

БИБЛИОТЕКА  
ПСИХОЛОГИИ  
ПСИХОАНАЛИЗА  
ПСИХОТЕРАПИИ

---

Под редакцией  
профессора В.В.Макарова

В.Я.Семке

# ОСНОВЫ ПЕРСОНОЛОГИИ

Академический Проект  
Москва  
2001

Профессиональная  
психотерапевтическая лига  
2001

УДК 159.9  
ББК 88.4  
С30

Научный консультант серии — *А. Б. Хавин*

*Рекомендовано Общероссийской Профессиональной психотерапевтической лигой и кафедрой психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии и в качестве учебного пособия по психотерапии*

**Семке В.Я.**

С30 Основы персонологии. М.: Академический Проект, 2001. — 476 с. — (Серия «Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии»).

ISBN 5-8291-0129-7 (Академический Проект)

ISBN 5-94250-005-3 (ОППЛ)

Книга представляет собой первое в отечественной литературе руководство по общей и клинической персонологии. Оно охватывает основные теории личности, ее структурные, типологические и динамические характеристики. С позиций клинической психологии дана оценка различным вариантам уклоняющегося поведения, приводится подробное описание вариантов акцентуированной, невротической, препсихопатической, «аддиктивной», «психосоматической» личности. Приведены данные по психотерапевтической, фармакологической и социопсихологической коррекции личностных девиаций. Ставится вопрос о современных методах психологического и психиатрического сервиса, о проблеме взаимодействия общего и клинического (медицинского) психолога, социолога, персонолога, психиатра и психотерапевта в процессе психодиагностики, дифференциации и ресоциализации личностных девиаций.

Рассчитана на общих и клинических психологов, персонологов, социологов, социальных работников, психиатров, работающих в области пограничной психиатрии, наркологов, психотерапевтов, врачей смежных специальностей, а также студентов, интернов, ординаторов, врачей, проходящих последипломное обучение, всех тех, кто интересуется теоретическими и прикладными вопросами общей и клинической персонологии.

**УДК 159.9  
ББК 88.4**

**ISBN 5-94250-005-3  
ISBN 5-8291-0129-7**

© Семке В.Я., 2001

© ОППЛ, 2001

© «Академический Проект», оригинал-макет, оформление, 2001

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> Человек в фокусе общей и клинической персонологии .....	4
<b>Глава 1.</b> Краткий очерк истории учения о личности .....	15
<b>Глава 2.</b> Структурный анализ личности .....	52
<b>Глава 3.</b> Патогенетический аспект клинической персонологии .....	83
<b>Глава 4.</b> Личность в пограничной зоне между нормой и патологией .....	102
<b>Глава 5.</b> Типология и диагностика донозологических состояний .....	125
<b>Глава 6.</b> Семиологический анализ в персонологии .....	140
<b>Глава 7.</b> Гармоническая и акцентуированная личности как стержневой объем персонологии .....	161
<b>Глава 8.</b> Невротическая личность как барометр «нашего времени» .....	190
<b>Глава 9.</b> Расстройства личности в биосоциальном освещении .....	207
<b>Глава 10.</b> Клиническая картина личностной патологии .....	230
<b>Глава 11.</b> Клиническая динамика личностных девиаций .....	279
<b>Глава 12.</b> Психология и психопатология аддиктивного поведения .....	318
<b>Глава 13.</b> Личность в контексте этнопсихологии и этнопсихотерапии .....	336
<b>Глава 14.</b> Транскультуральная психотерапия: вклад в персонологию .....	363
<b>Глава 15.</b> Экзогенно-органические и соматогенные воздействия .....	379
<b>Глава 16.</b> Проблема нормы и патологии в клинической персонологии .....	402
<b>Глава 17.</b> Сочетанная психофармакотерапия в клинической персонологии .....	425
<b>Заключение.</b> Феномен здоровой и больной личности в новом тысячелетии .....	450
<b>Общая библиография</b> .....	461

# ВВЕДЕНИЕ

## ЧЕЛОВЕК В ФОКУСЕ ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕРСОНОЛОГИИ

Два мира есть у человека:  
Один — который нас творил,  
Другой — который мы от века  
Творим по мере наших сил.

*Николай Заболоцкий*

Углубленный интерес к различным аспектам человеческого существования имеет многовековую историю, которая изобилует массой весьма противоречивых гипотез, концепций, теорий и практических находок, позволивших выкристаллизовать относительно новую научную дисциплину — персонологию (учение о здоровой и больной личности). Она призвана изучать теоретико-методологические, психологические, социологические, нейрофизиологические механизмы гармоничной, сбалансированной, здоровой личности (общая персонология), а также условия функционирования человеческого организма в болезненно-стесненных обстоятельствах, психопатологические феномены искаженной личности, динамику нарастания симптоматики (в зависимости от социальных, конституционально-биологических, возрастных, экзогенно-органических влияний), возможности лечебно-реабилитационных, психокоррекционных (реконструктивных) и превентивных, предупредительных мероприятий (клиническая персонология). На рубеже двух тысячелетий особенно высветился и стал очевиден прогресс в деле научного постижения скрытых, неизведанных пружин индивидуального и коллективного поведения, таинственных загадок человеческого мозга. Однако личность до сих пор остается в своей глубинной сущности непознаваемой и невыразимой, представляя собой «великую метафизическую тайну» (Ж. Маритен).

Проследившая исторически долгий, извилистый, нередко мучительный путь формирования персонологии (от ее истоков периода классической античности до наших дней), следует признать, что эта область науки о человеке является наиболее сложной и мультидисциплинарной, по-

скольку в ней причудливо переплетаются проблемы философии, психологии, социологии, этики, биологии, естественных и медицинских наук. Происходящее в последние десятилетия конструктивное сближение позиций разных дисциплин (а нередко и их фактический симбиоз) во многом диктуется велением времени: именно в зоне «искрящихся контактов» нередко достигается неожиданное и довольно радикальное разрешение прежде «непостижимых» узловых вопросов и прежних тупиковых ситуаций в отдельных научных областях знаний, устранение исторически сложившихся «изоляционистских» тенденций и появление теоретико-методологического взаимопонимания.

Особо широкое поле взаимодействия для плодотворного изучения личности открывается в сфере детального анализа нормального и аномального реагирования индивида, в понимании и коррекции отклоняющихся форм поведения. Многие из перспективных подходов к изучению личности (в первую очередь, феноменологический, когнитивный, психодинамический, психоаналитический и пр.) открывают простор к диалектическому анализу так называемых переходных, пограничных личностных расстройств. Кстати, о таком взаимообогащении психологии и психиатрии в области нормальной и клинической (медицинской) персонологии писал еще в 1924 году выдающийся психиатр П.Б. Ганнушкин, основоположник отечественной пограничной («малой») психиатрии. Он указывал на два возможных пути в исследовании клинической картины личностных расстройств: один идет от «большой» психиатрии (ставящей акцент на углубленном анализе психопатологии при развернутых психозах) к формам «малой», пограничной психиатрии; другой — от оценки психического здоровья гармонической личности к формированию отчетливых личностных аномалий (представляющих объект изучения для клинических персонологов). Первый путь раскрывает новые клинические возможности, второй — тенденции становления и последующей динамики здоровой и аномальной личности с учетом воздействия биологических и социальных факторов. На перекрестке этих путей более отчетливым вырисовываются фундаментальный и прикладной аспекты современной клинической персонологии, определяющих критерии здоровой и больной личности. В конечном счете, эти исследования дают богатый материал для ранней диагностики и пре-

венции патохарактерологических девиаций (Семке В.Я., 1999).

Автор настоящего труда на протяжении ряда десятилетий плодотворно работал в сфере двух указанных выше дисциплин: прежде всего, используя навыки и знания общей персонологии в курсе практической педагогики (общей и медицинской); во-вторых, подкрепляя теоретико-методологические выкладки конкретными клиническими фактами, полученными в условиях психиатрической клиники (в качестве научного руководителя отделения пограничных состояний академического института). Результатом многолетних лонгитудинальных исследований явился данный курс «Основ персонологии», призванный отразить (хотя бы эскизно) современные воззрения на сущность и природу человеческой личности — здоровой и больной (аномальной). Следует сразу же отметить, что весьма трудно избежать определенных перекосов как в сфере понятийного аппарата, так и в изложении, интерпретации конкретных данных, однако мы стремились всячески соблюдать «баланс интересов», одновременно рассчитывая на известную подготовленность и беспристрастность самого читателя. То, что такие синтетические изыскания в области клинической персонологии полезны и необходимы — непреложный факт, вытекающий из современного положения в данной научной дисциплине: обилие противоречивых гипотез, определений, систематик и классификаций уже само по себе отражает малую степень их надежности, что является известным тормозом в развитии психологической и психиатрической науки. С известной долей риска можно предугадать, что именно психиатрия должна со временем подняться до уровня «практического человековедения», содействуя пониманию «пограничного синдрома» как единой картины болезни (соматической или душевной). Широко принято определение патологической личности в Международной классификации болезней 10-го пересмотра: имеется в виду «глубоко укоренившаяся плохо адаптированная модель поведения, которая проявляется к пубертатному периоду или ранее и сохраняется в течение большей части взрослой жизни... Личность является патологической либо в отношении сбалансированности ее компонентов, либо в отношении их качества и выражения, либо во всех своих проявлениях. Вследствие этого ... страдает больной или приходится стра-

дать окружающим, и это вредно влияет на индивидуума или на общество».

Величина и значимость стоящих перед психологами и психиатрами задач в области формирования гармоничной, здоровой личности весьма кратко очерчена видным ученым Норманом Сарториусом (1991): «Проблемы охраны психического здоровья огромны и продолжают расти». В какой-то мере величина проблемы определяется известными трудностями оценки динамики здоровья в мире, поскольку само это понятие довольно сложно определить. Мы предлагаем (Семке В.Я., 1988) рассматривать «психическое здоровье» как состояние динамического равновесия личности с окружающей ее природной и общественной средой, когда все заложенные в ее биологической и социальной сущности особенности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной интенсивностью. (В качестве краткого комментария к нашей дефиниции хотелось бы подчеркнуть значимость гармонического сочетания внутренних и внешних факторов в установлении адекватной приспособляемости индивида к среде проживания, подвижное состояние этого баланса, наконец, оптимальный уровень личностного реагирования)<sup>1</sup>. Становление гармоничной структуры личности должно базироваться на известном эпистемологическом тезисе об единстве «психического и физического», который постулировал древнегреческий философ Платон: «Величайшая ошибка при лечении болезней та, что есть врачи для тела и для души, в то время как то и другое неразделимы».

В наше время, когда ветры социальных перемен постоянно меняют свое направление, приходится констатировать лавинообразное нарастание пограничной личностной патологии, а также сопутствующее ему проявление процесса депопуляции населения (выражающегося в превышении смертности над рождаемостью), роста относительно новых форм психической аномальности («неврозов перестройки», психологических состояний «пенсионного банкротства», так

---

<sup>1</sup> В качестве определения еще более общего понятия «здоровья» в литературе имеется множество дефиниций. Так, Актеон расценивал его как «гармонию противостоящих сил», Цицерон, Эпикур — как «полное удовлетворение всех потребностей», Груле — «свободное развитие врожденного влечения к добру»; с другой стороны, Ф. Ницше утверждал, что «здоровья как такового в природе не существует».

называемых социально-стрессовых и посттравматических стрессовых расстройств по типу «вьетнамского», «афганского», «чеченского» синдромов, функциональных сердечно-сосудистых, алгических и прочих соматических нарушений), весьма пестрых картин депрессий (включая скрытые, ларвированные, лигированные формы) и аддиктивного поведения (алкоголизм, наркомания, ожирение, склонность к суицидам, азартным играм, сексоголизм, работоголизм), составляющие одну из важнейших проблем социальной жизни. Факт нарастания в последние годы личностной патологии многие исследователи склонны объяснять влиянием научно-технической революции (урбанизацией, повышением ритма жизни, большим притоком информации)<sup>2</sup>, а на настоящем отрезке времени — сложнейшими социально-экономическими преобразованиями, происходящими в обществе. Это приводит к лавинообразной «экспансии» личностных (невротических и патохарактерологических) образований, формированию разнообразнейших проявлений физической и психологической зависимости, деформации микросоциальных структур и классов.

Вполне очевидно, что неблагополучное в экономическом отношении общество не может быть нравственно здоровым; человечество находится на пороге нового идеологического выбора, переломного скачка в индивидуальном и общественном мировоззрении, составляющем возможность различных личностных аберраций — с последующим закреплением возникших искажений, отклонений от нормы. Из большого числа общественных кризисов (социального, политического, экономического, экологического и т.д.) складывается единый «кризисный синдром», чреватый угрозой подрыва духовного здоровья людей, а в конечном счете — устоев общественной жизни (морали, культуры, основных человеческих ценностей), «распаду нации и разрушению ее генофонда» (из резолюции Всероссийского Пироговского съезда врачей, 1997 год). Среди факторов, способствующих необратимой личностной дезинтеграции, следует иметь в виду

---

<sup>2</sup> Однако становится все более очевидным, что научно-технический прогресс создает лишь предпосылки для развития невротизации и личностных аномалий, что «никакой «сумасшедший» ритм современности, никакая острота нервных переживаний не могут вызывать патологические состояния, если это именно ритм, если периоды наибольшего напряжения чередуются с моментами покоя» (Анохин П.К., Судаков К.В., 1973).



галолирующее расслоение общественных групп, все усложняющиеся межличностные конфликты, семейно-бытовую неустроенность, этнические столкновения и противоречия, усиливающееся экологическое неблагополучие. По мнению экспертов ВОЗ, социальное окружение настолько неразрывно связано с физико-биологическим, что рассматривать их надо как единое целое. Все это заставляет коренным образом пересматривать методологические принципы, нозологические критерии, реабилитационные и превентивные подходы в области общей персонологии.

