллектуально-нравственное снижение личности. Речь идет о том, что у субъекта страдают специфически человеческие, высшие интеллектуальные чувства: совести, стыда, вины (разумеется, - если они были до того сформированными, созревшими). Происходит нарастающая моральная стерилизация с утратой чувств долга, чести, достоинства, честности, порядочности, ответственности и мн.т.п. Теряются внутренние задержки, обуславливавшиеся ранее этими чувствами. Поведение поэтому становится развязным, расторможенным, безответственным, циничным, сверхэгоистичным. Слабеют также родственные чувства и связи и нередко для больных как бы не остается ничего святого в жизни.

2. Интеллектуально-волевая слабость личности. Сами больные и их родные часто подчеркивают слабохарактерность и безволие лиц, их неспособность к самоконтролю и к самоорганизации. Начинаящееся ослабление ума затрудняет критическое к себе отношение, блокирует рефлексию (самообращение) и самоанализ, расстраивает процессы нормального целеобразования и принятия решений, делает невозможной мобилизацию ресурсов личности. Больные, несмотря на кажущуюся сохранность интеллекта и кажущееся понимание, тем не менее проявляют волевою несостоятельность и неспособны без помощи других «взять и взяться за ум».

3. Интеллектуально-мыслительная недостаточность свидетельствует уже о более глубоких органических изменениях личности. Мышление становится тугоподвижным, вязким, обстоятельным в сочетании с неспособностью выделять главное из совокупности второстепенностей. Затормаживаются ассоциативные механизмы и ассоциации становятся случайными, бедными, однообразными, скудными, стереотипными. Скудеет также словарный запас, страдает речь, теряется

способность к сложным грамматическим построениям. Мышление становится непоследовательным, с обрывами, остановками, потерями нитей мыслей, с соскальзываниями. Весьма характерно также навязчиво-доминирующее мышление, связанное с расторможенными влечениями (сексуальными, к еде, к алкоголю) или «аффективное мышление» - заряженное эмоцией, аффектом – вплоть до так называемой «аффективной слабости ума».

4. Интеллектуально-мнестическая недостаточность - умственная слабость личности в сочетании с нарушениями памяти. Сначала они проявляются «обычной» забывчивостью, трудностями избирательного (нужного) воспоминания – особенно названий, чисел, имен, фамилий. В дальнейшем амнезия распространяется на знания, опыт, навыки, события. В тяжелых случаях может иметь место корсаковский синдром: утрачивается способность фиксировать и запоминать все происходящее здесь и сейчас (фиксационная амнезия). Провалы и пустоты в мышлении и памяти могут заполняться обманами воспоминаний – конфабуляциями (вымыслами) или псевдореминисценциями (ложными воспоминаниями).

5. Слабоумие (деменция) – в легкой, умеренной и глубокой степенях выраженности. Следует иметь в виду, что деменция даже в легкой степени выраженности – это все-таки слабоумие, а не просто органическое снижение личности в рамках психоорганического синдрома.

Первые три проявления дементирующего процесса укладываются в критерии органического снижения личности, ведущего к нарастающей утрате позитивной активности, продуктивности, профессионального уровня, социальной компетентности личности. При этом могут быть также нарушения со стороны характера в любых их вариантах, описанных выше 4 и 5 стадии ослабоумливания личности соответствуют более глубоким её расстройствам с амнезиями и деменцией как таковой.

Н. Walter – Buel в 1951г. предложил триаду, характерную для органического психосиндрома: ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов. Автор ряда руководств по психиатрии С. Schneider (1955) описал 4 варианта проявлений психоорганических состояний: с преобладанием астении; с преобладанием аффективной взрывчатости; с преобладанием благодушия; с преобладанием апатии.

В DSM-IV данные расстройства личности поглощаются в обозначениях деменций самого различного генеза, а также в обозначениях расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Кроме того в DSM-IV выделяется рубрика 310.1. – «изменения личности, обусловленные соматическими или неврологическими заболеваниями» (с указанием конкретной болезни). Речь идет о стойких отклонениях личности. При этом возможны такие их варианты, как:

- *лабильный* (раздражительность, тревожность, аффективная неустойчивость);
- *расторможенный* (повышенная сексуальность, социальная дезадаптация);
- *агрессивный* (немотивированные вспышки ярости или агрессии);
- *апатичный* (апатия и безразличие);
- *параноидный* (подозрительность, параноидные идеи);
- *смешанные типы*;
- *прочие*.

ГЛАВА 4. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ПРОИСХОДЯЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СФЕРЕ ЕЕ ЖИЗНЕННЫХ СМЫСЛОВ, ВОЗЗРЕНИЙ И ОТНОШЕНИЙ

4.1. Определение понятий

Личностная патология по – разному отражается и обозначается в различных классификациях. Так, в DSM – IV используется лишь одно понятие – «расстройства личности». В МКБ–10 под «расстройствами личности» понимаются «онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости» т.е. – психопатии, описанные выше. «Изменения личности, в отличие от них, приобретаются обычно во взрослой жизни...» (стр. 197 «Клинических описаний и указаний по диагностике». – СПб б.- 1994). Далее в МКБ–10 выделяется рубрика F 62 – «Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием головного мозга» (там же, стр. 205). При этом отмечается, что данные трансформации личности развиваются у индивидуума без предшествующего личностного расстройства в результате катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов, средовых деприваций или вслед за тяжелыми психическими заболеваниями.

В этиологической основе данных нарушений личности лежат глубокие экзистенциально экстремальные переживания, которые можно проследить на всем протяжении личностных изменений. Последние носят стойкий постоянный характер и нарушают обычный стереотип жизни.

Понятие «хронического изменения личности» соответствует известному в отечественной психиатрии обозначению «патологического развития личности».

В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева (1999) под патологическим развитием личности понимают «продолженные изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга» (стр. 161). Данные

изменения, как подчеркивал О.В. Кербиков (1971), происходят в результате «самодвижения» под влиянием неблагоприятных психологических воздействий, грубых дефектов воспитания, продолжительных стрессов.

Впервые термины «изменения» и «развития» личности использовал К. Jaspers (1997) в своей концепции личностной динамики в норме и патологии. Автор выделял 4 типа возможных «изменений личности»:

1. «Рост личности». Это возрастные и иные вариации личности в границах нормы с течением времени и в разные периоды жизни.

2. «Флюктуации форм личности» в виде спонтанных (эндогенных) фаз с выраженностью от очень легких и едва заметных до более глубоких, вплоть до состояний личности в рамках депрессивного или маниакального психоза.

3. Изменения личности в результате «процесса», как биологического (органического) вида нарушений. Они проявляются необратимыми ее «ограничениями или распадом». Примечательно, что К. Ясперс при этом понятием деменция обозначает и умеренное расстройство умственных способностей, и конечный результат процессуальных изменений личности (стр. 541).

4. Развитие личности К. Ясперсом понимается, как глубинная ее трансформация под влиянием окружающей среды, особого рода переживаний, неблагоприятно складывающихся обстоятельств, зависимого положения личности, особой ее судьбы. Эти изменения проистекают, как подчеркивает автор, из отношений личности, ее переживаний и специфических взаимодействий.

По К. Ясперсу, важным фактором для развития личности является «предрасположенность» и она понимается автором тоже преимущественно психологически, а именно как «судьба». Сущность ее в том, что субъект на все разнообразные события жизни реагирует более или менее

одинаково. Он разрабатывает переживания и свое поведение присущим только ему способом – одинаково при разных обстоятельствах. Поэтому на его жизненном пути проявляются устойчиво однообразные особые воззрения, мнения, чувства, которые, в конечном счете, глубоко видоизменяют самую сущность личности.

Болезненное развитие личности, по Ясперсу, представляет собою «нечто вроде «гипертрофии характера»»: предрасположенность постоянно растет, развертывается, вбирает в себя изменения и обретает специфическую форму «благодаря судьбе личности, причем способ реализации этой судьбы – при условии, что мы в достаточной мере знаем биографические подробности, - понятен для нас» (стр.843).

Итак, развитие личности, по Ясперсу, - это разрастание специфического личностного предрасположения под влиянием специфических взаимодействий со средой. Это лишь «нечто вроде» гипертрофии характера, а по сущности своей – судьба личности, глубокая экзистенциальная трансформация. Решающими факторами развития личности (ее судьбы) являются обнаруживаемые в биографии психологически понятные «переживания, которыми личность отвечает на стимулы и происшествия». Стоит заметить, что «переживанием» Ясперс называл «поток сознания» протекающий по – своему у каждого отдельного человека (стр. 85), т.е. любые формы психической активности, а не только в смысле страданий. Потому главным в определении патологического развития личности следует считать то, что это личность, которая была предрасположена аномально «отвечать на стимулы и происшествия», а затем под влиянием среды все более теряла способности к адекватным ответам и все более развивала в себе способности к ответам аномальным, расширяла их количественно и качественно, и в завершенном виде достигала в своем реагировании даже уровней сверхценности или паранойяльности, т.е. психоза.

В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева (1999) отмечают, что в настоящее время под личностным развитием понимается появление новых личностных свойств под влиянием неблагоприятных внешних факторов или вследствие биологически обусловленной динамики личностной структуры. В основном речь идет о психотравмирующих воздействиях, дефектном воспитании, катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессах.

В зависимости от генеза выделяются следующие варианты патологического развития личности:

- психогенное (постреактивное и невротическое);
- патохарактерологическое;
- зависимое;
- психопатическое.

По преобладающей симптоматике развитие личности может быть:

- фобическим или тревожно-фобическим;
- ипохондрическим;
- гипотимным (депрессивным);
- истерическим;
- дисфорическим;
- параноическим;
- сутяжно – кверулянтским;
- изобретательским;
- реформаторским;
- зависимым;
- ревностным.

4.2. Психогенное развитие личности

О.В. Кербиковым (1971) психогенное развитие личности рассматривалось наряду с патохарактерологическим развитием, как вариант становления так называемых «краевых психопатий». В основе психогенных развитий лежат повторные психотравмирующие воздействия, ведущие к нарастающей эмоциональной сенсбилизации личности, к повторяющимся аффективным реакциям. Аффективные расстройства вначале носят преимущественно гипотимический характер. Затем все в большей мере преобладают тревожно- фобические, дисфорические, адинамические, астенические, деперсонализационные и гипопатические состояния. Все они приобретают все больше личностную окраску и пронизываются личностными смыслами и личностным содержанием.

Психогенное развитие личности состоит из 2-х вариантов: постреактивного и невротического.

4.2.1. Постреактивное развитие личности

Для этого варианта характерно самодвижение в механизмах расстройств (Фелинская Н.И., Иммерман К.Л., 1961, Кербиков О.В, 1965). Несмотря на то, что причина, вызвавшая психические нарушения, остается в прошлом, происходит дальнейшая патологизация состояния личности – хроническое ее изменение. Постреактивное развитие личности представлено хроническими изменениями после переживания катастрофы и перенесенной психической болезни.

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F 62.0) может развиваться вслед за острым тяжелым стрессом (F 43.0) независимо от степени индивидуальной уязвимости. Примерами тяжелых стрессовых воздействий являются стихийные бедствия, крупные аварии и катастрофы, положение заложника, террористические акты, пленение, пытки, пребывание в концлагерях, изнасилование с угрозой жизни и т.п.

Данному типу личностных изменений может предшествовать посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1). Вместе с тем, хронические изменения личности после переживания катастрофы могут развиваться постепенно, малозаметно и без явных промежуточных проявлений посттравматического стрессового синдрома.

При любом варианте развития данных изменений личность теряет пластичность и гибкость в реагировании, утрачивает терпимость к другим, становится неорганизованной в образе жизни. При этом снижается целеустремленность и целенаправленность, появляются разбросанность, непоследовательность, урывчатость. Заостряются категоричность и требовательность к поведению других людей, сглаживается индивидуальность (нивелировка личности) и резко выступает типология характера (наступает его акцентуация). В дальнейшем появляется душевная черствость с цинизмом, враждебностью к окружающим, мизантропией, агрессивностью. Накапливаются акцентуированные черты характера, что ведет к формированию психопатоподобных свойств личности. Нередкими являются асоциальное поведение, алкоголизация, наркотизация, суициды. Глубоко изменяется жизненная позиция личности.

Диагностические критерии хронического изменения личности после переживания экстремальной ситуации следующие:

1. Изменения личности носят стойкий, выраженный и ригидный характер и проявляются минимум двумя признаками из пяти следующих:

а) враждебное и недоверчивое отношение к окружающим, что не наблюдалось до стресса;

б) социальная отчужденность и изоляция, избегание контактов с людьми, ограничение контактов узким кругом близких людей;

в) стойкое чувство душевной опустошенности, угнетенности, безнадежности – вплоть до явного депрессивного состояния, что не наблюдалось до возникновения данного расстройства;

г) состояние хронического напряжения, нервозности, раздражительности, тревоги, чувства угрозы, повышенной бдительности, что часто сочетается с алкоголизацией или даже с наркотизацией;

д) стойкое чувство собственной измененности и инакости, наступивших после стресса, ощущение эмоционального оглушения или выгорания.

2. Отчетливое снижение социального функционирования личности в сочетании с субъектным страданием и негативным воздействием на близких.

3. Связь выраженных и стойких изменений в восприятии, мышлении и в отношениях, а также в реакциях индивидуума с имевшими место переживаниями по поводу острого тяжелого стресса

4. В анамнезе отсутствуют данные о том, что до стресса имели место сходные изменения личности вследствие психопатии, нарушений психологического развития или вследствие иных факторов, которые могли бы объяснить существование в прошлом подобных изменений личности.

5. Стойкие изменения личности не связаны с эпизодами других психических заболеваний и существуют уже не менее 2-х лет.

Хроническое изменение личности после психической болезни (F 62.1) также связано с травмирующими переживаниями, которые психологически понятны как реакция личности и ее страдания по поводу перенесенной тяжелой психической болезни (например, эпизода маниакально-депрессивного психоза). Изменения личности при этом развиваются не вследствие болезни и не в ее структуре, а вслед за клиническим выздоровлением от психического заболевания. Перенесенная болезнь переживается в данном случае как разрушающая индивидуальный образ «Я». Возникновению чувства собственной ущербности и неполноценности способствуют своеобразные представления о психически больных людях, а также возможные некорректные отношения со стороны

других людей. В любом случае имеет место личностная предыстория к такому реагированию с повышенной чувствительностью, ранимостью, уязвимостью и со специфическим отношением к психиатрии.

Для подтверждения диагноза хронического изменения личности после перенесенной психической болезни необходимо его соответствие следующим критериям:

1. Постоянность и неустранимость измененных личностных взглядов, отношений, позиций, образа жизни, развившихся вслед за переживаниями по поводу перенесенной психической болезни.

2. Изменения личности проявляются ригидным неадекватным поведением в форме, как минимум, двух нижеследующих симптомов:

а) социальная изоляция, отход от жизни, аутизация в сочетании с чувством «посрамления» и неполноценности;

б) пассивность, утрата прежних интересов и прежней жизненной активности;

в) ипохондрический настрой, мнение о себе как о больном человеке и частые обращения за психиатрической или другой медицинской помощью;

г) неустойчивое настроение с чередованием плаксивости, депрессивности и дисфоричности;

д) перекладывание ответственности за себя на других, ожидание от них всякого рода поблажек, внимания, отведение себе роли зависимого от окружающих;

е) упреки окружающим по поводу их психического здоровья, зависть здоровью окружающих.

3. Отчетливое снижение жизненной продуктивности и социального функционирования индивидуума.

4. Психологическая понятность данных проявлений, как результата сочетания страданий личности с ее преморбидной ранимостью, особым

мировоззрением и с реакцией на некорректное отношение со стороны окружающих.

5. В истории личности отсутствует указание на другие факторы, которые могли бы объяснить данные изменения личности.

6. Изменения личности существуют в течение 2-х и более лет.

4.2.2. Невротическое развитие личности

Хронизация невротических состояний (F40-F42, F43.2, F44-F45, F48), неблагоприятное их течение может, в конечном счете, привести к хроническому изменению личности с «уходом» в болезнь, с преобладанием психологически защитного мировоззрения и поведения с отказом от прежних личностных смыслов и ценностей, с кардинальным изменением образа жизни.

Н.Д. Лакосина (1970,1994) отмечает, что одной из причин хронизации неврозов является неразрешенность психотравмирующей ситуации. Личность чрезмерно фиксируется на своем состоянии. Невротические проявления (тревога, фобии, навязчивости, конверсионные, соматоформные и другие симптомы) постепенно усложняются. К ним присоединяются психопатоподобные расстройства. Нарастает вегетативная дистония и усугубляются соматоформные нарушения. На смену невротической депрессии приходят циклотимоподобные колебания настроения с отчетливыми субдепрессивными эпизодами или даже эпизодами явной депрессии. По данным Н.Д. Лакосиной, первый этап невротического развития личности протекает с депрессивной и астено-депрессивной симптоматикой. Второй этап – проявляется характерологическими изменениями личности, с преобладанием либо истерических, либо эксплозивных (взрывчатых), либо иных черт, с появлением в дальнейшем у одних больных астенического или астено-ипохондрического синдрома, обсессивно- компульсивных расстройств, а у

других – дисфорий. Одновременно с этим изменяется также и собственно личность: отмечается неустойчивость интересов, желаний и отношений; заостряются эгоизм и капризность, стремление поставить себя в центр внимания (эгоцентризм); появляется система защитного поведения, дающего определенную психологическую «выгоду больному».

При анализе невротического развития личности важно разграничить те симптомы болезни, которые относятся к хронизированным невротическим проявлениям, от собственно личностных изменений. Последние в МКБ–10 под названием «психоневротическое расстройство личности» отнесены в рубрику F 60.8 – «другие специфические расстройства личности».

Невротическая личность ранее была главным объектом в психоаналитических исследованиях. Представительница этого направления К. Horney предложила в свое время перечень из десяти «невротических» потребностей, лежащих в основе иррациональных (невротических) стратегий поведения. Все они, так или иначе, связаны с внутриличностной «основной тревогой», «основным беспокойством» и составляют особые смысловые ценности личности:

1. Невротическая потребность в любви и одобрении, когда человек живет ради хорошего мнения о нем и чрезвычайно чувствителен к любому знаку отвержения, недружелюбия, критики, замечаний.

2. Невротическая потребность в «партнере - опекуне» с боязнью быть брошенным и остаться в одиночестве.

3. Невротическая потребность в узком ограничении жизни, в нетребовательности, довольствовании малым, в излишней скромности и незаметности.

4. Невротическая потребность в силе, проявляющаяся в презрении слабости и в восхвалении силы, в неуважении к другим людям и в попытках управлять ими.

5. Невротическое стремление эксплуатировать других.
6. Невротическая потребность в значимости, определяемой не самооценкой, а уровнем публичного признания.
7. Потребность в том, чтобы быть объектом восхищения.
8. Невротическое стремление к безграничным и ненасытным личностным достижениям.
9. Невротическая потребность в самодостаточности и независимости вплоть до одиночества и отвержения участия и помощи близких.
10. Невротическая потребность в совершенстве и безупречности с боязнью совершить ошибку и подвергнуться критике. Такие лица ищут в себе недостатки, чтобы раньше других их заметить и скрыть прежде, чем они станут очевидными.

Эти и им подобные иррациональные потребности создают основу для внутриличностного конфликта, приводящего к развитию невротических расстройств и к формированию клиники и динамики неврозов.

Основным свойством невротической личности является ее внутренняя противоречивость, из-за чего невозможно достижение чувства комфорта. Если при психопатиях и психопатоподобных расстройствах личность состоит из несоразмерных конструктов и поэтому дисгармонична, то при невротических состояниях личностные конструкты противоречивы по смыслу, по значимости. Потребности при этом настолько рассогласованы, что даже если бы оказалось возможным удовлетворить некоторые из них, то все равно это не дало бы чувства удовлетворения, гармонии, умиротворенности, спокойствия.

Невротическими становятся те люди, которые с детства не удовлетворили свои базисные потребности в защите и безопасности, в самовыражении и самоактуализации, в признании, в любви, в поддержке и принятии. Из-за неудовлетворенности («недополучении») в детстве данные

потребности переживаются заостренно и теряют свою утоляемость, т.е. становятся ненасытными. Отсюда многие другие свойства невротической личности:

- повышенная нуждаемость в щадящем отношении, в поддержке и любви;

- незрелость чувств в межличностных отношениях с неспособностью к равенству и партнерству, но с предрасположенностью к отношениям чрезмерно привязанным, симбиотическим, зависимым, несвободным, легко трансформируемым в неприязнь, в раздраженность;

- зависимость от мнения и оценок тех других лиц, кто представляется субъекту более значимым и авторитетным;

- повышенная уязвимость в ситуациях неуспеха и неудачи;

- неспособность мобилизоваться и влиять на ход событий, недостаток воли и решимости;

- заниженный уровень самовосприятия, самооценок, самоуважения;

- преобладание в психологических защитах механизмов вытеснения и отрицания, вследствие чего личность как бы ослепляется, теряет доступ к той информации, которую следует анализировать, прорабатывать. Пока обстоятельства жизни будут благоприятствовать, состояние при этом может несколько улучшиться, однако новые малейшие проблемы неизбежно приведут к обострению невротических расстройств. Возможен даже переход к невротическому развитию личности, когда ее адаптивные ресурсы в той или иной мере декомпенсируются.

По мере хронизации невротических нарушений указанные особенности личности заостряются, соединяются с аффективными и характерологическими изменениями и переходят из разряда иррациональных в категорию дезадаптивных. В дальнейшем может наступить невротическая декомпенсация личности.

Близким к невротическому развитию является хроническое изменение личности после утраты близких (F 62.8).

4.2.3. Психосоматическое развитие личности

Выделено и описано М.В. Коркиной и В.В. Мариловым (1995). Оно также близко по механизмам к невротическому варианту развития личности.

В основе психосоматического развития лежит феномен сомотизации переживаний у лиц преморбидно тревожных, ранимых, сензитивных и эмоционально неустойчивых. Во многих случаях речь идет о реактивации симптоматики детской невропатии. Последовательность психосоматического развития схематически можно представить следующими этапами: психогенная гипотимия – психосоматическая реакция – соматоформные невротические расстройства – психосоматические циклы (моно – и полисистемные) + характерологические изменения + заострение и развитие невротических свойств личности.

Ипохондрическое развитие личности можно рассматривать как вариант психосоматического развития. При этом учащается и фиксируется привычка личности реагировать на всевозможные и разнообразные жизненные сложности и трудности однотипными ипохондрическими реакциями. Развивается чрезмерная сосредоточенность на вопросах своего здоровья, стремление замечать малейшие его отклонения и возводить их в ранг опасных. Из доминирующих идей (Аменицкий Д.А., 1942; Гуревич М.О., 1949) ипохондрия вырастает в сверхценные мысли и даже в паранойяльный бред. Ипохондрическое содержание личности становится преобладающим над другими интересами и смыслами личности.

Выделяют два варианта ипохондрического развития личности:

– невротический и

– ситуационный («патологический»).

Ситуационно обусловленное ипохондрическое развитие личности является первичным в том смысле, что ему не предшествуют ни соматические заболевания, ни невротические соматоформные расстройства. В основе этого варианта личностного развития лежат конституциональные особенности личности, ее ипохондрическая акцентуация. Последняя обуславливала соответствующий стереотип реагирования на жизненные трудности или ятрогении с фиксацией данных реакций. Повторные транзиторные ипохондрические реакции с каждым разом становятся глубже и продолжительнее. Они могут быть представлены ипохондрической тревогой и депрессией, ипохондрическими фобиями, истеро-ипохондрическими проявлениями. Каждый раз больные успокаиваются после консультации и обследований, но такое успокоение становится все менее продолжительным.

Со временем появляется потребность постоянно обследоваться и посещать врачей и эта потребность становится основным смыслом личности.

В итоге снижается социальная активность и больные основное время расходуют на посещение врачей, знахарей, целителей, экстрасенсов и т.п. При глубоких ипохондрических изменениях личности кроме сверхценных и бредовых идей может быть синдром «альбатроса» (стремление наказать «плохих» врачей, якобы не распознавших болезнь и не лечивших ее).

Невротическое ипохондрическое развитие личности является вторичным. Оно связано с предшествующими соматическими или соматоформными расстройствами.

В.Я. Семке и соавт. (1991) выделяют следующие этапы данного варианта развития:

– начальный (фиксация внимания больных на своем соматическом состоянии и стремление к многочисленным обследованиям);

– структурирование ипохондрического синдрома (фиксация на соматических симптомах приводит к их усилению и пролонгированию, что выступает как дополнительный психотравмирующий фактор; образуется замкнутый круг, в результате которого возникает ипохондрическая депрессия в сочетании с астенией; заостряются аномальные свойства личности – ранимость, обидчивость, склонность к взрывчатым реакциям и к демонстративному поведению);

– собственно развитие личности (ипохондрический настрой становится преобладающим, а ипохондрические мысли достигают степени сверхценных; ипохондрия осложняется обсессивно-фобическими, депрессивными, дистимическими или истерическими состояниями).

4.2.4. Патохарактерологическое развитие

О.В. Кербиков (1965,1971) отмечал, что психопатические состояния связаны не только с конституциональной основой. В значительной части случаев стойкие характерологические изменения обусловлены также тяжелыми условиями воспитания (типа «золушки», полной безнадзорности или депривации, брошенности и т.п.). Особенно пагубно влияют на формирование личности ситуации семейных конфликтов, разводов родителей, неполной семьи, незаконнорожденности, несчастливого брака и т.д.

В.В. Ковалев (1968) указывал, что данные факторы у детей и подростков приводят к патологическому формированию личности, т.е. к патологическим изменениям в развитии незрелой личности. Их необходимо отграничивать от девиантного поведения у педагогически и социально запущенных личностей. В отличие от этого у взрослых в подобного рода обстоятельствах может произойти патологический сдвиг уже сформированной личности. Наиболее часто при этом возникают ранимость, сензитивность, настороженность, отгороженность,

замкнутость. Постепенно кристаллизуется особая негативная или асоциальная жизненная позиция личности, неконструктивные ее отношения с недоверчивостью к другим, с черствостью, безжалостностью, грубостью, цинизмом.

По В.А.Гурьевой и В.Я.Гиндикину (1980) динамика патохарактерологического развития включает в себя три этапа:

1. Хроническое психогенное травмирование и (или) микротравмирование, длительное отрицательное социально-психологическое воздействие на ребенка, ведущее к постепенному появлению аномальных свойств личности.

2. На фоне продолжающейся хронической травматизации усиливаются и постепенно структурируются характерологические нарушения, развивается их мозаичность. К стойким патологическим изменениям характера присоединяются изменения собственно личности с асоциальными формами поведения.

3. Черты мозаичности нивелируются и часто обнаруживаются отклонения, типичные для шизоидного или возбужденного расстройств личности.

О.В. Кербиков относил данные состояния к так называемым «краевым психопатиям». Клинические наблюдения указывают на то, что при этом имеют место также выраженные отклонения в развитии собственно личности: ее незрелость; морально-этическая недоразвитость; отсутствие или слабая выраженность высших личностных эмоций (совести, стыда, сострадания, милосердия, гуманизма и т.п.); бедность интересов; примитивность воззрений; неконструктивные или деструктивные жизненные позиции и отношения; упрощенность или отсутствие смыслов жизни; нездоровый образ жизни.

4.2.5. Ситуационное развитие личности

К. Jaspers (1910) выделил психологически выводимое необратимое изменение свойств личности и дал ему название «патологическое развитие личности». В последующем оно стало обозначаться как ситуационно обусловленное. В его возникновении играет роль констелляция ряда факторов: конституциональных, соматогенных, психогенных. Основу, однако, составляет особая предрасположенность личности быть, с одной стороны, чрезмерно глубоко чувствующей и увязающей (фиксирующей) на своих эмоциях, а с другой – быть недоверчивой и реагировать сверхценными идеями. Кататимность (аффективная заряженность) мышления у таких личностей, даже без предшествующей психопатии, может способствовать «самодвижению» личности в русле ситуационно обусловленного реагирования. При этом речь не идет о стрессах и психогениях как таковых. Дело не в самих событиях и обстоятельствах, а в особенностях отношения к ним со стороны личности.

Ситуационные патологические развития личности чаще встречаются у лиц с выраженной акцентуацией или с психопатическим складом по паранойяльному, шизоидному, тревожно-мнительному или эпилептоидному типам. Однако данный вариант развития может наблюдаться и у психически здоровых под влиянием длительно действующих ситуационных вредностей или вследствие глубокой фиксации личности на каких – то особо значимых для нее событиях, касающихся, например, достоинства, верности, преданности, состояния здоровья, научных идей, политических позиций, производственных отношений и т.п. При этом в результате глубоких переживаний и размышлений личности вначале возникают доминирующие идеи, которые в дальнейшем трансформируются в сверхценные идеи, а они в свою очередь, могут перерасти в паранойяльный бред.

В зависимости от фабулы патологических идей ситуационное развитие личности может быть в форме:

– патологической ревности со сверхценными или даже бредовыми идеями супружеской неверности, развивающимися либо в связи с фактом (или фактами) реальной измены, либо, что бывает чаще, вследствие чрезмерных подозрительности и недоверия;

– патологических идей преследования с персекуторными сверхценными или бредовыми мыслями, возникающими в связи с какими – либо конфликтами макро- или макросоциального уровня;

– патологических идей изобретения с утверждениями, что найдены важные средства, вещества, разработаны методы, устройства и т.п., которые однако не получают «должного» признания;

– патологических идей реформирования (например, школьного образования, воспитания, политического устройства, общественного строя и т.д.);

– патологической борьбы с мнимыми преследователями (преследуемые преследователи);

– патологического кверулянтства (лат. querulous - постоянно жалующийся), борющийся за свои попранные, по мнению больного, права или ущемленные интересы, бесконечно пишущий жалобы во всевозможные инстанции, подающий иски в суд (сутяжничество), оспаривающий затем принятые по этим искам решения.

Лечение патологических развитий личности представляет такие же трудности, как и терапия хронических бредовых психозов. Здесь необходимы антипсихотические препараты с антибредовым действием, семейная и социопсихотерапия, личностно-реконструктивная психотерапия.

4.2.6. Расстройство множественной личности

Основным признаком этого вида психических нарушений (рубрика F 44.81 по МКБ-10) является пребывание индивидуума в нескольких личностных состояниях, как в альтернативных целостных существованиях: прекращается существование Я предыдущего и наступает жизнь другого Я. При этом каждая из личностей (а их может быть две и более), пользуясь единым организмом, обладают всей психосоциальной полнотой и автономностью, имеют свою память, свои предпочтения, свои чувства и свое поведение. У каждой личности наступает амнезия на другую личность (или на другие личности, если их больше двух). Поэтому ни одна из личностей не имеет доступа к информации о другой (других) и ни одна из них не располагает сведениями друг о друге, не знают о существовании друг друга. Но каждая из них может существенно отличаться от преморбидной (т.е. изначальной, доболезненной) личности своими отношениями, реакциями, взглядами, поступками. В то же время в последние годы описаны случаи, когда больные фиксировали в своей памяти какие-то события, связанные с альтернативной личностью, и пытались вступить с этой личностью в конфликт.

