

# Введение

---

---

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

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

Отсутствие своевременной информации у специалистов о личностных и диссоциативных расстройствах сказывается на особенностях диагностики, клинических проявлений, механизмов динамики и терапии. Недостаточность информации особенно заметна при работе с этими формами психических нарушений, в связи с постоянно появляющимися новыми данными, изменяющимися оценками и методами. Практика показывает, что психиатры, а также специалисты в других областях, сталкивающиеся с личностными расстройствами, наименее осведомлены о клинических характеристиках самых

распространенных форм кластера «В» (DSM-IV-TR): антисоциальных, пограничных, нарциссических.

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

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

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

Невыявлению последних объективно способствует отсутствие в МКБ-10 (как и в ICD-10) осевых дифференциаций с выделением

относящихся к Первой оси поверхностных, сравнительно кратковременных обратимых расстройств и необратимых или малообратимых расстройств, локализованных на Второй оси (DSM-IV-TR).

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

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

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

Следующий пример относится к химическим аддикциям. Согласно общепринятой в психиатрии точке зрения, героиновая нар-

комания является одной из наиболее тяжелых и неблагоприятных форм аддикций, протекающих с чрезвычайно тяжелыми симптомами отнятия (абстиненции). Считается, что излечение от героиновой наркомании представляет собой сложную задачу и, как правило, в условиях стационара, т. к. пациенты/пациентки не в состоянии самостоятельно без профессиональной помощи справиться с симптомами отмены. Однако в эту концепцию совершенно не укладываются данные о том, что многие лица с физической зависимостью от героина могут без специального лечения прекратить его употребление. На это указывают данные Ли Робинса (L. Robins et al) в отношении злоупотребляющих героином военнослужащих США, вернувшихся из Вьетнама и прекративших употребление героина в домашних условиях [14].

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

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

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

Согласно данным американского специалиста по личностным расстройствам Д. Ликкена (D. Lykken) [8], эти нарушения обнаруживаются не менее чем у 10–12% населения. Автор ссылается на результаты психологического обследования респондентов, прошедших

добровольное дополнительное обследование на выявление личностных расстройств. Приблизительно такие же данные приводит П. Кернберг (P. Kernberg) [6].

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

Одной из причин развития личностных расстройств является неадекватная стратегия воспитания. Ряд авторов обращают внимание на то, что в настоящее время во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики столетиями давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном принципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом «родители всегда правы, потому что они родители. Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок». У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: «Я — плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю». В рамках этой модели не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, т. к. это рассматривается как признак эгоизма [2, 5, 11, 12]. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний.

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

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

Диагностика, оценка, анализ механизмов возникновения и развития, лечения личностных расстройств строятся на использовании

подходов, применяемых в клинической, психодинамической психиатрии, современной психотерапии и психофармакологии с использованием не вызывающих побочных действий современных атипичных антидепрессантов и нейролептиков.

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

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

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

издевательства. Изолированный диагноз ПТСР как результат какой-то единственной тяжелой психической травмы в подобных случаях недостаточен и приводит к неполноценной терапии.

На основе личностных расстройств часто возникают аддикции, и в этих случаях, если лечение ограничивается фиксацией только на аддиктивной проблеме, а наличие личностного расстройства пропускается, эффект антиаддиктивной терапии оказывается кратковременным и разочаровывает лиц, которые надеялись на другой результат.

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

При лечении пациентов с аддикциями на базе личностного расстройства имеется специфика, без учета которой терапевт неизбежно попадает в ловушку, следуя практике, принятой в терапии неотягощенных аддиктивных нарушений. При конкретных формах личностных расстройств ситуация может выглядеть по-разному. Так, например, при пограничном личностном расстройстве необходимо учитывать характерные для последнего неожиданные резкие смены эмоционального состояния, которые не контролируются на сознательном уровне. Нельзя рассчитывать на возникновение духовного

пробуждения и активации конструктивных мотиваций у лиц с антисоциальным личностным расстройством. Их эгоцентризм и отсутствие рефлексии по отношению к тому, как их поведение травмирует близких, ставит даже перед высококвалифицированным специалистом почти неразрешимую задачу, делает проблемной возможность работы по двенадцатишаговой программе. Тем не менее и в этих случаях остаются некоторые зацепки, связанные с эгоцентризмом антисоциальных пациентов, их ориентацией на сохранение имиджа сильной личности, контролирующей ситуацию. Следует учитывать, что антисоциальное поведение не однородно, оно выявляет последовательность форм от менее тяжелых, сочетающихся с нарциссизмом, до более тяжелых «ядерных» нарушений.

К. Ивэнс (K. Evans) и С. Салливан (J. Sullivan) [3] считают, что повторяющееся воздействие на антисоциальных пациентов отрицательных последствий их поведения в процессе терапии может убедить их в том, что их поступки являются причиной многих неприятностей. Этот эффект усиливается при проведении групповой психотерапии.

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

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

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

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

проявлений и течения, так и разработки эффективных комплексных терапевтических подходов.

## Список литературы

1. *Balint, M.* Basic Fault. Evanston, ILL. Northwestern University Press, 1992.
2. *Bradshaw, J.* Healing the Shame That Binds You. Deerfield Beach, FL. Health Communications, 1988.
3. *Evans, K., Sullivan, J.* Treating Addicted Survivors of Trauma. New York. Guilford Press, 1995.
4. *Evans, K., Sullivan, J.* Dual Diagnosis. New York. The Guilford Press, 2001.
5. *Forward, S.* Toxic Parents. New York. Bantam Books, 1990.
6. *Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K.* Personality Disorders in Children and Adolescents. New York. Basic Books, 2000.
7. *Korolenko, C., Dikovskiy, A.* The Clinical Classification of Alcoholism. Anali Zavoda za Mentalno Zdravlje. Beograd, 1972. v. 1, 5–10 p.
8. *Lykken, D.* The Antisocial Personalities. Hilldale, N.Y. Lawrence Erlbaum, 1995.
9. *McWilliams, N.* Psychoanalytic Diagnosis. New York. The Guilford Press, 1994.
10. *Meichenbaum, D.* A Clinical Handbook/ Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adult with PTSD. Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press, 1994.
11. *Miller, A.* For Your Own Good. Hidden Cruelty in Child Rearing and the Roots of Violence. New York. Farrar Straus Giroux, 1983.
12. *Miller, A.* Prisoners of Childhood. New York. Basic Books, 1984.
13. *Ortman, D.* The Dual Diagnosis Recovery Textbook. Chicago. New York. Toronto. Contemporary Books, 2001.
14. *Peele, S. Brodsky, A.* The Truth About Addiction and Recovery. New York. Toronto. Fireside Book, 1992. — 72–79 p.
15. *Stewart, S.* Alcohol Abuse in Individuals Exposed to Trauma. Psychological Bulletin, 120, 1996. — 83–112 p.
16. *Treating Addicted Survivors of Trauma.* New York. Guilford Press.