Знакомство с особенностями становления личности подводит исследователя к оценке полных драматизма периодов возрастной перестройки, когда искажаются судьбы, калечатся характеры, колеблется или рушится мир и согласие в семье. Человек становится личностью в обществе других людей, появляясь на свет как индивид, он формируется как личность позднее. Этот процесс имеет и исторический (филогенетический) аспект, и аспект онтогенетический (когда происходит индивидуальное освоение социального опыта), т.е. осуществляется на протяжении всего онтогенеза человека. Акмеология личности (от акме — период расцвета, зрелости) рассматривает проблемы социальной зрелости индивида в аспекте основных «составляющих» — ответственности, терпимости, саморазвития и других интегрирующих компонент: «быть человеком — значит быть направленным не на себя, а на что-то иное» (Франкл В., 1990), достижения одновременно собственного совершенства и счастья окружающих. Личность, по Л.И. Божович (1968), есть особое психическое образование, которое способствует выполнению многих функций: обеспечивает целостность психической жизни и деятельности индивида; формирует его внутреннюю позицию; освобождает человека от влияния окружающей среды и позволяет сознательно преобразовать и ее и самого себя (обеспечивает «психологический суверенитет» личности).

Проблема контаминации (очищения) морального климата, усиления и утверждения нравственных сил — одна из основополагающих сил и целей современной персонологии. Вместе с тем развитие индивидуализма, эскапии (ухода от общества) в мир озлобления, духовной пустоты и «душевной засухи» неизбежно содействует социальной «коррозии» личности, ее саморазрушающему поведению. По сути дела,

утрата доброты, отзывчивости, милосердия, человеколюбия и любви — это дорога в никуда, прерывание жизни, забвение всего светлого, доброго и яркого; с другой стороны, человечность, гуманизм, милосердие позволяют заложить фундамент физического и нравственного благополучия на долгие годы: именно в неуклонном нравственном возрождении личности видится залог счастливой, здоровой и долголетней жизни. Таким образом, моральная категория составляет самостоятельную сферу личности наряду с эмоциональной, волевой и интеллектуальной.

В ближайшие годы и в более отдаленном будущем, на стыке веков, эпох и тысячелетий, всем специалистам, озабоченным судьбой и развитием клинической персонологии, предстоит осознать новые этические и нравственные возможности прогнозирования и предупреждения патохарактерологических, соматопсихических расстройств — с обязательным учетом всей сложности перехода на новую международную систематику психических заболеваний, эффективного использования многочисленных психотерапевтических, реабилитационных и психокоррекционных методик различного толка. В этой связи, при создании настоящего труда, имели место плодотворные творческие контакты с психологами (общими и социальными), психиатрами — стажерами, студентами. Совместное общение содействовало «кристаллизации» собственной позиции в такой относительно молодой, быстро развивающейся науке, каковой является клиническая персонология. Пользуясь случаем, выражаю глубокую признательность и сердечную благодарность моим сотрудникам и коллегам по клинике пограничных состояний (врачам, психологам, генетикам, нейрофизиологам), содействовавшим «шлифовке» выдвигаемых взглядов и позиций. Такое обсуждение сложных проблем персонологии расширяет зону взаимопонимания между теоретиками и клиницистами, содействует созданию новой концепции человековедения и человекознания, раскрывая горизонты для подвижнической работы в деле охраны и укрепления душевного здоровья российских сограждан.

При чрезвычайном многообразии и не поддающихся всестороннему охвату проблем современной науки о личности автор попытался в настоящем руководстве сфокусировать внимание читателя на трех «узлах» знаний в области общей

и клинической персонологии, стремясь изложить материал доступным языком, без излишних терминологических сложностей и противоречивых сопоставлений. Для этой цели был использован трехэтапный характер преподнесения конкретных данных, используемый для последовательного совершенствования и повышения «дозы» знаний в медицинских вузах — на пропедевтическом, факультетском и госпитальном уровнях.

Соответственно избранному принципу первый, пропедевтический (от греч. προαίδεο — «предварительно обучаю») раздел затрагивает вводный курс, содействующий формированию психологического и медицинского мышления (с постижением сущности функционирования здоровой и больной личности). В круг проблем этой части книги входят вопросы происхождения, последующего развития и исхода патологических (болезненных) уклонений в личностной структуре, а также раздел семиотики и диагностики с использованием психологических и психопатологических методов. Обратим внимание, что изучение общей психопатологии, по К. Ясперсу, составляет «предмет истинной науки», ибо позволяет использовать патогенетическое постижение болезненной картины в порядке усложнения и углубления личностной патологии. Речь идет о своего рода пролегоменах (предварительных суждениях, вводящих к последующему углубленному изучению предмета) к дальнейшему индивидуализированному построению теоретических и прикладных основ личности: на базе накопленных клинических фактов и диагностических конструкторов создается конкретное «поле» к целостному постижению личностных реалий.

В факультетском курсе персонологии последовательно излагаются разносторонние проблемы синдромологии, клинической динамики и диагностики, сводимые в конечном счете к единым патогенетическому рассмотрению личностной патологии на доклиническом и клиническом уровнях. На этой основе должна быть сформирована концепция психосоматической медицины в рамках интегративного учения о психологических и патопсихологических аспектах личности. Такое интегрированное понимание личности больного и болеющего человека всегда было свойственно отечественным психологам и медикам. Вот примечательное замечание блестящего сибирского врача, академика Д.Д. Яб-

локова: «Нельзя рассматривать больного сквозь призму своей специальности. Необходимо всегда помнить, что организм — единое целое, и не терять самого главного — личности больного с его сложным миром переживаний и эмоций».

На третьем этапе формирования личности целесообразен госпитальный, направленный на установление нозологической принадлежности изучаемой личностной патологии, углубленный анализ причинно-следственных отношений, а также выбор терапевтической и реабилитационной тактики (с использованием психотерапевтических, фармакотерапевтических и психокоррекционных принципов и приемов). Логичный переход от синдромологического к нозологическому диагнозу осуществляется, как правило, с учетом группировки расстройств личности (в настоящее время с применением Международной классификации болезней X пересмотра). Так, пограничные нарушения, относимые к невротическим и невротоподобным, квалифицируются в рубрике «невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства»; психопатии и психопатоподобные состояния — в рубрике «расстройства зрелой личности»; общий признак невротических и соматоформных нарушений — «установленная или предполагаемая обусловленность психологическими причинами».

При всей условности подобного дробления лекционного материала первый уровень изложения знаний адресовался, в основном, к немедицинской студенческой аудитории (общим и клиническим психологам, социологам, дефектологам и др.), второй — к студентам и слушателям переподготовки в медуниверситетах, третий — к врачам-специалистам по психотерапии, пограничной и «большой» психиатрии — в соответствии с воззрениями П.Б. Ганнушкина: «научить молодых врачей быть психиатрами и психопатологами не только в больнице и клинике, но прежде всего в жизни». Последовательное усвоение «узловых» вопросов общей и клинической персонологии позволяет психологу и клиницисту обогащать свой теоретический и практический багаж системно, на развернутой канве накопленных знаний и фактов. Необходимость такого этапного изучения материалы подтверждается удачным высказыванием А.И. Герцена: «Трудных предметов нет, но есть бездна вещей, которые мы знаем дурно, бессвязно, обрывочно, даже ложно. И эти-то

ложные сведения еще больше нас останавливают и сбивают, чем те, которых мы совсем не знаем».

Исторический экскурс в сложные проблемы общей и клинической персонологии знаменует значительные успехи, достигнутые на рубеже веков и тысячелетий. Сейчас мы уже двумя ногами, прочно, стоим в XXI веке и уверенно смотрим в грядущее. Вполне определенно, не прибегая к скрытым полунамекам и стыдливым эвфемизмам, можно говорить о разительных подвижках в общественном сознании, глобальных переоценках нравственных, идеологических позиций, убеждаясь с каждым днем в неизбежности социальных перемен. Очевидно, следует отметить, что данная книга родилась на основе пересмотренного и существенно сокращенного варианта лекционного курса по актуальным вопросам клинической персонологии. Редукция достигнута за счет максимального сокращения теоретико-методологических подходов, многочисленных литературных ссылок и параллелей, проникновения в смежные области этих знаний (прежде всего в зоны социологии, нейрофизиологии и естествознания); напротив, расширению подвергнуты лишь психотерапевтические и психокоррекционные воздействия при невротических и патохарактерологических образованиях, а также оценка личности в реадaptационных и ресоциализационных процессах.

Для дальнейшей кристаллизации концепции о человеке необходимы новые идеи, усиление интеграции и консолидации научных данных об основных пружинах индивидуального и общественного поведения. Для этого также требуется определение потенциала конкретного человека и его популяций, воссоздание оптимальных условий для гармонического взаимодействия биологического и социального — при обязательном соблюдении общенаучных методологических принципов — детерминизма (как действия «внешних причин через внутренние условия, по С.Л. Рубинштейну, или же «внутреннего через внешнее, по А.Н. Леонтьеву), системности (как синтез структурно-функциональных и филогенетических представлений) и развития (в ее основе, по А.В. Петровскому, лежит идея трех фаз становления личности в социальной среде — адаптации, индивидуализации, интеграции). Стремление к самосовершенствованию всегда было присуще сообществу людей; в этом смысле показательны слова И.И. Мечникова: «Человек способен на

великие дела. Вот почему следует желать, чтобы он видоизменил человеческую природу и превратил ее дисгармонию в гармонию. Одна только воля человека может достичь этого идеала». Жить обособленно и счастливо в современном мире крайне затруднительно, поэтому альтернативой такой личностной позиции служит естественная тяга к сотрудничеству, единению, консолидации, взаимной поддержке, атмосфере эмоциональной теплоты и соучастия.

Итак, дорогой читатель, в добрый путь по извилистым, причудливым тропам увлекательного познания сущности формирования и становления личности, раскрытия основ ее общественного взаимодействия с другими людьми, выработки индивидуального стиля и разнообразных форм реагирования, выяснения скрытых и явных пружин появления личностных аномалий, а самое главное — умения преодолеть душевные коллизии, обрести гармонию, способность к продуктивной, творческой деятельности. Освоение системы психотерапевтических и психокоррекционных приемов позволит клиническому персонулогу и врачу обеспечить (в соответствии с расхожей формулой) здоровье людей, ведущих нездоровый образ жизни. Автор искренне надеется, что предпринятая им попытка соединения психологических и клинических сторон душевного здоровья конкретной личности будет благожелательно воспринята научными коллегами и послужит дальнейшим стимулом к углубленным изысканиям в области современной персонуологии, а феномен гармоничной личности является центральной отправной точкой уверенного глобально-исторического развития российского общества.

# **ГЛАВА I.**

## **КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ УЧЕНИЯ О ЛИЧНОСТИ**

Очевидная незавершенность учения о личности (здоровой или больной) ставит перед нами задачу по систематической разработке основных разделов: уже сейчас имеется мощный стимул для дальнейшего формирования перспективных взглядов и концепций, опирающихся на исторический опыт человечества. Сугубо схематически и провизорно можно периодизировать историю учения о личности. Это, во-первых, этап, условно определяемый как предыстория вопроса (от древних времен до средних веков и эпохи Возрождения). Несмотря на несистемность знаний о человеческой личности, он дает богатые сведения о нормальной и отклоняющейся психической деятельности, о темпераменте и характере, блестящие примеры личностной типологии и даже рецепты по клинической диагностике и превенции личностных отклонений. Второй этап (условно обозначаемый как донаучный) охватывает период от средних веков до начала XX века. Он связан с возведением путем кропотливых исследований понятийного аппарата в области персонологии, базиса стройного здания будущей науки о личности (именно в этот период осуществлен интенсивный поиск критериев аномальной личности; усилиями, гигантским трудом многих клиницистов систематизированы данные в области неврологии и патохарактерологии). Третий, научный период в учении о личности (охватывающий примерно вековой отрезок времени — от начала XX века до наших дней) характерен синтетическим анализом психологических и клинических результатов исследования, интеграцией комплексных разработок и рекомендаций; образно говоря, осуществлено фундаментальное «обживание» того стройного ансамбля знаний, основа которого была заложена в преды-

душие периоды; происходит интенсивный обмен методическими приемами и подходами с другими смежными научными дисциплинами.

Предваряя изложение исторических сведений по психологии, обратим внимание читателя на то, что оно носит эскизный (в отдельных местах главы и несистемный) характер, что во многом объясняется ограниченным объемом «курса». Однако это не мешает, по нашему мнению, взглянуть на поставленные вопросы с позиций исторической динамики: такой подход, в свою очередь, предостерегает нас от возможных ошибок при выполнении будущих теоретических и клинических изысканий в рассматриваемой области знаний. Весьма примечательно, что смена периодов знаменуется и сменой парадигм, что также имеет несомненное эпистемологическое (науковедческое) значение.

Первый этап берет свое начало в будоражащих воображение достижениях науки и культуры периода расцвета древнего Египта, Месопотамии, Крита, Греции и Рима, среди которых заслуживают внимание взгляды на причины болезней, а также описания человеческой индивидуальности и ее аномалий. Так, в египетском папирусе Kahun, относящемся к 20 веку до н.э., содержатся сведения о болезненном состоянии, во многом напоминающем картину современной истерии и возникающем за счет «движения матки» (цит. Pichot, 1968). «Маточной» теории впоследствии придерживался в своем трактате «О женских болезнях» древнегреческий целитель Гиппократ (460—377 гг. до н.э.), описавший клинические случаи истерии.