Впервые смена одной личности на другую обычно бывает внезапной и тесно связанной с глубокими потрясениями. Последующие смены личностей также зависят от стрессов, психических травм, однако со временем такие переходы из одной личности в другую происходят по все менее значимым поводам и под влиянием все более слабых воздействий. Смена личностей может наблюдаться также на сеансах психотерапии, в частности - во время гипноза.

В альтернативном личностном состоянии индивидуум может иметь самые разнообразные фамилии, имена, полы, возрасты, занятия, склонности, манеры, особенности речи, набор знаний, проявлять разный

образовательный уровень, противоположные свойства характера, совершать взаимоисключаемые действия и поступки.

По своей сущности расстройство множественной личности напоминает известные из обыденной жизни двуличие или многоличность. Однако в патологии оно является диссоциативным нарушением идентичности, как тотальной метаморфозы Я и всех его компонентов, с превращением в другое Я.

Понятие аутоидентификации было введено З.Фрейдом. Аутоидентификация представляет собою важнейший механизм социализации человека, ее результатом является отождествление себя, т.е. самоотождествление (с кем-то, чем-то). Первичная (базисная) аутоидентификация - самоотождествление себя с самим собою - происходит в период, когда у ребенка появляется чувство Я и он говорит «Я хочу...я сам...». Вслед за этим он идентифицирует себя со своим именем, фамилией, своими потребностями, чувствами и целиком со своим Я.

В процессе социализации личности формируется множество вторичных идентичностей. Все люди самоотождествляют себя с другими людьми - разного возраста и пола, с разными интересами и установками, с разным характером и разной жизненной направленностью. Это важнейший механизм становления и обогащения личности - подражание другим, моделирование себя по образу других. И чаще эта имитация другого незаметна и не осознается как процедура самоотождествления. Если же осознается, то воспринимается, как игра или подражание. Например, ребенок, погружаясь в мир своих фантазий, может отождествить себя с воображаемыми героями или персонажами сказок. Дети часто в играх отождествляют себя со взрослыми. Лжецы и мошенники также могут отождествлять себя с изображаемым ими же персонажем. То же самое происходит в игре актера - самоотождествление себя с героем или

героиней, роль которых исполняется. В процессе обучения учащиеся подражают любимым учителям и неосознанно самоотождествляют себя с ними. В конечном счете у каждого человека формируется множество вторичных идентификаций с разной степенью их осознания. В этом смысле все мы являемся многоликими. В норме однако при этом не теряется чувство истинного Я и способность реальной оценки себя сохраняется, каким бы глубоким ни было погружение в подражание, - воображение, зависимость или роль. Однако при диссоциативных нарушениях личность утрачивает устойчивость (прочность) своей целостности и может потерять чувство истинного Я.

Сущность диссоциативных расстройств вообще состоит в невозможности нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролем над действиями - с другой. При диссоциативных множественных расстройствах личности теряется функция осознанной интеграции первичной и вторичных идентификаций, нарушается сознательный элективный контроль со стороны первичной идентичности. Слабость и расщепленность (диссоциативность) первичной идентичности (истинного Я) обусловлены психогенно по происхождению: они тесно связаны по времени с нарушенными взаимоотношениями, неразрешенными конфликтами, невыносимыми проблемами, психотравмирующими событиями. Вследствие этого основная личность характеризуется такими невротическими свойствами, как тревога, депрессия, страх, неуверенность, переживание чувства вины, пассивность, зависимость и т.п.

Слабость первичной идентичности ведет также к нарушениям в иерархии личностных идентификаций. Вторичные идентификации могут стать более сильными, самостоятельными, могут вытеснить и основную личность и заполнить («захватить») ее экзистенциальное

пространство и время. При этом альтернативные личности в той или иной мере контрастируют по своим характеристикам с преморбидной личностью. Новая идентичность может проявить стеничность, напористость, агрессивность, обвинения, конфликтность, сексуальную расторможенность, асоциальное поведение, - все с отрицанием принадлежности к предшествующему личностному состоянию.

В.П.Короленко и Н.В.Дмитриева (2000) отмечают, что расстройства множественной личности в 80% случаев возникают у взрослых, перенесших в детстве сексуальную травматизацию, причем, не случайную, а носящую длительный характер.

С позиций психоаналитического подхода диссоциативные нарушения интерпретируются как бессознательная мотивация, как механизм психологической защиты, как прорыв вытесненных переживаний в сознание и «рождение» другого (иного) человека - с новыми качествами и другим стилем поведения. Указывается также на значение фактора «вторичной выгоды». Определенную роль играют также культуральные аспекты. В целом речь идет о дефектах воспитания ребенка и о нарушении формирования личности и ее самосознания.

По прежней психиатрической терминологии расстройства множественной личности относятся к истерическим нарушениям и рассматриваются в тяжелых случаях как форма истерического психоза.

В соответствии с диагностическими указаниями для достоверного диагноза таких выраженных расстройств в наличии должны быть следующие критерии:

а) существование у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся одновременно и рекуррентно контролирующего поведение больного;

б) неспособность больного вспомнить информацию, касающуюся альтернативных личностей, и степень амнезии тех или иных событий

своей жизни настолько выражена, что она не может быть объяснена обычной забывчивостью;

в) наличие психогенной обусловленности расстройств личности в форме четкой связи по времени со стрессовыми событиями, или проблемами, или нарушенными взаимоотношениями (даже если такая связь и эти факторы отрицаются больными);

г) отсутствие какого-либо физического или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны амнезия и другие симптомы, сходные со множественным расстройством личности.

Лечение расстройства множественной личности в основном психотерапевтическое. Наиболее адекватно применение инсайт-ориентированной психодинамической терапии. При этом врач и клинический психолог должны одинаково уважительно относиться ко всем личностям больного.

ГЛАВА 5. ЗАВИСИМОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

5.1. Определение. Общая характеристика и степени выраженности зависимости

Зависимость личности можно определить как ту или иную степень одержимости субъекта какой-либо потребностью, причем потребностью опредмеченной - в чем-то или в ком-то. Это может быть потребность в каких-то действиях, дающих желаемый результат; в употреблении каких-то веществ, доставляющих удовольствие; в отношениях и в общении с другими людьми, приносящих те или иные психологические выгоды; какая-то форма препровождения времени, наиболее нравящаяся. При этом зависимой личности важнее и приятнее не столько конечный результат, сколько «пребывание в процессе» удовлетворения потребности.

Примерами из наиболее известных видов зависимости личности являются: любовная зависимость; сексуальные пристрастия и влечение к сексуальным эксцессам; булимия и полифагия (пристрастие к еде с перееданием); зависимость от поведенческих привычек (например, привычка всегда и везде спешить и др.); хоббизм (чрезмерное увлечение любимым занятием для себя, отодвигающим другие важные стороны жизнедеятельности); гэмблинг (увлечение азартными играми); пристрастие к Интернету или к просмотру телепередач; зависимость от отношений с другими людьми с невозможностью изменить или порвать эти отношения; пристрастие к употреблению психоактивных веществ (курение, кофеинизм, алкоголизация, нарко- и токсикомании); зависимость от патологических импульсивных влечений (клептомания; суицидомания; нимфомания; сексуальные извращенные потребности, включая манию убийства).

Психологические аспекты зависимости личности относятся, пожалуй, к наименее изученным из всех видов личностных отклонений как

в плане собственно зависимых изменений личности, так и в отношении их основ и механизмов. В последние годы в обиход вошло понятие аддиктивного поведения - от англ. addiction, что значит пагубная привычка, пагубная склонность. Термин этот не клинический, однако Всемирная организация здравоохранения распространила его также на медицинские формы зависимости. По В.Короленко и Б.Сигалу (1991), аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Наряду с этим определением авторы отмечают, что понимание механизмов развития таких состояний фактически отсутствует.

В подавляющем большинстве случаев аддикция формируется в процессе жизнедеятельности индивида под влиянием окружения и обстоятельств. Однако в ее возникновении и развитии имеют значение также факторы наследственности, психосоматической конституции субъекта, особенности его воспитания. До недавнего времени полагалось, что зависимым человек не рождается, а становится. Со временем оказалось, что не только предрасположенность и склонность к зависимости могут быть врожденными. Все чаще стали встречаться случаи врожденной сформированной зависимости от алкоголя или наркотиков, возникшей в утробе матери, употреблявшей во время беременности психоактивные вещества.

Классифицировать зависимости личности по их типам представляется весьма сложной задачей, потому что их, по-видимому, может быть столько, сколько вообще существует человеческих пристрастий. Как любой другой феномен личности, «зависимость» может располагаться в границах нормы и представлять собой всего лишь «отклоняющееся» поведение (собственно аддиктивное поведение). В этом случае аддикция - есть всего лишь прототип патологии, как, например, акцентуация характера по отношению к психопатии. Когда же речь идет о

«зависимости личности» или о «зависимой личности», то здесь уже следует подразумевать клиническое состояние. Аддиктивное поведение без клинических признаков зависимости - это на уровне пристрастия, на уровне так называемого донозологического и инициального (начального) периодов. У конкретного субъекта развитие зависимости этим может и ограничиться. Однако в других случаях она трансформируется из пристрастия в генерализованное психическое и соматическое состояние и тогда ее следует считать патологией, так как при этом могут быть в наличии все четыре компонента из формулы «здоровье-болезнь»: симптомы расстройств, душевный и физический дискомфорт, социальное (жизненное) неблагополучие.

Следует иметь в виду, что в основе всех вариантов и форм зависимостей, как уже сказано выше, лежит определенная потребность. Она актуализируется под влиянием внутренних и внешних (в т.ч. стрессовых) факторов и проявляется как особое влечение, ранее не свойственное данному человеку (за исключением врожденных зависимостей). Поэтому когда зависимость созревает, она обнаруживает себя в первую очередь этим аномальным или даже патологическим влечением. Пациенты переживают его как тягу, желание, хотение, потребность, одержимость. Влечение может быть генерализованным - без борьбы мотивов, без сомнений личности, тотально плененной потребностью вплоть до компульсивности, т.е. полной подчиненности. Однако нередко влечение сопровождается обдумыванием, взвешиванием последствий, борьбой мотивов, - это парциальное влечение, не всегда даже осознанное.

Структура влечения, лежащего в основе зависимости, всегда сложна и полностью распознать ее удастся не у всех, кто обращается за помощью. Обычно **выделяются следующие компоненты зависимостного влечения:**

-*эмоциональный* (чувство напряжения и душевного дискомфорта, плохое настроение, раздраженность, депрессия, дисфория; в предвкушении удовлетворения потребности - приподнятость, веселость);

-*когнитивный* (овладевающие представления и мысли, навязчивые воспоминания, доминирующее мышление, мечты, фантазмы);

-*сенсорный* (плохое самочувствие, физический дискомфорт, недомогание, неприятные ощущения, боли);

-*вегетативный* (чувство сердцебиения, изменения дыхания, колебания температуры, кровяного давления, чувство жара или озноба, усиление перистальтики кишечника и мн. т.п.);

-*поведенческий* (слабость, вялость, заторможенность или, наоборот, возбужденность, беспокойство, повышенная активность).

У каждого конкретного человека и в зависимости от вида аддикции эти признаки имеют разную степень выраженности и сочетаний между собой. *Если при этом влечение относится к категории тотального, оно неизбежно расстраивает всю иерархию личностных ценностей и мотивов. Личность становится патологической уже не по отдельным своим свойствам, а по своему содержанию, смыслу, направленностям и отношениям.* Такая зависимость может достичь даже уровня психоза, хотя при этом может не быть ни бреда, ни галлюцинаций как таковых. Однако спаянность патологической потребности с мировоззрением больного, с его установками, с его личностной позицией может сделать всю личность и ее поведение глубоко ненормальными. Не случайно, например, еще в глубокой древности зависимость от наркотиков получила название «мании», т.е. безумия. Общество, к сожалению, недостаточно вникает в смысл соответствующих слов, а сами наркозависимые это хорошо чувствуют и знают, что они могут вести себя «хуже сумасшедших». Достичь уровня «мании» может не только химическая зависимость. Хорошо известно, как ведут себя сексуальные маньяки. Как

говорят, всяк по своему с ума сходит, поэтому любой вид аддикции следует рассматривать в плане стадий ее развития, степени выраженности и формы ее проявления (существования): *хронической, периодической, импульсивно-эпизодической, донозологической или клинической*.

Как любая другая потребность, зависимость может колебаться в степени своей напряженности - от спокойного, скрытого (латентного) состояния дезактуализации до высокой актуализированности с сильным генерализованным напряжением. Зависимость может чувствоваться или не чувствоваться, осознаваться или не осознаваться. Однако в любом случае, это не единичный эпизод, а состояние, существующее относительно продолжительный период времени и, главное, что это состояние существенно влияет на самочувствие человека, его настроение, деятельность и работоспособность, активность и поведение, образ жизни, и может даже полностью определять их содержание и направленность - постоянно, или время от времени.

Вот, например, как характеризуется клинический синдром химической зависимости от психоактивных веществ. Для его убедительной диагностики в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) предлагается доказать наличие трех и более из числа следующих проявлений, которые должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или, если они продолжаются более короткий период, - должны периодически повторяться в течение 12 месяцев:

1. ***Сильное желание*** или чувство насильственной тяги к приему вещества (алкоголя, наркотика или иного психоактивного вещества);

2. ***Нарушенная способность контролировать прием вещества*** (его начало, дозу, количество), о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении большего периода времени, чем намеревалось; об этом свидетельствуют также безуспешные попытки или

постоянное желание сократить употребление вещества и контролировать его дозу;

3.Появление толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения желаемых эффектов, а заодно повышается и порог токсического действия; хронический прием одной и той же дозы приводит к явному ослаблению эффекта;

4.Озабоченность употреблением вещества, которое проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм удовольствий и интересов; или в том, что много времени тратится на поиск вещества, его употребление, а затем - на выхаживание и восстановление себя от эффектов интоксикации;

5.Устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление, несмотря на наличие у субъекта фактического понимания степени вреда;

6.Состояние отмены (физиологической абстиненции), когда на фоне отмены вещества или резкого снижения его дозы развиваются специфические психические, вегетативные и соматические нарушения.

Несмотря на то, что указанные признаки относятся к алкоголизму, нарко- и токсикоманиям, первые пять из них в полной мере касаются любой зависимости личности. Нужно лишь заменить слово «вещество» на слова «объект, предмет», а слово «употребление» - на слово «пользование, занятие». Но и физиологические проявления (синдром отмены) должны рассматриваться применительно ко всем видам зависимости. Абстинентные расстройства отсутствуют или малозаметны, например, при кофейновой зависимости. Однако организмы у разных людей отличаются степенью устойчивости к вредностям, глубиной зависимости, чувствительностью к тем или иным факторам. Серьезные психические и

соматические расстройства могут быть и в рамках кофейновой или табачной токсикоманий, и в рамках работоголизма, любовно-сексуальных страстей или иных межличностных зависимостей. И рост толерантности к удовольствиям при этом также происходит во всех случаях: требуются все новые и новые приемы и способы.

Мы полагаем, что «аддикцию» следует рассматривать как состояние всего организма, независимо от того, о каком виде пристрастия идет речь. Так, например, любовная аддикция, казалось бы на первый взгляд, относится лишь к сфере души человека. Известно, однако, что любовное состояние - это состояние и разума, и души, и тела, и что любящий может потерять аппетит, похудеть и даже зачахнуть от любви. Яркое тому подтверждение - предание из глубокой старины о том, как греческий врач Эразистрат (3 в. д. н. э.) распознал "неизлечимую" болезнь у Антиоха - сына царя Александрии, умиравшего от депрессии вследствие безнадежной любви.

Клинический опыт подтверждает, что *любой вид зависимости - это сложное биопсихосоциальное состояние человека, как организма в целом*. Зависимое состояние имеет не только сложную структуру, но и разную степень выраженности (глубины). По степени выраженности зависимость можно охарактеризовать по трем видам, которые одновременно могут быть и стадиями ее развития - страсть, генерализованное психическое состояние, генерализованное физическое состояние:

1. *Зависимость, как пристрастие и страсть*. Страсть - сильное устойчивое чувство, в котором самом уже заложен компонент несвободы человека. Это состояние определяется словом «нравится»: нравится нечто испытывать и переживать, чем-то заниматься, вести такой образ жизни. Даже если этому сопутствуют те или иные неприятности и осуждения окружающих, страсть («нравится») все равно доминирует, берет верх,

сомнения преодолеваются потребностью: опять хочется «этим» наслаждаться, «это» чувствовать, - и все остальное отодвигается на второй план, в том числе собственные благоразумные возражения.

2. Зависимость, как генерализованное психическое состояние, когда доминирующая потребность захватывает в плен всю психическую систему (все мысли, чувства, душу, разум, самосознание, эго), вследствие чего становится невозможным полноценное психологическое функционирование. Отсутствие желанного объекта сопровождается изменением настроения и эмоциональным дискомфортом (вплоть до глубоких депрессий и дисфорий); навязчивыми мыслями и овладевающими воспоминаниями, представлениями и фантазмами (дело может доходить даже до галлюцинаций и бреда); умственные способности ослабевают, перекрывается доступ к самокритичности, к благоразумию, к опыту и т.п. Сознание заполняется желанием, хотением. На этом уровне зависимости объект потребности уже не просто нравится. Его желают, хотят, он нужен для восстановления душевного комфорта, хорошего психического самочувствия, избавления от навязчивости, восстановления нормального хода мыслей, нормальной работы мышления и вообще - для восстановления полноценного психического функционирования.

3. Зависимость, как телесное (физическое) состояние. Уже на уровне пристрастия напряжение потребности-зависимости сопровождается изменениями бодрствования, выносливости, физического самочувствия, нарушениями аппетита и сна, вегетативными дисфункциями, изменениями сексуальной активности и т.п. Поэтому границы между так называемыми психологической и физической зависимостью следует считать относительными. Зависимость едина, просто может быть разная степень ее глубины и разная выраженность даже у одного и того же человека. Это связано со многими факторами, в том числе со стадией зависимости и с индивидуальными особенностями организма, с эмоциональной сферой и с

особенностями самой личности. На соматическом уровне отсутствие потребностного объекта (вещества, человека, занятия и т.п.) ведет к более глубоким организменным отклонениям и расстройствам, иногда даже несовместимым с жизнью.

5.2. Происхождение зависимости и ее личностные смыслы

G.W.Allport (1961) сформулировал *принцип функциональной автономии*, который, с нашей точки зрения, проливает определенный свет на происхождение и закрепление тех или иных привычек и пристрастий лежащих в основе зависимостей. ***Принцип функциональной автономии утверждает, что любая активность или форма поведения вовсе не обязательно «обслуживает» ту или иную цель. Субъекту просто нравится что-то делать.***

Любое поведение, утверждает Allport, простое или сложное, несмотря на то, что оно изначально могло быть связано с каким-то потребностным напряжением организма, в дальнейшем может быть способным к самостоятельному существованию даже в отсутствие подкрепления явными мотивами, потребностями, целями. Причина, которая вызвала определенную реакцию или стиль поведения, может уже не существовать, а *реакции и поведенческие паттерны начинают проявляться в отрыве от вызвавших их причин - как привычки. Так формируются все привычки, жизненные стереотипы и автоматизмы, весь привычный образ жизни.* Так формируются патологические привычные действия, например, кусать ногти, выдергивать волосы и др. Механизм такой функциональной автономии связан, с одной стороны, с *фиксацией и автоматизацией многократно повторяющихся движений, действий, поступков.* С другой стороны, *приобретенные привычки сами по себе превращаются в потребность и приобретают силу мотивов, интереса, ценности.* Иначе можно сказать, что привычка, как

функциональная автономия, сама по себе подчиняет личность и управляет ею. ***Привычка - одна из форм зависимости личности.***

Близкой к изложенному варианту формой поведения - поведения личностно бесцельного, не обслуживающего личностные цели - являются некоторые действия и активность, *усвоенные на основе социального научения, по механизмам моделирования, описанным А. Bandura (1969).* В соответствии с теорией А. Bandura, человеческое поведение по большей части автоматически усваивается прежде всего *на основе инстинкта подражания.* Имитативно-подражательное поведение особенно свойственно детям, в сознании которых формируются всевозможные модели реакций, поступков и образов жизни по мере того, как они (дети) наблюдают жизнь взрослых, смотрят фильмы, телепередачи и т.п. Употребление алкоголя и других психоактивных веществ, переизбыток, работоголизм и другие виды зависимого поведения, - все это может существовать в сознании как образец для подражания, как пассивно усвоенная модель поведения на основе социального научения или как непосредственное автоматическое подражание другим. Особенно быстро имитационные модели трансформируются в усвоенные поведенческие паттерны, в привычки и стереотипы, когда имитация (первые эксперименты) получает позитивное подкрепление. Возможностей же для подкрепления существует бесконечное множество - от одобрительных оценок окружающих лиц до чувства удовлетворения собою или даже до физического наслаждения.

В теории оперантного подкрепления В.Ф. Skinner (1953) отмечается, что любого случайного подкрепления достаточно для усиления поведенческой активности. При этом нередко возникает вера о наличии причинных связей. Именно эта вера, как имеются основания считать, лежит в основе личностного подкрепления (и закрепления) того или иного поведенческого стереотипа, а также в основе мифов и

«суеверий» зависимых лиц. Мифов также существует множество. Например, убеждение подростков, что курение или употребление спиртного - это способ взросления, самоутверждения и т.п. **Особенно глубоким подкрепление зависимого поведения становится тогда, когда в активности и через зависимую активность начинают удовлетворяться личностные смыслы.** По теории Скиннера - это условные или вторичные подкрепления. Например, генерализованным условным подкреплением являются деньги, с которыми ассоциируется множество других подкреплений. Эксперименты в азартные игры на деньги, в свою очередь, могут привести в дальнейшем к глубокой зависимости - к патологическому гэмблингу. Этому способствуют также телевизионные азартные игры на деньги. То же самое относится к воровству и кражам. Отсутствие наказания во всех подобных случаях, т.е. *попустительство, создает то, что обозначается как режим генерализованного постоянного подкрепления.* Наказывающий стимул - это аверзивный (отвращающий) стимул, предотвращающий закрепление негативного поведенческого паттерна, т.е. предотвращающий формирование привычки, не способствующей подлинной адаптации либо даже вредной.

И.С.Кон (1988) на примере анализа сексуального влечения показал, что в привычном поведении обнаруживаются ведущие личностные мотивы, составляющие семантику (смысловую сторону) автоматизированного поведения. Данный принцип анализа Т.А.Немчин и С.В.Цыцарев применили в исследовании алкогольной зависимости (см. «Личность и алкоголизм» - Л., 1989).

Наша наркологическая и психотерапевтическая практика дает основания считать, что **личностная семантика универсально наличествует в любом типе зависимого поведения.** Зависимостное влечение - это не просто мотив и двигатель поведения личности (от лат.

movege, что значит «двигаю»). Одержимость какой-то потребностью и получение удовольствия от ее удовлетворения, создает глубокое чувство и иллюзию многих других видов удовлетворения, повышает общее ощущение радости жизни и чувство собственной значимости. В то же самое время у каждого конкретного субъекта выявляется один, чаще - *несколько ведущих мотивов зависимого поведения, составляющих личностную семантику соответствующего образа жизни, соответствующих поступков*. В этом плане можно выделить следующие личностные смыслы в мотивах зависимостных влечений - потребностей:

1. *Детензивное влечение* - потребность в снятии напряжения (в детензии). Это один из самых элементарных и наиболее распространенных смыслов. В бихевиальной психологии, например, показано, что разрядка нервно-психического напряжения сама по себе является мотивом употребления психоактивных веществ. То же самое относится к сексуальному и любому другому влечению, потому что актуализация потребности в том и состоит, что она создает напряженное влечение, требующее разрядки. И лишь личности с недюжинным самообладанием и должным образом воспитанные способны справляться с этим напряжением. Если же этого не происходит, то в ходе систематического снятия напряжения закрепляются автоматизированные действия и формируются поведенческие привычки, которые превращаются в навязчивый ритуал, т.е. сами становятся мотивом поведения - потребностью соблюдения ритуала снятия напряжения.

2. *Аффективное влечение* связано с изменениями эмоциональности, со сдвигами в настроении, например, - с депрессией, дисфорией, страхом, тревогой. Возможны также «эмоциональный вакуум», скука, апатия. В любом случае при этом актуализируется потребность ощутимо перейти в иное эмоциональное состояние, испытать иное настроение - с чувством удовольствия. Для осуществления такого перехода

каждому конкретно зависимому субъекту потребуется специфическое средство: при алкогольной зависимости - спиртное; при наркомании - привычный наркотик; при любовно-сексуальной зависимости - специфический объект и специфический способ получения удовольствия и т.д. Неспецифические и непривычные средства и способы удовлетворения потребности могут не дать желаемого состояния.

3. **Гедоническое влечение**, как и детензивное, относится к наиболее распространенным. Оно направлено «просто» на получение удовольствия, наслаждения, чувства психического и физического комфорта. Гедоническая мотивация (от греч. «hedone» - наслаждение) имеет тенденцию к вытеснению других (альтернативных) способов получения радости от жизни и тем самым может превратиться в опасную форму зависимости, когда единственным способом получения удовольствия становится «удачная или счастливая находка» (алкоголь, наркотик, чрезмерное пристрастие к еде с перееданием, курение, сексуальные эксцессы или даже сексуальные извращения). Гедонические смыслы обычно свойственны личностям открытым, синтонным, общительным, но более или менее ленивым, ограниченным, инфантильным, любящим «простые радости» и склонным к риску и острым ощущениям.

4. **Влечение самоутверждения** служит средством повышения самоуважения. Заниженная самооценка сама по себе является неблагоприятной основой поисковой активности с целью найти способы «чувствовать себя на высоте»: фактическое Я личности стремится слиться с Я идеальным. Особенно остро эта потребность выражена у лиц с дефектами воспитания, выросших в неблагополучных семьях, имеющих неудовлетворительный социальный статус. И нужна хотя бы иллюзия благополучия и они гонятся за ней, как за миражом, кто с помощью алкоголя или наркотика, кто в любовной или сексуальной зависимости, кто в работоголизме или в иных страстных хобби, увлечениях и азартных

играх, кто в чрезмерной привязанности к другому человеку - симбиозе с ним, служении ему, исправлении его и т.п. Почувствовав свою приложимость и как бы найдя себя, такие личности из робких, неуверенных и боязливых могут превратиться в самонадеянных и стремящихся доминировать над другими. Особенно типично влечение самоутверждения для психологии азартных игр, для лиц любящих рисковать, а также для созависимых личностей, когда каждый из взаимодействующих субъектов может испытать чувство самоуважения только в ситуации «игры» с созависимым субъектом.

5. Компенсаторное влечение. Оно связано с потребностью возместить какой-либо недостаток своей индивидуальности - явный или только мнимый: агрессивность, тревожность, застенчивость, комплекс неполноценности, скованность, необщительность, дефицит эмоциональности и чувственности и т.п. В большей мере потребностью такого рода бывают одержимы личности акцентуированные, невротические и психопатические. Тогда удовлетворение влечения к какому-то объекту, человеку, веществу или занятию дает временное чувство сглаживания недостатка. Однако такая мотивация актуализируется все чаще, фиксируется и становится устойчиво привычной, вследствие чего *компенсаторное поведение само по себе становится потребностью и превращается в личностный смысл* соответствующих поступков, отношений и образа жизни. Чем глубже изначальный дефицит личности, тем выше риск зависимого поведения с компенсаторным влечением.

6. Коммуникативное влечение происходит из неудовлетворенности субъекта в межличностных отношениях, в дружбе, любви, поддержке, обратной связи. Желание отношений близких, откровенных, добрых, с чувством свободы и безопасности, или отношений страстных и чувственных, с возможностью самовыражения и быть самим собой - все это представляет сильную естественную потребность. Когда она не

удовлетворяется, то формируется и аккумулируется особо выраженная тяга к компании, группе лиц или к отдельным людям, в общении с которыми названные потребности утоляются. Постепенно не только усиливается пристрастие к удовлетворению коммуникативных влечений, но нарастает также привязанность к партнерам по общению и субъект становится зависимым и от своих потребностей и от людей, с которыми он удовлетворяет свои запросы, например, сексуальные, любовные, алкогольные, наркоманические, мировоззренческие, религиозные и др. Однако во всех этих случаях доминирующим смыслом общения будут названные коммуникативные потребности, а конкурентная форма общения - лишь средством получения коммуникативного удовольствия (например, пребывание в секте и зависимость от нее или подчинение подростка уличной группе и преданность ей нередко объясняются и мотивируются именно тем, что там «нравится» быть, там комфортно и приятно, там тебя «понимают»).

7. *Конформное влечение* чаще испытывают субъекты, настроенные вести себя «как все». Они заостренно чувствуют потребность соответствовать общепринятым формам поведения и поэтому не могут не подражать другим (особенно более авторитетным), не могут не соблюдать общепринятые обычаи, ритуалы, традиции, а также групповые нормы и правила. Это люди пассивно подчиняемые и поэтому уже изначально предрасположены к зависимости: они хотят быть с другими, принадлежать им, не быть отвергнутыми и хотят соответствовать ожиданиям других. Автоматическое соблюдение чужих манер, стиля и образа жизни превращается в стойкую привычку, которая затем уже сама по себе становится потребностью. В обыденной жизни прототипом зависимости по конформным смыслам являются массовые ритуалы проведения праздников, например, - встречи нового года. Ритуалы криминального или сектантского, или любовно-сексуального общения также имеют свои

специфические смыслы. В патологии конформная зависимость наиболее ярко видна на примере алкоголизма, наркомании, сексуальных извращений.

8. *Манипулятивное влечение* свойственно в наибольшей мере личностям эгоистичным. Их транзиторные «игры» служат психологической защитой от проникновения в самосознание той информации о себе, которая неприятна и может изменить самомнение и самооценку. Чтобы этого не произошло, субъект (бессознательно) берет на себя ту или иную жизненную роль и навязывает окружающим такие роли, которые соответствовали бы роли субъекта. Например, ребенок почувствовал, что он может иметь определенные психологические выгоды, если родители воспринимают его неблагополучным, но слабым. Тогда все чаще «обнаруживаются» ситуации, «подтверждающие», что ребенок действительно неблагополучный, но слабый, а родители все чаще начинают оказываться в роли требовательных, но великодушно-снисходительных. Роли распределены, закрепляются и превращаются в *фиксированные привычные созависимости*: родители уже не могут представить себе, что их ребенок может быть благополучным и сильным, а ребенок не может представить, что родители могут быть разумно требовательными. Их *взаимодействие жестко запрограммировано манипулятивной игрой* и не может без специальной коррекции стать свободным, творческим, а участвующие лица в таком общении не могут самоактуализироваться, т.е. реализовать себя. Однако жесткий *поведенческий алгоритм превратился сам по себе в потребность - влечение вести себя именно «по правилам» игры.*

З.Фрейд впервые обратил внимание на потребности такого рода у лиц с комплексами (Эдипа, Электры, Антигоны, Иокасты, Медеи и др.). В последующем психотерапевты выделили большое разнообразие манипулятивных форм поведения с зависимостью и созависимостями при

комплексах «гадкого утенка», «брошенности», «страха перед противоположным полом», «агрессии», «ревности», «зависти», «ненависти», «жадности», комплекса Плюшкина, «тревоги и страха», «ухода в болезнь», «враждебности» и мн. др. Комплексы могут быть связаны также с неудовлетворенными более высокими личностными запросами: чрезмерное стремление к власти; завышенная потребность к самоутверждению или воля к господству над собою вплоть до самоистязания; неодолимое желание выяснить суть и смысл жизни; заряженность карьеризмом, тщеславием или алчностью и стремлением к обогащению и т.п.