В целом Гиппократ (которого справедливо считают отцом медицины) выделял людей, стоящих на грани здоровья и помешательства: они не душевнобольные, но гневливы, раздражительны, боязливы или же, напротив, замкнуты, нелюдимы, безучастны; касаясь характеристики меланхолического темперамента, он акцентирует внимание на преобладание робости, грусти, молчаливости: «страх и печаль, если они долго делятся или не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи».

Сократ (469—399 гг. до н.э.) указывал на роль психосоматических влияний: душевное напряжение оказывает существенное воздействие на тело и приводит к соматической патологии; им ярко описана роль человеческих потребностей в иерархии, высоте, нравственно-этическом облике лич-



ности, как неотъемлемом компоненте ее структуры. Путь достижения полного человеческого счастья — в служении своему призванию и другим людям.

Ученик Сократа Платон (428—348 гг. до н.э.) заложил основы учения о характерах, дав описание наиболее распространенных в обществе типов. Они складываются из трех сторон душевной жизни: сверхчувственной — являющейся чистым познанием; источника мужества — с локализацией в груди; низменной части души — являющейся источником всякого рода вожделений. Первый тип Платон считает нормальным (характеризуется преобладанием высшей стороны души); второй — тимократический — отличается сильным развитием честолюбия и склонности к борьбе; третий — олигархический — скупостью, стяжательством (правда, в сочетании с бережливостью и сдержанностью); демократический — с нравственной неустойчивостью и постоянной сменой чувственных наслаждений; тиранический — с преобладанием самых низших, животных влечений.

Аристотель (384—322 гг. до н.э.) создает модель «нормы» психического поведения в рамках добродетели, составляющей основную нравственную категорию; отклонения от нормы (или добродетели) он обозначал как «недостатки», которые близки современным описаниям различных аномалий личности. Так, извращение истины в сторону преувеличения — это хвастовство, а носитель этого свойства — хвастун, обманщик; колебания в сторону умаления — суть притворство (притвора отрицает или преуменьшает то, что у него есть); знаток персонологии легко угадает в этой характеристике определенное сходство с современным пониманием истерической личности и ее стремлением к псевдологии. Люди, которым недостает чувствительности к удовольствию, обозначаются как бесчувственные. В отношении к чести и бесчестию обладание серединой — это величавость, избыток ее именуется спесью, недостаток — приниженностью. Аристотель впервые ввел термин «катарсис» (облегчающий освобождение человека от пороков), используемый в современных психотерапевтических приемах (психоанализ З. Фрейда, логотерапия В. Франкла и др.).

Теофраст (около 370—288 гг. до н.э.), ученик Аристотеля, в своем сочинении «Характеры» дает пространное описание человеческих типов, ~~основываясь на специфическом~~

образном раскрытии социального поведения субъекта («образы — символы») через раскрытие одной из доминирующих черт личности: притворство — ироническая насмешливость, притворщик; лесть — льстец; скучный рассказчик; бесстыдство — человек, бесцеремонный в поступках и речах; скупость — скупец; невежливость; суеверие; докучливость — человек надоедливый; скряжничество; ребячество в старых годах; нечестность на расплату и т.д. (около 30 зарисовок).

Трактат Теофраста долгое время рассматривался как классический труд по характерологии. Высокую оценку приведенным выше описаниям дает уже в наше время Г. Олпорт<sup>1</sup>: «Отметьте такую замечательную простоту и краткость портрета. Ни одного лишнего слова. Это похоже на сонет в прозе. Нельзя ни добавить, ни отнять ни одно предложение без того, чтобы он стал хуже». Недаром после Теофраста проблема «характеров» использовалась в искусстве (литературные труды Лабрюйера, Ларошфуко), психологии (нормальные типы), психиатрии (акцентуации характера, патохарактерологические проявления).

Зенон Китийский (336—264 гг. до н.э.) в соответствии с воззрениями стоиков подчеркивал, что ум, придерживающийся добродетели — здоровый ум — подобен целительному источнику, сохраняющему свойства и качества здоровой личности. С другой стороны, страсти расценены как неразумное движение души: жалость есть скорбь о незаслуженном страдании; ревность — скорбь, когда другому досталось то, что хочется самому; соперничество — скорбь, когда другой располагает тем же, что и ты; смятение — скорбь неразумная, бередящая, не дающая видеть все, что есть; страх есть ожидание зла, а желание есть неразумное возбуждение. «Немощь — это болезнь, сопутствуемая бессилием, а болезнь — это усиленная мысль о мнимой желательности чего-либо» — таково определение душевной болезненности характера по Зенону.

В развитие его идей Луций Сенека (4—65 гг. до н.э.) проводит грань между болезнью души и страстью: «Болезни — это пороки застарелые и упорные, вроде скупости или непомерного честолюбия; они, однажды овладев душой, тесно

---

<sup>1</sup> Allport G. Personality: Problem of a Science or Art. In: Selected Papers. N. York, 1959.

срастаются с ней и становятся постоянным злом», страсти же — это «душевные порывы, предосудительные, внезапные и безрассудные; от них, если они часты и запущены, начинаются болезни». Другой более поздний римский стоик Эпиктет (50—125 гг. н.э.) тонко подмечает: «Если ты опасаясь болезни, смерти или нищеты, никогда не можешь быть спокоен»; чтобы не впасть в состояние печали, «не требуй, чтобы дела делались так, как ты хочешь, но желай, чтобы оные так делались, как делаются и таким образом беспечно жить будешь» (т.е. можно изменить свое отношение к существующему порядку вещей, к ситуации, которая является реальной: по сути дела этот пункт входит в психотерапевтические формулы современного лечения невротических состояний). Именно Эпиктету принадлежит образное сравнение «жизни с театром, а людей — с актерами», призывая «все прилежание употребить на исправление ума нашего».

Римский философ и оратор Марк Туллий Цицерон (106—43 гг. до н.э.) также касался вопросов душевной нормы и болезненных отклонений личности. Он выделял 4 основных типа расстройств души: печаль, страх, радость, либидо. Само «безумие» он определял как «страдание и болезнь ума» («смута в душе, как и смута в теле, здоровьем быть не может; и всякий неразумный есть душевнобольной»). Примечательно высказывание известного философа о «неразумии», непостоянстве ума (т.е. о нездоровье): оно не мешало занимать небольшие должности, вести общеобычный образ жизни»<sup>2</sup>

Им ставится вопрос об отношении философа к особым свойствам личности, подверженным страстям, не вполне соответствующим понятию здоровья, - отклоняющимся от «средней нормы» и отличающимся устойчивостью (в этой трактовке можно усмотреть аналог современного понимания «акцентуированных личностей» по К. Леонгарду): «склонность в хороших делах называется благодравием, в дурных делах — неустойчивостью»; «изъяны души» влияют на всю жизнь таких лиц, делая ее затруднительной.

Крупный энциклопедист античного периода Ави Корнелий Цельс (25 г. до н.э. — 50 г. н.э.) в своем фундаменталь-

---

<sup>2</sup> Марк Туллий Цицерон. Избранные сочинения. М., 1975. С.272—273, С.305.

ном труде «О медицине» дал систематическую обработку учения о душевных болезнях (безумии или *insania*), выделив «спокойный» вариант безумия. Речь идет о больных угнетенных, у которых только мысли неправильные, однако все окружающее они воспринимают ясно.

Клавдий Гален из Пергана (131—201 гг.) разработал свое учение о темпераментах. Он обнаружил различия в психических качествах людей за счет дискразии (неправильного смещения соков): среди нормальных вариантов темперамента он различал холерический (преобладание желтой желчи, имеющей как элемент огня теплое и сухое свойство), флегматический (преобладание слизи, которая как вода холодна и влажна), сангвинический (преобладание крови, которая как воздух тепла и влажна), меланхолический (черная желчь — холодная и сухая как земля). В соответствии с этими воззрениями Гален вычленял страдание («патос») и болезненный процесс («нозос»), выражающийся в избытке или порче «соков».

В целом для первого этапа научной дисциплины персонологии свойственно: контурирование основных качеств уравновешенной (или «нормальной», душевно здоровой личности), описанной в трудах по этике и психологии<sup>3</sup>. Упомянем «гармонию» и «симметрию» Пифагора, «демократическое равновесие» Алкмеона Кротонского, «атараксию» или «эутимию» Демокрита, «эвдаймонию» Аристотеля; кстати, последний ввел понятие — «метрипатии» для отклонений от «середины» или «нормы»; тщательная проработка основ учения о конституции, темпераменте и характере; развернутое представление об аномальных личностях (со стойкими «изъянами души», близкие в своей трактовке к современному пониманию психопатий); установленные связи между психикой и соматикой (пролог теперешней «психосоматики») с признанием телесных заболеваний как следствия влияния эмоциональных факторов (недаром Цицерон в трудах историков пограничной психиатрии считается «первым психосоматиком»); возведение весьма сложного аппарата для грядущего системного рассмотрения клинической и психологической персонологии; предложение рецептов лечебного психотерапевтического, психокоррекционного и нравственного воздей-

---

<sup>3</sup> Термин «психология» возник гораздо позднее, в 15 году, в труде Гоклениуса.

ствия (с использованием духовного потенциала личности). С позиций эпистемологии первый период в персонологии следует оценивать как препарадигмальный: именно в эту эпоху был заложен базис для формирования научной концепции персонологии, для успешного решения поставленных мыслителями античного мира грандиозных задач в области человекознания и человековедения.

Второй этап характеризуется периодами подъема и спада научной мысли в сфере персонологии: ему предшествовала длительная многовековая эпоха застоя, обскурантизма в науке, в целом характерная для Средневековья. В какой-то мере этот пробел в движении научной мысли восполнила Салернская медицинская школа: ее представители внесли существенный вклад в изучение темпераментов. В частности, Арнольд из Виллановы (1250—1313) написал «Салернский кодекс здоровья»<sup>4</sup> (изданный впервые в 1480 году в стихотворной форме). Приведем художественное описание основных типов темперамента, отразившее великолепное понимание прежней литературы по данному разделу персонологии, а также собственные наблюдения автора. Начнем с характеристики «сангвиника»:

Каждый сангвиник всегда весельчак и шутник по натуре,  
Падкий до всякой молвы и внимать неустанно готовый,  
Вахх и Венера — услада ему, и еда, и веселье;  
С ними он радости полон и речь его сладостно льется.  
Склонностью он обладает к наукам любым и способен.  
Чтоб ни случилось, — но он нелегко распаляется гневом.  
Влюбчивый, щедрый, веселый, смеющийся; румянолицый,  
Любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый.

Обратим внимание на точность описания ведущих психологических качеств данного типологического варианта и особый склад строения тела, вегетативной организации. Также живо, сочно, емко, выразительно показан образ «холерика»:

Желчь существует, — и она необузданным свойственна людям.  
Всех и во всем превзойти человек подобный стремится;  
Много он ест, превосходно растет и легко восприимчив,  
Великодушен и щедр, неизменно стремится к вершинам;

---

<sup>4</sup> Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья. — М., 1970.

Вечно взъерошен, лукав, раздражителен, смел и несдержан,  
Строен и хитрости полон, сухой он и с ликом шафранным.

В данном портрете весьма живописно отмечены основные нейрофизиологические качества данного типа темперамента — неуравновешенность с преобладанием возбуждения. Сопоставим это описание с оценкой флегматического темперамента:

Флегма лишь скудные силы дает, ширину, малорослость.  
Жир порождает она и ленивое крови движенье.  
Сну — не занятьям — свои посвящает флегматик досуги.  
Лень и сонливость, рассудок тупой и вялость движений.  
Всякий флегматик сонлив и ленив, и с обильной слюною,  
Тучен он телом и разумом туп, белолицый обычно.

И здесь мы сталкиваемся с великолепным «схватыванием» основных черт описанного выше варианта темперамента — преобладание тормозных нервных процессов, замедленный темп психической деятельности во всех ее проявлениях. Особо ярко это различие сказывается при анализе типов личности на базе меланхолического темперамента:

Только про черную желчь мы еще ничего не сказали:  
Станных людей порождает она, молчаливых и мрачных.  
Бодрствуют вечно в трудах и не предан их разум дремоте;  
Тверды в намереньях, но лишь опасностей ждут отовсюду.  
Жадны, печальны, их зависть грызет, своего не упустят.  
Робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета.

Как видим, и в этой краткой характеристике отражены наиболее примечательные личностные черты (в том числе и такие, которые отличаются от уже укоренившегося в нашем сознании представления о заторможенной реакции данных натур: к примеру, особенности их социального поведения: «бодрствуют вечно в трудах...», «тверды в намереньях» и т.д.). Примечательна соматическая основа меланхолического темперамента «черная желчь награждает тела окраскою мрачной» (отсюда и «лицо их землистого цвета»), «горько и сухо во рту, в сновиденьях пылают пожары».

Одним из «протопсихиатров» эпохи возрождения считается Жан Франсуа Фернель (1497—1558) — современники называли его Галеном Нового времени. В своем основном

труде «Всеобщая медицина» он дает одну из первых классификаций психических болезней: «признаки качеств души» при нарушении функций мозга обозначены им как «безумие»: «вялые, подавленные, душой более слабые», эти больные считают жизнь для себя неприятной и тягостной: «Даже общества и внимания людей они избегают, многие ищут одиночества, что гонит их скитаться среди могил, гробниц, в дикие пещеры»<sup>5</sup>. Истерию Ж. Фернель расценивал как болезни матки, ипохондрию (весьма частую патологию в медицинском регистре того времени) — к болезням желудка. Его современник, знаменитый Парацельс (1493—1541) в трактате «Болезни, которые лишают человека разума» отнес истерию к болезни, причина которой кроется «во мнении, вызванном воображением, аффектирующим то, во что верят».<sup>6</sup> Достоин упоминания, что Парацельс впервые вводит понятия «реакции» и «процесс». В более поздних работах профессора университета в Базеле Феликса Платера (1537—1641) приводятся описания навязчивых состояний, бреда изобретения, ревности, влюбленности (как проявления патологической сексуальности или же болезненной ревности).

В Англии знаменитый клиницист психолог Тимоти Брайт (1550—1615) выпускает «Трактат о меланхолии» (1586) с описанием различных по клинике вариантов заболевания. В этот же период усилиями Л. Вивеса (1492—1540), «отца» современной психологии, по выражению Г. Зилбурга (1941), разрабатываются чисто клинические позиции в отношении пограничных психических расстройств: обращал внимание на опытное изучение поведения человека (включая приемы самонаблюдения), а также факторов внешнего влияния на «душу» в становлении различных черт личности. Согласно воззрениям Френсиса Бэкона (1561—1626), причиной заблуждения разума являются ложные идеи («призраки» или «идолы»), среди которых наиболее важны «призраки рода» (коренятся в самой природе человека), «призраки пещеры» (возникают благодаря индивидуальным качествам отдельной личности), «призраки рынка» (вызваны некритическим

---

<sup>5</sup> *Johannis Fernely Ambiani Universa Medicina, Pathologia. Frajecti, 1656. Libr. V, cap. XVIII. P.66.*

<sup>6</sup> *P.Pichot. Histoire des idees sur l'hysterie//Confrontations psychiatriques. 1968. Vol.1. P.9—28.*

отношением к общественным мнениям) и «призраки театра» (закljučаются в ложном восприятии действительности, основанном на слепой вере в авторитеты и догмы). Добавим к сказанному меткое наблюдение Бэкона: «Процветание раскрывает наши пороки, а бедствие — наши добродетели».

В XVII веке трудами Ш. Лепуа (1563—1633) обновляется древнее учение об истерии: оказывается, эта патология свойственна не только женщинам, но и мужчинам, а все истерические симптомы «происходят из головы», когда поражается вся личность в целом, затрагивая «общий сенсорий». Трудом Т. Сиденгама, Т. Уиллиса складывается весьма стройная концепция истерии, способствовавшая детальному изучению знаменитого Протея, «обезьяны всех болезней», «хамелеона, постоянно меняющего свои цвета». Так, в 1670 году Томас Уиллис (1621—1675) в трактате «Аффекты, возвещающие патологию при истерии и ипохондрии» дается подробное клиническое описание клиники нервных заболеваний, в основе которых лежит «наклонность к спазмам»; в известной степени в рассматриваемом труде заложены основы будущей концепции «нервизма». Томас Сиденгам (1624—1698), этот «английский Гиппократ» (по определению современников), указывал на функциональный характер истерической патологии, дал великолепное описание личностей истерического круга: «Все полно капризов. Они безмерно любят то, что вскоре без оснований начинают ненавидеть»; «очень немногие болезни нашей жалкой культуры не могут быть имитированными ими». В этот же период издается сочинение Жана де Лабрюйера о характерах<sup>7</sup> (в какой-то мере перекликающееся с трактовкой Теофраста).

Введение Уильямом Келленом (1712—1790) в 1776 году термина «невроз» знаменует начало нового этапа развития психологии и психоневрологии, перехода к нозологической парадигме в персонологии. Неврозы, по Келлену, обусловлены «общим страданием, от которого специально зависят движение и мысль»; к ним были отнесены, в первую очередь, истерия и ипохондрия, а также «английская меланхолия» (описанная ранее Дж. Чейном как «сплин» или «английская болезнь», вызываемая влиянием таких географических факторов как островное положение, малая инсоляция, «частые

---

<sup>7</sup> Лабрюйер Жан де. Характеры или нравы этого века. СПб., 1889.



дожди и туманы»; «меланхолия влюбленных» (преимущественно психогенной природы). Вклад У. Келлена в формирование невропатологии (в частности, ее раздела, который мы определяем как неврозологию) несомненен и эпохален: его концепция дала мощный толчок последующему, весьма интенсивному развитию данного направления в мировой клинической и психологической персонологии.

Упрочение весьма расплывчатого и сложного понятия «невроз» было достигнуто благодаря изданию Ф. Пинелем (1818) своего знаменитого руководства по психиатрии, в котором дана четкая классификация системных «генеративных» неврозов<sup>8</sup>, включающая нервные расстройства, не имеющие определенной патологоанатомической основы. Систематика клинических форм неврозов в дальнейшем проходила с учетом признака функциональности, обратимости, а также их психической обусловленности (Briquet, 1859, а позднее Charcot окончательно упразднили маточную теорию истерии, а Babinsky уточнил роль в ее генезе внушения и самовнушения). P. Dubois (1905) исходя из взглядов на психогенную природу неврозов заменяет укоренившийся термин на понятие «психоневроз».

Параллельно с «неврозологической» ветвью персонологии весьма успешно и бурно формировалось учение о характерах. В рамках становления новой области дифференциальной психологии осуществлялся поиск ответов на вопросы: в чем выражаются индивидуальные различия личности (включая ее нормальный и аномальный склад), чем они определяются, и, наконец, в чем проявляются.

Персонология стремится выяснить, каким образом и под влиянием каких условий эти отдельные особенности вступают между собой в разнообразные сочетания, образуя цельные, непохожие друг на друга индивидуальные единицы, человеческие личности». О социальной личностной дифференциации образно говорил еще Ф. Вольтер: «В сущности говоря, все люди равны, но на сцене жизни они играют разные роли»; весьма убедительно эта мысль выражена в максиме Ф. Ларошфуко: «Мало обладать выдающимися качествами, надо еще уметь ими пользоваться».

Важную попытку определения принципиальных границ структуры личности предпринял знаменитый философ Им-

---

<sup>8</sup> Pinel Ph. Nosographie philosophique. Paris, 1818. Vol.3. P.290—295.

мануил Кант (1724—1804): он определил наличие особых «априорных» (доопытных) форм созерцания и рассудка. В классическом труде «Антропология» выражена мысль, что человек — существо, принадлежащее двум различным мирам: миру природы и миру свободы, где он выступает как нравственно самоопределяющееся существо. Выделяя понятие личности в узком значении, И. Кант использует термин «просто характер» или «внутренний (моральный) характер: человек руководствуется твердыми, установленными для себя принципами, «максимами». В отличие от этого можно судить о характере как «способе чувствования» (для обозначения им используется понятие «темперамент»). Имеется двойственность природы некоторых черт характера (злости, доброты, упорства) — как свойства темперамента и как свойств личности (качественно иные по своей природе). Принятие новых принципов как способ «утверждения характера» происходит не постепенно, а внезапно, создавая впечатление своего рода возрождения личности: «составляет какую-то торжественность обета, данного самому себе, и делает для него незабываемым это событие и тот момент, когда, как бы полагая новую эпоху, в нем произошла эта перемена». Другое очень показательное наблюдение: «злоба как задаток темперамента, все же не так дурна, как доброта из темперамента без характера, ибо благодаря характеру можно одержать верх над такой злобой».

Первой попыткой систематики характеров на научной основе можно признать перечень основных душевных качеств, составленных создателем френологии F. Gall (1810). Каждая из выдвинутых 27 способностей души локализуется в той или иной части мозга; их совокупность и определяет человеческий характер (после краткого периода увлечения этой теорией наступила пора ее ожесточенной критики, прежде всего, за надуманность, наивность и неглубокий анализ душевных процессов. Исходя из критического отношения к концепции Галля А. Бэн (1866)<sup>9</sup> построил свою классификацию характеров на основании метода самонаблюдения и подразделения психической жизни на явления воли, чувства и интеллекта. Значительное развитие одного или нескольких чувствований (ужас, робость, привязан-

---

<sup>9</sup> Бэн А. Об изучении характера. СПб., 1866.

ность, эгоизм, властолюбие, гнев, любопытство и др.) определяет характер человека (некоторые специальные свойства интеллекта, а также важнейшие психические условия ведут к образованию таланта и гения). Представляет большой интерес классификация Ф. Полана (1896)<sup>10</sup>: вся душевная жизнь состоит из ряда стремлений, которые в комбинации и взаимодействии друг с другом образуют индивидуальную сложность личности.

Резкой границы между отдельными группами нельзя провести, что указывает на возможность существования промежуточных типов, с переходом от одной категории к другой. Так, по Рибо (1892), аморфные лица не обладают ясно выраженным характером: это мягкие натуры, зависящие от случайных влияний и не способные противостоять среде; неустойчивые люди отличаются постоянной сменой настроения, иногда вопреки влиянию позитивной среды; люди апатического характера имеют слабую волю и слабые чувства: они мало деятельны, неподвижны, не имеют устойчивых интересов; характеры активные, напротив, отличаются особым развитием воли: в соединении с большим умственным развитием это дает тип великих деятелей, знаменитых первопроходцев и пр.

Системный, научный подход к исследованиям в сфере нормальной персонологии окончательно сформировался с момента формального рождения психологии как самостоятельной дисциплины (в 1879 году) — со времени основания в Лейпциге Вильгельмом Вундтом первой лаборатории для экспериментального изучения психических явлений. Однако, фактическое оформление границ изучения психологии личности и применение термина «персонология» относится к третьему периоду и связано с именем Генри Мюррея (Murray, 1938). В контексте клинической персонологии второго периода важен тот огромный материал, который дала психиатрия; его значимость была подчеркнута видным немецким психопатологом Г. Груле (1933): «Изучать практическое человековедение в настоящее время можно только путем опыта, и именно того, который собирается под руководством психиатрии... А какой опыт может доставить преувеличения в большем количестве и ярче, чем психиатрический? Не в нем ли мы находим самые острые и глубо-

---

<sup>10</sup> Полан Ф. Психология характера. СПб., 1986.

кие чувства? Разве не он учит нас тому, как потерявшие соразмерность страсти в своем действии разрушают все препятствия?» Именно эти вопросы издавна привлекали интересы многих психологов и клиницистов прошлого, пристально изучавших «пограничных жителей», т.е. обитателей той области, где здравый смысл граничит с признаками помешательства.

Одним из первых на специфику поведения и личности такого рода людей обратил внимание знаменитый Pinel (1745—1826), наметивший контуры будущей концепции психопатий: наиболее демонстративным качеством этих пациентов являлось аморальное поведение («мания без бреда»). Представителям этой группы лиц свойственны маловыраженные повреждения в мыслительной деятельности, заметные извращения чувств и общественная опасность поступков. Esquirol (1772—1840) называл их «помешанными без нарушения логики» (т.н. резонирующее помешательство), безумцами «скорее в поступках, нежели в речах: это помешанные с не помраченным сознанием» (Trillat). В 1819 году Громан обнаруживал психопатические проявления в виде непосредственной нравственной дезорганизации свободной воли, притупления нравственного чувства, «грубости воли и нравственного слабоумия» (последний термин «прирожденного нравственного слабоумия» использовал Мендель). Позднее описаны особые психические («душевнобольные») невроты мозга (Модсли, 1875), психологический инфантилизм, перемежающиеся характеры (Т. Рибо, 1899), лица с «темпераментом помешанных», страдающие «наследственным невротом» (Шюле, Легранд-дю-Соль, Морель), невропатией (Реджи). Дж.К. Причард (1786—1848) описывал подобные состояния без признаков психоза как «моральное помешательство» («moral insanity»): это сумасшествие, проявляющееся в «болезненном извращении естественных чувств, аффектов, склонностей, темперамента, желаний, жизненных установок, в моральных отклонениях, в утрате естественных импульсов души без заметных нарушений или дефектов интеллекта, а также без грубых расстройств психики в виде бреда или галлюцинаций».

В немецкой литературе трудами знаменитого Вильгельма Гризингера (1817—1868)<sup>11</sup> описаны особенные состояния,

---

<sup>11</sup> Гризингер В. Душевные болезни. — СПб., 1881.

закрывающееся «в несоразмерном отношении реакций действующим раздражителям», а также дана характеристика лиц, отличающихся дисгармоническим складом души: это «живые, блестящие умы, но поверхностные и не способные к усидчивому труду». Они то нетерпеливы и вспыльчивы, не выносят противоречий, то избегают психических впечатлений, погружаются «в облака фантазии и оттуда презрительно смотрят на мир, считая себя слишком выше него». Носители такого «странного характера» отличаются репутацией «оригиналов», «чудаков». Еще ранее Гризингер (1847) указывал на «особую истерическую аффективность» и проявления «хронического истерического безумия», основу которого составляло «общее преувеличение обыденного». В этой связи заслуживает внимание более раннее мнение американского «протопсихиатра» Rush (1774), что истерия встречается не обязательно у «благородных девиц» и представительниц «апартаментов великого мира сего», а возникает как расплата за отказ от «простых манер наших предков». Независимо от данной точки зрения русский мыслитель С.Т. Забелин (1777) указывал на огромное значение воспитания и просветления «к самому здравью всего тела».

Существенное различие с этой позицией имеет концепция француза Мореля (1857) о психической дегенерации, лежащей в основе психопатических аномалий личности, имеющих «стойкий эмоциональный и интеллектуальный дефект» (расстройство нравственных чувств и влечений). Для подобных субъектов свойственны признаки вырождения (дегенерации), среди которых наиболее частыми являются тяга к кражам, поджогам, бродяжничеству, «химическим проектам», оппозиция обществу. Маньян называет их «выродками высшего порядка», Ч. Ломброзо говорит о «маттоидах» (от итал. «matto» — сумасшедший) и «графоманах или психопатах». Г. Шюле (1880) описывает «нравственное сумасшествие», используя для его обозначения понятие «психопатический темперамент».