В каждом из подобных случаев для субъекта на соответствующих личностных смыслах как бы «сошелся клином белый свет». Личность несвободная, она зависима от этих потребностей - влечений, а все остальные виды деятельности и отношений с другими людьми рассматриваются и переживаются через призму семантики комплекса. Комплекс манипулирует личностью и порождает в ней влечение манипулировать окружающими людьми.

Манипулятивное влечение с зависимостью и созависимостями типично также для клиники и психологии алкоголизма и для других патологических пристрастий к психоактивным веществам. Курильщик, алкоголик или наркоман всегда в большей или меньшей мере манипулирует близкими людьми как своим образом жизни в целом, так и самим фактом употребления психоактивных веществ. *Влечение закурить, выпить или уколоться заостряется у них каждый раз при предъявлении тех видов просьб, требований, заботы, советов, которые не соответствуют их эгоистическим и гедоническим установкам.* Тогда пьянство или наркотизация наряду с пьяным удовольствием приобретает также личностный смысл психологической самозащиты с уходом из сферы межличностного взаимодействия, с давлением на близких, с

демонстрацией безнадежности своей болезни, бесперспективности лечения и т.п. Если в эти патологические трансактные «игры» вовлекаются другие лица (в т.ч. врачи, воспитатели), формируются множественные созависимости с ролями «спасителя», «преследователя», «подстрекателя», «болванчика», «покровителя», «простака» и т.п. У самих наркологически зависимых манипулятивные роли также бывают многообразные: «шутник», «лжец», «сумасшедший», «культурный», «совестливый», «запугивающий», «безвольный», «беспомощный», «гордый», «падший», или «человек с положением» и др. Важно при этом понимать, что ненадежность, необязательность, безответственность, непорядочность, хитрость и лживость наркологических больных, - все это не есть просто какие-то черты характера. Все названные свойства являются личностной сущностью тяжело больных людей, т.е. представляют собой главные симптомы наркологической патологии личности.

Перечисленные мотивы зависимого поведения и его личностные смыслы могут видоизменяться и самым неожиданным образом сочетаться друг с другом. Однако все они в конечном счете трансформируются в мономотив и в моносмысл, т.е. создают, как отмечено выше, иллюзию удовлетворения жизнью. Иначе говоря, *приобретают общий экзистенциальный смысл.*

В экзистенциальной психологии склонность к употреблению алкоголя и наркотиков, так же как и всевозможные иные аддикции, азартные игры, работоголизм, переедания, злоупотребление сексом, - все это рассматривается как результат «заброшенности» личности. Речь идет о нарушении свободного становления человека, вследствие чего наступает утрата основания существования. Человек неаутентичен, т.е. не в ладах с самим собою, и переживает поэтому чувства вины и тревоги. Он из-за экзистенциальной слабости не может принять существование на себя и

вынужден доверяться чуждым силам, быть зависимым от них, делая их, а не себя, ответственным за свою судьбу.

Д.А.Леонтьев в своей книге «Очерк психологии личности» (М., 1993) обращает внимание на широкое распространение чувства смыслоутраты, чувства бессмысленности жизни, прямым следствием чего является рост самоубийств, наркомании, насилия и психических заболеваний, в том числе специфических - ноогенных неврозов (неврозов смыслоутраты по В.Франклю). *Осознать и сформулировать смысл своей жизни - значит оценить свою жизнь целиком, оценить самоуважение, но самое главное - насытить реальным смыслом.* Недостаточная насыщенность жизни реальным чувством создает некий вакуум смыслов. Очевидно, что такой вакуум может заполниться и часто заполняется зависимостями.

5.3. Критерии и виды патологической зависимости

Выше уже отмечено, что один и тот же вид зависимости у разных лиц отличается стадиями развития, степенью выраженности и формой проявления: хронической, периодической, эпизодически-импульсивной, доклинической или клинически выраженной. Основным признаком при этом является *характер потребностного влечения - нормальный или патологический.* Нормальное влечение исходит из естественных потребностей и соответствует интересам сохранения личности, упрочения ее позиций и отношений, ее подлинной адаптации. Хотя бывает весьма трудно провести грань между нормальным и патологическим влечением, однако всегда можно установить, что *патологическое влечение не соответствует объективным критериям выживания, сохранения и адаптации.* Оно лишь снимает напряжение и к тому же использует при этом неадекватные или даже противоестественные средства и способы получения удовольствия, в неадекватных модальностях.

Зависимость, которая не выходит за границы нормального состояния человека, представляет собой изменения в структуре и иерархии личностных ценностей, интересов и пристрастий, а также в чертах характера, в стиле поведения и в образе жизни. Несмотря однако на то, что при этом в той или иной мере меняется весь субъект в целом, он все же сохраняет прежние свои сущностные свойства. Основные отношения, принципы, позиции и смыслы остаются, сохраняется прежнее самосознание и способность к критическому самоотношению. При патологических зависимостях сознание больных заполняется ненормальным новообразованием в мотивационной сфере личности - настолько сильным, что субъект перестает быть самим собой. Его личность диссоциируется, т.е. разделяется на части, на субличности, а *поступки и поведение в целом при этом определяется зависимостной субличностью. Глубоко изменяется самосознание и нарушается способность критического к себе отношения как такового.* Больные вследствие этого не могут контролировать себя полностью или частично. Их субличности (нормативные и патологические) могут вести между собой дискуссии и борьбу, но в конечном счете такие больные социально дезадаптируются, причиняя ущерб как окружающим, так и самим себе.

Наибольшее клиническое и социальное значение в настоящее время имеют следующие зависимости:

1. *Зависимости от психоактивных веществ (химическая зависимость).*

2. *Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости.*

3. *Психопатия в форме зависимого расстройства личности.*

4. *Зависимость от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ.*

5. *Зависимость от отношений с другими людьми, включая созависимости.*

Любой тип зависимости личности - это ее особое хроническое состояние, обнаруживающее себя в образе жизни индивида, стиле его поведения и, главное, - в повторяющихся эпизодах специфических действий. При этом одни зависимости имеют тенденцию *проявляться непрерывно* и даже прогрессирующее. В такой зависимости почти отсутствуют послабления, не бывает ремиссий и перерывов, влечение постоянно сохраняет свою актуальность и лишь несколько дезактуализируется на короткое время после его удовлетворения.

В других случаях в зависимости преобладает тенденция проявляться перемежающим образом, с более *волнообразной и периодической актуализацией влечения*. Удовлетворение актуальной потребности на определенное время ослабляет зависимость. Хотя время от времени все же дают себя знать привычные побуждения, индивид тем не менее ведет себя более свободно и лучше себя контролирует. Следующий период обострения зависимости либо чем-то провоцируется (стресс, ситуация), либо нарастает самопроизвольно.

Третьей формой проявления зависимости является четкая *тенденция к очерченным эпизодам* в основном внутренне обусловленного острого усиления соответствующей потребности. В промежутках между этими эпизодами зависимость переходит фактически в латентную фазу. Такое проявление зависимости по своим механизмам сродни к периодическим циклически-фазным расстройствам и является рекуррентным, т.е. возвратным после некоторого относительно светлого периода.

Особое место в психопатологии занимают эпизоды, в которых преобладает тенденция к *пароксизмальным импульсивным расстройствам влечения* с нарушением контроля личности над своими побуждениями и поступками.

5.4. Нехимические зависимости и расстройства влечений

5.4.1. Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости, но сопровождающееся злоупотреблением этими веществами (F 55):

- к *антидепрессантам* (особенно таким, как трициклические, тетрациклические и ингибиторы моноаминооксидазы) - (F 55.0);

- к *слабительным* средствам (F 55.1);

- к *аналгетикам*, не относящимся к психоактивным веществам и которые могут быть куплены без врачебного рецепта, например, парацетамол (F 55.2);

- к *средствам снижения кислотности желудка* (F 55.3);

- к *витаминам* (F 55.4);

- к *стероидам и гормонам* (F 55.5);

- к *специфическим травам или народным средствам* (F 55.6);

- к *другим веществам*, например, диуретикам, некоторым «сердечным» средствам, или к модным в настоящее время биологически активным добавкам и иным веществам, влияющим на метаболические (обменные) процессы в организме (F 55.8).

В каждом из названных случаев речь идет о злоупотреблении, т.е. об *употреблении во вред*. Хотя вначале препарат и может быть назначен врачом или рекомендован кем-то, но он принимается значительно дольше, чем было назначено, часто в повышенных дозировках.

Хроническое и неоправданное употребление этих препаратов сочетается с ненужными тратами денег и сопровождается частыми ненужными посещениями медицинских учреждений, но при этом *недооценивается вредное физическое влияние данного вещества на организм*. Попытки отсоветовать или запретить использование этого вещества наталкиваются обычно на сопротивление индивида, несмотря на

предупреждение о возможных тяжелых дисфункциях в жизненно важных органах и системах организма.

Ни химической зависимости, ни синдрома отмены как таковых при этом не развивается, однако *имеет место сильная мотивация личности к приему препарата, мотивация - преодолевающая благоразумие и рациональность*. В основе данной мотивации лежит не только привычка, но и пристрастие: препарат нравится, с ним личностно комфортнее, а без него - наступает личностный дискомфорт.

5.4.2. Зависимость личности от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ. По классификации Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриевой (2000), круг таких аддикций очень широкий: *азартные игры, сексуальная и любовная аддикция, работогольная зависимость, зависимость к трате денег, аддикция к еде, привычка находиться в состоянии постоянной нехватки времени, привычка к определенному типу отношений* и т.п. Перечень такого рода стойких привычек, как очевидно, можно продолжать до бесконечности.

Особое место в этом ряду зависимостей занимают на первый взгляд внезапные (пароксизмальные) *импульсивные влечения с нарушением контроля личности над побуждениями*. Они проявляются повторными действиями без ясно выраженной рациональной мотивации, но ***при выполнении этих действий возникает ощущение удовольствия***. Сами пациенты связывают свое поведение с соответствующими влечениями, выполняемыми без борьбы мотивов, т.е. - влечениями к действию, но не любому действию, а к действию, удовлетворяющему определенную потребность: *неодолимое влечение к интенсивному пьянству вне рамок хронического алкоголизма (дипсомания, рубрика F 10.26 по МКБ-10);* *неодолимая страсть к азартным играм (F 63.0);* *озабоченность огнем и сильным влечением к поджогам (F 63.1);* *периодическое* *неодолимое*

побуждение красть предметы, которые не нужны для личного пользования (*клептомания* - F 63.3); к этой категории относят также другие подобного рода расстройства привычек и влечений (F 63.8): *дромоманию* (влечение к перемене мест, бродяжничеству); *мифоманию* (патологическая лживость, неодолимое влечение к обману); *копролалию* (желание произносить бранные слова, нецензурные ругательства); *суицидоманию* (импульсивное влечение к самоубийству); *гомицидоманию* (неодолимая потребность убивать людей).

Остановимся на тех из них, которые уже нашли свое место в современной классификации психических нарушений.

Патологическая склонность к азартным играм (по МКБ-10 рубрика F 63.0) - патологический гэмблинг. Характеризуется неспособностью личности сопротивляться желанию участвовать в азартных играх, а само участие в них доставляет огромное удовольствие и сильно нравится. *Наличествуют признаки, общие для всех видов зависимости*: изменение интересов и вытеснение прежних занятий, увеличение траты времени на поиск игр и на сами игры, стремление получать все более острые ощущения (рост толерантности). Индивидуум описывает трудноконтролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в игре усилием воли. Мысленно он при этом сильно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами, с ней связанными. Он знает, что могут быть (и будут) серьезные проблемы (долги, конфликты в семье и на работе), что участием в игре компрометирует себя, но не может справиться с желанием и с собой.

Как и при всех видах зависимости, при патологическом гэмблинге *отмечается волнообразность состояния*. Очередное участие в игре «утоляет жажду» и приносит на какое-то время успокоение. Однако затем наступает актуализация тяги с изменением сна, настроения, аппетита, самочувствия, с дискомфортом и беспокойством (в наркологии при

химических зависимостях такие периоды в состоянии больных получили название ложной или «сухой» абстиненции). Нарастают и другие признаки обострения потребности в игре (навязчивые мысли, овладевающие воспоминания и представления) - и больной вновь борется или даже не борется с собой и побеждает, как правило, зависимость.

В качестве причин, которые, если не определяют, то способствуют гэмблингу и провоцируют его, являются такие факторы, как *ситуативная доступность азартных игр* для детей и подростков; *фетишизация денег* в семье и обществе; ранняя утрата родителей или воспитание в духе брошенности и безразличия; чрезмерное стремление к эмансипации; *инфантильное стремление к всемогуществу* и ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний; *протестный настрой* и агрессивное отношение к реальной действительности; отсутствие подлинной ответственности за себя и возложение ее на фортуны и на везение.

Патологическое влечение к поджогам (пиромания): по МКБ-10 - рубрика F 63.1. Проявляется одним или несколькими поджогами или попытками поджогов без видимых поводов, «без причин». Субъект описывает сильное влечение к огню, горению, пожарам, деталям пожаров, пожарной технике, средствам и способам поджогов с ощущением напряженности, требующей разрядки. *Поджог приносит чувство облегчения.*

Мотивом для поджога никогда не называются материальная выгода, открытая месть, сокрытие другого преступления, манипулятивное воздействие на других людей, социально-политические и иные понятные причины.

З.Фрейд считал, что зрелище пламени у некоторых лиц ассоциируется с эрекцией и сексуальной активностью. Такие ассоциации компенсируют объективно имеющиеся дисфункции в психосексуальном развитии. Другие авторы отмечали, что при этом имеет место стремление к

власти и социальному престижу или желание компенсаторно отреагировать чувство собственной неполноценности, бессознательное стремление выразить протест против чрезмерного подавления со стороны авторитарных фигур (родителей и воспитателей - в первую очередь).

Среди больных преобладают лица мужского пола с невысоким уровнем интеллекта, с высокой частотой отклонений в психосексуальном развитии, пристрастием к алкоголю, недисциплинированностью дома и в школе, с жестоким обращением с животными и со сверстниками и с другими диссоциальными формами поведения. Однозначно можно утверждать, что многочисленные современные телевизионные фильмы со взрывами горючих веществ и бушующим пламенем бередают неустойчивые души лиц, предрасположенных к пиромании, способствуют ее реализации.

Патологическое влечение к воровству (клептомания): по МКБ-10 - рубрика F 63.2. Оно отличается от обычного воровства, во-первых, овладевающей потребностью совершить сам акт похищения, а во-вторых, - тем, что украденное, как правило, не присваивается, не используется в корыстных целях, оно может скрываться, тайно возвращаться на место, кому-то отдаваться безвозмездно. Сам акт воровства заранее не планируется, не готовится и не обдумывается, он осуществляется как безудержное стремление внезапно, импульсивно. Субъект при этом отмечает, что им овладевает сильное напряжение перед совершением поступка, сам акт похищения приносит чувство облегчения, а затем у многих наступает чувство неловкости, вины, тревоги. Не бывает чувств радости, мести, злорадства. Пойманные в воровстве, обычно заявляют, что сами не могут понять, как это с ними случилось, что ими как будто руководила какая-то сила.

Вместе с этим при углубленном изучении таких больных часто удается выяснить, что они уже давно замечают за собой появление потребности что-либо украсть, особенно при виде заманчиво

расположенных вещей. Им не один раз бывало трудно справиться с охватывающим их соблазном, тем более что при этом они забывали о моральных принципах и были вынуждены упорно бороться с непонятным состоянием напряжения. В то же время первые удачные импульсивные кражи могут ослабить внутреннее им сопротивление и усилить влечение к повторным похищениям. В конечном счете у таких лиц может зафиксироваться привычка воровать и превратиться как в стойкую черту характера, так и в соответствующий образ жизни. В подобных случаях происходит *патологическое клептоманическое развитие личности*. Воровство у некоторых больных к тому же может сочетаться с фетишизмом, когда хищению подвергаются в основном лишь предметы, представляющие сексуальный интерес, например, - части женского туалета.

Начинается клептомания преимущественно в детском возрасте и без специальной психоаналитической терапии остается на всю жизнь. Она часто связана с грубыми дефектами воспитания, глубоким комплексом неполноценности, задержками психологического развития, с органической мозговой недостаточностью, тяжелыми неврозами, психопатией или с началом шизофрении.

Трихотилломания (рубрика в МКБ-10 - F 63.3): периодически повторяющееся сильное *побуждение выдергивать собственные волосы* с невозможностью противостоять этому. Сам факт (и акт) таких действий больные пытаются скрыть как можно дольше: они испытывают чувства стыда и вины и им трудно понять, что с ними происходит. Однако все заметной становится потеря волос - наиболее часто на висках и темени. Наряду с этим выщипывание волос может касаться бровей, ресниц, подмышек, лобка, туловища, бороды. Не наблюдаются на коже предшествующих причин для таких действий - ни зуда, ни предшествующего воспаления. Потеря волос выглядит как небольшие

ограниченные участки облысения в основном на стороне противоположной доминантной руке.

Расстройство проявляется хронически, но с длительными периодами послабления (ремиссиями) и с повторяющимися обострениями. Установлено, что обострения (экзацербации) часто связаны со стрессами, нарушенными отношениями с родителями, с депрессией, с употреблением психоактивных веществ. У многих больных трихотилломания сочетается с кусанием ногтей (*онихофагией*), кусанием волос (*трихофагией*), а также с побуждениями к самоповреждениям путем царапания и ковыряния. Как и при других формах импульсивных влечений возможны стойкие фиксации трихотилломанического поведения с превращением акта выдергивания волос в автоматизм, в привычку и в черту характера. Лечение состоит из применения психотропных средств, гипноза и семейной психотерапии.

Импульсивное бродяжничество - пориомания или дромомания.

Проявляется безудержным стремлением к «свободе», к перемене места, к новым впечатлениям. Время от времени такими лицами овладевает непонятное напряжение с тоской и с побуждением оставлять спокойную жизнь, бесцельно странствовать, даже испытывая при этом нужду и лишения.

Встречается ложная дромомания, как правило, у детей, связанная с конфликтными ситуациями и представляющая собой проявление (форму) реакции оппозиции и (или) протеста. Бывают случаи группового ухода из детского учреждения. Чаще это обусловлено тем, что один одержимый индуцирует других. При восстановлении благоприятных отношений поведенческие аномалии такого рода могут пройти сами по себе или с помощью психокоррекции (например, семейной). При неблагоприятно складывающихся обстоятельствах, особенно у детей с наследственной психопатологической отягощенностью, с нервной неустойчивостью, с признаками патологического формирования характера,

с задержками психического развития, - во всех этих случаях *легко теряется видимая связь уходов из дома с психотравмирующими факторами*. Бродяжничество как бы отрывается от первоначальных провоцирующих причин, лишается психологически понятного содержания и трансформируется в истинную дромоманию, т.е. *дромоманическое влечение становится внешне немотивированным, бесцельным*. Постепенно дромоманический поведенческий паттерн укореняется, *превращается в привычку и потребность уходить из дома, менять места, странствовать, даже не находя этому логического объяснения*. Происходит трансформация характера, странствие становится ведущей его чертой, а личность - *полностью зависимой от этой черты*.

Иногда патологическое влечение к бродяжничеству и странствиям вырастает из детской или юношеской привычки бесцельно блуждать по улицам или окрестностям в пустом времяпрепровождении или в поисках приключений и острых ощущений. Недоразвитая способность получать удовольствие в труде и учебе фиксирует этот единственный способ доставлять себе нечто приятное. Влечение к перемене мест, блужданиям и странствиям может стать настолько овладевающим личностью, что субъект утрачивает способность к оседлой жизни и возможность заниматься постоянным трудом. Очередное «путешествие» или перемещение приносит на какое-то время удовлетворение, влечение утоляется, а затем - вновь обостряется, создает напряжение и требует новых походов. Страсть такого рода часто присуща и нормальным людям. О патологической дромомании следует говорить в тех случаях, когда стойко меняются характер, личность и нарушается ее адаптация.

Патологическая лживость - псевдология, мифомания. Проявляется болезненным влечением сообщать небылицы, говорить неправду, обманывать. От осознанной лжи, преследующей конкретные цели, псевдология отличается особым душевным состоянием

индивидуума. Он настолько поглощен содержанием информации, настолько пленен и охвачен ею, что из его сознания вытесняются чувство самокритичности и способность к самоконтролю. Субъект не просто входит в роль и исполняет ее, он живет в этот момент в другом месте, в другое время, в иных обстоятельствах. Это близко к явлениям деперсонализации, дереализации и множественной личности, но ими не является. Тем не менее *сам рассказчик верит в истинность того, о чем он сообщает, и испытывает от этого особое удовольствие.*

Встречается чаще у детей с выраженным комплексом неполноценности, у подростков чувствующих себя обделенными, особенно у тех, кто вырос в неполных или неблагополучных семьях. Свидетельствует о впечатлительности в сочетании с развитым воображением и склонностью к чрезмерному фантазированию. С возрастом у многих проходит по мере формирования личностной зрелости. Интеллектуально-личностный инфантилизм, однако, а также дефицитарность самооценки и истерические черты характера могут способствовать закреплению привычки лгать. *Лживость превращается в черту характера и становится личностной потребностью* сама по себе. проявляется автоматически, импульсивно и фактически неподконтрольна личности. Акт псевдологии дает какое-то чувство собственной значимости, но вслед за этим у сохранных личностей могут быть угрызения совести и чувство вины.

Как отдельная черта характера, псевдология, по-видимому, довольно распространена в обыденной жизни у вполне нормальных людей. О патологической лживости следует говорить тогда, когда она определяет облик и суть данного человека и делает его неспособным к подлинной адаптации хронически или эпизодически.

Суицидомания - патологическое (безумное) влечение к убийству себя (лат. sui себя + caedere убивать + гр. mania безумие).

Суицидальные мысли, желания, намерения и акты могут быть обусловлены огромным множеством причин - от обыденных жизненных конфликтов, сложных обстоятельств до тяжелых психических заболеваний с депрессией и бредом. Наложить на себя руки могут не только слабые, неуравновешенные личности, но также люди сильные и волевые, способные на решительные поступки.

Под собственно суицидоманией, как истинной тенденцией с расстройством жизненного влечения и жаждой умереть, в психиатрии понимают *проявления психологически неоправданного мотива* - нежелания жить в сочетании с желанием смерти. Суицидальное влечение может зреть исподволь и давать себя знать преобладающими мыслями, задумчивостью, навязчивыми представлениями, о чем сами суициданты обычно не делятся с окружающими. Самопроизвольно или под влиянием объективно незначимых поводов, внешне нередко без видимых причин нарастает эмоциональное напряжение и субъектом импульсивно овладевает жажда смерти.

Истинная суицидомания связана с актуализацией инстинкта смерти-танатоса по З.Фрейду, что легче может произойти у людей недостаточно привязанных к жизни. Причем в первую очередь это могут быть пожилые лица, а также дети и подростки вследствие их повышенной внушаемости, впечатлительности, особенно при наличии жизненных трудностей и при частых сообщениях о самоубийствах в печати и на телевидении. Следует помнить, что как и другие влечения, *суицидомания заразна* и поэтому недопустимо суицидоманическое растление через средства массовой информации. В противном случае формируются суицидальные тенденции, легко возникают суицидальные реакции и в характере зреет суицидоманический радикал, как черта, личностная потребность, которая эпизодически дает себя знать неодолимой жаждой смерти. Субъект при этом может испытывать сомнения и колебания,

чувство вины перед родными, но не всегда ему удается справиться с овладевающим им влечением - потребностью в смерти без всяких вторичных причин и иных психологических мотивов.

В отличие от этого *ложная суицидальность* (псевдосуицидальная тенденция) представляет собой форму скрытых, завуалированных иных мотивов. Например, может иметь место суицидальный шантаж, как вид давления на окружающих с преследованием какой-то определенной цели. Встречаются также садомазохистские склонности у психопатических личностей с суицидальным поведением. Но чаще всего ложная суицидомания, т.е. *без истинного желания умереть и тем более без жажды смерти*, сопутствует аффективным состояниям в обыденной жизни - реакциям гнева, утраты, горя, обиды, разочарования, отчаяния, безнадежности и т.п. В этих и им подобных состояниях возникает потребность в разрядке аффективного напряжения и *суицидальный поступок может быть выбран лишь в качестве способа (формы) разрядки напряжения*. Но если такое поведение повторяется, то оно может стать привычной формой реагирования и ложная суицидальность может перейти в истинную. Поскольку личность становится зависимой от своей привычки реагировать суицидом, суицид трансформируется из формы реакции в потребность, т.е. появляется истинное желание смерти.

Гомицидомания - патологическое влечение к убийству людей.

Психически больные могут совершать убийства вследствие очень многих видов расстройств. Чаще всего гомицидальное поведение обусловлено наличием бреда, галлюцинаций, глубоких расстройств настроения и сознания, патологических аффектов. Однако собственно *гомицидомания (истинная) представляет собой самостоятельную первичную потребность, не из чего другого психологически не выводимую*. Она дает себя знать сначала эпизодическими навязчивостями - мыслями и представлениями об убийстве, с которыми индивидуум борется и от

которых пытается избавиться. Затем без видимых причин или по неадекватным поводам может появиться овладевающее импульсивное влечение к убийству. *Его характерной чертой является отсутствие мотива.* Больные при этом понимают весь ужас своего состояния, борются с ним, но не всегда, к сожалению, успешно. В психиатрической литературе описаны случаи, когда больные помногу лет жили, пребывая в изнуряющей борьбе с собой, преодолевая овладевшие ими влечения к убийству таких близких им родных, как мать и отец, братья и сестры. При этом речь не шла о бредовом помешательстве, об интеллектуальной недостаточности или о недоразвитости нравственных чувств, что доказывалось их настойчивой борьбой со своим ужасным влечением.

Патологические привычные действия у детей и подростков. Патологические привычные действия представляют собой специфическую группу нарушений поведения у детей и подростков. В их основе лежит *болезненная фиксация некоторых произвольных действий*, которые обычно свойственны раннему детскому возрасту. Чаще других встречаются такие привычки, как *сосание пальца, кусание ногтей, онанизм (мастурбация), ковыряние в носу, ритмическое раскачивание туловищем и головой*, упомянутое выше стремление выдергивать волосы (трихотилломания). Все эти действия обусловлены определенным внутренним напряжением, а *их реализация приносит чувство облегчения и даже удовлетворения.*

Большинство психиатров относит патологические привычные действия к невротическим расстройствам, в частности - к неврозу навязчивых действий. Его причиной обычно являются противоречивые отношения ребенка к родным за счет неправильного подхода к воспитанию детей: чрезмерной строгости и подавления, физических наказаний, изоляции от радостных чувств и переполнения страхом и тревогой.

Дети осознают влечение к названным типам действий, усилием воли им удается затормозить их на какое-то время, однако при этом появляется чувство дискомфорта за счет внутреннего напряжения. Ребенок с определенного возраста начинает понимать отрицательность или даже вредность своей привычки и может по этому поводу переживать чувства вины, страха разоблачения и тревоги за предполагаемые тяжелые последствия, что может стать источником дополнительных невротических расстройств или даже стать причиной патологического невротического формирования личности.

Ю.С.Шевченко (1979) - известный детский психиатр, - изучая динамику и исходы невроза навязчивых действий, выделил предвестники и начальные признаки перехода физиологических форм поведения детей в патологические привычные действия. Одновременно автор рекомендует выявлять симптомы *трансформации привычных действий из категории навязчивых в категорию патологических черт характера и глубокого личностного изменения*. Критериями такой патологической трансформации являются следующие проявления:

-явное учащение эпизодов патологических привычных действий и увеличение их продолжительности;

-генерализация действий, нарастание их полиформизма, распространенности приемов, способов используемых объектов и т.п. (например, кручение и выдергивание волос не только у себя, но также у матери и других лиц, выдергивание ворса из одеяла, игрушек и других пушистых предметов; сосание и кусание не только своих пальца и ногтей, но также ручек, карандашей, одежды и т.д.);

-тенденция к взаимному сочетанию нескольких видов патологических привычных действий: сосания пальца с ковырянием в носу; выдергивания волос с кусанием ногтей, дерганием уха; раздражение половых органов с раскачиванием туловища и биением головой;

-доминантный характер патологических привычных действий в плане получения удовольствия и преобладающего интереса, с трудностью отвлечения от этого занятия и переключения внимания, с упорным возвратом к этим действиям, несмотря ни на какие ограничительные и запретные меры;

-извращенная манера получения субъективного удовольствия от совершения указанных действий с нарастающей их интенсивностью и в сочетании с болезненностью и даже с самоповреждениями.

В профилактике патологических привычных действий, которые могут сохраниться, рецидивировав, и во взрослом периоде жизни, важным является налаживание правильного воспитания ребенка и позитивной семейной атмосферы. Основным методом лечения таких расстройств поведения является психотерапия - сначала индивидуальная, а затем непременно семейная.

5.4.3. Зависимости, связанные с любовью и сексуальным инстинктом

Известно, что «любовь и голод правят миром». Эти слова принадлежат известному германскому поэту и врачу Фридриху Шиллеру. Но задолго до него, более 2,5 тыс. лет т.н. Будда указывал, что «половое влечение острее крюка, которым укрощают диких слонов; оно горячее пламени, оно подобно стреле, вонзающейся в тело человека». З.Фрейд также подчеркивал, что сексуальное влечение (либидо) - это основная энергия жизни.

Замечательный и ярко-художественный пример сексуально озабоченного, т.е. зависимого состояния личности можно найти у писателя Леонида Андреева в повести «В тумане». Ее герой - Павел Рыбаков - натура хрупкая, психопатизированная, выросшая на ниве алкоголизма, порнографии и проституции. Вот как психологически проникновенно писатель описал его отношение к женщинам: «Среди идущих были

женщины и их присутствие придавало картине сокровенный и тревожный смысл. Улицы, дома, люди - все стремилось к ним, жаждало их. Слово женщина было огненными буквами выжжено в мозгу Павла... Люди говорили тихо, но когда встречалось слово женщина, они как будто выкрикивали его... и это было для Павла самое фантастическое, непонятное и страшное слово... Воспоминания (о женщинах) врезались в его душу, как острый нож в живое мясо... Когда он спал, они огненными призраками вырастали из глубины его существа; когда он бодрствовал, какая-то страшная сила брала его в свои железные руки и бросала в объятия... женщин».

В норме главная жизненная сила полового инстинкта (лат. *sexus* - пол) состоит в желании нравиться и соединяться. Не случайно говорят, что любовь слепа. И мужчина, и женщина могут до умопомрачения жаждать друг друга, как бы сдаются в плен друг другу. В этом уже заложена основа созависимости, если влечение обоюдное, или зависимости - если оно одностороннее. Особенно, если чувства пылают страстью. Предмет страстной любви называют пассией, а фр. *passion* и лат. *passio* обозначает не только страсть, но и страдание, т.е. уже - зависимость.