Основоположник английской клинической психиатрии Г. Модсли (1835—1918) отнес рассматриваемые состояния психики к «пограничной области»: ее обитатели, не будучи сумасшедшими, обнаруживают явные странности эмоций, поступков и мышления. Такие люди недалеко стоят от гениальности, однако представляют затруднения в случаях постановки вопроса о нравственной и юридической ответ-

ственности; основанием к тому служат различные степени уклонения — от испорченности до непреодолимой порочности.

В этом контексте чрезвычайно важным этапом в развитии клинической психологии является выход в свет одной из первых монографий на данную тему француза А. Сюллиера (1890)<sup>12</sup>. В предисловии автора любопытна следующая сентенция: «Публика не подозревает о сосуществовании тысячи видоизменений и оттенков, которые может принять расстройство ума. Там, где самый опытный глаз не улавливает пограничной линии, ей представляется глубокая пропасть, Она дрожит от негодования при мысли, что наука считает себя в силах определить ту долю безумия, которая может быть приписана к мудрости Сократа или гениальности Паскаля. Крупица сумасшествия бывает для некоторых умов равносильна высоким достоинствам. Можно без преувеличения сказать — с того дня, как не будет полупомешанных, мир цивилизации погибнет — не от избытка мудрости, а от избытка посредственности». Заслуживает упоминания и эклектичная группировка психопатических натур: «чудаки» (среди них тронутые, непоседы, авантюристы; сумасброды, скареды; гордецы, расточители; изобретатели, мечтатели, утописты), с бредом преследования (преследуемые — преследователи, сутяги, ревнивцы), мистики (собственно мистики, фанатики, эротоманы), извращенные (истеричные, лгуны, притворщики, преступники). Особое внимание Сюллиером уделено описанию психологии и психопатологии истерической личности: самый постоянный ее признак составляет неровность характера, беспорядочность (атаксия) сердечных чувств — «они неумеренны, непостоянны и капризны в своих страстях и ненависти»; некоторые из них живы, умны, легко переходят от одного разговора к другому; главное их желание — нравиться и пленять; «они не умеют, не могут и не желают хотеть» (Гюшар); один из характерных недостатков истеричных — наклонность ко лжи («они одинаково обманывают своих мужей, родных, исповедников и врачей», отмечал Морель; Шарко замечает: «Приходится удивляться той замечательной хитрости, смысленности и настойчивости, пускаемой ими в ход») и притворство.

---

<sup>12</sup> Cullier A. Les frontieres de la folie. Русский перевод «Современные психопаты», 1890.

В России проблемы общей и клинической персонологии также длительный период были в центре внимания психологов, литераторов и медицинских деятелей. Упомянем взгляд С.Г. Забелина на дефекты воспитания, приводящие к формированию аномалий психики: в качестве противовеса «человеку не только нужно к возвышению просвещения, но и телесному исправлению сложения». В 1846 году Ф.И. Герцог указывает на лиц со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений. Наиболее интенсивно вопросы патохарактерологии стали решаться со второй половины XIX века, особенно в связи с реформой права, новым судопроизводством и необходимостью проведения судебно-психиатрической экспертизы<sup>13</sup>. К шумным судебным процессам того времени в качестве экспертов привлекались известные отечественные психиатры С.С. Корсаков, В.Х. Кандинский, И.М. Балинский, О.А. Чечотт и др. При анализе «Случая сомнительного душевного состояния перед судом присяжных» В.Х. Кандинский (1883, 1890) устанавливает связь психопатий с наследственной отягощенностью или внешними влияниями на раннем этапе развития индивида: это приводит к непостоянству, изменчивости и дисгармоничности личности (используя такие дефиниции как «уродливо странная личность», «аномальный характер», «болезненность характера»). Справедливости ради отметим, что термин «психопатия» впервые в отечественной литературе применил С.С. Корсаков в 1880 году (за 10 лет до появления в 1891—1893 гг. капитального трехтомного труда немецкого врача И. Коха, считающегося на Западе основоположником учения о психопатиях). В.М. Бехтерев (1886) в первой в мире монографии, обобщающей взгляды на психопатию и определяющей ее судебно-психиатрическое значение, выделяет тяжелые формы с явно патологическими чертами, исключая «свободное проявление воли»; с менее резкими отклонениями, «на рубеже здоровья и болезни» (для них целесообразно применение «уменьшенной вменяемости»); еще более легкие случаи, подпадающие под понятие вменяемости. Вырождение, по мнению В.Ф. Чижа (1899), это самая частая причина неумения приспособиться к окружающей среде. Согласно С.С. Корсакову (1901), меж-

---

<sup>13</sup> Прекрасные исторические этюды этого периода содержатся в трудах О.В. Кербикова (1959, 1971).

ду нормальным соотношением человека и резкой степенью вырождения имеется много «градаций, переходных ступеней и резких границ положить нет никакой возможности». В этот же период Э. Крепелин (1896, 1904) в своих руководствах использует термины «психопатические состояния» и «психопатические личности», подчеркивая пограничный характер рассматриваемых нарушений. Во французской литературе благодаря воззрениям Маньяна (1893) эти состояния обозначаются термином «неуравновешенные» (*les descquilibres*).

В целом второй период в учении о личности завершается к началу XX столетия введением понятий «невроз» и «психопатия». Весьма приближенные к современным науковедческим значениям они составили основную группу людей, стоящих на грани здоровья и болезни (С. Pelmann, 1909, обозначил их как «пограничные психические состояния»). Этот этап учения можно обозначить как период возникновения клинической парадигмы персонологии. Он подтверждается физиологическими исследованиями (И.М. Сеченов, Н.А. Введенский, В.М. Бехтерев, И.П. Павлов, Ч. Шеррингтон и др.) и данными экспериментальной психологии (В. Вундт), облегчающими возможность постижения патогенетической сущности и механизмов формирования нормальной и болезненно измененной психики. В эту эпоху и до настоящего времени расцветают концепции З. Фрейда и его школы (психоанализ), И.П. Павлова (о физиологии высшей нервной деятельности), Уотсона (поведенческая психология), проливающие свет на природу неврозов; приобретают огромный, масштабный характер клинические воззрения отечественных (А.С. Суханов, П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербинов, А.Ф. Лазурский и др.) и зарубежных (Р. Janet, Р. Dubois, Е. Kraepelin, Е. Kretschmer и др.) исследователей. Таким образом, колоссальными усилиями множества психологов и клиницистов на пороге XX столетия был открыт путь к системному, многостороннему, строго научному пониманию основ функционирования нормальной и отклоняющейся личности, раскрытию неисчерпаемых внутренних и внешних ресурсов по сохранению и укреплению индивидуального и общественного психического здоровья.

**Третий этап** персонологии охватывает примерно вековой отрезок времени, (начиная с XX века и до наших дней) и сопровождается лавинообразным, ускоренным накоплением



ем колоссального фактического материала с одновременным обилием выдвигаемых для их объяснений гипотез. «Кристаллизующими», основополагающими направлениями этого периода в области общей персонологии явилось психоаналитическое направление Зигмунда Фрейда (1856—1939), на протяжении более чем столетнего отрезка времени привлекавшее внимание специалистов различных областей знаний (включая политологию); в сфере нейрофизиологии — непреходящее по своей значимости учение И.П. Павлова (давшее обоснование основных типов в.н.д., механизмов личностного поведения, в том числе блестящее описание своеобразия истерического реагирования): в области клиники пограничных состояний — труды П.Б. Ганнушкина (прежде всего, динамическое направление в изучении психопатий, а также великолепное описание картины истерического и психастенического характера).

Для последнего раздела персонологии характерно оформление клинико-нозологической парадигмы с переходом на последнем этапе этого периода к попыткам синдромологической оценки пограничных состояний в духе международной классификации психических болезней 10-го пересмотра (ICD—10) и поиска «генного ключа», раскрывающей сущность многообразия облика «нормальной» и «пограничной» личности.

Есть указания на возможные подходы к системному пониманию личностных аномалий через изучение «клеточных механизмов поведения» (Вильсон Е., Каммель А. и др., 1975), картирование мозга и расшифровку генетического кода эмоций как модуляторов поведения (Баев А.А., 1979), исследование на молекулярно-структурном уровне и т.д. Отчетливее вырисовывается тенденция к смене «нозологической парадигмы» в пограничной сфере молекулярно-биологической (в том числе молекулярно-генетической), сопровождаемой все более точной дифференциацией клинических критериев аффективных, тревожно-компульсивных, истерических расстройств (в рамках «аффектопатий», «персонопатий», «инстинктопатий», на что содержится указание в сообщении С.А. Овсянникова (1995).

Рассмотрение проблем общей персонологии в «длиннике» третьего периода обнаруживает на его инициальном отрезке «наличие открытого кризиса» (приблизительно 1912—1935 годы), который обнажил коренные недочеты ее теоре-

тических основ<sup>14</sup>, не вскрыв их подлинного и общего источника (который остался, переходя в хроническую стадию). Это в существенной мере мешало стать психологии (особенно ее важнейшему разделу — персонологии) систематической наукой. Между тем личность характеризуется в эволюционном процессе в качестве субъекта влияния внутренних и внешних факторов, включая генетическую и биологическую predisposition, социальный опыт и непрерывно изменяющиеся условия окружающей среды (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997). Выход из перманентных тупиковых ситуаций по оценке личности видится в строгой объективизации, максимальной точности полученных данных, достижению научной безупречности.

Обилие теорий личности, естественно, порождает кризисные симптомы в персонологии: наука нуждается в строгой, единой, системной теории, отвечающей современным критериям, приведенным в работе цитируемых выше авторов: верифицированность («теория, которую невозможно подтвердить или опровергнуть — это плохая теория», бесполезная для практической цели), эвристическая ценность («перевод базисных концепций в такую форму, которая даст толчок исследовательской деятельности»), внутренняя согласованность («теория должна быть свободна от внутренних противоречий»), экономность («более простые и более четкие объяснения предпочтительнее более сложных»), широта охвата («для использования как логического каркаса для объединения и интерпретации новых, разрозненных фактов»), функциональная значимость («помочь людям понять их повседневное поведение»). С этих позиций мы и приступаем к сугубо эскизному, краткому изложению теорий личности, сгруппировав их в основные концепции — личностно-ориентированной (У. Джеймс), психоаналитической (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни, Э. Фромм, Э. Берн), психосоциальной (Э. Эриксон), гуманистической (К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл). Вполне объяснимо,

---

<sup>14</sup> В судьбе каждого из научных направлений этого периода важную роль играет то или иное фактическое открытие: Так, в основе психоанализа — установление бессознательных причин ряда психических явлений (сновидения, оговорки, обмолвки и т.п.); биохевиоризма — возникновение на базе фактов из области зоопсихологии; описательной психологии — обнаружение связи сознания и личностной структуры с явлениями культуры, под влиянием которых они реально формируются и т.д.

что за пределами нашего «очерка» осталось большое число весьма интересных, перспективных точек зрения, заслуживающих определенного рассмотрения.

В теории и практике личностно-ориентированной психологии отправной точкой ее использования являются труды У. Джеймса (1842—1910), который рассматривает личность как плод взаимодействия инстинктивных и привычных граней сознания, волевых аспектов<sup>15</sup>. Составные элементы подразделяются на три класса: физическую, социальную и духовную личность; касаясь их, иерархия позволяет «проигрывать в изяществе, остроумии, учености, дабы надежнее стяжать спасение души». Все совершенствование социальной личности заключается в «замене низшего суда над высшим». В широком смысле слова личность человека составляет общая сумма всего того, что он может назвать своим; «мир без внутреннего убежища в минуту полной утраты всех внешних социальных личностей был бы какой-то ужасной бездной». Следует признать, что взгляды У. Джеймса оказали влияние на формирование современной персонологии: интенсивно разрабатываются аспекты личности, раскрываемые со стороны ее собственного сознания («образа самого себя», «самооценка» и т.д.).

Наиболее обширной, противоречивой, но весьма продуктивной концепцией личности является психоаналитическая. Она позволяет по-новому увидеть неповторимость, уникальность каждой человеческой личности. У ее истоков стоит гигантская фигура основоположника данного направления («отца психоанализа») Зигмунда Фрейда (1856—1939)<sup>16</sup>; его наследие изменило «интеллектуальные и эмоциональные контуры века, в котором мы живем» (Дж. Мэссон). По мнению современников, история цивилизации не знает другого такого феномена «культурного шока», каким предстал миру психоанализ; он высветил сексуальность со всеми ее разнообразными проявлениями и превращениями, чуждыми логике и этике: люди находятся в состоянии непрерывного конфликта, истоки которого лежат в неосознаваемых и агрессивных побуждениях. Психика, по мнению З. Фрейда,

---

<sup>15</sup> Джеймс У. Психология. М., 1922, 1991.

<sup>16</sup> Его роль в современной персонологии оценена нами ранее (см. Семке В.Я. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности. Новосибирск, 1991).

это поле боя между непримиримыми силами инстинкта, рас-судка и сознания (отсюда и происходит термин «психодина-мический»). За почти полувековой период титанической, подвижнической научной деятельности он создал метод ис-следования психических процессов, не поддающихся анали-зу другими способами, и применил оригинальный метод ле-чения невротических расстройств.