Чувство Любви вечно в том смысле, что оно не забывается. Даже если Любовь ушла - остается щемящая грустная радость и свет в прошлом нашего Я. Но еще сильнее чувство несвободы в Любви от того, что она есть единение с Тайной Жизни, с Высшими Силами и Высшим Разумом, с Духом и Одухотворенностью. Кроме того сама Любовь еще не дает Гармонии Жизни. Нужны такие важные взаимоотношения - связи, как уважение, дружба и физическое принадлежание друг другу.

Нормальные межполовые отношения являют собою, таким образом, пример нормальной созависимости, в которой люди, если повезет, находят радость и счастье. Однако уже безответная любовь, пусть самая нормальная, может доставить много страданий и даже стать

очень серьезной проблемой и привести к самым неожиданным последствиям. Так устроен человек! Поэтому и «нормальным влюбленным» может понадобиться психологическая помощь с необходимостью коррекции зависимости. В психиатрической науке, однако, самостоятельным большим разделом являются расстройства личности и поведения, обусловленные разнообразными патологическими сексуальными влечениями. Рассмотрим их в соответствии с принятой в нашей стране международной классификацией (МКБ-10).

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (рубрика F 66). Сама по себе сексуальная ориентация в настоящее время не рассматривается в качестве расстройства, однако личность от нее зависит, поскольку ею определяется сексуальный тип индивида и его половые отношения.

Половой социальный статус или, точнее, сексуальный тип индивида можно охарактеризовать одним из нижеследующих четырех вариантов:

- *пубертатный* (созревающий, становящийся, неоформленный);
- *гетеросексуальный* (имеются четкая уверенность своей половой принадлежности к одному из полов и четкое предпочтение представителей противоположного пола);
- *гомосексуальный* (уверенность в своей принадлежности к одному из полов сочетается с привлекательностью и предпочтением представителей своего пола);
- *бисексуальный* (уверенность в своей принадлежности к одному из полов сочетается с привлекательностью обоих полов, а предпочтение зависит от складывающихся обстоятельств).

Очевидно, что личность каждого человека зависит от его сексуального типа и в рамках каждого из них могут быть свои «пагубные страсти», т.е. аддикции, относящиеся к категориям обыденной жизни. Однако бывают *расстройства полового созревания, когда пациент*

страдает от сомнений в половой принадлежности или сексуальной ориентации. Такие сомнения, как правило, сопровождаются депрессией, тревогой, фобиями. Особенно часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые либо еще не определились в своих ориентациях, либо после периода явно стабильных отношений обнаружили, что неуверенны в своем сексуальном типе или почувствовали, что он изменяется. Бывают случаи *эго-дистонической сексуальной ориентации*, когда половая принадлежность и сексуальные предпочтения не вызывают сомнений, но индивидуум из-за наличия психических отклонений хочет, чтобы у него был другой сексуальный тип и может настаивать на лечении с целью изменить свою ориентацию, хотя ему в первую очередь нужна помощь психиатра.

Расстройства половой идентификации (рубрика F 64). Здесь речь идет о нарушении *полового самосознания и полоролевого поведения.* Симбиотические отношения ребенка с одним из родителей сильно ослабляют восприятие у ребенка собственной половой идентичности. При жестоком обращении со стороны родителей, особенно при их явной неудовлетворенности полом ребенка, у детей могут зафиксироваться стойкие фантазмы с мыслями принадлежать другому полу, тогда и обращение будет может быть лучше. З.Фрейд отмечал, что нарушения половой идентификации чаще происходят тогда, когда ребенок чрезмерно отождествляет себя с родителем противоположного пола - например, мальчик слишком привязанный к матери и мало общающийся с отцом. В подобного рода ситуациях развиваются уже с 3 лет либо недостаточные фемининность у девочек и маскулинность у мальчиков, либо, наоборот, чрезмерная маскулинность как у мальчиков, так и у девочек, или чрезмерная фемининность у тех и у других.

Факторами в усвоении своего пола являются не только биологические (гормоны, наследственность, состояние головного мозга),

но так же психологические: отношения с родителями, общение со сверстниками, предпочтительные игры, особенности одежды, воспитание и подготовка к жизни в качестве будущих отца, мужа, мужчины или матери, жены, женщины.

Расстройства половой идентификации представлены следующими видами.

Транссексуализм (F 64.0). Зависимость личности проявляется здесь наличием желания и стремления быть принятым в качестве лица не своего, а противоположного пола. Осознание своего анатомического пола сопровождается тягостным чувством дискомфорта. Ощущение неадекватности своего пола формируется с детства и особенно остро проявляется в юности.

Больные предпринимают всевозможные меры, чтобы изменить свой пол:

- стремятся получить гормональное и хирургическое лечение;
- изменяют свое имя, носят одежду другого пола и усваивают его поведенческие манеры;
- влюбляются в представителей другого пола и стараются влюбить их в себя;
- стремятся заниматься профессиональной деятельностью, предпочтительной для другого пола;
- проводят различные процедуры с целью изменения своего внешнего вида (мужчины устраняют оволосение, заводят женские прически, пользуются макияжем; женщины стягивают молочные железы, наращивают мускульную массу и т.п.).

Транссексуализм часто сочетается с психопатиями и злоупотреблением психоактивными веществами. Нуждается в отграничении от бредового расстройства.

Трансвестизм двойной роли (F 64.1). Понимается как вторичный транссексуализм с непостоянным, временным и несильно выраженным желанием (неистинным желанием) стать представителем другого пола. Ношение одежды противоположного пола у этих больных связано с обострением потребности почувствовать себя другим, испытать от этого удовлетворение, утолить это влечение и больной комфортно ощущает себя в своем анатомическом поле до следующего обострения потребности.

Расстройства сексуальных влечений (парафилии - нарушения сексуального предпочтения, рубрика F 65). Так обозначаются извращения сексуального влечения по объекту выбора и по способам совершения полового акта или вообще по способам получения полового удовлетворения. Отклонений этого рода существует большое множество, но прежде всего их следует разделить на два типа.

Во-первых, в медицинской сексопатологии выделяют понятие *аномалий влечений*. Их можно представить по аналогии с акцентуациями характера как вариант нормы, однако нормы краевой, неустойчивой, легко переходящей в патологические формы при развращении, растлении, в состояниях опьянения, при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Такие люди способны к двойной жизни: они могут иметь обычные партнерские половые отношения, иметь семью, детей, ничем внешне не отличаться от других, но потом неожиданно для всех, чаще под влиянием алкоголя или наркотика, могут проявить себя, например, изнасилованием ребенка да еще в извращенной форме.

Второй вариант представляют лица с *сексуальными девиациями*, т.е. более глубокими изменениями личности и психики в целом, с изначальным отсутствием интереса к нормальным и естественным формам межполовых отношений. Они не способны к обычным ухаживаниям, не способны любить, но их извращенные потребности могут быть всезахватывающими и овладевающими и они научаются и приобретают

изоощренный опыт завлекать свои жертвы. Что же касается моральных задержек и внутреннего торможения, то их личность, как правило, лишена всего этого. Они в основном стерильны в плане угрызений совести, чувств страха, стыда или вины. Тем не менее они отдают отчет своим деяниям и пытаются уйти от ответственности. Особенно опасной формой является *обсессивно-компульсивный (навязчиво-овладевающий) сексуальный садизм* с крайне жестокой сексуальной агрессией и серийными убийствами, получивший в последние годы название «феномен Чикатило» - по имени человека, совершившего такие убийства в Ростовской области России. А.О.Бухановский с соавторами (1994), обстоятельно изучившие данный феномен, подчеркивают, что он *соответствует всем критериям психической и физической зависимости личности*. Вместе с тем хорошо известно, что в соответствии со статьей 22 УК РФ лица с подобного рода психическими расстройствами не освобождаются от уголовной ответственности за свои деяния - так же, как и за преступления, совершенные в состоянии опьянения любым психоактивным веществом (ст. 23 УК РФ).

Сексуальные девиации делят на две группы:

- отклонения по объекту сексуального влечения;
- отклонения по способу реализации сексуальных потребностей.

Мы не считаем необходимым давать им здесь подробное описание. Отметим только основные направленности в них.

Расстройства по объекту сексуального влечения. Сюда относятся:

- *фетишизм* (сексуальный символизм, когда объектом полового влечения является одежда или какой-либо иной предмет);

- *тигмаллионизм* (монументофилия - разновидность фетишизма, при которой роль объекта играют фигуры человеческого тела: статуи, статуэтки, картины, фотографии);

- *ретицизм* (разновидность фетиша, при которой роль фетиша играет обувь, например туфелька);
- *педофилия* (половое влечение к детям);
- *эфебофилия* (половое влечение к мальчикам-подросткам);
- *нимфофилия* (влечение к девушкам-подросткам);
- *зоофилия* (влечение к животным: скотоложество, содомия);
- *нарциссизм* (объектом полового влечения является собственное тело);
- *некрофилия* (некротомия: влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий);
- *геронтофилия* (половое влечение к лицам пожилого возраста и старикам) и др.

Расстройства сексуального влечения по способу его удовлетворения:

- *сексуальный садизм* (термин произошел от имени французского маркиза де Сада, brutally насилувавшего женщин; при садизме половое удовлетворение достигается путем причинения партнеру физических страданий);
- *мазохизм* (термин связан с именем австрийского писателя Леопольда Захера Мазоха, описавшего, как его персонажи получали сексуальное удовлетворение от агрессивного с ними обращения);
- *вампиризм* (стремление ощущать вкус крови партнера, чаще - путем укусов, и тем самым обеспечить себе сексуальное удовлетворение);
- *вуайеризм* (влечение к подглядыванию за половыми актами или за обнаженными объектами сексуальных предпочтений);
- *эксгибиционизм* (периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям обычно противоположного пола, которая может сопровождаться мастурбацией);

- *фроттаж* (получение сексуального удовлетворения путем трения в толпе, транспорте и других тесных местах);

- *плюрализм* (групповой секс с вуайеризмом и эксгибиционизм);

- *зоосадизм* (разновидность зоофилии и садизма, доставляющая удовольствие от мучения животных).

Общим для обеих групп расстройств полового предпочтения является то, что индивидuum, будучи зависимым от девиантных влечений, или поступает в соответствии с ними, или испытывает сильный дистресс, если сдерживает себя или не может реализовать влечение по объективным причинам. Интенсивность патологических сексуальных влечений обычно колеблется, как и фантазии, связанные с ними, периодически усиливаясь, а затем ослабляясь на какое-то время, особенно, если влечение удалось утолить. Однако, *чем чаще влечение удовлетворяется, тем сильнее и постояннее оно дает себя знать и тем изощреннее будут нужны объекты и способы для его удовлетворения.* Иначе говоря, здесь тоже имеет место рост толерантности, изменение реактивности и прогрессирование расстройств с патологическим развитием личности.

ГЛАВА 6. ЛИЧНОСТЬ И ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

6.1. Понятие о психогениях

Термин «психогении» предложил в 1904 г. R.Sommer для обозначения психических расстройств, обусловленных тяжёлыми переживаниями. Сами нарушения психогенного происхождения известны с глубокой древности. Ещё Эразистрат – знаменитый древнегреческий врач, живший в 3в. до н.э., - исцелил глубокую депрессию из-за безнадежной любви у сына Сирийского царя Антиоха. В средние века описывалось множество психозов в форме «одержимости бесом», превращения в животных (например, - ликантропия), «одичания», которые в начале 20 в., благодаря исследованиям J.Charcot, а затем S.Freud стали рассматриваться как психогенные истерические состояния. Основную характеристику психогениям дал K.Jaspers в первой половине 20 в. Он выделил три общих их свойства: связь расстройств по времени с действием психической травмы; психологическую понятность переживаний больных и фабулы болезненных проявлений; регресс расстройств и их обратимость по мере уменьшения значимости травмирующей ситуации. Дальнейшее изучение диагностической значимости данных критериев показало их относительность, возможность отставленных психогенных расстройств и не обязательную их психологическую понятность. Поэтому современное понимание психогений основывается на более уточнённых научных представлениях

Психогениями называются психические заболевания, развивающиеся функциональным путём – вследствие лично значимых интенсивных переживаний (острых или хронических), вследствие шокирующих чрезвычайных обстоятельств (особенно – с угрозой для жизни), а также вследствие нервных перенапряжений и срывов из-за трудно разрешимых ситуаций, проблем и конфликтов.

Этиологическая структура психогений представлена психотравмирующими обстоятельствами (ведущий фактор), а также факторами предрасположения (индивидуальная уязвимость, церебральная «почва»). Выяснение этиологической структуры имеет важное практическое значение для понимания происхождения психогений и диагностики их конкретного вида.

Психотравмирующие обстоятельства являются непосредственной причиной психогенных заболеваний. Наиболее частые из них – семейно-бытовые ситуации: супружеские конфликты, развод, ссоры с родителями, смерть и тяжёлые заболевания близких людей; отсутствие любви, ревность, измена; материальные затруднения и личная неустроенность, одиночество. Далее следуют служебные и производственные неурядицы и конфликты, нелюбимая работа. К психогениям могут привести также страх перед каким-то событием или перед какими-то людьми, угрозы, ограбление, пленение, избиение, изнасилование; терроризм, захват в заложники, стихийные бедствия, аварии и катастрофы; испуг (особенно у детей); сексуальные неудачи. Психогенным также может быть необдуманное, недеонтологическое поведение медицинского персонала, ведущее к ятрогениям.

При оценке психотравмирующих событий важно определять личностное к ним отношение. Так, например, одному мужчине А. 52 лет, заместителю начальника цеха, предложили должность первого руководителя – стать начальником цеха. На первый взгляд, со стороны, это радостное событие. Так его и воспринял молодой врач – психиатр, к которому обратился больной А. Оказалось, что больной по характеру робкий, неуверенный, мнительный. Будучи знающим специалистом, он справлялся со своими обязанностями за спиной начальника, который брал на себя все важные решения. Больной А. понимал, что ему будет чрезвычайно сложно быть первым руководителем, но ему не хватало

смелости решительно отказаться от предложения. Мучаясь в своих сомнениях, он довёл себя до депрессивного состояния. Поскольку ему было уже 52 года, то молодому врачу 28 лет показалось, что одного возрастного фактора достаточно для того, чтобы депрессию связать с атеросклерозом сосудов головного мозга. Когда врачу возразили и спросили, а нет ли здесь психотравмирующей ситуации, он ответил: «какая же это травма, когда предлагают повышение по службе». Действительно, для большинства людей это будет приятным событием, но, оказывается, не для всех.

Факторы предрасположения – это то, что снижает порог к стрессам и стрессоустойчивость, повышает уязвимость. Маркеры уязвимости: наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение; меланхолический и холерический темпераменты; выраженная акцентуация характера или психопатический его склад; дефекты воспитания; завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни; привычка во всем спешить; психическая сенсбилизация предшествующими переживаниями, наличие закомплексованности.

«Почвой» психогений являются сопутствующие заболевания и последствия перенесенных поражений головного мозга, приведших к его резидуальной органической недостаточности (патология родов, в частности – асфиксия в родах; менингиты и менингоэнцефалиты; вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов; острые и хронические отравления; ранее перенесенные черепно-мозговые травмы). Органическая и соматическая «почва», с одной стороны, тоже повышают уязвимость к стрессам, а с другой, - видоизменяют и усложняют клиническую картину и течение психогенных заболеваний.

Классификация психогений по МКБ-10

1. *Острая реакция на тяжелый стресс* (F43.0);
2. *Посттравматическое стрессовое расстройство* (F43.1);
3. *Хронические изменения личности* после переживания катастрофы или психической болезни (F62.0-1);
4. *Расстройства адаптации* (F43.2);
5. *Невротические расстройства* (неврозы F40-42; F44-48);
6. *Реактивные психозы* (реактивная депрессия – F32; реактивный галлюциноз – F23.3; реактивный параноид - F 23.3; истерические психозы F44).

6.2. Острая реакция на тяжелый стресс

Понятием стресс в начале 20 в. обозначались те расстройства психики у участников боевых действий, которые были известны под названием «травматический невроз», а позже стали именоваться посттравматическим стрессовым расстройством. Н.Selye разработал теорию стресса. Ранее стресс рассматривался, как состояние, вызываемое травмой. В настоящее время стресс трактуется как напряжение гомеостатических и защитных механизмов психики и организма в целом, вызываемым любыми чрезмерными воздействиями, как внешними, так и внутренними. Наряду с физиологическими стрессами, способствующими адаптации, стали выделять стрессы патологические – дистрессы, превосходящие физиологические возможности организма и оказывающие из-за этого разрушительное воздействие.

К реакциям на тяжёлый острый стресс относятся те расстройства психики, которые возникают в чрезвычайных ситуациях, содержащих прямую угрозу гибели человека: землетрясение, наводнение, пожар, катастрофы, аварии, преступное нападение, взятие в заложники, пленение

и пытки, ограбление с угрозой убийства, изнасилование, террористические акты, погромы, помещение в концентрационный лагерь, участие в боевых действиях и т.п.

События подобного рода относятся к категории шокирующих, угрожающих не только безопасности, но и самому существованию человека.

Расстройства, с ними связанные, ранее назывались *аффективно-шоковыми психозами*. Они развиваются у большинства подвергшихся тяжелому стрессу (от 50 до 80%, а у детей – практически до 100%).

Симптоматика острых реакций на тяжёлый стресс сложная и динамичная. Основным проявлением здесь является оглушенность (шок) с сужением сознания и поля внимания, с дезориентировкой и неспособностью адекватно соображать и действовать. Выделяют две клинические формы шоковых реакций в зависимости от состояния сферы деятельности и поведения: гипокинетическую и гиперкинетическую.

Гипокинетический вариант острой реакции на тяжёлый стресс соответствует понятию «мнимой смерти» (Kretschmer E., 1924). Пострадавшие цепенеют от ужаса вплоть до ступорозного состояния, выглядят безучастными к происходящему, заторможенными, не отвечают на обращения к ним, взгляд их устремлен в пространство (аффектогенный ступор или субступор с мутизмом). Вследствие полной обездвиженности больные могут оставаться на том месте, где возникли у них аффекты страха – ужаса (острые шоковые реакции впервые были описаны К.Kleist в 1917 г. под названием «психоз ужаса»).

Гиперкинетический вариант тяжелой реакции экстремальных ситуаций проявляется тем, что E.Kretschmer (1924) назвал «двигательной бурей». Пострадавшие теряют целенаправленность в своём поведении, ими овладевают сильное беспокойство с тревогой и страхом, нарастает аффективное психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями,

бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности (фугиформная реакция).

В зависимости от глубины аффекта и расстройств сознания острая реакция на стресс может быть лёгкой (F43.01) и тяжёлой (F43.02).

Продолжительность аффективно-шоковых расстройств в благоприятных случаях от нескольких часов до 2-3 дней. Они проходят тем быстрее, чем скорее пострадавшие покидают зону опасности. По выходе из острого психоза остается глубокая астения, длящаяся несколько недель. При неблагоприятном течении острых стрессовых нарушений (F43.0) они трансформируются в посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Неотложная помощь лицам, оказавшимся в чрезвычайных ситуациях, угрожающих жизни, заключается в следующих мероприятиях.

1. По мере возможности следует помочь пострадавшим покинуть зону опасности и то место, где развернулись стрессовые события.

2. Внутримышечно взрослым больным в аффективном шоке вводится 2 мл 0,5% раствора диазепама (реланиума), а также один из антидепрессантов: при гипокинетической форме реакции – активирующий антидепрессант имипрамин (мелипрамин) 2 мл 1,25% раствора; при гиперкинетической реакции – седативный антидепрессант amitриптилин (2 мл 1% раствора).

3. Пострадавших успокаивают также с помощью слов, эмоционального тепла, оказывают им поддержку, приободряют их; по возможности уточняют психическое состояние; осторожно выясняют, нет ли суицидальных намерений; если позволяют обстоятельства, передают больных либо родным, либо медицинским работникам для дальнейшей помощи, а затем – реабилитации.

Лечение. После оказания неотложной помощи важно стабилизировать состояние пострадавших, чтобы предотвратить развитие

посттравматического стрессового синдрома. Для этого рекомендуется назначение *бета-адреноблокаторов* (пропранолол, тразикор); *анксиолитиков* (симптоматическая коррекция кратковременными курсами транквилизаторов: диазепам, феназепам, алпразолам, клоназепам); *нормотимиков* (с целью стабилизации настроения: карбамазепин, депакин, карбонат лития); *мягких нейролептиков* (тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен, тиапридал); *антидепрессантов* – с дифференцированным выбором с седативным действием (малые дозы миансерина, тразодона) или с сбалансированным эффектом (тианептин, пирлиндол, пипофезин). При более глубоких депрессиях с тенденцией к затяжному их течению назначаются высокоактивные трициклические антидепрессанты (имипрамин, кломипрамин, амитриптилин) или тетрациклические (мапротилин). *Психотерапия* включает в себя релаксационные методы, семейную и групповую психотерапию, когнитивно-бихевиориальную коррекцию.

На любом этапе работы с лицами, перенесшими тяжёлый стресс, требуются максимальная чуткость, забота, внимательность. По мере регресса шоковых проявлений необходимо психотерапевтически мобилизовать личностные ресурсы, нацелить пострадавших на будущую активную жизнь, всячески укреплять в их самосознании чувство самоценности и дальнейшего смысла жизни, активировать на оказание помощи и поддержки другим нуждающимся (это укрепляет веру в себя и отвлекает от собственных мрачных размышлений). До тех пор пока психическое состояние пострадавших не выровняется стабильно, не следует оставлять их в одиночестве.

6.3. Посттравматическое стрессовое расстройство

Ещё в период гражданской войны в Америке DaCosta (1871) описал «солдатское сердце» - кардиологические симптомы у участников боевых действий. В 1888 г. Н.Оппенгейм предложил характеризовать у них всю совокупность расстройств понятием «травматический невроз». Ряд войн 20-го века предоставил психиатрам массивный материал по данному виду психических нарушений. Одновременно было установлено, что они возникают не только в боевых условиях, но и вследствие стихийных бедствий, тяжёлых катастроф и в других чрезвычайных ситуациях. Война во Вьетнаме и связь с нею многочисленных расстройств психики побудили американских психиатров и психологов к более глубокому изучению нарушений этого типа. В 1980 г. М.Д.Норowitz предложил назвать их синдромом посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Под таким названием они вошли во все мировые классификации.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) возникает как затяжная или отставленная реакция на тяжёлый стресс.

Больные страдают от навязчивых воспоминаний пережитого, от овладевающих представлений о нём, от кошмарных сновидений с фабулой стрессовых событий. У них отмечаются эмоциональная гиперестезия, повышенная эмоционально-вегетативная лабильность, неожиданные вспышки страха, паники или агрессии. Наблюдается избегание всего того, что хотя бы как-то напоминает о пережитых ужасах. Однако по совершенно незначительным поводам или даже без всякого повода нередко возникают вспышки (флэшбек) внезапной визуализации воспоминаний до мельчайших подробностей (память чувств, память сердца). Такие состояния могут сопровождаться чувством вины, если не удалось спасти кого-то из родных или друзей.

Обычные эмоции и чувства при ПТСР притуплены, выхолощены, опустошены. Имеет место эмоциональное выгорание. Отсутствует способность радоваться, веселиться (ангедония). Приятные вести не воспринимаются. Одновременно с этим отмечаются тревожность, депрессивность, агрессивность или аутоагрессивные тенденции. Заостряются чувство справедливости, ранимость, обидчивость. У многих больных ПТСР имеют место суицидальные попытки, алкоголизация, наркотизация.

Для диагностики ПТСР необходима доказанность следующих критериев (признаков):

1. Чрезвычайного события с острым тяжёлым стрессом для данного больного.

2. Расстройства проистекают из шокового состояния и плавно переходят в затяжное течение с проявлениями синдрома ПТСР.

3. Если плавного перехода не было, а ПТСР проявилось как отставленная реакция, то она принимается в расчёт на протяжении не более 6 месяцев после дистресса и, самое главное, лишь в том случае, когда налицо повторяющиеся наплывы навязчивых воспоминаний и овладевающих представлений в дневное время. Для диагностики ПТСР с началом через несколько месяцев после шокирующих событий недостаточно констатации тревожных, обсессивно-компульсивных и депрессивных расстройств, поскольку они часто встречаются в отдаленном периоде после острого тяжелого стресса так же, как и вегетативные расстройства. Их следует отнести к категории невротических нарушений, но не ПТСР.

Своевременная и качественная помощь пострадавшим от тяжелых стрессов, дальнейшая их реабилитация в центрах психотерапии и психологической помощи предотвращают развитие ПТСР у большинства пострадавших. Однако в реальности далеко не все пострадавшие могут

получить помощь по полной программе. Поэтому ПТСР в современной действительности может оказаться весьма распространённым – в зависимости от частоты и массовости чрезвычайных ситуаций и травматических событий.

Лечение ПТСР предусматривает широкое применение *антидепрессантов и психотерапии*. При выраженных и частых эпизодах тревоги и вспышек воспоминаний показаны миансерин, тразодон. При преобладании вялости и апатии назначаются активирующие антидепрессанты флуоксетин, моклобемид. При смешанных тревожно-депрессивных состояниях целесообразны сбалансированные антидепрессанты (тианептин, пирлиндол, сертралин). Мягкие *нейролептики* используются, когда имеют место агрессивность и психопатоподобное поведение (тиоридазин, алимемазин, неуплептил, хлорпротиксен). Во время приступов страха, паники, агрессии и состояний типа флэшбек могут понадобиться короткие курсы лечения бензодиазепиновыми *транквилизаторами* (диазепам, феназепам, клоназепам, алпрозолам).

При проведении *психотерапии* применяются релаксационные и когнитивно-поведенческие методы, проводится семейное психологическое консультирование, оказывается социальная поддержка и помощь. С целью продолжительной стабилизации настроения назначают нормотимики (карбамазепин, карбонат лития, депакин).

Реабилитация лиц с ПТСР должна проводиться в специальных центрах желательно на анонимной основе. Процесс работы с больными сочетает в себе психотерапию имеющихся нарушений с психологической коррекцией личностной позиции и отношения к своему состоянию и к происшедшему в целом. Формируется спокойно-адекватный взгляд на симптомы расстройств, как естественные и неизбежные для тех обстоятельств. Укрепляется позитивное отношение к терапии и будущей

жизни. Больных научают с помощью специальных тренингов владеть собою и контролировать свои переживания. Во взаимодействии с клиническими психологами и психотерапевтами не избегают разговоров о пережитом. Наоборот, размышляют о случившемся и прорабатывают травматический опыт, изливают чувства, освобождаются от тяжёлых эмоций. Многим пострадавшим в этот период могут понадобиться самые различные виды социальной помощи, оказание которой будет способствовать восстановлению здоровья. Вместе с тем важно следить, чтобы у больных не сформировались рентные установки получать те или иные выгоды от своей болезни. Эффект вторичной выгоды приведет к хронизации расстройств.

Посттравматические стрессовые расстройства в небольшой части случаев обнаруживают хроническое течение более 2-х лет и приводят к хроническим изменениям личности (F62.0). Обычно это связано с крайне тяжелым, длительным и опустошительным воздействием травмирующего события (пребывание в плену, концентрационном лагере, длительный захват в заложники, продолжительные последствия стихийных бедствий). Этому способствуют также предрасполагающие факторы, такие как повышенная личностная уязвимость, низкая стрессоустойчивость, предшествующие невротические и соматические заболевания. Однако все они вовсе не обязательны, поскольку и без них вполне достаточно бывает одного тяжёлого стресса. Встречаются случаи, когда хронические изменения личности развиваются малозаметно, постепенно и без явных проявлений ПТСР.

6.4. Расстройства адаптации

Ещё Р. Janet (1911) – один из основоположников учения о невротических расстройствах – отмечал, что в их основе лежат нарушения не каких-то простых или отдельных функций, а расстройства высших

функций человеческой психики – функций адаптации. Ю.А.Александровский в работе «Состояние психической дезадаптации и их компенсация» (1976) показал, что речь идет о системных нарушениях в организации поведения.

Чем осознаннее процесс адаптивного реагирования, тем в большей мере мобилизуются личностные ресурсы, тем осмысленнее личностная позиция.

Признаками адекватной адаптации являются:

- полная оценка ситуации прогнозирование её развития;
- самодиагностика (оценка своего состояния, своих возможностей, своей роли и ответственности);
- способность осуществить поиск рациональных путей решения проблемы и выхода из сложившейся ситуации;
- способность мобилизоваться, принять решение и осуществить его выполнение.

Адаптация может быть неполноценной, т.е. психологически защитной, суррогатной (заместительной).

Признаками психологически – защитного адаптивного поведения являются:

- **пассивно-защитное поведение** (заискивание, угодничество, подчиненность, смирение, елейность, слащавость, сверхаккуратность).
- **активно-защитное поведение** (протест, негативизм, отказ, уход, раздраженность, озлобленность, дерзость, агрессивность, мстительность, упрямство, психологическое давление и сопротивление);
- **интрапсихическая переработка переживаний** с механизмами рационализации и самооправдания; вытеснения и отрицания; перенесения и проекции; подавления и мировоззренческого «алиби»;
- **защитно-манипулятивное поведение** (манипулятивные «игры» с ролями жертвы, преследователя, раба, хозяина, спасителя и мн. т.п.;

наигранное оживление и «уход» в разгул, пьянство; повышенная активность и уход в «работу»; щадяще-защитный стиль жизни и «уход» в болезнь и лечение; аутизм, самоизоляция и «уход» в мистику и суеверие; регресс личности и «уход» в детство и др.);

- **появление и заострение «защитных» черт характера**, дающих личности психологическую «выгоду» (душевная холодность и апатия; скептицизм и ироничность; пассивная подчиняемость и конформизм; ненависть и ожесточенность; садизм или мазохизм; альтруизм или гедонизм; истерические или психастенические черты; астенические или гиперстенические и др.);

- **аномальные адаптивные реакции** (протеста, оппозиции, бегства, агрессии, отчуждения, ненависти, гиперкомпенсации, ухода, бродяжничества, группирования и т.п.; их аномальность состоит в отсутствии конструктивной позиции и в получении суррогата психологической выгоды).

К патологическим реакциям, возникающим в период попыток адаптироваться к жизненным трудностям, относятся состояния:

- депрессивные и тревожно-депрессивные;
- тревожно-фобические и панические;
- ипохондрические;
- истерические;
- паранойяльные;
- анозогнозические или гипернозогнозические;
- аутоагрессивные (суициды, самоувечья, отравления, алкоголизация, наркотизация, неконтрольное употребление психотропных средств);
- асоциальное поведение (повреждение имущества, поджоги, агрессия, насилие и т.п.);
- аддиктивное поведение (привязанность к врачу; зависимость от методов лечения, процедур обследования и консультирования;

привязанность к своей болезни и нежелание с нею расставаться; пристрастие к психоактивным веществам).

Все они представляют собою расстройства адаптации.

Расстройства адаптации (F43.2) возникают при значительных изменениях в жизни индивидуума и (или) вследствие стрессовых жизненных событий, не содержащих прямой и непосредственной угрозы его физическому существованию.

Стрессовый фактор может относиться к самым различным сторонам жизнедеятельности человека: социальное положение и социальные отношения, жизненные привязанности и ценности, уклад жизни, состояние здоровья (своего и здоровья дорогих людей).

В настоящее время причинами расстройств адаптации наиболее часто являются:

- потери близких, переживание разлуки;
- положение беженца, миграция;
- положение безработного;
- тяжелое материальное положение;
- общая неудовлетворенность жизнью и (или) утрата смысла жизни;
- утрата имущества и (или) сбережений;
- тяжелая болезнь (своя или близкого человека);
- развод или смерть одного из супругов и наступившее одиночество.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что существует *дезадаптационная предрасположенность*, когда для возникновения нарушений адаптации достаточно всего лишь «обыденных трудностей обыденной жизни» (Павлов И.П., 1938) или «повседневных трудностей повседневной жизни» (Bleuler E., 1921).

В зависимости от предрасположительных условий возможны четыре типа условий для развития нарушений адаптации:

1. Неблагоприятные обстоятельства жизни являются массивными, сверхсильными и сверхактуальными для данной личности, которая не в состоянии их вынести, несмотря на полное их понимание.

2. Патогенность ситуации, с объективной точки зрения, невысокая, однако личность ранее уже была психически сенсibilизирована к подобно рода обстоятельствам и поэтому чрезмерно реагирует на них.

3. Патогенность жизненных событий сама по себе невысокая, однако больные из-за недостаточности интеллекта или вследствие эмоционально-аффективного состояния не смогли адекватно оценить ситуацию и выбрать конструктивную форму реагирования.

4. Независимо от степени патогенности ситуации патологическая реакция на неё со стороны больных может быть обусловленной предшествующим (коморбидным) расстройством: патологией личности, циклически-фазными изменениями настроения, невротическим состоянием, алкоголизмом, наркоманией и т.п.

Проявления расстройств адаптации различны и включают в себя снижение способности эффективно функционировать, способности справляться с повседневными задачами и делами, планировать и принимать решения, продуктивно трудиться. В целом снижение адаптации характеризуется *недостаточной способностью соответствовать требованиям жизни* (семьи, учебы, работы, социальной сферы, ухода за собою и т.д.).

Соматическими сигналами расстройств адаптации являются снижение выносливости, повышенная утомляемость, недомогание, головная боль, боль в теле, расстройство аппетита (снижение или расторможение), вегетативные дистонии, локальное или генерализованное повышение мышечного тонуса («мышечные зажимы»), снижение сексуального влечения.

Психологические сигналы дезадаптации характеризуются рассеянностью, забывчивостью, большим числом ошибок в работе, замедленностью реакций, неуместным эмоциональным реагированием (тревога, депрессия, страх, агрессия, раздражительность), повышенная эмоциональная чувствительность и уязвимость, неадекватные решения и действия.

Поведенческие сигналы нарушения адаптации представлены снижением организованности и целеустремленности в образе жизни, склонностью к драматическому поведению и эмоциональным вспышкам. Может отмечаться агрессивное и асоциальное поведение (особенно у подростков). Нередкими являются также алкоголизация и наркотизация.

В зависимости от преобладающих признаков в клинической картине нарушений адаптации в МКБ-10 выделяются следующие её разновидности.

F43.20 кратковременная депрессивная реакция (транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности).

F43.21 пролонгированная депрессивная реакция (лёгкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2-х лет, после чего оно трансформируется в хроническое депрессивное расстройство F34.1.).

F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция (отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, не преобладающие по уровню друг над другом).

F43.23 с преобладанием нарушения других эмоций (беспокойство, напряженность, гневливость, раздражительность, ревность, отчаяние, горе).

F43.24 с преобладанием нарушений поведения (негативизм, протестное поведение, группирование, агрессия, асоциальные поступки, суицидальное поведение, нарконаправленное поведение и т.п.).

F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения.

F43.28 другие преобладающие симптомы нарушений адаптации.

Лечение расстройств адаптации должно начинаться как можно раньше, чтобы предотвратить хронизацию нарушений и демобилизацию личности. *Транквилизаторы* при этом назначаются кратковременно (не более 1-3 недель) или прерывистыми курсами во избежание развития зависимости от них (диазепам, феназепам, альпразолам, клоназепам). *Антидепрессанты* используются только при выраженных депрессиях с тенденцией к протрагированию болезненного изменения настроения (тианептин, пирлиндол, пипофезин). Употребляются также *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, тразикор) – в комбинации с транквилизаторами и антидепрессантами. Могут понадобиться и *нейролептики (антипсихотики)* для коррекции поведения и настроения (тиоридазин, алимемазин, сульпирид), а также *нормотимики* (карбамазепин). *Психотерапия* при нарушениях адаптации включает в себя методы саморегуляции и когнитивно-поведенческие подходы, желательно в групповых условиях.

6.5. Неврозы (невротические расстройства)

Понятие «невроз» впервые употребил ещё в 1776 г. шотландский врач W.Cullen для обозначения «расстройств тела, чувств и движений, которые связаны не с местным поражением, а зависят от общего страдания». Сущность неврозов по W.Cullen, к сожалению, не была понята ни его современниками, ни большинством психиатров последующих поколений. Менее всего обращалось внимание на патогенетическую роль

«общего страдания», т.е. на переживания, которые могут трансформироваться в расстройства тела и движений. А ведь именно здесь заложена та мысль, которую значительно позже высказал S.Freud в его концепции о переносе (конверсии) энергии переживаний на системы организма, о соматизации переживаний.

В неврозах долгое время подчёркивались лишь два основных момента, а именно: их функциональный характер, т.е. независимость от органической патологии каких-либо органов, и допсихотический уровень их проявлений. Неврозы, как и психопатии, отнесли к так называемым пограничным психическим нарушениям – между нормой, с одной стороны, и психозом – с другой. Все психогении делились дихотомически: невроз – психоз. В результате почти до конца 20 в. понятие «невроз» оставалось «сборной корзиной». Она значительно уменьшилась после того, как были определены критерии острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств и нарушений адаптации. В отношении оставшихся видов расстройств и нарушений адаптации сохранилось понятие «невротических».

В группу невротических нарушений (F4 по МКБ-10) не включаются неврозоподобные («пограничные») симптомокомплексы, например, при шизофрении, органических поражениях головного мозга или при соматических заболеваниях. Сюда входят лишь психогенные допсихотические расстройства: тревожно-фобические, панические, обсессивно-компульсивные, диссоциативно-конверсионные, соматоформные, неврастенические, психогенная дереализация и деперсонализация, а также отдельные расстройства, развивающиеся в некоторых культуральных условиях (синдром Дата, Коро, Лата).

Основная причина невротических расстройств – внутриличностный конфликт, который ведёт к невротизации личности, психической и

психосоматической дисрегуляции, и который проявляет себя в невротических симптомах и синдромах.

Внутриличностный конфликт (ВЛК) – это неосознанная или плохо осознаваемая *противоречивость личности* вследствие столкновения противоположно направленных, но одинаково сильных, отношений, потребностей, интересов, ценностей, привязанностей, желаний, чувств, влечений.

Во внутреннем мире личности ВЛК существует в виде фиксированных эмоциональных установок и комплексов. Все они возникали и усиливались в процессе жизни, особенно в раннем детстве, по мере неудовлетворения базисных потребностей (см. невротическая личность). Эти потребности из-за недополучения чувства удовлетворения их в прошлые периоды жизни теперь переживаются обостренно. Они теряют свою утоляемость и обуславливают повышенную уязвимость личности по отношению к психотравмирующим воздействиям. Любые жизненные проблемы (большие или малозаметные) могут нажать на эмоциональную клавишу любого ВЛК и вызвать тем самым соответствующие расстройства.

В то же время анализ клинических и патогенезирующих зависимостей при неврозах показал, что они мультифакториальны (Лакосина Н.Д., 1970; Дереча В.А., 1974, 1994; Александровский Ю.А., 1976, 1993; Ушаков Г.К., 1978; Карвасарский Б.Д., 1982; Семке В.Я., 1988). Поэтому, как и при всех психогениях, в этиопатогенетической структуре неврозов участие принимают:

- психотравмирующие переживания (ВЛК);
- факторы предрасположения к невротическим расстройствам;
- соматоцеребральная «почва» (сопутствующие мозговые дисфункции и соматические болезни);
- предшествующая эмоциональная сенсibilизация личности.

Классификация невротических расстройств в МКБ-10

Симптоматические проявления невротических нарушений значительно шире реакций на стресс и адаптивных отклонений, потому что *невроты отвечают физиологическому плану всего организма*. Как отметил отечественный невролог Е.Краснушкин (1960), невроз начинается переживанием конфликта, а продолжается самыми различными психическими и соматическими расстройствами.

В МКБ-10 понятие «невроз» оставлено не в качестве основополагающего смысла, а для облегчения узнавания (идентификации) тех психогенных нарушений, которые теперь обозначены как «невротические и соматоформные расстройства». Все они объединены в раздел F4 и распределены по синдромальному принципу:

- F40: тревожно-фобические расстройства (всевозможные варианты фобий);
- F41: другие тревожные расстройства (без фобий);
- F42: обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивые мысли, действия, ритуалы, навязчивая умственная жвачка);
- F44: диссоциативные (конверсионные) расстройства (все варианты истерических нарушений, включая синдром Ганзера, множественную личность);
- F45: соматоформные расстройства (соматизированные психогенные нарушения по органам и системам, вегетативные дисфункции, алгии, ипохондрические проявления);
- F48: другие невротические расстройства (неврастения, синдром деперсонализации – дереализации, другие специфические невротические расстройства).

6.5.1. Тревожно-фобические расстройства

Тревожно-фобические невротические расстройства (F40) – это состояния тревоги, вызываемые определенными ситуациями или объектами, которые в настоящее время не являются опасными.

Больные пытаются избегать данные ситуации, переносят их с чувством страха. Возникающая при этом тревога ничем не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса.

Тревога представляет собою упреждающее волнение вследствие ожидания неблагоприятного развития событий или конкретной угрозы. Ожидание – универсальный механизм фиксации любых расстройств или случайных отклонений, боязнь (фобия) их повторения. Невроз ожидания развивается вследствие срыва или перенапряжения механизмов физиологических отправлений, инстинктов или привычного хода каких-то действий: чрезмерное волнение перед публичным выступлением после неудачного выступления; боязнь заикания после случайных «спотыканий» речи; торможение акта глотания – после случайного поперхивания; ожидание импотенции – после случайно неудачного акта; фобическое нарушение мочеиспускания – после случая неожиданного его прерывания. В этих и во многих им подобных видах невроза главное – мнительность, тревожность, упреждающее волнение: например, боязнь покраснеть или боязнь сердечного приступа – их еще нет, но пациент чувствует себя заранее так, как будто они уже есть, т.е. он фактически уверен в повторении тех отклонений, которые первый раз произошли неожиданно и случайно. Тревога часто сосуществует с депрессией.

Фобии – навязчивые страхи. Как любые навязчивости, они представляют собою психические автоматизмы, т.е. возникают помимо желания и воли, самопроизвольно, переживаются с чувством страдания и с потребностью избавиться от них. Сопровождаются тревожным ожиданием (фобофобия), гипотимией, а также вегетативным возбуждением (дрожь, бледность, тахикардия, потливость и др.).

Фабула фобий может быть любая и относиться даже к тому, о чем больной знает лишь понаслышке.

Выделяют следующие разновидности фобий.

А. По степени сложности:

- элементарные (например, страх высоты, воды и т.п.);
- ситуационные (боязнь определенных мест или предметов: лифтов и других закрытых пространств – клаустрофобия; острых предметов – оксифобия или айхмофобия);
- сложные, всезахватывающие фобии (полифобии, панфобии – относящиеся к большому множеству предметов, явлений, ситуаций).

Б. По сопровождающим поведенческим реакциям:

- фобии с реакциями избегания (вырабатывается система защитного поведения с ритуалами для предотвращения контакта с предметом или с ситуацией, например, - убрать всё острое и дважды повернуться через левое плечо; ритуалы в дальнейшем сами становятся навязчивыми);
- фобии с реакциями повторного контроля (например, при навязчивом страхе «грязи» и заражения – мизофобии – больные бесчисленное множество раз моют руки, пол, перепроверяют чистоту, собирают руками пыль и т.п.);
- фобии с реакциями противостояния (контрафобия – противодействие своему страху с выбором противоположного поведения: например при страхе высоты – акрофобии – больные могут пытаться стать

стюардами или даже лётчиками; у некоторых лиц вследствие этого наступает выздоровление, но у большинства развивается изнуряющая борьба с навязчивым контрфобическим поведением.

В. По смыслу и отношению к сферам жизнедеятельности:

- фобии совершить насилие над собою или над кем-то другим (суицидофобия, гомицидофобия – например у любящей матери страх удушить собственного ребенка);

- фобии внешних опасностей (сифилофобия, спидофобия, мизофобия, оксиайхмофобия и т.д.);

- фобии внутренних опасностей (канцерофобия, кардиофобия – инфарктофобия, инсультофобия, нозофобия и т.п.);

- фобии особых обстоятельств и ситуаций (страх открытых или закрытых пространств, социальные фобии: боязнь аудитории, страх покраснеть на людях, испытать позыв на рвоту или на мочеиспускание, боязнь экзаменов, высоты, воды и мн.т.п.).

Психогенез тревожно-фобических состояний в настоящее время рассматривается в единстве трёх подходов – *психоаналитического, бихевиориального и когнитивного.*

В соответствии с основными положениями теории психоанализа S.Freud, тревожно-фобические расстройства рассматриваются как ***патологическая форма психологической защиты.*** В её основе лежит глубинный внутриличностный конфликт (ВЛК) между неудовлетворенными базисными желаниями, с одной стороны, и угрозой наказания за удовлетворение этих желаний – с другой стороны. По механизмам психологической защиты угроза реального наказания вытесняется из сознания и замещается «меньшей опасностью» - фобией, поскольку с нею можно бороться и её можно избегать.

В возникновении ВЛК наибольшее значение, по психоанализу, придается фактору разлуки ребенка с родителями (особенно – с матерью),

недостатку родительских чувств любви и тепла, заботы, чувства общности. В результате *формируется бессознательный базисный страх остаться одному, без защиты, без поддержки, без помощи*. Базисный страх при случайных отклонениях в подходящих условиях проявляется клинически либо в виде панфобии, либо в форме изолированных фобий.

В соответствии с *поведенческим подходом*, тревожно-фобические расстройства возникают по принципу условно-рефлекторных связей (Wolpe J., 1973): когда-то имевшие место реальная тревога и реальный страх как будто забываются, но по механизмам ассоциаций оживляются, однако, - уже в отрыве от прежних факторов, сочетаются с нынешними факторами, не содержащими угрозы.

Когнитивный подход (Ellis A., 1989; Glasser W., 1998) в понимании тревожно-фобических состояний вскрывает у больных систему иррациональных убеждений и недостаточность чувства истинной реальности, приводящих к зависимости от своих познавательных ошибок и страхов.

Критериями для диагностики тревожно-фобических расстройств являются:

1. Тревога, обусловленная вполне определенными ситуациями, которые объективно не опасны.
2. Эти ситуации вызывают их избегание или страх.
3. Тревога может варьировать от легкой степени до ужаса.
4. Появление вегетативных симптомов, обуславливающих вторичные страхи.
5. Субъективная тревога не зависит от объективной оценки окружающих.
6. Тревога предшествует ситуации, способной вызвать страх.

7. Страх заболевания, если он связан с конкретной ситуацией, но не страх болезни (нозофобия) или уродства (дисморфофобия) – тогда он относится к ипохондрическому расстройству (F45.2.).

В случае сочетания тревоги и депрессии кодируется то, что развилось первым, или то, что явно преобладает.

Фобических объектов или ситуаций в принципе возможно бесконечное множество, ибо тревога – состояние глубоко субъективное. В классификациях фобий выделяют в основном те, которые имеют большее социальное значение.

Агорафобия (F40.0) – страх не только открытых пространств, но также любых передвижений вне дома, путешествий в одиночку, страх толпы, публичных мест. Основная фабула тревоги – боязнь, что станет плохо и некому будет оказать помощь. Сопровождается общими вегетативными симптомами (сердцебиение, головокружение, потливость, озноб, тремор, сухость во рту); симптомами относящимися к груди и животу (затруднения дыхания, чувство удушья, боли за грудиной, тошнота, неприятные ощущения в животе); психическими симптомами (страх потерять контроль, страх сойти с ума, страх смерти, чувства дереализации и (или) деперсонализации). Может проявляться с паническим расстройством (F40.01) или без панического состояния (F40.00).

Социальные фобии (F40.1) – выраженный страх оказаться в центре внимания в сочетании с боязнью покраснеть, испытать тошноту, позыв на мочеиспускание; боязнь выступлений на публике, на собрании и в любых иных социальных (общественных) ситуациях, включая контакты с противоположным полом.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) – страх иных ситуаций или предметов (крови, уколов, лифтов, воды, животных, насекомых, закрытых пространств – клаустрофобия, фобия экзаменов и

т.п.). Не включаются страхи заболеваний (нозофобия) и дисморфофобия (F45.2).

Другие тревожные расстройства (F41):

Паническое расстройство (пароксизмальная эпизодическая тревога) – F41.0: приступы или атаки панической тревоги, заметно не связанные с предметами или ситуациями, возникают спонтанно (аутохтонно), известные, как эмоционально-вегетативные кризы. Внезапное сильное вегетативное возбуждение с дрожью, ознобом, тахикардией, чувством удушья, замиранием сердца и т.п. сопровождается страхом смерти, ощущениями физической гибели или страхом сумасшествия.

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – стойкое чувство предстоящих неприятностей; беспокойство и волнение о будущих событиях с ожиданием неудач, беды, трудностей. Отмечаются постоянная нервозность, пугливость, дурные предчувствия, опасения всевозможных несчастий. Одновременно выражена вегетативная возбудимость и лабильность («тревожный невроз»).

Изучение невротических расстройств данного типа было начато S.Freud, выделившим ещё в 1892 г. *невроз страха*, известный затем во всем мире, как анксиотический невроз. А.М.Свядош (1982) делил его на *невроз испуга и аффективно-шоковый невроз страха* с «простыми» или ажитированными состояниями. Невроз страха или «тревожный невроз» близок к фобиям, однако пациент не считает, что этот страх безосновательный, нелепый или что он появляется как чужеродный автоматизм.

Причиной неврозов страха (неврозов испуга) являются какие-то серьезные события, вселившие не мнимый, а подлинный страх, теперь зафиксировавшийся. Это шоковые воздействия: нападения, ограбления, изнасилование, стихийное бедствие или катастрофа, у детей – разлука с

родителями, тяжелая их болезнь или смерть, а также испуги детей животными или какими-то событиями, в т.ч. и забытые испуги.

Характеризуется невроз страха пугливостью, боязнью либо чего-то конкретного – именно того, что раньше испугало, - либо боязнью также всего нового, незнакомого, чужого. Даже в привычной обстановке с родными и близкими такой пациент не всегда чувствует себя спокойнее. Однако возможны *ночные страхи с кошмарными сновидениями и пробуждениями*. А по мере фиксации невроза возможны и описанные выше тяжелые панические тревожные состояния, появляющиеся уже без всякой связи с травмирующими обстоятельствами, тем более, что последние вообще могут быть вытеснены из памяти или относиться к столь раннему детству, что пациент их никогда не осознавал. *У детей невроз страха может осложниться мутизмом, тиками, заиканием, энурезом, снохождением и сноговорением, навязчиво повторяющимися движениями и действиями, а также общей нервностью и трудностями в учебе* (см. F 93 – F 98).

Критериями для диагностики генерализованного тревожного расстройства являются:

1. Отмечающиеся не менее 6 мес. внутреннее напряжение, повышенная озабоченность и различные опасения, не ограниченные какими-либо конкретными обстоятельствами.

2. Различные вегетативные проявления, мышечное напряжение и острые или хронические мышечные боли, суетливость.

3. Указанные проявления невозможно объяснить другими заболеваниями или употреблением психоактивных веществ.

4. Панические атаки, как правило, отсутствуют, но заболевание является хроническим, и примерно у 25% больных оно может переходить в паническое расстройство (F41.0).

Генерализованное тревожное расстройство с паническими состояниями или без них следует отличать от тревожного расстройства органической природы (F06.4), связанного с церебральной дисфункцией, например, при тиреотоксикозе, после черепно-мозговой травмы, при височной эпилепсии и т.п.

Подходы к лечению тревожно-фобических расстройств

Фармакотерапия не является основным методом оказания помощи больным с тревожно-фобическими состояниями. Она проводится лишь в качестве неотложных и симптоматических мер. С этой целью используются *бензодиазепиновые транквилизаторы* (лоразепам, хлордиазепоксид, альпразолам, клоразепат и др.); *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, тразикор, атенолол); *антидепрессанты* (кломипрамин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, миансерин и др.); карбамазепин; мягкие нейролептики (хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин). *Антидепрессанты* часто приходится комбинировать с транквилизаторами. Последние назначаются продолжительностью не более 1-2 месяцев во избежание формирования зависимости от них.

Психотерапия является основным и к тому же патогенетическим методом лечения тревожно-фобических расстройств. В соответствии с обозначенными выше тремя механизмами психогенеза рекомендуется применять

- краткосрочную психоаналитическую (психодинамическую) терапию;
- когнитивные методы (рационально-эмотивную и реальностную терапию);
- поведенческую коррекцию (десентизацию личности и тренинг эмоционального поведения);
- мультимодальную краткосрочную психотерапию;

- релаксационные методы (аутогенная тренировка; саморегуляция, биологическая обратная связь).

6.5.2. *Обсессивно-компульсивные расстройства*

Обсессивно-компульсивные расстройства (F42) сочетают в себе навязчивые чувства обложения, осады (обсессии) и принуждения (компульсии). Они проявляются психическими автоматизмами – самопроизвольной психической активностью, без желания, без установки и участия личности больного. В самом слове «навязчивости» заложен этот смысл неуместности и чуждости пациенту, который критически к ним относится и пытается от них избавиться, ибо навязчивости мешают, выводят из равновесия и могут быть очень тягостными (обсессивные идеи, образы, воспоминания, представления и компульсивные желания, влечения, действия). Все виды невротических obsessions проявляются на астеническом фоне часто в сочетании с тревожными чертами характера (неуверенность в себе, тревожная мнительность, повышенная впечатлительность, склонность фиксироваться на жизненных обстоятельствах и подвергать их бесконечному анализу).

Проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств являются:

- *обсессивные воспоминания* (навязчивые воспоминания событий, явлений, предметов, лиц, происшествий);

- *навязчивые представления* (овладевающие образы каких-либо ситуаций и обстоятельств с возможно тяжелыми последствиями: например, кажется, что не выключены электроприборы в доме и может возникнуть пожар);

- *навязчивые мысли* (о необходимости что-то считать; повторять ненужные сейчас слова, фразы, предложения; навязчиво с кем-то мысленно вести диалог или дискуссию);

- *навязчивые* сомнения (мучительная неуверенность в правильности и оптимальности предпринимаемых решений и действий);

- *контрастные навязчивые побуждения* (побуждение сказать или проявить что-то плохое, грубое, пошлое, неприличное, недоброе, хульное, например, употребить ругательство в адрес любимых и уважаемых людей);

- *компульсивные действия* (стереотипная навязчивая потребность совершать какие-либо действия: раскачиваться, вращаться, рисовать фигуры, к чему-то прикасаться; могут иметь место навязчивые побуждения совершить аутодеструктивное, агрессивное и даже криминальное действие; сюда относятся также защитные ритуалы, ставшие также навязчивостями: мытьё рук при мизофобии, защитная стереотипия в поведении при нозофобии, скрещивание пальцев при агорафобии и т.п.).

В отличие от многих других невротических нарушений генез обсессивно-компульсивных расстройств с трудом поддается психологической выводимости из психотравмирующей ситуации. Их содержательно-смысловая сторона может казаться на первый взгляд нелепой, потому что она связана преимущественно со сферой подсознания – с комплексами раннего детства, с вытесненными и забытыми переживаниями и событиями. Поэтому и причиной обсессий и компульсий чаще бывают такие переживания, в которых сталкиваются противоположные тенденции личности: влечение и мораль, желание и долг, привязанность и объективное требование, любовь и ненависть, измена и угрызение совести и т.п., - пытающиеся подавить и вытеснить друг друга и безмерно истощающие психику этой осознанной и бессознательной борьбой.

В МКБ-10 выделяются следующие разновидности обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР):

- *Преимущественно навязчивые идеи (F42.0)* – мысли, размышления, умственная жвачка, самопроизвольно возникающие в сознании пациента. Повторяющиеся мысли и образы, овладевающие представления либо очень неприятные, пугающие, либо пустые, бессмысленные (квазифилософские).

- *Преимущественно компульсивные действия (F42.1)* – обсессивные ритуалы или иные компульсивные побуждения. Очень часто – это навязчивая потребность соблюдать чистоту, непрерывного контроля за порядком, за качеством дела и т.п.

- *Смешанные обсессивные мысли и действия (F42.2)* – часто встречающееся сочетание навязчивых идей с ритуальными действиями.

Диагностические критерии ОКР:

1. Они воспринимаются больными, как возникшие в их сознании и не навязаны окружающими людьми и их влиянием.

2. Они повторяются и неприятны, часто являются чрезмерными и совершенно бессмысленными.

3. Субъект пытается противостоять им, но сопротивление чаще всего безуспешно и ведёт к изнурению.

4. Осуществление компульсивных актов и обсессивных мыслей само по себе не вызывает приятных ощущений и не приносит облегчения.

5. Обсессии или компульсии мешают социальной или индивидуальной деятельности больных за счёт отвлечения и пустой траты времени на борьбу с ними.

В целях дифференциальной диагностики исключаются шизофрения, психопатии, аффективные расстройства настроения.

Лечение. Обсессивно-компульсивные расстройства в большинстве случаев обнаруживают терапевтическую резистентность. Их лечение

должно быть продолжительным и сочетать применение фармакологических средств и психотерапии.

Средствами первого выбора здесь являются *антидепрессанты*, наделенные *противонавязчивым действием* (кломипрамин, флуоксетин, тразодон, сертралин, ципрамил). В ряде случаев эффективными могут оказаться такие *нейролептики*, как перфеназин, трифлуоперазин, тиоридазин, рисперидон, хлорпротиксен. Что касается транквилизаторов, то их применение по отношению к данному виду расстройств резко ограничено из-за неэффективности. Они могут использоваться только кратковременно для купирования тревоги.

Из психотерапевтических методов наибольшей эффективностью (более 50%) обладает *поведенческий* комплекс средств (систематическая десенсибилизация, прогрессивная мышечная релаксация, тренинг уверенного поведения, работа с дисфункциональными мыслями, техники «наводнения», вызванного гнева, парадоксальной интенции и др.). Может понадобиться также краткосрочная психодинамическая терапия.

6.5.3. Диссоциативные (конверсионные) расстройства

Данное понятие используется в МКБ-10 вместо привычного нам «истерический» невроз. Термин «истерия» исключен из-за его анахроничности и, главное, из-за его смысловой неоднозначности. Понятия «диссоциативный» и «конверсионный» в большей степени отражают психологические механизмы расстройств данного вида.

Диссоциативные механизмы (лат. dissociatio – разъединение, нарушение целостности) проявляются ослаблением сознательного контроля личности над своими ощущениями, памятью, чувствами и иными психическими, психосоматическими и телесными функциями. Вследствие такой «бесконтрольности» и «неуправляемости» поведение отличается особой эмоциональной заряженностью и эмоции (а не разум) выбирают в

нужный момент те или иные действия, психические и соматические феномены.

Истерические нарушения относятся также к категории конверсионных. **Конверсия** – по S.Freud – перенос эмоциональной энергии на соматовисцеральные структуры и системы. *В двигательной сфере* диссоциативно-конверсионные неврозы проявляются функциональными парезами, параличами, афонией, астазией-абазией, мутизмом, контрактурами, гиперкинезами, ступором, припадками. *В сенсорных системах* – функциональными слепотой, глухотой, ан – или дизосмией, парастезиями и т.п. Возможны также самые разнообразные *вегетативно-висцеральные синдромы* (нехватка воздуха, сердечные приступы, боли в животе и др.) или *психические симптомокомплексы* (особого рода расстройства сознания, интеллекта, амнезии, фобии, депрессии, страхи и др.).

Все истерические нарушения, как бы они ни походили на другие расстройства, *отличаются особым их приподнесением* – с демонстративностью, утрированностью, театральностью, нарочитостью. За всем этим кроется эмоционально заряженное стремление к оригинальности, к необычной значительности и содержательности, к превосходству хотя бы в чем-нибудь. Именно это амбициозное устремление, с одной стороны, вытесняет из сознания неприятные переживания, энергия которых превращается в болезнь органов и систем. С другой стороны, указанные амбиции фиксируют появившиеся расстройства и окрашивают их в нечто «выдающееся».

Причиной диссоциативно-конверсионных неврозов чаще бывают жизненные трудности и ситуации, в которых вступают в конфликт завышенные притязания пациента с его пониженными возможностями и ресурсами. Заболевают этим видом неврозов преимущественно лица, не привыкшие к трудностям и лишениям, изнеженные и избалованные, не

закаленные борьбой за жизнь. Для них сама болезнь – психологическая защита и уход от решения проблем, от разрешения конфликтов, от взятия ответственности на себя.

В МКБ-10 выделяются следующие рубрики для классификации истерических неврозов:

Диссоциативная амнезия (F44.0) – подчеркнуто выраженная потеря памяти на какие-то недавние важные события, не обусловленная органическим заболеванием.

Диссоциативная фуга (F44.1) – потеря памяти сочетается с уходами пациента в какие-то иные места, с поездками куда-то. Иногда при этом может возникнуть осознание себя в качестве новой личности (иная аутоидентификация).

Диссоциативный ступор (F44.2) – отсутствие движений, речи, реакций на происходящее.

Трансы и состояния овладения (F44.3) – нарушение осознания окружающего и собственной личности; сужение сознания иногда с чувством у пациента, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

Диссоциативные двигательные расстройства (F44.4) – нарушения моторики (атаксия, афония, астазия – абазия, апраксия, акинезия, тремор, дискинезия, паралич, дизартрия и т.п.).

Диссоциативные судороги (F44.5) – демонстративные псевдоприпадки.

Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия (F44.6) – нарушения слуха, зрения, обоняния, анестезии и т.п.

Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7).