З. Фрейд выделял три уровня сознания — сознание, под-сознательное и бессознательное; наиболее значительные психические события происходят в третьем «слое». Лич-ность человека охватывает три компонента — ид, эго и су-перэго. Ид, как инстинктивное ядро личности, является примитивным, импульсивным, подчиняясь принципу удо-вольствия. Эго руководствуется принципом реальности и составляет рациональную часть личности. Суперэго пред-ставляет моральную сторону личности (состоит из двух подструктур — совести и эго-идеала). Инстинкты жизни (Эрос) и смерти (Танатос) имеют четыре основных пара-метра (источник, цель, объект и стимул). Развитие лично-сти проходит четыре стадии — оральную, анальную, фал-лическую и генитальную: в процессе психосексуального развития неразрешенные конфликты приводят к фиксации и образованию определенных типов характера. Тревога (ре-алистическая, невротическая, моральная) играет роль сиг-нала, извещающего эго о надвигающейся опасности, исхо-дящих из инстинктивных импульсов: для ее нейтрализации эго использует ряд защитных механизмов (вытеснение, проекцию, замещение, рационализацию, реактивное обра-зование, регрессию, сублимацию, отрицание), действую-щих неосознанно и искажающих восприятие реальности индивидом. Применение психоанализа в практике приве-ло к созданию психоаналитической психотерапии (с упо-ром на групповую или семейную психотерапию).

Психоаналитическая концепция довольно быстро заво-евала умы ученых, занимавшихся проблемами личности; также быстро появились ответвления этого учения — прежде всего из-за несогласия с догмами сексуальности и агрессии как основных причин человеческого поведения. Пересмотр главных позиций психоанализа привел к фор-мированию весьма продуктивных для современной персо-нологии направлений, правда, стоивших его авторам жест-токой «кары» со стороны основоположника учения,

завершившейся разрывом дружеских отношений с «патриархом».

Первой в ряду «опровергателей психоанализа» (по выражению самого З. Фрейда) стоит фигура Альфреда Адлера (1870—1937), создателя индивидуальной теории личности. Ее стержневым мотивом является тезис о неотделимости индивидуума от социума («individuum» по латыни означает «неделимый»): структура самосогласующейся и единой личности определялась им как стиль жизни, как архитектора собственной судьбы (недаром многие персонологи оценивают Адлера как провозвестника гуманистической психологии; с другой стороны, акцент на социальных пружинах поведения создает ему репутацию первого социального психолога в современной психологии). Основу концепции А. Адлера составляют семь принципов: чувство неполноценности и компенсация; стремление к превосходству; стиль жизни; социальный интерес; творческое «Я»; порядок рождения; фиксационный финализм. В своей монографии «Исследование неполноценности органов и ее психической компенсации» он формулирует понятие «комплекса неполноценности» — тренируя функции слабого органа, человек достигает компенсации дефекта (примеры тому древнегреческий оратор Демосфен, знаменитая бегунья Вильма Рудольф, президент Америки Ф.Д. Рузвельт и др.). Стремление к превосходству является основной мотивационной силой, фундаментальным законом жизни личности. Стиль жизни есть уникальный способ адаптации к среде: ему соответствуют три типа установок — управляющий, берущий, избегающий (четвертый, социально-полезный тип, соединяет высокую степень социального интереса и уровня активности). Выраженность социального интереса служит важным критерием оценки психического здоровья индивида (последняя может быть использована в характеристике качества жизни — успешно разрабатываемого в последние годы: наши жизни ценны только в той степени, в какой мы способствуем повышению ценности жизни других людей). У плохо приспособленных людей социальный интерес выражен неполно — они эгоцентричны, борются за главенство и личное превосходство. Согласно концепции А. Адлера (1995), «на протяжении всего своего развития ребенку присуще чувство неполноценности по отношению к родителям, братьям, сестрам и окружающим», которое создает «жизненный путь

невротика»<sup>17</sup>: больные неврозом хотят, чтобы их баловали другие, зависеть от них в решении своих повседневных задач; они ведут себя так, будто бы жили в стане врагов. Лечение неврозов предполагает: выявление ошибочных суждений о себе и других, устранение ложных целей, формирование новых жизненных целей, помогающих реализовать личностный потенциал (через эмпатию, интуицию и предположение). По мере повышения уровня социального интереса в процессе терапии эгоистические цели пациента заменяются социально полезными жизненными целями. В целом колоссальное научное наследство А. Адлера является важнейшим вкладом в общую и клиническую психологию.

Другим отступником от фрейдизма, «знаменитым бунтовщиком» является гениальный мыслитель двадцатого столетия Карл Густав Юнг (1875—1961); в частности он стойко противостоял тезису учителя, что мозг есть «приложение к половым железам». Согласно его аналитической психологии, индивиды мотивированы интрапсихическими силами и образами, уходящими своими корнями вглубь истории эволюции. Среди вводимых им понятий наибольшее распространение получили «интроверсия» и «экстраверсия»: энергия интравертов более естественно направлена к их внутреннему миру, экстравертов — к внешнему, Называя четыре основные психологические функции (мышление, чувство, ощущение, интуиция), он отмечал, что они осуществляются интровертированным или экстравертированным образом: их сочетание в индивидууме составляет целостный и уравновешенный подход к миру. Коллективное бессознательное состоит из мощных психических образов, т.н. «архетипов» («первичных людей»), под влиянием которых люди реализуют в своем поведении универсальные модели своего родового прошлого.

Последующая когорта психоаналитиков, т.н. «неофрейдистов» (К. Хорни, Э. Эриксон), приложили много усилий по пересмотру психоаналитического движения как целостной теоретической системы, по «облагораживанию» и ре-

---

<sup>17</sup> Более подробно проблема привязанности, зависимости, симбиоза затронута нами в обширном литературном обзоре (см. Белокрылова М.Ф., Семке В.Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1998. № 1—2. С.126—146).

формированию фрейдизма. Так, Карен Хорни (1885—1952) своими трудами «Культура и невроз» (1936), «Невротическая личность нашего времени», «Наши внутренние конфликты» (1945), «О психологии женщины», «Женская психология» (1993) заложила основы социокультурной теории личности. Свою задачу она видела в «усовершенствовании» фрейдизма путем замены его биологической ориентации на социальную. Указав на источник постоянно переживаемой личностью «изначальной» тревоги, чувства беспомощности и одиночества, она подчеркивала антигуманную сущность «западной цивилизации», порождающей определенный тип невротической личности. К. Хорни описала 10 невротических потребностей, которые люди используют с целью преодоления базальной тревоги, чувства беспомощности (три основные стратегии межличностного поведения — это ориентация «от людей», «против людей», «к людям»). Лейтмотивом основных трудов К. Хорни является важность культурных и социальных влияний на личность.

Представитель гуманистического направления в психологии Эрих Фромм (1900—1980) также указывал на влияние культуры, социальных норм и предписаний в формировании поведения человека. Стремясь расширить горизонты психоаналитической теории, он подчеркивал роль социальных, политических, экономических, религиозных факторов в становлении личности. Неотъемлемой особенностью человеческого существования в наше время является одиночество, изоляция и отчужденность: пропасть между свободой и безопасностью стала одной из причин беспримерных трудностей в человеческом существовании. Однако благодаря любви и труду люди объединяются, не жертвуя при этом своим ощущением целостности или индивидуальности.

Для многих постфрейдистов пересмотр взглядов родоначальника психоанализа шел в русле развития психосоциальной концепции личности. Ярким представителем т.н. эгопсихологии был Эрик Эриксон (1902—1994). На основе клинических наблюдений он пришел к выводу о том, что любой психологический феномен может быть понят в контексте согласованного взаимодействия биологических, поведенческих, эмпирических и социальных факторов. Основной акцент ставится: на изменениях, происходящих на протяжении всего жизненного цикла — путем установле-

ния главных ориентиров по отношению к себе и своей социальной среде; на «нормальном» или «здоровом», а не на патологическом; на достижении чувства идентичности. Полноценно функционирующая личность в своем развитии проходит ряд стадий («критических периодов»), отражающих достижение определенного уровня психологической зрелости и социальных требований. По Эриксону (1968), кризис означает не угрозу катастрофы, а «поворотный пункт, и тем самым онтогенетический источник как силы, так и недостаточной адаптации».

Одно из новых направлений персонологии — гуманистическая психология — выступает в качестве «третьей силы» (при сопоставлении с психоанализом и бихевиоризмом): декларируя «развитие потенциала человека», адепты этой концепции утверждают, что человек от природы хорош и способен к самосовершенствованию. Гуманистические персонологи рассматривают людей как основных творцов собственной жизни. Фундаментальной предпосылкой феноменологического направления в теории Карла Роджерса (1902—1987) является предположение, что люди используют свой опыт для очерчивания, определения себя: поле опыта уникально для каждого индивидуума (это «феноменальное поле содержит все, что происходит внутри оболочки организма в любой данный момент, что потенциально доступно сознанию»). Все человечество обладает естественной тенденцией двигаться в направлении независимости, социальной ответственности, креативности и зрелости. Психологическая реальность феноменов является исключительно функцией того, как они воспринимаются людьми; их внутренний мир в полной мере доступен лишь им самим; только субъективный опыт является ключом к пониманию поведения: это и есть феноменологическая реальность, которую персонолог должен понять и проанализировать. Ценность отношений — центральное звено концепции Роджерса: ранние отношения могут быть конгруэнтными или служить фокусом условий ценности; поздние отношения могут восстанавливать конгруэнтность или задерживать ее: «основной барьер, мешающий общению между людьми, эта наша естественная тенденция судить, оценивать, одобрять или не одобрять утверждения другого человека». Личность становится видимой для нас посредством отношений с другими: в процессе терапии (в ситуации



энкаунтер-групп), посредством обратной связи с другими индивид получает возможность обрести опыт себя; качество взаимоотношений между психотерапевтом и клиентом является единственным значимым фактором, ответственным за терапевтическое вмешательство (терапия, центрированная на человека, К. Rogers, 1977, 1986): именно клиент, а не психотерапевт, ответственен за личностный рост во время курса терапии, за возможность жить более богатой, полной жизнью.

Другой представитель гуманистической теории личности Абрахам Х. Маслоу (1908—1970) посвятил основные исследования психологии здоровой и духовно полноценной личности. Мотивационную сферу личности образует ряд иерархически соподчиненных групп потребностей: физиологическая, в безопасности, любви, уважении и самоактуализации (человек стремится быть тем, чем он может стать). В этом смысле А. Маслоу понимает самоактуализацию преимущественно как «рост изнутри» без определяющей роли социальных и исторических факторов формирования личности. Следует отметить тесную связь концепции гуманистической психологии с экзистенциальной философией (С. Кьюркегор, К. Ясперс, М. Хайдеггер, Ж.П. Сартр): «Человек не что иное, как то, чем он делает себя сам» (Сартр), «жизнь есть то, что мы из нее делаем»; сравним с высказыванием Маслоу: «Ничто не заменит опыт, совершенно ничто». Хороший клинический терапевт помогает клиенту раскрыться, прорваться сквозь защиты, препятствующие познанию им самого себя, помогает ему вновь обрести и узнать себя. Требуется научиться высвободить подавленное, познать собственное Я, раскрыть свою величественную природу, достичь понимания, проникновения, постичь истину. Депривация и фрустрация метапотребностей вызывает у человека психическое расстройство определяемое как метапатология (апатия, отчуждение, депрессия, цинизм, ненависть, дезинтеграция, безнадежность, трата смысла жизни и т.д.). Метапатологии могут быть ответственны за исключение ценностного развития, оскудение социальных чувств.

Интересно ответвление гуманистической психологии, представленное Виктором Франклом (род. 1905), создателем нового направления в психотерапии — логотерапии (греч. «Логос» — смысл), призванной помочь человеку в его

поисках смысла жизни. Борьба за смысл жизни является основной движущей силой для человека (в противоположность принципу удовольствия классического фрейдизма). Экзистенциальная фрустрация может привести к неврозам, для их обозначения автор использует термин «нусогенные» (от греч. «Нус» — ум, дух, смысл), т.е. возникающие из духовных проблем, нравственных конфликтов. Задача психотерапевта — видеть человека по ту сторону болезни. Тот индивид, который пытается открыть дверь, толкает ее вперед, только еще плотнее закрывает ее, забывая удачную мысль Кьеркегора: «Дверь к счастью открывается наружу».

Одним из ярких представителей персонологического направления в психологии является Гордон Оллпорт (1897—1967). Личность в его представлении динамическая организация внутри индивида особых мотивационных систем привычек, установок и личностных черт, которые определяют уникальность его приспособления к среде. Эти системы складываются и развиваются в непрерывном взаимодействии индивида с социальной средой. В основе диспозиционного направления в изучении личности (Г. Оллпорт, Р. Кеттелл, Г. Айзенк) лежит мнение, что каждая личность индивидуальна, новые мотивы вырастают из старых, но в своем функционировании независимы от них. Причины поведения индивида персонологи данного направления видят в настоящем и будущем индивида. Сам Г. Оллпорт еще с 1922 года вел в Гарвардском университете курс социальной этики на тему: «Личность: ее психологические и социальные аспекты» (первый в США курс), в котором он классифицировал более 50 различных определений личности, дав и собственную дефиницию: «Человек — это объективная реальность» (Allport, 1937), «Личность — это то, что лежит за конкретными поступками внутри самого индивидуума».

Попытка Раймона Кеттела связана со структурной теорией черт личности, достигнутая путем использования факторного анализа. Личностные черты (общие и уникальные) составляют ядро структуры личности: они ответственны за то, что будет делать человек в данной ситуации. Таким путем была сформулирована наиболее комплексная система воззрений в современной персонологии, получившая конкретное развитие в «Опроснике Кеттела».

По мнению Л. Хьелла, Д. Зиглера (1997), ни один другой персонолог не сделал столько, сколько Кеттел «в направле-

нии детального описания черт, характеризующих общество в целом, а также изучения влияния этих черт на поведение человека». Аналогичный подход в изучении базисной структуры личностных черт использован Гансом Айзенком (род. 1916), правда, отличающийся попыткой разработки теории типов личности. Айзенк важное значение придавал генетическим факторам в развитии индивидуума. Он выявил два основных типа (интраверсия — экстраверсия и нейротизм — стабильность), сконструировав для их определения ряд опросников самооценки.

В целом, прекрасно понимая бессмысленность попытки изложения в кратком курсе персонологии всех перспективных научных направлений (например, таких как научающе-бихевиоральное — Б.Ф. Скиннера, социально-когнитивное — А. Бандуры и Д. Роттера, когнитивное — Дж. Келли, генетической психологии — Р. Мейли и др.), отметим лишь продуктивность синтеза взглядов на самую волнующую, трудную и фрустрирующую область психологии, каковой является персонология. Их относительная самостоятельность облегчает поднять сложные «пласты» знаний в сфере нормопсихологии и патопсихологии: «Старые и более современные теории, рассмотренные в совокупности, создают фундамент для понимания причин поведения человека» (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997).

Создатель теоретико-половой концепции личности Курт Левин (1890—1947), ставящей в центре проблемы понятие т.н. «жизненного пространства» — в виде совокупности сосуществующих и взаимосвязанных факторов, определяющих поведение субъекта в настоящее время. Оно охватывает и личность, и ее непосредственное окружение, образуя единое психологическое поле. Уже в американский период своей научной работы Левин разрабатывает свой подход применительно к проблемам групповой динамики и социального действия. Наконец, заслуживают внимания взгляды немецкого философа — идеалиста, психолога Эдуарда Шпрангера (1882—1963) из сферы «описательной психологии» или «психологии как науке о духе». Он выделяет шесть основных типов людей соответственно различиям в их ценностной ориентации (теоретический, экономический, эстетический, социальный, политический, религиозный): они трактуются как универсалии человеческой природы, независимые от мес-

та и времени, без учета социальных и исторических условий (т.е. абстрактно-метафизически).

Для отечественной персонологии характерна строгость в подходе к получению и анализу полученных результатов обследования, более тесная связь с нейрофизиологическими науками (традиция, установившаяся со времен И.М. Сеченова), непреходящими по своей значимости работами И.П. Павлова по определению типов высшей нервной деятельности, а также других российских физиологов (Н.Е. Введенского, В.М. Бехтерева, П.К. Анохина). Их совместными усилиями психическая деятельность здорового и больного человека трактуется как объективная сущность, доступная научному постижению: общепризнанным становится утверждение, что «субъективное», «идеальное», «психическое» составляет одну из необходимых сторон диалектического единства «физическое — психическое». Сошлемся на воззрения А.А. Ухтомского (1926): «Так называемые «субъективные» показания столь же объективны, как и всякие другие, для того, кто умеет их расшифровывать». Трактовка клинических параметров как объективной реальности весьма характерна для существующего симбиоза психологической и психиатрической науки, их укрепляющегося союза — прежде всего на ниве углубленного анализа пограничных нервно-психических явлений: психология и физиология высшей нервной деятельности должны параллельно, с разных точек зрения изучать одну и ту же сущность (Жане П., 1913).

Акцентирование общественно-исторической природы личности свойственно большинству отечественных психологов-персологов. В этих работах существует более широкая и более узкая трактовка дефиниции личности. Авторы первой точки зрения (Б.Г. Ананьев) включают в ее структуру индивидуальные биофизиологические характеристики организма (тип метаболизма, инертность — подвижность нервных процессов и т.д.) и даны также «природно обусловленные» качества как свойства зрения (С.Л. Рубинштейн): на практике такое понимание личности совпадает с понятием конкретного, отдельного человека. Вторая точка зрения представлена работами А.Н. Леонтьева: личность — это «особого рода цельность», которая возникает на сравнительно отдаленных этапах онтогенетического развития; она порождается специфически человеческими отноше-

ями, формируется во внешнем пространстве социальных взаимодействий. От такой довольно общей посылки в трактовке личности отечественными учеными перейдем эскизно к изложению отдельных воззрений.

Работы выдающегося русского психолога А.Ф. Лазурского (1874—1917) сконцентрированы, в основном, в сфере психологии личности и характера. В качестве «особого типа эксперимента» им предложен т.н. «естественный» вариант, позволяющий осуществлять научное исследование конкретной личности в ее реальных жизненных ситуациях. Выдвинутая при этом идея отношений стала отправной для целой школы теоретиков и клиницистов (Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев и др.). Одна из интересных идей в описываемой им классификации личностей имеет своей целью дать конкретную и эвристическую типологию, подкрепленную большим числом биографий и примеров из художественной литературы (подчеркивая богатство, силу, сознательность и координированность психических переживаний). При этом психологический принцип деления личности низшего уровня на «рассудочных», «аффективных», «активных» уступает место «психосоциальному» (служители «знания», «красоты», «организации», «альтруизма»). В качестве яркого представителя альтруистических типов высшего уровня приводится жизнеописание знаменитого московского доктора, «ожесточенного борца за правду и человеколюбие».

Одним из блестящих знатоков психологии личности, непревзойденным систематизатором осуществляемых психологических исследований следует признать С.Л. Рубинштейна (1889—1960). Личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (см. «Проблемы общей психологии». М., 1973): введение личности в психологию является необходимой предпосылкой для объяснения психических явлений. Ядро личности составляют мотивы сознательных действий, хотя учитываются и неосознаваемые побуждения и тенденции. «Никак нельзя вообще обособить личность от той реальной роли, которую она играет в жизни». В качестве личности человек выступает как единица в системе общественных отношений, как реальный носитель этих отношений.

Различие понятий «индивид» и «личность» известный российский психолог А.Н. Леонтьев (1903—1979) считает

необходимой предпосылкой психологического анализа личности. Личность представляет собой целостное образование особого рода: это не есть обусловленная генотипически целостность — «личностью не рождаются, личностью становятся». Формирование личности прямо не совпадает с процессом прижизненного изменения природных свойств индивида в ходе его приспособления к внешней среде. В развитие этих взглядов другой российский психолог Э.В. Ильенков (1924—1979) использует образ рождения личности как «узелка», завязывающегося в сети взаимных отношений между индивидами в процессе коллективной деятельности; масштаб личности человека измеряется «только масштабом тех реальных задач, в ходе решения которых она и возникает, и оформляется в своей определенности, и разворачивается в дела; сила личности — это всегда индивидуально выраженная сила того коллектива, того «ансамбля» индивидов, который в ней идеально представлен». Б.Г. Ананьев (1907—1972) рассматривает некоторые черты психологической структуры личности<sup>18</sup>: статус, социальные функции и роли, ценностные ориентации и цели деятельности облегчают понятие ее зависимости от конкретных социальных структур и активности самой личности в общем процессе функционирования социальных образований; личность в этом смысле есть субъект отношений.

Идея перехода интериндивидуальных систем связей в интраиндивидуальные структуры личности и ее характера продуктивно использована видным психологом и клиницистом В.Н. Мясищевым (1893—1973) в создании его общепсихологической теории личности (ее основу составила оригинальная психология отношений человека): важный компонент в оценке личности является динамика ее отношений к действительности (идея динамики является отличительной чертой отечественной клинической персонологии, нашедшей свое применение в области пограничной психиатрии и воплощенный в трудах П.Б. Ганнушкина и О.В. Кербикова). Крупнейший специалист в области патопсихологии Б.В. Зейгарник (1900—1988) видит в основе личностных нарушений усложнение мотивов, искажение их опосредованного и иерархического построения: смена ве-

---

<sup>18</sup> Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М., 1977.

душних мотивов означает и смену позиций, интересов, ценностей личности, а также утерю сложной организации деятельности человека (из опосредованной она становится импульсивной).

Отечественным психологом Л.С. Выготским (1896—1934) разработана «культурно-историческая» теория поведения. Индивид овладевает собой, своим поведением тем же путем, что и внешней природой, т.е. извне, при помощи особой общественной по своему происхождению «техники» знаков (в качестве особых средств осуществления психологической операции). Личность есть понятие социальное, оно охватывает надприродное, историческое в человеке; она не врождена, но возникает в результате культурного развития (т.е. понятие историческое): только тогда, когда личность овладевает той или иной формой поведения, только тогда она поднимает ее на высшую ступень». Идеи Выготского оказали отчетливое влияние на развитие отечественной персонологии (особенно в аспекте проблемы компенсации дефектов психического развития ребенка) и привели к формированию крупной психологической школы (А.Р. Лурия, А.В. Запорожец, Л.И. Божович, Д.В. Эльконин, П.Я. Гальперин и др.).

При изложении истории персонологии третьего периода, нельзя обойти вниманием тот социально-психологический и политический климат в России, на фоне которого формировались продуктивные и перспективные научные исследования ~~здоровой и больной личности~~. Эпоха тоталитаризма и застоя в нашей стране обернулась на практике неисчислимыми потерями и бедами в человеческих судьбах, глобальными кризисными явлениями в обществе, деформацией гуманитарных и естественных наук (достаточно сослаться на жестокое искоренение педологии как «лженауки»). Преодоление губительного процесса распада нации видится на путях усиления творческого потенциала нации в области нормо- и патоперсонологии (в первую очередь, в динамической и превентивной оценке психотерапевтического процесса), преодоления перестроечного хаоса в стране, формирования новых конструктов мысли в сфере медицинской психологии, поиске и применении новых парадигм в валеопсихологии, персонологии и общественном сознании.

В целом, рисуя перспективы построения научно-обоснованной модели личности, Н. Eysenck (1981) предлагает ос-

новые ее критерии: личность индивида отличается специфическими чертами; последние могут быть изучены корреляционным факторным анализом. Эти черты детерминированы, наследственно обусловлены; взаимодействие между ними и ситуацией создает преходящие внутренние условия, известные как состояния. Во множественном своем переплетении черты личности и состояния определяют неповторимость индивидуума: связь между чертами, поведением и состоянием моделируется внутри этих состояний.

Современное развитие клинической персонологии берет свои истоки из незаслуженно забываемых трудов австрийского невролога и психиатра Эрнста фон Фейхтерлебена<sup>19</sup>, где он дает отчетливую концепцию психически больной личности и ее коррекции через «перевоспитание личности», утверждая, что «каждый психоз есть в то же самое время невроз», а психическое заболевание — и невроз, и психоз — это болезнь всей личности.

На следующих этапах «стало осуществляться фундаментальное дело изучения клиники, с необходимым терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам» (П. Жане, 1911). Американский невролог Дж. Бирд (1839—1883) блестяще описывает «американский невроз» (как последствие урбанизации) под названием «неврастения»; М. Фальре и Легран дю Соль — болезненные навязчивые сомнения, а К. Ясперс в начале века психоаналитически отделил тревогу от страха. Р. Зоммер в 1904 году предложил термин «психогения», а в начале XX столетия понятия «невроз» и «психопатия» получают свое современное научное значение: невроз соответствует состояниям с преходящими, функциональными, психогенными нервно-психическими расстройствами, а психопатия — стойким аномалиям личности, нарушающим социальную адаптацию и приводящим к конфликтам с обществом.

Фундаментальный вклад в разработку клинической персонологии внес П.Б. Ганнушкин, прежде всего, динамической характеристикой патохарактерологических проявлений. Согласно его воззрениям, между болезнью и здоровьем «су-

---

<sup>19</sup> Feuchtersleben E. Lehrbuch der arztlichen Seelenkunde. Wien, 1845. S.265.



ществует пограничная область, определенная пограничная полоса, занятая теми состояниями, которые не могут быть отнесены ни к болезни, ни тем более, к здоровью». Весьма знаменательна его позиция: «Имеет значение лишь общая качественная и количественная оценка психики индивидуума»; в качестве клинических примеров стоит указать на превосходное описание (1933) психики истерических и психастенических характеров (последний тип описан им впервые совместно с С.А. Сухановым в 1909 году).

Им даны определения понятия «пограничная психиатрия» с обозначением ее границ и путей изучения. В отличие от взглядов предшествующих исследователей П.Б. Ганнушкин рассматривал психопатии как динамическое образование (в рамках конституционального или ситуационного типов развития), выделяемое с учетом трех клинических критериев (тотальность эмоционально-волевой дисгармонии личности, нарушение социально-трудовой приспособляемости, малая обратимость сложившегося — чаще всего к постпубертатному периоду — аномального склада). Примечательна позиция П.Б. Ганнушкина в отношении взаимоотношения неврозов и психопатий, но не всякая психопатия дает невроз».

Воскрешение почти забытого в последующие годы динамического учения о больной личности П.Б. Ганнушкина связано с подвижнической деятельностью его ученика академика О.В. Кербикова (1908—1965). В становлении неврозов и психопатий ведущую роль, по его мнению, играет взаимодействие конституционально-биологических, средовых (микросоциальных) и экзогенно-органических (на ранних стадиях онтогенеза) факторов. С этих позиций им разработана патогенетическая группировка психопатий: «ядерные» (конституциональные), «краевые», «нажитые» (с появлением на этапе структурирования клинической картины патохарактерологического развития личности) и «органические», а также клинико-генетическая классификация аномальных личностей (возбудимые, тормозимые, истерические, паранойяльные, перверзные, малодифференцированные и «мозаичные» варианты). В его трудах в концентрированном виде описаны основные варианты динамики психопатий (реакция, развития, фазы, компенсация-декомпенсация, депсихопатизация, «психопатический цикл» и др.). Заслугой О.В. Кербикова является смелое внедрение в отечественную клини-

ку пограничных состояний психометрического метода (микросоциологии), а также акцентирование внимания при анализе генеза психических расстройств и алкоголизма на роли психогений.