Другие диссоциативные расстройства (F44.8):

- *синдром Ганзера* (F44.80) является острой психогенной реакцией с сужением сознания; характеризуется симптомами миморечи (ответами мимо), мимодействиями, мимосчётом, нарочитым слабоумием (псевдодеменцией) и демонстративным регрессом в детство (пуэрилизмом); в тяжелых случаях отмечаются галлюцинации, страх, растерянность, тревога (см. также реактивные психозы);

- *расстройство множественной личности* (F44.81) проявляется последовательной сменой у одного и того же больного двух и более разных личностей, не имеющих доступа друг к другу, что также наступает внезапно и обусловлено травматическими событиями (см. расстройства личности);

- *транзиторные диссоциативные (конверсионные) состояния* (F44.82) представляют собою кратковременные скоропреходящие расстройства, обычно наблюдающиеся у детей вследствие травмирующих событий;

- *другие уточненные диссоциативные расстройства* (сумеречное состояние сознания, спутанность сознания).

Диагностические критерии:

1. Имеется убедительная связь во времени между появлением указанной симптоматики расстройств и стрессовыми событиями, жизненными проблемами или запросами и потребностями личности.

2. Отсутствие физического (церебрального или соматического) заболевания, которое могло бы объяснить имеющиеся симптомы.

Дифференциальная диагностика диссоциативно-конверсионных расстройств с заболеваниями внутренних органов, или центральной и периферической нервной системы должна быть чрезвычайно осторожной, чтобы за фасадом истерических симптомов не пропустить физическую болезнь. Известны, например, случаи, когда опухоль головного мозга клинически проявляла себя только лишь истероформными нарушениями.

При наличии диссоциативно-конверсионной клинической картины, но недостаточности данных о психологической ее обусловленности, диагноз может быть лишь предположительным, временным и следует продолжать изучение болезни. Из сказанного следует, что невротические диссоциативно-конверсионные нарушения следует разграничивать с «органическим диссоциативным расстройством» (F06.5), возможным в клинической картине заболеваний органической природы.

Принципы терапии. Лечение больных данного профиля обычно продолжительное, занимающее не менее 1-2 лет. Вначале проводятся кратковременные курсы купирования острых проявлений (феназепам, диазепам, меллерил, терален, сульпирид, хлорпротиксен). При расстройствах поведения дополнительно назначаются неулептил, тизерцин.

В дальнейшем применяются трициклические антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, амитриптилин) – в комбинации с транквилизаторами или мягкими нейролептиками.

В процессе психотерапии следует учитывать, что данные больные повышенно внушаемые и поэтому суггестивные техники, особенно гипноз, должны применяться очень осторожно и лишь при моносимптомах. Более адекватными являются когнитивно-поведенческая и краткосрочная психодинамическая терапия.

Поддерживающее лечение включает в себя семейную психотерапию и длительный прием серотонинэргических антидепрессантов (тианептин, флуоксетин, рексетин, сертралин, циталопрам).

6.5.4. Неврастения

Неврастения (дословно – нервная слабость) – невроз, которым заболевают чаще люди, ведущие напряженную жизнь, исхлестанные

недостатком времени, искажённые волнениями, перекошенные невзгодами, ослабленные экзогенными, курением, алкоголизмом. Это болезнь перенапряжений, переутомлений и нервных срывов, болезнь цивилизации, технизации, урбанизации. *Основные симптомы – психическая и физическая истощаемость, нарушения сна, головная боль и самые разнообразные вегетативно-соматические дисфункции с ощущениями дискомфорта и болей в теле.*

При неврастении с преобладанием раздражительной слабости (*гиперестетическая форма* этого невроза) преобладают явления повышенной раздражительности, нервозности, вспышкообразных реакций с последующим истощением. *Гипостенический вариант* неврастении характеризуется более глубокой слабостью, вялостью, пассивностью, чувством бессилия и безразличия, ощущениями усталости от жизни, от всего происходящего.

Выделяют также неврастению с преобладанием *эмоционально-вегетативной* лабильности, когда эмоциональная сверхчувствительность сопровождается глубоко выраженными, но непродолжительными, скоропроходящими эмоциональными и вегетативными реакциями – легко возникающий плач, бурная раздраженность с покраснением или побледнением, потливостью, ознобом, тремором, сердцебиением, скачкой артериального давления, позывами на мочеиспускание и т.п.

Неврастенические проявления могут сочетаться с депрессивными, диссоциативно-конверсионными, ипохондрическими и другими невротическими расстройствами.

В МКБ-10 неврастения отнесена в рубрику «другие невротические расстройства» (F48), так как во многих странах она диагностируется редко, во-первых, встречаясь действительно реже, а во-вторых, - вследствие диагностических критериев, отличающихся от наших: многие подобные

состояния относятся либо к депрессивным, либо к тревожным расстройствам.

Существует два основных типа неврастении, имеющие много общего. При первом типе основным симптомом является повышенная утомляемость после умственной работы, снижение профессиональной продуктивности и эффективности в повседневных делах (за счет невозможности сосредоточиться, отвлекаемости мыслей, посторонних воспоминаний). При другом типе неврастении преобладает физическая слабость и истощаемость после минимальных усилий с чувством напряжения и боли в мышцах с невозможностью расслабиться. При обоих типах беспокоят головные боли, головокружения, раздражительность, ангедония, бессонница или гиперсомния.

В основе неврастенического расстройства лежит внутриличностный конфликт в форме противоречия между ослаблением психических и физических ресурсов личности, с одной стороны, и её завышенным стремлением к достижениям, требовательность к себе – с другой стороны. Недостаточность отдыха у таких людей, перерывов в работе, расслаблений и развлечений сочетаются с подхлестыванием себя и заряженностью на труд.

Диагностика неврастении, наряду с доказанностью полноты ее клинических проявлений, требует исключения депрессивного заболевания, тревожных расстройств, а также соматоформных нарушений – особенно, когда у больных неврастение преобладают физические жалобы.

Неврастеноподобные расстройства могут появляться после физического заболевания: гриппа, гепатита, многих других инфекций, у больных с сосудистыми заболеваниями, после интоксикаций и черепно-мозговой травмы. В этих случаях речь идет об «органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве» (F06.6).

Лечение неврастении предусматривает в первую очередь купирование астении. С этой целью назначаются *общетонизирующие средства растительного происхождения* (женьшень, левзея, фитовит); *ноотропные* препараты (пирацетам, пиритинол и др.); средства *ноотропно-метаболического* действия (церебролизин, гинкгобилоба); *анаболические* препараты (рибоксин); *поливитамины* с полименералами; *аминокислоты* (глицин, холин альфосцерат, актовегин).

Эмоционально-вегетативная лабильность при неврастении корректируется назначением фенибута, мебикара, грандаксина, рудотеля и других так называемых дневных транквилизаторов, не оказывающих явного седативного действия.

Психотерапия является обязательной в лечении неврастении. Используются суггестивные методики, включая гипноз (особенно гипноз-отдых), ауторелаксация, когнитивно-поведенческая и личностно-реконструктивная терапия.

6.6. Реактивные (психогенные) психозы

Реактивные психозы возникают в результате сильных, глубоких и лично значимых переживаний. В их возникновении, как правило, дополнительную роль играют факторы предрасположения, повышенной личностной уязвимости и психической сенсбилизации предшествующими психотравмирующими событиями.

Реактивными психозами, т.е. расстройствами психотического уровня с бредом, галлюцинациями, нарушением сознания, аффективно измененным настроением, - такими психозами являются аффективно-шоковые реакции (острые реакции на тяжелый стресс – F 43.0), истерические (диссоциативные) психозы (синдром Ганзера, сумеречное сужение сознания, пуэрилизм, псевдодеменция и др. – F44.8). В то же время в МКБ-10 не предусмотрено специальных рубрик для реактивной

депрессии, реактивного параноида и реактивного галлюциноза. Депрессия отнесена к тем же рубрикам, что и маниакально-депрессивный психоз (F32), а параноид и галлюциноз – к рубрикам, близким к шизофрении (F23). Это является следствием отсутствия общепринятого подхода к ним, что связано с нередкой трансформацией этих психозов либо в шизофрению (параноид и галлюциноз), либо в маниакально-депрессивный психоз (депрессия). Кроме того, в МКБ-10 вообще отсутствует класс психогенных (реактивных) психозов. А они, между тем, являются реальностью, что подтверждается эпидемиологическими данными как отечественных, так и зарубежных исследователей (Александровский Ю.А., 1997; Чуркин А.А., 1997; Ganney K.et al., 1977).

6.6.1. Реактивная депрессия (F32)

Реактивная депрессия является самой частой формой психогенных психозов. Она возникает в результате глубоких переживаний, связанных с крушением планов и надежд, личностно значимых утрат (эмоциональных, материальных, духовных), потери смысла (отношений, дела, жизни), неудачной любви и одиночества, угрызений совести и чувства вины, позора и утраты авторитета, глубокого разочарования и горечи. Переживания больных психологически понятны, как чувство безысходности, безнадежности, бесперспективности.

Депрессивное расстройство возникает обычно через несколько дней после психотравмирующего события и характеризуется тоскливым настроением, неспособностью к сосредоточенности и вниманию, мрачным и пессимистическим видением будущего, идеями виновности и

самоуничтожения даже при легком типе депрессии, нарушениями сна и аппетита, суицидальными мыслями или намерениями и попытками. Характерно суточное колебание глубины депрессии: утром после сна больные чувствуют некоторое облегчение своего состояния, а к вечеру оно опять утяжеляется.

У одних больных реактивная депрессия сопровождается мыслительной и двигательной заторможенностью, а у других – тревогой, отчаянием, двигательным беспокойством. Наряду с собственно депрессивными компонентами (*«чистая депрессия»*) могут наблюдаться сложные состояния: *тревожно-депрессивные, астено-депрессивные, депрессивно-фобические, депрессивно-ипохондрические.*

Дифференциальная диагностика требует исключения маниакально-депрессивного психоза, шизоаффективного психоза, сосудистых и других органических и соматических заболеваний с эмоциональной патологией. Диагноз обосновывается связью по времени между началом депрессивного расстройства и действием психотравмирующих событий, психологической понятностью переживаний больных.

Лечение предусматривает сочетание *психотерапии* (суггестивной, когнитивной, психодинамической) с использованием *антидепрессантов*, целесообразнее – сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, пароксетин, кломипрамин). В процессе лечения реактивной депрессии важно предупредить суицидальное поведение больных – особенно у тех из

них, кто диссимулирует свою депрессию, ни на что не жалуется и держится тихо и незаметно.

6.6.2. Реактивный параноид (F23.3)

Реактивное бредообразование впервые описал В.Г.Короленко в рассказе о нашем соотечественнике, оказавшемся в Америке, но не знавшего других языков, кроме русского. В научной литературе реактивный (психогенный) параноид был описан на примере тюремных психозов.

Реактивные бредовые психозы развиваются в ситуациях тяжелых стрессов, порождающих сомнения, неуверенность, беспокойство, подозрительность, недоверчивость, неясность, неопределенность, предчувствия, опасения, угрозу (жизни, здоровью, благополучию). Они проявляются тремя видами расстройств: *острым параноидом, паранойальным синдромом и индуцированным бредом.*

Острый реактивный параноид проявляется бредовыми идеями отношения и преследования, возникающими вслед за выраженными аффектами страха и тревоги по поводу «угрожающей ситуации». Чаще всего речь идет о просто незнакомых людях (например, в поезде, на вокзале). Данная ситуация в сознании больного начинает приобретать угрожающие черты (взгляды, отдельные слова, жесты). Этому способствует всегда устанавливаемое предшествующее переутомление, длительное недовысыпание, эмоциональное перенапряжение с последующим истощением. Не случайно, данный психоз С.Г.Жислин (1940) назвал *«параноидом внешней обстановки»*. Подобные состояния ранее были описаны под названием *«железнодорожных параноидов»* (Попов Е.А., 1931; Жислин С.Г., 1934) и *«параноидов в связи с вынужденной бессонницей»* (Малкин П.Ф., 1931). В последующем данные

психозы описывались, как бред в иноязычном окружении, миграционный психоз, паранойд бизнесменов (вследствие шантажа и угроз), бред тугоухих.

Расстройство относится к категории состояний, требующих неотложной помощи. Оно носит острый, бурный характер. Больные в страхе и ужасе мечутся, не находя безопасного места, стремятся куда-то бежать, плачут, прощаются с родными и белым светом, готовы все отдать, только бы их не убили. Все окружающее переживается ими, как сговор и предрешенность. Длится такое состояние от нескольких дней до 2-3 недель, после чего сменяется глубокой астенией.

Лечение заключается в назначении антипсихотиков с преимущественно седативным действием (клозапин, левомепромазин, хлорпротиксен, клопиксол) – предпочтительно парентерально.

Реактивное паранойяльное бредообразование проявляется сверхценными идеями, переходящими затем в паранойяльный бред. Оно возникает в реальных ситуациях обиды, унижения, оскорбления, измены, недооценки личности больного, ущемления прав. Психотравмирующие обстоятельства могут быть как острыми, так и хроническими. Фабула паранойяльного бреда обычно включает в себя идеи ревности, преследования, ипохондрические, изобретательства, сутяжно-кверулянтские.

В возникновении бреда роль играют не только стрессовые обстоятельства, но также акцентуированные или психопатические свойства преморбидной личности больных.

Лечение острых и затяжных паранойяльных реакций включает в себя применение антипсихотиков с антибредовым действием и одновременно коррегирующих личностную позицию больных (оланзапин, рисперидон, трифлуоперазин, галоперидол).

Индукцированный бред развивается обычно у членов одной семьи с глубокими и доверительными личными отношениями. В качестве индуктора выступает психически больной человек или психопат с большой паранойяльной активностью. Кто-то из окружающих или все становятся индуцируемыми вследствие повышенной внушаемости. «Распространяется» чаще бред преследования с идеями слежения. Формированию психогении способствует низкий интеллектуальный уровень индуцируемых лиц, акцентуации или психопатические их отклонения, астения, органическая церебральная недостаточность, что снижает уровень критического отношения.

Существует особая форма индуцированного бредообразования – *конформный бред* или партнерский. Он развивается на основе взаимной индукции двух больных.

Лечение: изоляция от индуктора и рациональная психотерапия ведут к постепенному исчезновению индуцированного бреда. При конформном бреде требуются те же антипсихотики, что и при паранойяльном реактивном психозе.

6.6.3. Реактивный галлюциноз (F23.3)

Так же само, как и реактивный параноид, относится по МКБ-10 к острым транзиторным психозам (F23). Галлюцинации (обычно вербальные в форме «голосов») нередко встречаются в структуре реактивных параноидов. Однако в клинической картине бредовых психозов все же преобладают идеи отношения и преследования в сочетании с бредовыми восприятиями окружающего. При реактивном галлюцинозе фабула переживаний заложена в той информации, которая содержится в самих галлюцинациях. При этом и появление галлюцинаций, и их содержание психологически понятно и выводимо из психотравмирующей ситуации.

Например, мужчина С., 45 лет был ограблен несколькими молодыми людьми, когда он возвращался домой поздним вечером. Его не избили, но он сильно перепугался и стал бояться выходить из дома. На 3-й день после случившегося жена уехала к родителям, оставив его одного дома. Вечером больной, задвигая занавески окна, увидел на остановке транспорта «подозрительного» мужчину, который якобы смотрел в его сторону. Чем пристальнее больной вглядывался, тем больше сходства он находил с одним из грабителей. Потом на остановке появлялись другие «подозрительные» мужчины и тоже якобы смотрели в сторону дома больного. Через некоторое время больному послышались «подозрительные» голоса со стороны двери, в подъезде. Сначала они были неразличимые по смыслу, а потом стало слышно, что за дверью «обсуждают» как взломать дверь и прикончить больного. Мужские незнакомые «голоса» говорили «может подождем, ведь соседи еще не спят», «он там наверное забаррикадировался и чем-то вооружился» (больной в самом деле придвинул к двери тумбу и вооружился топориком). В «голосах» отражалось содержание мыслей больного, испытывающего сильнейший страх: «не будем обращать внимание на соседей, надо кончать с ним...» Больной подумал «за что?» «Голос» произнес: «Иначе он выдаст нас, он же всех нас видел». До утра продолжались «голоса», пока люди не стали выходить из квартир. Днем жена вернулась и госпитализировала мужа в клинику, где еще в течение 5 дней он испытывал сильный страх и «слышал» за окнами «голоса» своих преследователей, которые, чтобы «замаскироваться», играют на гитаре и поют.

Реже чем реактивные вербальные галлюцинозы, встречаются реактивные галлюцинозы тактильные (заражение паразитами) и соматические («вселение» живых существ).

Возникновению такого рода галлюцинозов способствуют соответствующие свойства личности, ее мнительность, тревожность и

неконтролируемое воображение. Обостренное патологическое воображение по К.Кahlbaum (1866) может стать причиной функционального возбуждения определенных систем коры головного мозга с развитием галлюцинаций того типа, которые известны также как «галлюцинации воображения» (Dupre E., 1903), бред «внутреннего существа» (Каменева Е.Н., 1957) или «параноические галлюцинации воображения» (Ушаков Г.К., 1971).

Лечение реактивного галлюциноза предусматривает использование антипсихотиков с антигаллюцинаторным действием (трифлуоперазин, галоперидол, клопиксол, рисперидон) – с последующей рациональной психотерапией.

ГЛАВА 7. ЛИЧНОСТЬ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

7.1. Классификация соматических расстройств психогенного происхождения

По выражению В.Д.Тополянского и М.В.Струковой (1986) – авторов книги «Психосоматические расстройства», - в соматических клиниках немало «заблудившихся» больных из числа психиатрических пациентов с невротическими нарушениями, но с соматическими жалобами. О них говорят, как о «хронических ходоках по врачам», о больных, у которых «ничего нет» или как о «проблемных больных» - в том смысле, что не удается найти объективную основу их жалобам.

По современным данным, от 40% до 60% всех посетителей поликлиник нуждаются в эмоциональной коррекции, а минимум четверти из них требуется психиатрическая оценка невротического состояния. Их соматические жалобы связаны с переживаниями неприятных жизненных событий, трудностей или конфликтов.

В широком смысле слова речь идет о ***психосоматической патологии, т.е. о расстройствах функций органов и систем организма в связи с воздействием психогенно-травмирующих факторов при определённом отношении к ним личности.***

В последние десятилетия все острее встает проблема *соматизации переживаний людей, т.е. патогенного действия энергии душевных страданий на механизмы вегетативные, нейроэндокринные, висцеральные, иммунные.* С одной стороны, происходит рост «пограничных» психических расстройств (неврозов, аномалий личности, нарушений психологического развития, адаптивных нарушений психики, острых реакций на тяжелый стресс, посттравматических стрессовых расстройств, патологических развитий личности, депрессий, фобий и т.п.). С другой стороны, нарастает частота *соматической патологии «на нервной*

почве» (соматоформных и соматизированных психических расстройств, психосоматических реакций и психосоматических болезней). С третьей стороны, любое соматическое заболевание, любая физическая травма или иное поражение сами по себе являются фактором стрессового воздействия на психику вплоть до переживаний жизненного кризиса и состояний обреченности, что создает дополнительное нервно-психическое напряжение и замкнутый патогенетический круг.

Развитие теории эмоций показало, что в любом эмоциональном состоянии имеет место единство психологических, церебральных, вегетативных и нейроэндокринных компонентов (Симонов П.В., 1967; Анохин П.К., 1968; Lange L., 1890; Papes J.W., 1937; Brady J.V., 1955; Olds J., 1960; Gellgorn E., Luffborrou J, 1966; Cannon W.B., 1937; Selye H., 1953; Isard C., 1980). Мысль о таком единстве проходит красной нитью в исследованиях *эмоциогенной соматической патологии* – от «соматической» циклотимии Д.Д.Плетнева (1927), органно специфических эмоций М.И.Аствацатурова (1932), от взгляда на лимбическую систему как на «висцеральный мозг» (Mc Lean, 1949) до современных концепций психосоматических заболеваний (Губачев Ю.М., 1981; Тополянский В.Д., 1986; Dunbar F., 1948; и др.) и так называемых маскированных депрессий (Ануфриев А.К., 1969; Десятников В.Ф., 1981).

Все соматические расстройства психогенного происхождения разделяются на следующие группы:

1. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (F50-F59): нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание и психогенная рвота, психогенные расстройства сна).

2. Конверсионные невротические симптомы (см. F44), развивающиеся по истерическим механизмам бессознательной мотивации поиска вторичной выгоды. Симптомы этого рода носят символический характер в том смысле, что они соотносятся к конкретным лицам («у меня

от тебя голова болит», «ты мучаешь мое сердце») и более всего связаны с комплексами личности (комплекс неполноценности, нарциссизма, величия, «гадкого утенка», физического недостатка и т.п.). *Наиболее богаты конверсионной симптоматикой истерические (диссоциативные) невроты, проявления которых обуславливаются подсознательными представлениями больных о том, какой должна быть их болезнь, какое впечатление она должна производить на окружающих, чтобы они уделили больным больше внимания, жалости, заботы и т.п.:*

- *неврологические функциональные расстройства* (парезы, параличи, судороги, припадки, мутизм, афония, астазия – абазия);

- *функциональные расстройства органов чувств* (слепота, глухота, anosmia, кожная анестезия);

- *неорганические алгические синдромы* (цефалгия, кардиалгия, суставные боли, абдоминальные боли, синдромы Брике и Мюнхгаузена – чрезмерно преувеличенные страдания, обуславливающие даже хирургические вмешательства);

- *висцеральные дисфункции* органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, мочеполовой сферы, сердечно-сосудистой системы).

3. Соматоформные невротические расстройства (F45) раньше назывались «*органными невротами*» и «*системными невротами*», которые понимались как результат перенапряжения этих органов и систем в процессе глубоких переживаний. В отличие от конверсионных (диссоциативных) расстройств при возникновении соматоформных нарушений отсутствует участие личностных символов и представлений о том, какой должна быть болезнь. Отсутствуют также вторичная выгода и психологически защитная сущность расстройств. Здесь имеет место, с одной стороны, *соматизация переживаний*, а с другой, - предшествовавшая слабость некоторых органов и систем (*locus minoris*

resistentia), за счет чего возникает соматическая встречаемость во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Эти расстройства носят чисто функциональный обратимый характер, тем не менее больные озабочены своим состоянием. Нарушения при этом могут быть любого типа: кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, дерматологического, гинекологического, урологического, артрологического, вегетологического, сексопатологического, логопедического, неврологического и т.д.

Соматоформные нарушения (F45) делятся на:

- *соматизированные расстройства* (F45.0), развивающиеся как «органные» или «системные» невроты в результате соматизации психотравмирующих переживаний; они представляют собою инициальный период заболеваний «на нервной почве», т.е. психосоматических болезней;

- *соматоформные вегетативные дисфункции* (F45.3), возникающие в рамках функциональных вегетодистоний, «вегетоневрозов» и отличаются выраженным проявлением вегетативных симптомов в сочетании с вегетогенными дисфункциями других органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, других органов и систем);

- *хроническое болевое соматоформное расстройство* (F45.4) – «психалгии», психогенные боли самой различной локализации (голова, спина, ноги и т.п.).

Особое место среди соматоформных нарушений (F45) занимают ипохондрические состояния.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) возникает в связи с переживаниями по поводу своего здоровья: либо под влиянием неосторожных действий медицинских работников (ятрогения), либо вследствие изменившегося самочувствия индивидуума (в т.ч. в связи с реальной болезнью). В любом случае больные испытывают чрезмерную

тревогу, необоснованные опасения и убеждения в наличии у них той болезни, которой в самом деле нет, либо в наличии более тяжелой формы существующей болезни, чем форма, имеющаяся на самом деле (рака, СПИДа, болезни крови, сифилиса и т.п.)

4. Психосоматозы – физические психосоматические болезни:

- *неврологические* (мигрень, транзиторные церебральные ишемические приступы, вегетативные расстройства);

- *сердечно-сосудистые* (гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца; стенокардия; пароксизмальная тахикардия; нарушения сердечного ритма; гипотоническая болезнь);

- *органов дыхания* (бронхиальная астма);

- *желудочно-кишечного тракта* (язвенная болезнь; гастрит, дуоденит; диспепсия; язвенный колит; синдром раздраженного кишечника; функциональная диаррея; дискинезия кишечника; запор);

- *желчевыводящих путей* (дискинезия желчного пузыря и желчных путей; холецистит; желчнокаменная болезнь);

- *кожи* (экзема, дерматит, псориаз, крапивница);

- *суставов* (ревматоидный артрит);

- *мочеполовой сферы* (нервномышечная дисфункция мочевого пузыря, дисменоррея, мочекаменная болезнь).

Следует различать **истинные («органические») психосоматозы** – язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др., которые являются объектом изучения интернистов, и **функциональные психосоматозы**, относящиеся к сфере психиатрии («соматоформные невротические расстройства» - F45 и «поведенческие синдромы с физиологическими нарушениями (F5).

Недоучет данных соотношений в работе врача любого профиля препятствует психотерапевтически правильному взаимодействию с больными и может существенно влиять на качество лечения и

реабилитации больных. От каждого практикующего врача требуется понимание личности больных, особенностей реагирования и умение распознавать органические психосоматические болезни и отграничивать их от соматоформных психических расстройств.

7.2. Соматоформные расстройства (F45)

В российском издании МКБ-10 (Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994) в отношении соматоформных расстройств (с. 159) отмечается, что «достижимая степень понимания причин симптоматики (данного рода) часто является разочарывающей и фрустрирующей как для пациента, так и для врача». Пациенты говорят о наличии у них физических симптомов и настаивают на обследовании с целью подтверждения физической основы болезни.

Врачи, не находя последней, вынуждены преодолевать сопротивление больных, пытаясь склонить их к обсуждению вопроса о психологической обусловленности заболевания.

*Главным признаком соматоформных расстройств (F45) является повторяющееся возникновение **физических симптомов** наряду с постоянными требованиями медицинских обследований **вопреки подтверждающимся отрицательным результатам.***

При этом разные физические болезни, о которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб или соответствующей социальной несостоятельности. Многие больные, не удовлетворенные результатами обследования и не соглашающиеся рассматривать их расстройство с психологических позиций, занимаются самолечением или пользуются услугами неспециалистов.

Соматоформные расстройства делятся на соматизированные, недифференцированные, ипохондрические, вегетативные и в форме упорного болевого синдрома.

Соматизированное расстройство (F45.0) может относиться к любой части тела или систем организма. Больные на протяжении ряда лет без результата посещают врачей. Некоторым из них делают бесполезные операции. Жалобы больных множественные и касаются двух и более ниже обозначенных групп:

- *желудочно-кишечные симптомы*

1. Боли в животе;
2. Тошнота;
3. Чувство распираия или переполненность газами;
4. Плохой вкус во рту или обложенный язык;
5. Рвота или отрыгивание пищи;
6. Жалобы на частые движения кишечника или на отхождение газов;

- *сердечно-сосудистые симптомы*

7. Одышка без нагрузки;
8. Боли в груди; нарушения сердечного ритма;

- *моче-половые симптомы*

9. Дизурия или жалобы на частое мочеиспускание (миктурия);
10. Неприятные ощущения в половых органах или около них;
11. Жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища;

- *кожные и болевые симптомы*

Жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;

12. Боли в конечностях или суставах;
13. Неприятное онемение или чувство покалывания, зуд, жжение, болезненность.

Для достоверной диагностики требуется 6 или более названных симптомов, относящихся к двум и более обозначенным группам, существующим более 2-х лет.

Течение расстройства хроническое, волнообразное. Чаще встречается у женщин, чем у мужчин и начинается обычно в молодом возрасте (до 30 лет). Сопровождается тревогой, гипотимией. Преподносится несколько драматизированно, взволнованно, с желанием привлечь внимание.

Недифференцированное соматизированное расстройство (F45.1) отличается, тем, что клиническая картина здесь неполная, несформированная. Это связано с меньшей продолжительностью расстройств (не более 6 месяцев). Социальное функционирование и семейное положение также могут быть еще не нарушенными. Такие больные нуждаются в еще более осторожной диагностике, чтобы не исключить возможную физическую болезнь.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) проявляется неадекватными и чрезмерными опасениями за свое здоровье с убеждением в наличии у себя какой-либо одной серьезной болезни (иногда – двух).

Ипохондрия может входить в структуру любого невротического состояния – чаще в сочетании с депрессией, тревожным ожиданием, фобиями или истерическими проявлениями. Однако встречаются такого рода психогении, в которых доминирует угроза здоровью или даже жизни пациента, особенно если он мнителен и всегда боялся заболеть, может и не отдавая себе в этом отчет. Такая мнимая или преувеличенная угроза здоровья исходит обычно от каких-то неприятных ощущений, временных расстройств, выводится «логически» из публикаций на медицинскую тему или из рассказов о болезнях других людей. Нередко представления об угрозе своему здоровью пациент выносит из общения с медицинскими работниками, действующими недеонтологично, ятрогенно.

Проявляется ипохондрический невроз переживанием опасений, тревоги или даже страха за здоровье. Это либо фобическая тревога, либо предположение у себя той или иной болезни, тревожное ожидание, граничащее с уверенностью в ее наличии. Поэтому ипохондрические неврозы легко усложняются, переходя в ипохондрические сверхценные идеи, т.е. в регистр расстройств близких к бреду. Сюда относят также дисморфофобии и различные виды нозофобий (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия и т.п.).

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) касается сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и моче-половой систем в их единстве с вегетативной системой, под влиянием которой они находятся. *Первичным расстройством здесь является вегетативное возбуждение вследствие психологического стресса.* Симптомы обычно бывают двух типов.

Первый тип симптомов, на котором, собственно, основана диагностика, - это явления симптоза, парасимптоза, смешанная вегетодистония, вегетативные кризы, перманентная вегетодистония с жалобами именно на вегетативное возбуждение: сердцебиение, потливость, озноб, тремор, покраснение и т.п.

Второй тип симптомов проявляется жалобами субъективного характера – неприятными ощущениями в области определенных органов или систем:

- *сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30):*
нейроциркуляторная астенция; вегетососудистая дистония;

- *верхний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.31):*
психогенная аэрофагия; икота; диспепсия; пилороспазм;

- *нижний отдел желудочно-кишечного тракта (F45.32):*
психогенный метеоризм; синдром раздраженного кишечника; синдром газовой диареи; психогенный понос;

- *дыхательная система (F45.33)*: психогенные формы кашля и одышки; нарушения ритма дыхания, ларингоспазм, бронхоспастические психогенные явления, невротическая икота; синдром нехватки воздуха;

- *моче-половая система (F45.34)*: психогенная дизурия; психогенное повышение частоты мочеиспускания;

- другие органы или системы (F45.38).

Лечение соматоформных расстройств должно начинаться с консультаций специалистов (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, онколог и др.) и с тщательного поиска возможной органической основы страдания, отсутствие которой закрепляет диагноз невротических нарушений. В то же время от врача требуется еще больше серьезного внимания именно к соматической сфере больных, что, с одной стороны, успокаивает их, а с другой, - настраивает на правильное отношение к своей болезни, как к психологическому расстройству.

Прерогатива отдается *психотерапии*: релаксационным и суггестивным методам, когнитивно-бихевиоральной терапии, биологически обратной связи, гештальт-техникам, инсайт – ориентированной психотерапии. Поскольку для больных с соматоформными расстройствами очень значимы поддержка и социальное взаимодействие, лечить их следует групповыми подходами.

Что касается *фармакотерапии*, то, как и при других психогениях, здесь показаны бета-адреноблокаторы; короткие курсы транквилизаторов; вегетативная стабилизация с помощью карбамазепинов, ноотропов, метаболических и вазоактивных средств, иглоукалывания. Одним из обязательных подходов в лечении соматоформных расстройств является назначение антидепрессантов – лучше сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, кломипрамин, мапротилин).

7.3. Психосоматические болезни

Психосоматические заболевания, как отмечено выше, являются органическими психосоматозами, т.е. физическими заболеваниями. Однако в их этиологии важную роль играют психологические факторы. При этом в подавляющем большинстве случаев в качестве причинности выступают не явные психические расстройства как таковые, а обыденное нервное напряжение и, как говорил И.П.Павлов, повседневные переживания по поводу повседневных трудностей. Об этих заболеваниях широко распространено представление как о болезнях, возникающих, «на нервной почве».

С другой стороны, психосоматические заболевания практически всегда сопровождаются психическими нарушениями. Они чаще всего относятся к категории легких, но в большинстве случаев носят пролонгированный характер (беспокойство, дурные предчувствия, эмоциональная неустойчивость, неуравновешенность во взаимоотношениях с другими людьми, пониженное настроение, некоторая рассеянность, недостаточная работоспособность и целеустремленность, повышенная мнительность и т.п.). Лишь у небольшой части больных с психосоматическими заболеваниями можно констатировать сопутствующее (коморбидные) психические нарушения, как таковые: депрессивные, тревожно-фобические, ипохондрические, истерические, поведенческие.

Учитывая столь тесную этиопатогенетическую и клиническую связь психосоматических заболеваний с психологическими факторами, в МКБ-10 введена специальная рубрика (F54) для регистрации **наличия психологических факторов, которые сыграли, как предполагается, важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других рубриках МКБ-10**, например:

1. **Мигрень** (Q43 + F54), преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (Q45 + F54), вегетативные расстройства (Q90 + F54).

2. **Гипертония** (I 10-I 15 + F54), ишемическая болезнь сердца (I 20 – I25 + F54), пароксизмальная тахикардия (I 47 + F 54), нарушения сердечного ритма (I 49 + F 54), гипотензия, гипотония (I 95 + F54).

3. **Бронхиальная астма** (J45 + F 54).

4. **Язва желудка** (K25 + F54), язва 12-перстной кишки (K26 + F54), гастрит и дуоденит (K29 + F54), диспепсия (K30 + F54), язвенный колит (K51 + F54), другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52 + F54), мукозный колит – синдром раздраженного кишечника (K58 + F54), запор (K59.0 + F54), функциональная диарея (K59.1 + F54), дискинезия кишечника (K59.8.1 + F54).

5. **Желчнокаменная болезнь** (K80 + F54), холецистит (K81 + F54), дискинезия желчного пузыря и желчных путей (K82.8.0 + F54).

6. **Экзема и дерматит** (L23 – L25 + F54), зуд (L29 + F54), экзема (L30 + F54), псориаз (L40 + F54), крапивница (L50).

7. **Ревматоидный артрит** (M06 + F54).

8. **Мочекаменная болезнь** (N20 – N23 + F54), нервномышечная дисфункция мочевого пузыря (N31 + F54).

9. **Дисменоррея** (N94.6 + F54).

Во всех приведенных случаях речь идет о том, что психологические факторы в той или иной мере участвовали в манифестации и (или) течении болезни и, возможно, продолжают нарушать соматическое состояние, способствуя неблагоприятной его динамике. В этой связи со всей очевидностью встает вопрос о необходимости планирования комплексной терапии данных заболеваний.

Лечение органических психосоматозов предусматривает обязательное участие в нем, наряду с основным специалистом, также

психотерапевта и (или) клинического психолога. *Глубоко должна быть изучена личность пациента и его психобиография.* Необходимо выявить также психологические комплексы и актуальные переживания больных и преобладающую форму их психологической защиты, а также типичные паттерны реагирования и поведения в стрессовых ситуациях.

Известно, что врачи соматического профиля довольно широко пользуются в своей практике психотропными препаратами, особенно – транквилизаторами и антидепрессантами. Однако назначению психотропных средств обязательно следует предпослать консультацию психотерапевта или психиатра и согласовать целесообразность психофармакологической терапии. В большинстве случаев она действительно показана. Вместе с тем следует выбирать в первую очередь те психотропные средства, которые содержат в себе не только психокоррекционные эффекты, например, в отношении депрессии, но и способные оказывать действие вегетостабилизирующее, психосоматически гармонизирующее и при этом не обладающие выраженными нежелательными побочными воздействиями.

В группе транквилизаторов данным требованиям в наибольшей мере соответствуют тофизопам (грандаксин), клобазам (фризиум), хлордиазепоксид (элениум), лоразепам (ативан), мексидол, бромазепам, алпразолам, фенибут, медазепам (рудотель).

Из антидепрессантов решению задач психосоматической практики могут способствовать прежде всего тианептин (коаксил), флувоксамин (феварин), мапротилин (людиомил), пипофезин (азафен), миансерин (леривон).

Ноотропные средства, помимо действия мнемотропного и когнитивнотропного, так же обладают в большинстве своем эффектами, нужными при лечении психосоматической патологии: антидепрессивным, вегетостабилизирующим, вазоактивным, антиалгическим,

антиоксидантным, церебропротекторным (нооклерин, пикамилон, пантогам, танакан, мексидол, винпоцетин, нимодипин, пиридитол и др.).

Психотерапия является обязательным компонентом в комплексном лечении психосоматических заболеваний (релаксационные методы, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, краткосрочная динамическая психотерапия).

7.4. Невротические расстройства при психосоматических заболеваниях

По данным специальных исследований (Александровский Ю.А., 2002), невротические и неврозоподобные расстройства в соматических стационарах встречаются в 7-12% случаев, т.е. в среднем у каждого десятого больного. А в территориальных поликлиниках они обнаруживаются в 51,6% случаев, т.е. у каждого второго больного.

Наиболее часто при этом встречаются *невротические реакции личности больных на свое соматическое заболевание*.

С психологической точки зрения, любая болезнь для заболевшего человека создает ситуацию *жизненного кризиса*, какой бы безобидной она не выглядела на первый взгляд. В любом случае она может переживаться, а чаще именно переживается, как угроза не только здоровью и жизни. Возникшее расстройство создает трудности в социальном функционировании, угрожает жизненным планам, учебе или работе, нарушает межличностные отношения и может быть угрозой также окружающим, если заболевший человек был их кормильцем. Поэтому *всегда при появлении первых признаков болезни отмечается выраженная эмоциональная реакция с чувствами тревоги, опасений, досады, иногда выраженного страха, боязни лечебных процедур*.

Установлено, что во всех случаях любых заболеваний реагирование личности приводит, с одной стороны, к формированию ВКБ (внутренней

картины болезни по Р.А.Лурия, 1935), а с другой, - к проявлениям эмоционально-поведенческих изменений.

В динамике *личностного реагирования* на свое заболевание выделяются следующие стадии:

1. *Стадия неосознанных или не вполне осознанных эмоциональных реакций* (тревоги, страха, депрессии, нервозности, озлобленности, зависти к здоровым лицам и т.п.).

2. *Включение механизмов психологической защиты*. Они, в соответствии с учением З.Фрейда, представляют собою природную способность человеческого организма редуцировать эмоциональное перенапряжение и тем самым снижать патогенное воздействие отрицательных эмоциональных переживаний. Существует множество форм психологически защитного реагирования. В одних случаях это реакции интрапсихического характера (вытеснение, отрицание, рационализация и т.п.), а в других – поведенческого характера (погружение в какую-либо деятельность, алкоголизация, иногда – суицидальное поведение, а у многих больных – погружение в процесс всевозможных консультаций и обследований).

3. *Стадия интеллектуального поиска* со стремлением личности осмыслить свое заболевание и получить о нем определенный объем информации. При этом больные обращаются не только к соответствующим специалистам, но пользуются также информацией случайных лиц, больных с «опытом», всевозможных целителей и знахарей. Частое отсутствие правильного представления о своей болезни и адекватного ее понимания усиливает тревожные ожидания и способствует еще более глубокой невротизации личности. Одной из первейших задач врача любой специальности является выяснение вопроса о том, насколько адекватно восприятие больным своего заболевания и каковы его знания по этому вопросу.

4. Стадия формирования личностного отношения к болезни. В зависимости от того, какие ощущения испытывает больной и как он понимает свою болезнь у него могут сформироваться *различные варианты личностной позиции в болезни*:

- *спокойно адекватного отношения* с состоянием личностной мобилизованности и готовности к любым необходимым видам лечения;

- может быть *реакция гипернозогнозии* с субъективным преувеличением тяжести расстройств;

- *реакция гипонозогнозии* с недооценкой серьезности патологии;

- *депрессивная реакция* с чувством крушения жизненных планов, утратой перспективы, с отчаянием и безысходностью; может проявляться суицидальным поведением;

- *ипохондрическая реакция* с состоянием упадничества, тревожной мнительностью и тревожными ожиданиями с нарастанием убежденности в неизлечимости своего заболевания и в тяжелых ее последствиях;

- *истерическая реакция* с неосознанным стремлением поставить себя в центр внимания, произвести с помощью болезни особое впечатление на окружающих и вызвать у них более глубокие чувства жалости к себе, дополнительного внимания, усиленной заботы и с целью получения каких-то других психологических выгод или даже материальных выгод;

- *тревожно-фобическая реакция* личности с тяжелыми предчувствиями и предположениями, с навязчивыми и доминирующими мыслями, с мрачными овладевающими представлениями, с навязчивыми страхами (фобиями) тех или иных расстройств или заболеваний (кардиофобия, канцерофобия, спидофобия, страх сойти с ума и т.п.); иногда тревожно-фобические состояния достигают степени панических атак с сильным вегетативным возбуждением наподобие гипоталамических приступов;

- *психопатоподобное агрессивное реагирование* с негативизмом по отношению к окружающим, завистью и ненавистью к ним;

- *кверулянтно-сутяжная реакция с доминирующими* мыслями о том, что врачи несвоевременно установили диагноз и избрали неадекватную стратегию ведения больного, вследствие чего больным предпринимаются попытки «восстановить справедливость» и добиться наказания виновных.

Как видно, в большом разнообразии личностного реагирования на свою болезнь только один вариант является *адаптивной реакцией*. Это реакция мобилизации личности со стремлением к адекватному пониманию своей болезни. В остальных случаях имеет место *дезадаптивное реагирование* из-за незрелости личности, повышенной мнительности, отсутствия информированности о своей болезни, непонимания ее сущности, а также из-за некорректного поведения медицинских работников (ятрогении).

С психиатрической точки зрения, любое заболевание для заболевшего это стрессовое жизненное обстоятельство, способное привести (и часто приводящее) к психическим расстройствам адаптации (F43.2 по МКБ-10). Поэтому во всех случаях, где имеет место явное невротическое реагирование на наличие или на возможность серьезной физической болезни, должен выставляться *сопутствующий (коморбидный) диагноз невротического расстройства: либо расстройства адаптации (F43.2), либо ипохондрического расстройства (F45.2)*.

Расстройства адаптации (F43.2) развиваются в основном у больных с более тяжелыми физическими заболеваниями и с более серьезным прогнозом. В большинстве же психосоматических заболеваний с меньшей тяжестью физической болезни в качестве личностной реакции возникают *ипохондрические состояния (F45.2)* в форме чрезмерной озабоченности своей соматической болезнью в сочетании с тревогой и нозофобиями

(кардиофобия, канцерофобия и т.п.) При этом больные испытывают постоянные идеи о существовании у них более тяжелой формы заболевания, чем есть на самом деле, и не верят различным докторам, пытающимся убедить пациента в противоположном. Ипохондрическое расстройство приходится дифференцировать с депрессивными и бредовыми состояниями, с тревожными и паническими расстройствами, а также *с соматизированными невротическими проявлениями (F45.0) и с вегетативными дисфункциями (F45.3)*.

Из физических поражений и заболеваний наиболее часто личностные невротические реакции сопутствуют травматическим повреждениям, заболеваниям сердца, кожи, болезням органов зрения или слуха, онкологической патологии, заболеваниям гинекологическим, а также болезням желудочно-кишечного тракта. Вместе с тем роль психической травмы может играть любой вид патологии, поскольку *основное значение имеет не столько сама по себе болезнь, сколько отношение личности к ней*. В этой связи серьезную помощь врачам всех соматических специальностей могут оказать клинические психологи, в задачи которых входит как углубленная диагностика патопсихологического состояния больного, так и диагностика личности и коррекция ее реагирования.

Клиническое значение невротических нарушений у соматически больных состоит в том, что они усугубляют физическое расстройство, могут сами по себе хронизироваться и даже привести к *патологическому развитию личности*. При этом проявления невротических состояний, наряду с отмеченными выше их общими свойствами, имеют свои специфические особенности в зависимости от основного вида физической болезни. По понятным причинам здесь рассматриваются не все формы физической патологии, а лишь *невротические реакции при основных физических болезнях психосоматического характера*.

7.4.1. Соматоформные сердечно-сосудистые расстройства

Сердце и сосуды – это психофизиологический (психосоматический) орган души человека. Известно, что сердце может радоваться, печалиться, тосковать, гневаться... и все тяжкие переживания оставляют в нем свои зазубрины («печаль моя на сердце закипела»).

Психогенез сердечно-сосудистых заболеваний включает в себя несколько механизмов, создающих замкнутый психосоматический порочный круг:

1. Личностные свойства индивида, предрасполагающие к психогенной сердечно-сосудистой патологии (деятельный, активный, но чувствительный и ранимый; близко воспринимает к сердцу; недополучивший с детства любви, заботы, покоя и стабильности; покарженный борьбой за достижения в жизни, трудностями и конфликтами; исхлестанный нехваткой времени, спешкой, устремленный вперед и подгоняющий себя).

2. Отрицательные эмоции и душевные волнения ведут к длительному сжатию («зажимаю») среднего мышечного слоя стенок сосудов, вследствие чего ухудшается питание эндотелия (внутреннего слоя стенок сосудов). Его клетки становятся проницаемыми для липидов, холестерина и кальция. Перенасыщение ими ведет к образованию бляшек. Нарушается кровоснабжение и поступление кислорода в мышцы сердца, в головной мозг и во все остальные органы и ткани организма.

3. Артериальная гипертензия развивается как следствие хронического системного спазмирования кровеносных сосудов, а затем – их склерозирования.

4. Ишемическая болезнь сердца возникает по тем же механизмам хронического спазмирования коронарных сосудов, стенозирующего коронаросклероза.

5. *Хроническая эмоциональная неудовлетворенность* приводит к неосознанному поиску заместительных удовольствий. Личность находит их в *переедании, курении, алкоголизации и либо в гиподинамии, либо, наоборот, в работоголизме*, что резко повышает риск сосудистых осложнений.

Значение имеют также, как известно, *психосоциальные факторы* (положение в обществе, характер работы, семейная атмосфера и т.п.) и *факторы биологические* (наследственная отягощенность).

У больных кардиологического профиля (ишемическая болезнь сердца, стенокардия, перенесенный инфаркт) нередко дополнительно развивается невротическая реакция личности в форме *кардиофобии*. Это приступообразно проявляющееся чувство страха, относящееся к деятельности сердца. *Больные испытывают страх остановки сердца и смерти*. При объективном исследовании, в том числе на ЭКГ, не обнаруживается столь угрожающих признаков. Переживания больных, тем не менее, не исчезают, а у части из них могут перерасти в ничем не обоснованные убеждения о наличии более серьезной патологии сердца, чем есть на самом деле (*ипохондрия на уровне сверхценных идей – F45.2*).

От фобической реакции личности на уже существующую физическую болезнь сердца следует отличать так называемый «невроз сердца» (синдром Да Коста), при котором объективно не подтверждается органная патология. Больные при этом предъявляют лабильные жалобы на нервные удары сердца, волнение сердца, сердцебиение, перебои, замирания, одышку без нагрузки, изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД).

У одних больных указанные ощущения со стороны сердца являются первичными, т.е. возникающими непосредственно в ситуациях нервного напряжения, ссор, конфликтов, тревоги, озлобленности и т.п.

У этих больных преобладает озабоченность данными симптомами и они вынуждены искать повторных обследований и консультаций, не удовлетворяясь отсутствием объективных подтверждений физической болезни сердца (*соматизированное расстройство с сердечно-сосудистыми симптомами* – F45.0)

У других больных в жалобах на сердце доминируют в первую очередь признаки вегетативного возбуждения: слабость, покраснение или побледнение, холодный или горячий пот, сухость во рту, перепады АД, сердцебиение (вегетососудистая дистония, а по МКБ-10 *соматоформная вегетативная дисфункция с преобладанием симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы* - F45.30). Для этих больных типичны сердечно-сосудистые психосоматические реакции:

1. *Психогенные синкопальные состояния* – кратковременная потеря сознания из-за сильной эмоциональной чувствительности и вегетативной возбудимости (при ожидании боли, в кресле у стоматолога, при виде крови, в мясной лавке, обмороки в церкви и т.п.). Их следует разграничивать с органической гипоталамической недостаточностью и с эпилептическими припадками.

2. *Гиперкинетический сердечный синдром* (чувство трепетания, замирания и страха в сердце в структуре тревожного возбуждения с ощущениями озноба, похолодания конечностей, головокружением и др.)

Расстройства сердечной деятельности тесно связаны с сосудистой патологией. Органический психосоматоз со стороны сосудов наиболее часто представлен гипертонической болезнью.

К развитию *гипертонической болезни* предрасположены личности, которых

- строго воспитывали или даже подавляли;
- научили сдерживать и вытеснять в себя свои эмоции, не высказывать свое мнение и молча подчиняться;

- которые такие же требования затем предъявляют у себя в семье на работе, в дружеских отношениях.

Подавленные и неотрагированные эмоции, непроработанные конфликты, невысказанные чувства, - все это создает глубинное внутреннее напряжение, скрытую недоброжелательность, латентную враждебность, заторможенную агрессивность. *Основной механизм такого сдерживания себя – вазоконстрикторная психосоматическая реакция.* Сначала она проявляется ситуативной гипертензией, а затем – хронической (в далеко зашедших случаях – с соединительнотканными отложениями в стенках сосудов).

При гипертонической болезни (ГБ) нередко наблюдаются невротические астенодепрессивные, фобические и истероформные расстройства. Больные часто удручены самим фактом развития болезни сосудов и необходимостью постоянного лечения в течение всей оставшейся жизни. У них развиваются повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость, слезливость, обидчивость и тревожно-депрессивные реакции на обострения гипертензии. С утяжелением ГБ нарастают астения, раздражительность, могут появиться симптомы органического (когнитивного) снижения личности с затруднениями памяти, что в еще большей мере заостряет нервозность и ипохондричность больных. В конечном счете может развиваться *невротическая депрессивно-ипохондрическая реакция личности на свою ГБ (F45.2).*

Повышение АД может встречаться также в рамках вегетативной дистонии (Wichman В., 1934) с колебаниями артериального давления, с повышенной утомляемостью, раздражительностью, внутренней дрожью и симптомами вегетативного возбуждения (сердцебиение, потливость, игра сосудов кожи, колебания температуры тела и т.п.). Здесь речь идет о так называемом «вегетоневрозе», т.е. опять же *о «соматоформной вегетативной дисфункции с преобладанием симптомов сердечно-*

сосудистой системы» (F45.30). Однако нередко встречается своего рода и «чистый невроз сосудов» - без отчетливого возбуждения вегетативной нервной системы. Больные отмечают колебания артериального давления, транзиторную артериальную гипертензию (нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу по Н.Н.Савицкому, 1964). У этих больных *преобладает не вегетативное возбуждение, как при F45.30, а выраженная аффективная напряженность* (часто на фоне длительной психотравмирующей ситуации): нервозность, озабоченность, глубокая впечатлительность, стойкие фиксированные переживания с невозможностью отреагирования, сочетание депрессивности и раздраженности с чувством безысходности и бессилия в сложившихся неблагоприятных обстоятельствах, подавление в себе энергии переживаний (с последующей их соматизацией). Без преувеличения можно считать, что возникающее при этом *«соматизированное расстройство с преобладанием сердечно-сосудистых симптомов* (F45.0) является начальным периодом будущего психосоматического заболевания – гипертонической болезни.

Лечение невротических расстройств у больных сердечно-сосудистого профиля включает в себя комплекс мероприятий:

- *психотерапия* (жесткая, императивная, разъяснительная и суггестивная, а затем когнитивно-поведенческая);

- *транквилизаторы* короткими курсами с эффектами вегетативно-эмоциональной стабилизации и психосоматической гармонизации (тофизопам, клобазам, лоразепам, хлордиазепоксид, мексидол, бромазепам);

- *при фобиях, тревоге и беспокойстве* – алпразолам, бромазепам, фенибут, клоразепат, диазепам, феназепам;

- *антидепрессанты* (тианептин-коаксил, амиксид, пипофезин-азафен, алпразолам);

- *вазоактивные ноотропы* (винпоцетин, пикамилон, вазобрал, танакан, нимодипин);
- *бета-адреноблокаторы* (пропранолол, обзидан, анаприлин, атенолол);
- *фитотерапия*, как прямое воздействие, так и как способ опосредованного внушения (ново-пассит, боярышник, пустырник и др.).

7.4.2. Соматоформные желудочно-кишечные расстройства

Один из основоположников конституциональной психологии W.H.Sheldon (1940) выделил *висцеротонический тип человека* с функциональным преобладанием системы пищеварения. Эти люди, как показало дальнейшее их изучение, весьма чувствительны не только к недостатку любви, нежности, общения. Не случайно эту область человеческого организма W. Canon (1934) расценивал как широкое поле влияния психики на соматику. Острые и хронические психические травмы, длительные депрессивные состояния изменяют и аппетит, и функционирование желудка и кишечника. Наибольшее патогенное воздействие на данную сферу оказывают состояния глубоких обид и разочарований, угрызений совести и самообвинения, переживания по поводу измен и разводов, затяжных конфликтов, грубого и унижающего отношения со стороны значимого человека. Существенную роль в возникновении психогенных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта играют также тоска, страх и даже просто душевный дискомфорт или просто «скука».

У больных гастроэнтерологического психосоматического профиля (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, колиты, запоры, дискинезии кишечника и др.) так же часто дополнительно развиваются невротические расстройства. Заболевания этой группы проявляются астенией, чувством повышенной утомляемости, истощаемостью и

различными неприятными ощущениями (боль, тошнота, рвота, запоры, понос, отрыгивание, вздутие, плохой вкус во рту и др.). Испытывая их, больные реагируют тревожными ожиданиями, депрессией, фобиями. Развивается повышенная эмоциональная чувствительность с раздражительностью и лабильная эмоционально-вегетативная реактивность.

Больные предъявляют множество дополнительных жалоб изменчивого характера со словами «давит, колет, распирает, тошнит, вздувается, переливается, жжет, болит» и т.п. Наблюдается явная фиксация личности на своем состоянии, что создает терапевтическую резистентность, препятствует восприятию больными признаков улучшения в процессе терапии, а иногда порождает *канцерофобию*.

Канцерофобия – это разновидность нозофобии с навязчивым страхом заболеть злокачественной опухолью. *Относится к ипохондрическим расстройствам (F45.2)*. Так же, как и другие нозофобии, *может трансформироваться в сверхценные ипохондрические идеи с убежденностью в наличии тяжелой неизлечимой болезни*.

Аналогично невротическим ипохондрическим расстройствам кардиологического профиля невротические ипохондрические реакции у гастроэнтерологических больных (F45.2) следует отграничивать от *«соматизированного расстройства с желудочно-кишечными симптомами» (F45.0)*, при котором речь идет об «органных неврозах» («невроз желудка», «невроз кишечника» и т.п.). Они развиваются в результате соматизации переживаний. Чаще всего это результат длительных депрессивных состояний, связанных с удручающими событиями в жизни, страха перед одиночеством.

Приведенные обозначения «невроз желудка», «невроз кишечника», как и «невроз сердца», взяты в кавычки, так как слово невроз относится к человеку в целом. В данном случае соматические проявления неврозов

преобладают в клинической картине над проявлениями психическими. При этом и в самосознании личности больного фиксируются в первую очередь симптомы соматические.

К так называемым «системным неврозам» относится также «вегетативный невроз», который наряду с признаками вегетативной неустойчивости и вегетативного возбуждения может проявляться симптомами дисфункции со стороны внутренних органов. *Если висцеральные функциональные расстройства обусловлены не соматизацией переживаний, а вегетодистониями,* то имеет место сочетание выраженных вегетативных симптомов с симптомами со стороны внутренних органов. В данном случае – **«соматоформная вегетативная дисфункция с симптомами верхнего и (или) нижнего отделов желудочно-кишечного тракта»** (F45.31-F45.32).

Лечение невротических расстройств у больных гастроэнтерологического профиля включает в себя:

- *психотерапию* (разъяснительную, суггестивную в директивном стиле, когнитивно-поведенческую);
- *назначение нейролептиков* с соматокорректирующими эффектами (сульпирид, этаперазин, флупентиксол, алимемазин);
- *применение поливитаминов и фитотерапии* (укропное семя, аир, настойка ольховых почек и др.) – с прямым действием и в целях опосредованной психотерапии;
- *использование антидепрессантов* (тианептин, пирлиндол, миансерин).

7.4.3. Соматоформные расстройства органов дыхания

Дыхание считается самой человеческой висцеральной функцией из-за связи с речью, пением, выражением чувств. Не случайно слова

«дыхание – дух – душа» одного корня. *В дыхании осуществляется очень важные психологические функции:*

- участие в эмоциональных состояниях и переживаниях (учащение, замирание, углубление и т.п.);
- участие в защитно-оборонительном или в адаптивном поведении, в энергетическом его подкреплении;
- участие в процессах межличностной коммуникации («хочу дышать с тобой дыханием одним» или «спертая атмосфера взаимоотношений»);
- участие в выражении душевного состояния (когда на душе легко – дышится тоже легко; не случайно дыхание считается витальным состоянием человеческого Я).

Психогенные дыхательные расстройства, как и другие психосоматические нарушения, могут проявляться

- психосоматическими реакциями;
- конверсионными (истерическими) синдромами;
- функциональными соматоформными и соматизированными нарушениями;
- органическими психосоматозами.

Первые три группы из них – это невротический уровень патологии. Здесь могут наблюдаться такие симптомы, как *замедление дыхания, учащение дыхания, аритмическое дыхание, синдром нехватки воздуха, гипервентиляционный синдром, невротическая икота, ларингоспазм, синдром закатывания кашлем, синдром «клапана или заслонки» в груди и т.п.*

Каждый из подобного рода признаков указывает на ***нарушенное выражение эмоций.*** К этому склонны личности маловыразительные, слабо экспрессивные. Особенно это характерно для лиц с *алекситимией*, т.е. с неспособностью перевести свои чувства в слова: недостает

осознания и понимания своих чувств и нехватает слов для их обозначения и выражения. В конечном счете это пациенты в большинстве своем глубоко закомплексованные.

В развитии *бронхиальной астмы* (органического психосоматоза) значение имеют не только инфекционные и рефлекторные факторы и вещественные аллергены, но и эмоциональная сенсбилизация («аллергия» на кого-то, на какие-то обстоятельства). Бронхиальная астма рассматривается также как соматический эквивалент эмоций страха, боязни остаться без поддержки, быть брошенным. Приступ астмы психосоматологи считают эквивалентом подавляемого плача, криком протеста, «рыданием» легких.

При бронхиальной астме тоже возможны ипохондрические реакции, усугубляющие состояние больных. Развивается навязчивый страх удушья с вторичной гипервентиляцией в форме форсированного дыхания (вне приступов астмы). Больные жалуются на нехватку воздуха, затрудненное дыхание, спазмы в горле. Могут быть панические тревожно-фобические атаки с ощущениями остановки дыхания и сердца и приближения смерти.

Ипохондрические реакции личности (F45.2) на заболевание бронхиальной астмой в наибольшей мере выражены в начальном периоде болезни: пониженное настроение, тревога, ожидания приступа, мысли о неизлечимости болезни и о безысходности существования. У некоторых больных закрадываются опасения, что их легкие раздуты, не дышат, закупорены или что у них развивается либо тяжелый туберкулез, либо рак легкого. На этом фоне нередко возникают приступы тревожно-фобического возбуждения с плаксивостью, чувством обреченности и «близкого конца».

У больных с легочной патологией нередко одновременные опасения за сердце, особенно в связи с одышкой, - с явлениями кардиофобии.

Синдром гипервентиляции, аритмия дыхания, чувство нехватки воздуха, жалобы на одышку, - все это может наблюдаться и при отсутствии физической болезни органов дыхания. В одних случаях речь может идти о **«соматизированном расстройстве с симптомами нарушенного дыхания»** (F45.0), развивающемся по механизмам соматизации переживаний, функциональных перегрузок и наличия *locus minoris resistentia* в системе дыхания – как встречного звена. *Соматизации эмоций особенно способствуют психические травмы с переживаниями горя, страха, тревоги, длительной угрозы.* Частым проявлением «невроза дыхания» является нарушение ритма дыхания. Оно становится то учащенным, то замедленным, то приостанавливается, то глубоким, то поверхностным. В целом дыхание при этом утрачивает самопроизвольность, поскольку больные пытаются его контролировать и управлять им в меру своего понимания и своих опасений.

В других случаях невротических расстройств дыхания первичной является вегетодистония, которая вследствие стрессов может привести к возникновению **«соматоформной вегетативной дисфункции с симптомами расстройств дыхания»** (F45.33): одышка, гипервентиляция, чувство нехватки воздуха и др.

Несмотря на то, что и при соматизированных, и при соматоформных нарушениях не подтверждается наличие физической болезни органов дыхания, больные тем не менее беспокоятся, тревожатся и у них дополнительно могут возникнуть депрессии и ипохондрические фобии.

Лечение функциональных расстройств органов дыхания включает в себя:

- *алимемазин-терален* (мягкий антипсихотик с выраженным противоаллергическим (антигистаминным) эффектом в сочетании с противотревожным и седативным действием, оказывающим положительное влияние при сенестопатиях, навязчивостях, фобиях);

- *психотерапию* (разъяснительную, суггестивную, тренинги саморегуляции, когнитивно-поведенческую);
- *антидепрессанты* с вегетостабилизирующим и противотревожным действием (миансерин-леривон, тианептин-коаксил, сертралин-золофт, флувоксамин-феварин, пароксетин-рексетин, амиксид и др.);
- *транквилизаторы* короткими курсами при тревожно-фобическом беспокойстве (диазепам, хлордиазепоксид, клобазам-фризиум, тофизопам-грандаксин, лоразепам-ативан и др.);
- *фитотерапию* (валериана, пустырник, пассифлора и т.п. – в сочетании с опосредованной суггестивной психотерапией);
- *рефлексотерапию* в сочетании с психотерапией.

7.4.4. Кожные соматоформные расстройства

У больных дерматологического профиля психосоматические расстройства также весьма разнообразны: дерматиты, экзема, псориаз, крапивница, невротическая алопеция и др. Их возникновение вследствие различного рода переживаний объясняется тесной связью кожи с головным мозгом, поскольку они развиваются из одного зародышевого листка. В наибольшей мере к психогенным болезням кожи predisposing такие психические травмы, как неожиданная смерть близкого человека или гибель в результате несчастного случая, крупные неудачи в жизни семейного или производственного характера, тяжелые шоковые потрясения при острых стрессах (аварии, катастрофы, терроризм, изнасилование, ограбление с угрозой жизни, нападения крупных агрессивных животных и т.п.).

У определенной части лиц в результате подобного рода переживаний вначале развивается «невроз кожи» или, правильнее, - ***«соматизированное расстройство с кожными симптомами»*** (F45.0). Отмечается

пятнистость или депигментация кожи, обнаруживается локальный или универсальный зуд, изменяется фактура и цвет волос, может наступить очаговое или диффузное облысение, происходят также трофические изменения в ногтевых пластинках и они становятся ломкими и хрупкими. Кожа тоже становится сухой и шелушащейся.

Частым проявлением соматизированного расстройства является *кожная гиперестезия*. При ней малейшее прикосновение к коже, волосам, ногтям, воспринимается крайне чувствительно или даже болезненно. Эти ощущения широко иррадируют, заставляя вздрагивать всем телом. У некоторых больных может наблюдаться также повышенная чувствительность к горячему с частыми ожогами от горячей воды, пара или горячих кухонных принадлежностей.

В этих и в подобных им симптомах проявляется механизм соматизации переживаний, с нанесением по коже своего рода сильных эмоциональных ударов, с возникновением зажимов в стенках сосудов кожи и нарушением ее трофики.

Иной механизм имеет место в случае возникновения ***«соматоформной вегетативной дисфункции с кожными симптомами»*** (F45.38). Здесь психотравмирующие переживания приводят вначале к «вегетативному неврозу» с постоянным или параксизмальным гипергидрозом, с ощущениями жара, жжения или зуда. Часто отмечается появление неприятного запаха, особенно – в складках тела, между пальцев ног, в подмышечных впадинах. Могут быть себорея, потертости и опрелости. Данные кожно-вегетативные симптомы, как правило, сочетаются с вазомоторными нарушениями, эмоциональной неустойчивостью и вегетативной лабильностью (бледность или гиперемия кожи, «гусиная» кожа, сердцебиения, смена озноба жаром, патологическая перспирация).

Органические кожные психосоматозы (L23-L25, L29-L30, L40, L50 по МКБ-10) – экзема, крапивница и др. – развиваются либо остро, либо вслед за предыдущими функциональными расстройствами кожи. В основе физических заболеваний кожи лежит фактор конституциональной предрасположенности. Однако их манифестация весьма часто обусловлена психогениями, в частности, когда приходится терпеть жестокое к себе обращение и не находить выхода из сложившейся ситуации, когда подавляется в себе агрессия, когда имеются сильные сексуальные фрустрации или неразрешимые межличностные конфликты. При этом подтверждено, что чем глубже страдания индивидуума, тем обширнее поражение у него кожи.

Заболевания кожи практически всегда сами по себе становятся психогенным фактором и ведут либо к расстройствам адаптации с депрессией (F43.2), либо сопровождаются глубоким **ипохондрическим расстройством** (F45.2). Дерматологическая ипохондрия, как реакция личности на свое заболевание, проявляется тревожными предположениями и опасениями более тяжелых неизлечимых поражений кожи, ее обезображивания, мыслями об утрате прежнего вида и привлекательности, боязнью, что близкие люди отвернутся от больного и т.п. Нередко данные озабоченности и фобии перерастают в сверхценную убежденность в «порче, сглазе, заражении», или даже в бред с фабулой паразитарного поражения кожи. Иногда наблюдаются приступообразные обострения ипохондрической тревоги и депрессии, достигающие степени неистовства (ипохондрический раптус).

Лечение невротических расстройств при кожной патологии включает в себя комплекс мероприятий:

- *психотерапию* (и симптоматическую с целью снижения уровня тревоги, фобий и депрессии, и патогенетическую – гипноз, а в дальнейшем – когнитивно-поведенческую);

- *антидепрессанты* с вегетостабилизирующим и психосоматически гармонизирующим действием (тианептин, миансерин, сертралин);
- *антидепрессанты* с антифобическим действием из группы серотонинэргических средств (флуоксамин, ципраamil, пароксетин);
- *алимемазин-терален* (мягкий антипсихотик с выраженным антигистаминным, антифобическим, анксиолитическим эффектами, блокирующим также зуд и другие неприятные ощущения);
- *транквилизаторы*, способные снизить чувствительность кожи (гидроксизин, фенибут, хлордиазепоксид, медазепам).

При оказании помощи больным с поряжениями кожи следует их отличать от *дерматологических артефактов (патоимий)*, которые представляют собою искусственные повреждения кожи (растирания, царапания, расковыривания, расчесывания и т.п.). Они наблюдаются в основном при тяжелых психопатиях с аутоагрессивными тенденциями.

7.4.5. Соматоформные урологические расстройства

Функциональные нарушения мочевыделительной системы, по мнению известного немецкого психотерапевта N.Peseschkian (1996), представляют собою способность организма «плакать нижней частью тела» и выводить наружу те или иные чувства и аффекты.

О зависимости урологических функций от психического состояния люди знают по собственным наблюдениям. В 20-м веке после мировых войн отмечен рост мочекаменной болезни, достигшей по своей распространенности уровня заболеваемости диабетом. Появилось такое психосоматическое выражение как «уретральное переживание», связанное с препятствиями для собственного выбора, с невозможностью быть свободным и беззаботным. Урологические расстройства обуславливаются также переживаниями страха и конфликтов, особенно когда пациент страдает алекситимией, т.е. неспособностью вербализовать свои

переживания и словами излить свои чувства. Тогда его *организм находит другой способ излияния чувств* в форме таких расстройств как:

1. **Поллакиурия** – учащенное мочеиспускание с императивными позывами со стороны «неврогенного мочевого пузыря» иногда с цисталгией. Сопровождается тревожными ожиданиями и фобиями не удержать мочу на публике.

2. **Полиурия** – вариант дизурии, сочетающийся с полидипсией, что напоминает несахарное мочеизнурение. Настроение больных при этом тревожно-фобическое и депрессивное. Концентрационная способность почек не нарушена, однако больные, страдая от стрессов и испытывая жажду, доводят себя до нарушения водноэлектролитного обмена со слабостью и снижением АД.

3. **Цисталгия** – так называемый «невроз» мочевого пузыря, как и при поллакиурии. При цистоскопии не обнаруживаются признаков цистита и уретрита. Отсутствуют также бактериурия и пиурия, но выявляется необыкновенно высокая чувствительность мочевого пузыря даже к самым незначительным его наполнениям.

4. **Невротический энурез** – неосознанное упускание мочи, чаще в ночное время. *Первичный энурез*, отмечающийся с раннего детства без промежуточного периода сформированной опрятности, В.К.Ковалев (1994) относил к дизонтогениям. *Вторичный энурез* в большинстве случаев имеет психогенное происхождение и начинается через год и более после того, как появился навык удерживать мочу и днем, и ночью.

У одних больных энурез развивается остро после сильного испуга, эмоционального шока. У части детей с более сильной нервной системой он проходит через несколько месяцев. У детей более слабых и с органической церебральной недостаточностью, а также с наследственной отягощенностью энурезом расстройство, возникшее остро, может принять хроническое течение.

У части больных энурез развивается вследствие хронических психических травм (в основном – семейного характера). Вначале обычно появляются другие невротические симптомы (нарушения сна, тики, расстройство аппетита, страхи), а затем обнаруживается энурез. В первое время он отмечается 1-2 раза в месяц, затем учащается до нескольких раз в неделю или выявляется ежедневно. Если выздоровление не наступает, то происходит глубокая деформация личности (подавленное настроение, замкнутость, ранимость, неадекватная возбудимость – вплоть до патохарактерологического развития).

5. Задержка мочеиспускания во время присутствия посторонних наблюдается у лиц тревожно-мнительных, робких и стеснительных, воспитанных в страхе и избиениях. Расстройство проявляется частыми позывами в сочетании с невозможностью полного опорожнения («мочевое заикание», «мочевая застенчивость»).

Перечисленные варианты невротических урологических расстройств в одних случаях по МКБ-10 относятся к **«соматизированным расстройствам с мочевыми симптомами» (F45.0)**, когда психоаналитически выявляются механизмы соматизации переживаний в психотравмирующих обстоятельствах: подавление и вытеснение эмоций, сковывающий страх, цепенение от испуга, зажатость от боязни, тревожное волнение. Энурез у детей при этом относится к рубрике F98.0 («энурез неорганической природы»). В других случаях урологические расстройства неорганической природы представляют собою **«соматоформные вегетативные дисфункции мочевой системы» (F45.34)**. Здесь появлению урологических функциональных расстройств предшествует «вегетоневроз» с лабильным пульсом, колебаниями АД, потливостью, резким и стойким красным дермографизмом, эмоциональной неустойчивостью, изменениями аппетита, сна и т.п. Затем выявляются

вторичные мочевые симптомы, как результат психогенной вегетативной дисфункции.

Органические урологические заболевания (N00-N39 по МКБ-10) – мочекаменная болезнь, нервномышечная дисфункция мочевого пузыря и др. часто являются причиной возникновения тяжелых стрессов для больных. Развиваются различные вторичные невротические расстройства, как выражение реакции личности на свою болезнь. Здесь может возникнуть **«ипохондрическое расстройство вследствие реакции личности на урологическое заболевание»** (F45.2) – так называемая «уретральная ипохондрия» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986), проявляющаяся тревогой, страхом и уверенностью в наличии более тяжелой формы патологии, чем есть на самом деле («рак почки», «неизлечимый уретрит», страх венерической болезни и т.п.). Больные, как правило, погружаются в болезнь и увязают во всевозможных обследованиях и лечебных мероприятиях, не воспринимают медицинские заверения в отсутствии оснований для преувеличенных опасений. У других больных вместо ипохондрии в реагировании личности могут преобладать депрессивные проявления: **«расстройство адаптации»** (F43.2) в форме кратковременной или пролонгированной депрессии.

Лечение невротических урологических расстройств предусматривает в первую очередь применение *психотерапии* (разъяснительной, суггестивной – в т.ч. с гипнозом, когнитивно-поведенческой). Возможно сочетание психотерапии с *иглоукальванием*.

Из *транквилизаторов* здесь показаны прежде всего те, которые не только не обладают миорелаксирующим и гипноидным действием, но и могут даже несколько активизировать, поднимать настроение. Этим требованиям отвечают так называемые «дневные» транквилизаторы: медазепам (рудотель), тофизопам (грандаксин), мексидол. Транквилизаторы назначаются короткими курсами (не более 2-3 месяцев)

и могут сочетаться с *антидепрессантами* – предпочтительно серотонинэргическими активирующего (флуоксетин, сертралин, ципрамил) или нормотического действия (милнаципран-иксел).

7.5. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями

В эту группу психогенных соматических расстройств входят нарушения приема пищи (анорексия, булимия, психогенное переедание, рвота), расстройства сна (бессонница, гиперсомния, нарушения режима сна – бодрствования, снохождение, ночные ужасы и кошмары), половая дисфункция.

7.5.1. Нервная анорексия

Проявляется упорным отказом от еды, упорным стремлением к снижению веса. Чаще бывает у девочек-подростков и молодых женщин, но бывает и у мальчиков. В основе расстройства лежит сочетание конституционально-биологической предрасположенности с личностной уязвимостью и семейными конфликтами, проблемными отношениями с родителями и сверстниками.

При нервной анорексии аппетит не исчезает, а имеет место изнурительная борьба больных со своим аппетитом и с вынужденно принятой пищей (из-за чувства голода). Больные принимают средства, снижающие аппетит, вызывают у себя рвоту после еды, принимают слабительные, дают себе чрезмерные физические нагрузки, чтобы «израсходовать калории».

Такое отклоняющееся (девиантное) пищевое поведение создает замкнутый порочный круг из нарушений биохимических, нейрогуморальных и психопатологических. Нередко больные доводят себя до истощения и опасной для жизни дистрофии.

Диагностические критерии:

- потеря веса более чем на 15% от нормального или ожидаемого для данного возраста и роста;

- потеря веса вызывается самими больными путём всяческих приёмов;

- больные недовольны своим якобы слишком полным видом, боятся растолстеть;

- общее эндокринное расстройство касается системы гипоталамус – гипофиз – половые железы и поэтому у женщин отмечается аменоррея, а у мужчин потеря полового влечения и потенции.

Лечение нервной анорексии часто приходится проводить в стационарных условиях из-за нарастающей кахексии и упорного отказа больных от пищи. При лечении следует учитывать первичные и вторичные соматические последствия дистрофии, авитаминоза, электролитного баланса. Питание больных должно быть высококалорийным, а при необходимости – парентеральным.

Больные с нервной анорексией обычно поверхностно настроены на взаимодействие с врачом, приходится преодолевать их сопротивление. Очень важным этапом в работе с ними является *мотивирование на лечение*, что достигается выдвиганием на первый план нарушений сна, депрессии и соматических расстройств. Постепенно больных вовлекают в тренинг психомоторики и в *поведенческий тренинг*, рассчитанный на длительную программу оперантного обусловливания (шейпинг-фейдинг). Параллельно проводится когнитивная терапия в индивидуальной, а затем в групповой формах. Обязательна также *семейная психотерапия*.

Из фармакологических средств применяются *мягкие антипсихотические препараты* (сульпирид, тиоридазин, алимемазин) и *антидепрессанты*, которые имеют незначительные побочные эффекты (пирлиндол, мапротилин, коаксил).

7.5.2. Нервная булимия (F50.2)

Нервная булимия находится в тесной связи с анорексией. При булимии больные тоже озабочены контролированием своего веса и тоже предпринимают различные меры к тому, чтобы снизить полнящее влияние съеденной пищи (вызывают рвоту, употребляют слабительные и т.п.). Однако они периодически не могут совладать с собою и чрезмерно переедают.

Расстройство данного типа развивается вследствие жизненных стрессов (особенно – семейных, сексуальных, вхождения в новый коллектив) – чаще у лиц, которые и раньше были склонны к повышенному питанию.

Нервная булимия имеет много общего с аддикциями. Во-первых, она часто сочетается (коморбидность) со злоупотреблением психоактивными веществами, а во-вторых, личностно-характерологические свойства у лиц с нервной булимией во многом схожи с таковыми у больных алкоголизмом с борьбой мотивов. И в том, и в другом случае идет борьба с самим собою, со своим пристрастием (к еде или к спиртному, или к тому и другому вместе).

Диагностические критерии:

1. Постоянная озабоченность своим весом в сочетании с непреодолимой тягой к пище и периодическими перееданиями (не менее 2-х в неделю, на протяжении не менее 3-х месяцев).

2. Наличие у больного системы мер противодействия эффекту ожирения (рвота, слабительные, диуретики, анорексигенные препараты, тиреоидные средства и др.)

3. Больные воспринимают себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть, что обычно приводит к пониженному весу.

Лечение нервной булимии состоит в назначении антидепрессантов, обладающих антибулимическим и антиобсессивным действием (флуоксетин, сертралин, имипрамин, кломипрамин). Дополнительно могут быть назначены антиконвульсанты с целью смягчения компульсивного влечения к пище (карбамазепин, фенитоин). Психотерапия данных больных требует упорной, продолжительной работы в стиле психоанализа.

7.5.3. Переедание

Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями (F50.4), представляет собою психогенное переедание, которое является разновидностью психосоматической реакции на дистресс. «Реактивная тучность» может следовать за утратой близких, несчастными случаями, может наблюдаться также вслед за хирургическими операциями. Обычно это происходит у лиц, предрасположенных к полноте.

Коррекция психотерапевтическая.

7.5.4. Рвота психологического происхождения

Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями (F50.5), также относится к психосоматическим реакциям. Она имеет психогенное происхождение, связанное с дистрессами. Отмечается у сильно впечатлительных и глубокочувствующих личностей – особенно в ситуациях отвратительного, неприглядного, безобразного содержания с унижением личности.

Коррекция психотерапевтическая в сочетании с приемом нейрорептиков (перфеназин, оланзапин) или транквилизаторов (диазепам, лоразепам). Как и во всех остальных случаях психосоматических реакций, требуется тщательная дифференциальная диагностика психогенной рвоты

с органически обусловленной рвотой, например, при нарушении мозгового кровообращения.

7.5.5. Расстройства сна неорганической природы

К расстройствам сна неорганической природы относятся:

а) ***диссомнии***, т.е. первично психогенные состояния, при которых происходит обусловленное эмоциональным напряжением нарушение количества, качества или продолжительности сна (*инсомния, гиперсомния и расстройства цикла сон – бодрствование*);

б) ***парасомнии*** – возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния (*снохождение, ночные ужасы и кошмары*).

Диссомнии и парасомнии психогенного происхождения следует отграничивать от разнообразных нарушений сна и цикла сон-бодрствование, связанных с органическими нарушениями (синдром Кляйн-Левина, катаплексия, нарколепсия, ночные припадки, эпилептические амбулаторные автоматизмы и др.).

Бессонница неорганической природы (F51.0) развивается в периоды напряженных переживаний, сильных стрессовых воздействий. Она связана с возникающими при этом тревогой, беспокойством, пониженным настроением, озабоченностью и перегруженностью мыслями. Напряженность и множественность мыслей не дают заснуть, либо пробуждают вскоре после засыпания. Сон не приносит чувства отдыха, по утрам больные испытывают чувство физической и психической усталости, а днем проявляют угрюмость и раздражительность.

Бессонница является частым симптомом многих других психических заболеваний. Она нередко сопутствует также соматическим болезням, особенно когда имеет место болевой синдром. Все это необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

Лечение бессонницы неорганического происхождения целесообразнее начинать лечить *психотерапевтическими методами* (гипноз, ауторелаксация, коррекция режима дня). Медикаментозная терапия является дополнительным методом: *транквилизаторы-гипнотики* (нитразепам, зопиклон, золпидем, гидроксизин и др.), *нейролептики* (тиоридазин, тиапридал, малые дозы клозапина, левомепромазина, хлорпротиксена). Все препараты снотворного действия должны назначаться короткими курсами не более 2-3 недель.

Сонливость (гиперсомния) неорганической природы (F51.1) встречается значительно реже, чем бессонница. Отмечается повышенная сонливость в дневное время или приступы сна независимо от продолжительности ночного сна. Данное состояние развивается вслед за каким-либо стрессовым переживанием на фоне глубокой усталости. Больные рано ложатся спать и очень трудно встают утром, не испытывая бодрости. Часто залеживаются в постели, а днем используют любую возможность, чтобы прилечь поспать. Со стороны настроения часто обнаруживается гипотимия.

Лечение гиперсомнии заключается в назначении *средств общетонизирующего действия* растительного происхождения (женьшень, левзея, фитовит), *ноотропов* (пирацетам, пиритинол, пикамилон), *препаратов метаболического действия* (церебролизин, гинкгобилоба), *антидепрессантов* (тианептин, моклобемид), *активирующей психотерапии*.

Расстройство режима сна-бодрствования неорганической природы (F51.2) также может быть связано со стрессами и переживаниями, которые приводят к неисправности циркадного осциллятора (биологических часов). В результате нарушается адекватное восприятие сигналов времени и расстраивается механизм регуляции состояний сон-бодрствование. Происходит это обычно у лиц, чувствительных к сдвигам

суточного времени, особенно если работа связана с повышенной ответственностью и напряжением (авиадиспетчер, оператор и т.п.), а также у лиц, совершающих путешествия в поясах времени. При этом индивидуальный режим сна – бодрствования не соответствует желаемому графику и требованиям той ситуации, в которой функционирует большинство людей. Больные страдают от бессонницы в течение основного периода, предназначенного для сна, и от гиперсомнии – в период, предназначенный для деятельности. Все это создает дополнительное напряжение, неудовлетворение своим состоянием, тревогу, пониженное настроение и мешает социальному и профессиональному функционированию.

Оказание помощи лицам с дезорганизованным суточным ритмом производится в соответствии с *программой хронотерапии*: психотерапевт помогает больным разработать индивидуальный режим искусственных суток в 27-28 часов с постепенным сдвигом времени сна и бодрствования в желаемый циркадный ритм.

Снохождение - сомнамбулизм – проявляется в эпизодах ничем не спровоцированного подъема во время сна и хождения. Встречается в основном у детей вследствие переутомления и стрессов. Во время эпизода снохождения у больных отсутствуют выражение лица. Они слабо реагируют на попытки окружающих вступить с ними в контакт и положить обратно в постель. Чтобы разбудить больного в это время, требуются значительно большие усилия чем если бы это был просто сон. При пробуждении (после эпизода или на следующее утро) отсутствуют воспоминания об эпизоде снохождения.

Расстройства в форме сомнамбулизма могут быть обусловлены как невротическими механизмами, так и эпилептическими или другими органическими изменениями головного мозга. Поэтому необходимы церебральное обследование больных и консультация невролога.

Снохождение следует также дифференцировать с диссоциативной фугой (F44.1).

Лечение невротического снохождения психотерапевтического (суггестивные методы). Необходима также семейная психотерапия, забота и эмоциональное тепло родителей. Дополнительно могут быть использованы седативные антидепрессанты и в небольших дозах транквилизаторы.

Ночные ужасы (F51.4) характеризуются состояниями сильной тревоги и паники во время сна, ведущими к пробуждению со страшным криком. Эпизоды возникают по тем же механизмам, что и снохождение – как пароксизм. Больные в это время отрешены от окружающего, тревожны, подвижны, дезориентированы и не реагируют на попытки окружающих помочь им. В последующем они либо вовсе не помнят о том, что испытали, либо их воспоминания очень фрагментарны.

Ужасы во время сна следует отличать от кошмаров (F51.5), которые представляют собою обычные «дурные сны», сновидения со страхом и с тревогой. Сны являются крайне живыми и содержат темы, включающие угрозу жизни, достоинству личности, ее безопасности. Проснувшись от такого сна, больные детально их воспроизводят, ведут себя адекватно, доступны к контакту и быстро возвращаются в обычное состояние.

Лечение ужасов и кошмаров во время сна не требует специальной психотерапии. Необходима нормализация режима сна-бодрствования. Показаны короткими курсами седативные антидепрессанты, а также транквилизаторы и карбамазепин.

7.5.6. Половая дисфункция

Половая дисфункция представляет собою неспособность индивидуума полноценно участвовать в половой жизни. Диапазон

отклонений при этом включает в себя множество проявлений: отсутствие интереса, отсутствие удовлетворения, отсутствие физических реакций (например, эрекции), отсутствие оргазма или невозможность его контролировать.

Как и другие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями (класс F5), сексуальные дисфункции неорганической природы зависят от психологических факторов. Это может быть неправильное сексуальное воспитание, неверная информация о сексуальном функционировании или вообще ее отсутствие, неудачный (негативный) ранний сексуальный опыт (особенно в случае изнасилования). Патогенное значение имеют также различные стрессы, состояния тревоги, депрессии. Проблема может быть связана также с особенностями характера (чрезмерная застенчивость, робость).

Функциональные дисфункции следует ограничивать от органических (например, вследствие сосудистых заболеваний, диабета, воспалительного процесса, эндокринопатий и т.д.).

Отсутствие или потеря полового влечения (F52.0) – сексуальная ангедония, половая холодность разной глубины (от отсутствия интереса до сексуального отвращения с тревогой и страхом перед близостью).

Отсутствие генитальной реакции (F52.2) у мужчин проявляется недостаточной эрекцией или полным ее отсутствием, а у женщин – сухостью влагалища, отсутствием его увлажнения (*любрикации*).

Оргазмическая дисфункция (F52.3) характеризуется слабостью оргазма, его «побледнением», задержкой или невозможностью его достижения. Чаще наблюдается у женщин, но встречается также у мужчин.

Преждевременная эякуляция (F52.4) представляет собою раннее семяизвержение, за счет чего быстро наступает расслабление и невозможно удовлетворение у обоих партнеров. Противоположное

расстройство – задержанная или поздняя эякуляция, приводящая к оргазмической дисфункции (F52.3).

Вагинизм неорганической природы (F52.5) проявляется спазмом мышц, окружающих влагалище, из-за чего становится невозможным введение полового члена или оно сильно болезненно. В основе лежит страх перед половой близостью или отвращение к партнеру.

Диспарейния неорганической природы (F52.6) проявляется болями, возникающими при половом акте или сразу после него. Чаще отмечается у женщин, перенесших операцию на половых органах.

Повышенное половое влечение (F52.7) – сатириаз у мужчин и нимфомания у женщин. Психогенное повышение полового влечения отмечается обычно в юношеском и молодом возрасте, а органически обусловленное – в пожилом (опухоли головного мозга, атеросклероз сосудов головного мозга, дементирующие процессы).

Лечение сексуальных расстройств неорганической природы должно проводиться сексопатологом после тщательного неврологического, урологического, гинекологического, эндокринологического обследования и изучения сексуальной конституции и сексуальных формул мужчины и женщины. Основу лечения составляет когнитивно-поведенческая психотерапия, психологический сексуальный тренинг. Дополнительно могут применяться ноотропы, антидепрессанты, растительные адаптогены, рефлексотерапия.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Обучающие тесты (в электронном варианте) по дисциплине
«Расстройства личности» (200 тестов)

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. - М., 2001. – 416 с.
2. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. - 320 с.
3. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И.Божович. – СПб.: Питер, 2008. – 400с.
4. Братусь, Б.С. Аномалии личности /Б.С. Братусь.-М.,1998.-301с.
5. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. – СПб.: Речь, 2011. – 272 с.
6. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с. – (Практикум по психологии).
7. Ганнушкин П.Б. Избранные труды.. - М., 1964. - 292 с.
8. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. (1933). – В кн.: Избр. труды. – М., 1964. – С. 116-252.
9. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. - Л., 1967. - С.152-183.
10. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. - М., 1999. - 266 с.
11. Дереча, В.А. Алгоритм психологического и патопсихологического исследования личности. Учебное пособие. / В.А.Дереча, Г.И. Дереча, А.А. Краснова. – Оренбург, - 2007. – 43с.
12. Дереча, В.А. О видах и механизмах личностной зависимости/ В.А. Дереча. - Оренбург, 2001.-120с.
13. Дереча, В.А. Психология и психопатология личности/ В.А. Дереча. - Оренбург,2009.-307с.

14. Дереча, В. А. Психология и психопатология личности [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. мед. вузов / В. А. Дереча ; ОрГМА. - Оренбург : [б. и.], 2009. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - Электрон. версия печ. публикации . - (в конв.) : Б. ц.
15. Дереча, В.А. Человек в поисках острых ощущений/ В.А. Дереча. - Оренбург,2006.-92с.
16. Дереча В.А., Дереча Г.И. Практикум по личности. – Оренбург, 2013. – 115 с.
17. Дереча, Г. И. Личностные расстройства [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самост. работы студентов фак. клин. психологии ОрГМА / Г. И. Дереча, Р. С. Егоров ; ред. В. А. Дереча ; ОрГМА. - Оренбург : [б. и.], 2008. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - Электрон. версия печ. публикации (40с.). - (в конв.) : Б. ц.
18. Дереча Г.И. , Дереча В.А. , Карпец В. В. - Дифференцированный подход к оценке и лечению расстройств личности у больных алкоголизмом: Пособие для врачей и клинических психологов. – Оренбург, 2004. – 27 с.
19. Елисеев, О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2010. – 512с.
20. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. - М., 1980. - 169 с.
21. Зубова Л.В. Методики изучения социальной направленности личности дошкольников и младших школьников: Учебное пособие для студентов, психологов, социальных педагогов.– Оренбург: Изд – во ООИПКРО, 2005.– 179с.
22. Зубова Л.В. Методики изучения социальной направленности личности подростков: Учебное пособие для студентов, психологов, социальных педагогов.– Оренбург: Изд – во ООИПКРО, 2005.– 271с.
23. Кербигов О.В. Избранные труды. - М., 1971. - 312 с.

24. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатий (1961). – В кн.: Избр. Труды. – М., 1971. – С. 163-187.
25. Клиническая психология : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 4-е изд., перераб. и доп. - СПб. [и др.] : Питер, 2013. - 864 с. : ил. - (Учебник для вузов).
26. Клиническая психология: учебник для студентов высш. учеб. заведений, обуч. по направлению и специальностям психологии: в 4 т. / МГППУ. фак. психологического консультирования; ред. А. Б. Холмогорова. - М.: Академия. - 2010. - (Высш. проф. образование). Т.1: Холмогорова А. Б. Общая патопсихология / А. Б. Холмогорова. - 2010. - 458 с. : ил.).
27. Клиническая психология: учебник для студентов высш. учеб. заведений, обуч. по направлению и специальностям психологии / МГППУ. фак. психологического консультирования; ред. А. Б. Холмогорова. - М.: Академия. - 2012. - Т. 2: Частная патопсихология. - 2012. - 432 с. - (Высш. проф. образование).
28. Ковалев В.В. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков. – Ж. невропа. и психиатр., 1969, вып. 10. – С. 1543-1549.
29. Лазурский А.Ф. Очерк науки о характерах. - М., 1995. - 271 с.
30. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. - М., 1970. - 222 с.
31. Леонгард К. Акцентуации личности. - Киев, 1981. - 392 с.
32. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М., 2011. - 130 с.
33. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. – 256 с.
34. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога).

35. Платонов, К.К. Структура и развитие личности. – Наука, 1986. – 256с.
36. Психология личности: тесты, опросники, методики/Авт.-сост. Н.В. Киршева и Н.В. Рябчикова. - М., 1995. - 220 с.
37. Реан А.А. Психология и психодиагностика личности. Теория, методы исследования, практикум. - Прайм-Еврознак, 2008. – 256 с. – (Психология - лучшее).
38. Салихов, А.В. Теория личности: Учебное пособие. – Калининград, Балтийский институт экономики и финансов, 2010. – 157с.
39. Семке В.Я. Истерические состояния. - М., 1988, - 223 с.
40. Смулевич, А.Б. Расстройство личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – Медицинское информационное агентство, 2012. -335с.
41. Собчик Л.Н. СМИЛ (ММРІ). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2009. – 224 с. – (Практикум по психодиагностике).
42. Стронин, А.И. Теория личности. По материалам рукописи./ А.И. Стронин, К.К. Оганян. – Инфра-М, 2013. – 190с.
43. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макаручук А.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 1. Теория и методы. – М.: Когито-Центр, 2013. – 208 с.
44. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 2. Бланки методик. – М.: Когито-Центр, 2013. – 77 с.
45. Фрейдджер, Р. Личность. Теории, упражнения, эксперименты. / Р. Фрейдджер, Д. Фейдимен/ пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 704с.
46. Холл С., Линдсей Г. Теории личности. - М., 1999. - 592 с.

47. (Horney K.) Хорни, К. Невротическая личность нашего времени/К. Хорни.-М., 1993 .-480с.

48. Хьелл Д., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2013. - 608 с.

49. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: Учеб. Для студ. высш. учебн. заведений. – М., 2001. – 512 с.

50. Юсупов В.В., Корзунин В.А. Психологическая диагностика зависимого поведения. Риск развития, методы раннего выявления (+ CD-ROM). – СПб.: Речь, 2007. – 128 с. – (Психологический практикум).

51. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с. – (Психологический практикум).