В немецкой литературе долгое время доминировал взгляд на неврозы как психогенные реактивные образования, а сами неврозы «растворились в нервных реакциях и конституциях... место клинической систематики занял структурный анализ» (О. Бумке). Курт Шнейдер рассматривал патологические характеры как «болезненные вариации душевного бытия, как патологические вариации формы и ее взаимодействия с материей»; психопаты — это натуры, которые «страдают сами и заставляют страдать окружающих». П. Шильдер все неврозы делит на «актуальные» (как результат конфликтной ситуации) и «психоневрозы» (истерия, невроз навязчивостей). Успешно формируется особая «фрейдистская» парадигма толкования неврозов как главных патологических расстройств психической сферы. Своеобразие отдельным формам пограничных состояний отсутствие резких границ «нисколько не мешает тому, что эти различные структуры существенно друг от друга отличаются» (Г. Биндер); оригинальна концепция «акцентуированных личностей» (К. Леонгард).

Во французской литературе поддержана «новая концепция», признающая симптомы психопатии лишь как «фасад», как вторичное проявление «других психических нарушений» (преимущественно неврозов). Trillat (1995) выделяет два признака психологических личностей: расстройства поведения с антисоциальной тенденцией и клинические проявления, возникающие «несмотря на отсутствие психических расстройств и снижения интеллекта». Описаны неврозы с частными клиническими типами (истерия, неврастения, невроз тревоги, психастения) и психопатии (П. Жане, Ф. Раймон, В. Маньян, Ж. Шарко, Арно и др.), психопатии типа «эксцентричных», «мифоманов» Дюпре, истеричные, стоящие на грани здравого рассудка и безумия Л. дю Соля.

Американские ученые наряду с клиническим, психопатологическим подходами в дифференциации пограничных нарушений широко используют бихевиористские трактовки. Кагман (1948) считает, что «психопатия» утратила свои клинические контуры, а Джаспер указывает на их высокую встречаемость: «Индивидов, никогда не проявлявших при-

знаков невроза или психопатии, также мало, как тех, кто не испытывал простуды». Мейлер дает ряд крылатых определений: «Психопат — это мятежник без причин... агитатор без лозунгов», единственная цель которого — немедленное удовлетворение собственного каприза при полной неспособности к какому-либо усилию во имя других»; его существо заморожено неутомимой ненавистью к самому себе за свою трусость. Любопытна сравнительная таблица «хипстера», чье поведение представляет клиническую форму психопатии, и «скуайера» — благожелательной личности, мещанина, Человека как Человека. Вот наиболее демонстративные контрастные пары этих людей: дикий — практичный, романтика — классика, инстинкт — логика, негр — белый, полночь — день, вопрос — ответ, кривая — прямая, Я — общество, вор — полицейский, святой — священник, секс — религия, тело — разум, сомнение — вера, секс ради оргазма — секс ради удовольствия, убийство — самоубийство, марихуана — алкоголь. Разрыв между этими двумя группами произошел со скандалом, который Мейлер назвал «сексуальной революцией».

Новая международная классификация психических болезней 10-го пересмотра (ICD—10) исключила термины «невроз» и «психопатия», заменив понятием «расстройства личности» (среди них «шизоидные», «шизотипические», «гистрионические», «нарцисстические», «антисоциальные», «пограничные», «обсессивно-компульсивные», садистические» и прочие расстройства личности). Насколько оправдан этот отход от нозоцентрического подхода к синдромологическому покажет ближайшее будущее общей и клинической персонологии. Несомненен лишь факт, что эти проблемы кристаллизуют пограничную психиатрическую науку (включая и новые формы в виде посттравматических стрессовых и социально-стрессовых реакций), находящуюся в зоне совместного действия психологии, социологии философии, биологии и многих других смежных дисциплин.

## **ГЛАВА 2.**

### **ЛИЧНОСТЬ С ПОЗИЦИЙ СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА**

Личность, ее формирование и развитие невозможно рассматривать вне взаимоотношений ее с другими индивидами в рамках человеческого общества: личность проявляется и развивается под влиянием условий материальной и духовной жизни ближайшего окружения. В этой связи сохраняет свою ценность дефиниция личности, описанная классиком отечественной психиатрии С.С. Корсаковым (1901) — это определенным образом организованная совокупность свойств психики. Существует и более широкая трактовка термина «личность»: это каждый отдельно взятый конкретный человек с присущими ему биологическими и социально обусловленными свойствами и качествами психики; личность — это человек в целом, с учетом всех сторон и особенностей психики, таких как интересы, склонности, темперамент и характер. Отдельные свойства личности могут видоизменяться в зависимости от условий его индивидуального развития, социокультуральных характеристик, среды, воспитания, а также под влиянием болезненного процесса.

На начальных этапах индивидуального развития биологические и социальные влияния играют одинаковую роль, однако по мере его вызревания решающее воздействие оказывают средовые моменты, а конституционально-биологические факторы, имея немаловажное значение, все же проявляются в «снятом» виде, влияя через многообразные социальные составляющие концепция личности нашла свое отражение в трудах великих философов и мыслителей прошлого, таких как Кант, Гегель, Спенсер, Бергсон, Ницше, Шопенгауэр, Лазурский, Выготский и многие др. Однако активность ее психологической и клинической разработки

все еще остается, по выражению И.И. Мунермана (1969), в положении «Золушки психологии».

В изучении структуры личности и закономерностей ее развития остро встает вопрос о соотношении биологических и социальных тенденций, сознательного и подсознательного, корковой и подкорковой деятельности, врожденного и приобретенного с обозначением функционального значения каждого из этих образований. В целом любая личность имеет свою неповторимо сложную структуру, однако есть и общая для всех здоровых и больных людей «конструкция», состоящая из четырех ее сторон. Она включает, прежде всего, социально обусловленные свойства и качества (мировоззрение, направленность интересов, моральные характеристики); во-вторых, биологически обусловленные параметры (темперамент, задатки, инстинкты и т.п.); в-третьих, специфику отдельных психических процессов (например, зрительной или слуховой памяти и т.д.); наконец, опыт (знания, навыки, умения, привычки). Естественно, не все черты личности в равной мере значимы, однако наиболее существенна взаимосвязь всех черт в единое целое. С этих позиций Курт Шнейдер определил личность как «единство чувств и оценок, стремлений и желаний», а известный немецкий исследователь в области персонологии Н. Петрилович, оценивая роль интеллекта, указывал на его «периферическую сторону личности» и форму выражения силы, являясь как бы «мантией, прикрывающей ядро личности».

Личность в структурном отношении имеет как субстанциональную, так и идеальную, как наследственную, так и приобретенную, как соматическую, так и психогенную грани. В структуре личности проявляется единство социальных, психологических и биологических компонентов. Тип личности складывается в процессе жизни субъекта, последовательно, проходя в определенные стадии: поведение отражает облик, сложившуюся иерархию психологических мотивов, все богатство эмоционального реагирования, то есть биологические свойства человека выражаются в эмоционально-волевых и интеллектуальных признаках и качествах. С другой стороны, эмоции вне живой, конкретной личности есть лишь голая абстракция; образно говоря, личность без эмоций представляет собой мертвый, бездушный автомат, который «малейшая побудительная причина влечет, куда угодно» (Б. Спиноза).

Структура обозначает единство элементов, их связей, целого и связи элементов с целым (Платонов К.П., 1969). По мнению Н.Ф. Овчинникова, познать структуру — это значит, во-первых, найти ее элементы, затем исследовать существенные внутренние связи этих элементов и, наконец, вскрыть специфическую природу целостности и структуры. Общая структура личности представлена структурой наиболее существенных, устойчивых и повторяющихся признаков: в нее включаются биологические и социальные свойства. В ходе исторического развития личность удаляется от природного источника своего происхождения, приобретая все более подчиненное значение; базальным признаком является особенность ее трудовой деятельности.

Каждую личность определяют сугубо специфические, свойственные лишь ей качества. Сочетание этих основных черт и составляет *индивидуальность* человека: это наиболее частые, устойчивые, постоянные качества, формирующиеся в процессе жизненного пути человека, его онтогенетического развития. Так, забывчивость, рассеянность (столь прочно вошедшая в «портрет» настоящего ученого, углубленного в свои размышления), раздражительность, повышенная впечатлительность (возникнув под влиянием психогенных факторов) могут стать одним из основных психических черт человека. Важное значение в формировании отдельных личностных качеств, безусловно, играют факторы воспитания, самовоспитания человека, которые приводят к появлению положительных или отрицательных свойств. Никакая из психических особенностей не представляется врожденной; унаследованными могут быть лишь особенности анатомо-физиологического строения, склада высшей нервной деятельности и структуры сигнальных систем. В психологии они определяются как *задатки*. Их роль в формировании индивидуального склада весьма значительна, однако и они преобразуются, видоизменяются.

Совокупность определенных задатков будет составлять *одаренность* (наглядным примером тому является герой «Шахматной баллады» Стефана Цвейга, по интеллектуальному складу соответствующий уровню олигофрении, однако благодаря врожденному предрасположению к расчетным игровым ситуациям ставший чемпионом мира по шахматам, естественно, как плод фантазии писателя).

Другая психическая особенность, позволяющая плодотворно осуществлять одну ли несколько видов деятельности, составляет *способность*; она также зависит от задатков, но требует неустанного совершенствования, работы над собой. Иногда приходится сталкиваться с ранним проявлением способностей (всемирно известные шахматисты Р. Капабланка, М. Решевский, Р. Фишер уже в детские годы добивались поразительных результатов; русский композитор Римский-Корсаков в раннем возрасте поражал специалистов музыкальным слухом, у Репина и Сурикова способность к живописи также обнаружилась в детском возрасте). С другой стороны, недостаточная тренированность имеющихся задатков приводит к тому, что такие вундеркинды в конечном счете не оправдывают возлагавшихся на них надежд. Сочетание определенных способностей, способствующих выполнению творческой деятельности, называется *талантом*; естественно, слабость какой-либо способности не служит поводом к прекращению выбранной личностью деятельности (примером тому является успешное развитие ораторских приемов Демосфеном, поразительные творческие успехи слепоглухонеморожденной Ольги Скороходовой и т.д.).

В процессе развития психической деятельности формируются различные отношения человека к окружающей действительности. В отличие от животных эти отношения сознательные: возникновение чувства симпатии или антипатии, проявление интересов и потребностей, наличие правильной оценки, идеалов диктуется влиянием среды, определяют поведение человека. *Интересы* характеризуют отношение человека к определенному предмету, направленность на тот или иной объект, явление окружающей среды. Интересы всегда являются стимулом, побудительной силой к приобретению знаний. В зависимости от психического склада личности интересы могут быть различными: отсюда их подразделение по широте и устойчивости. *Широта* интересов имеет в виду необходимость всестороннего развития индивида, что, естественно, в значительной мере обогащает ее и формирует интеллект; М. Горький писал: «В мире нет ничего, что бы не было интересным». Вместе с тем односторонняя направленность интересов значительно обедняет личность, однако и при широких интересах имеется в виду какой-то один основной, ведущий, помогающий плодотворно осуществлять выбранный вид деятельности (страсть в науке, искусстве,

спорте и т.д.). Это позволяет судить об *устойчивости* интересов: сосредоточение воли, внимания на каких-либо определенных объектах приводит к значительным успехам в изучаемой области. Нередко при такой *глубине* направленности на объект или определенную среду деятельности предпочитают говорить о *склонности*: отсюда вытекает избирательность деятельности и поведения человека.

Весьма важной стороной в оценке личности является *уровень* целей и задач, которые человек ставит перед собой: они могут быть чисто эгоистическими, связанными с преобладающей жизнью влечений (полового, пищевого и т.д.) или же, напротив, альтруистическими, сопряженными с превалированием высокоидейных отношений (это *убеждения*, то есть готовность бороться за свое *мировоззрение*, систему взглядов на окружающую человека объективную реальность), твердым осознанием долга, общественно-коллективных мотивов (объект наук этики и деонтологии).

Таким образом, персонология основывается на синтезе данных социальных и биологических наук, но не исчерпывается ими; тем более неоправданными представляются попытки метафизической переоценки какой-либо одной из указанных дисциплин. Все более очевидной становится необходимость персонологических исследований с мультидисциплинарных позиций, создание для учения о личности собственной методологической базы, обогащение имеющихся теоретических данных новейшими клиническими, нейрофизиологическими, реактологическими объяснениями. Изучение сложного целого по отдельным частям неизбежно, но оказывается продуктивным при условии, что его элементы одновременно выражают это целое. Таким важнейшим «составляющим» является понятие «отношения личности», которым пользовались В.М. Бехтерев и А.Ф. Лазурский: по мнению автора, психология «безличных процессов» должна быть заменена психологией деятельной личности, или личности в деятельности. Осознание целей деятельности оказывается значимым не только для здоровой, но и больной личности — будь то невротические состояния или развернутые психотические картины.

В отграничении понятия отношений следует учитывать такие психологические категории, как *установки* и *значимости*. Первый термин стал широко употребим благодаря многочисленным опытам Д.Н. Узнадзе и его сотрудников:



имеется в виду готовность к определенному виду реагирования. Установка, по сути дела, бессознательна и определяет действие в настоящем на основе прошлого, рассматриваясь как динамический стереотип. В отличие от данного понятия сознательное отношение и ретроспективно (как установка), и перспективно (сформированное на основе прошлого жизненного опыта, оно нацелено и на настоящее, и на будущее). Значимость — это важность объекта для кого-то и в каком-то отношении (близка к категории оценочных знаков): она не существует вне личности и ее социальных взаимосвязей, отражая целостно-личностный подход к психологическим проблемам.

Личность как социальный продукт отражается, прежде всего, в ее *направленности* (имеется в виду доминирующее отношение, определяющее весь жизненный путь индивидуума). *Уровень* личности выражается в степени ее сознательности, в глубине и ширине («широкости») ее содержания от узко личностного, мещански эгоистического до широкого, альтруистического взгляда на жизнь.

С этих позиций в развитии личности имеются две альтернативы: формирование по пути гармонического, согласованного взаимодействия отдельных подструктур личности (цельность как выражение подчиненности всех свойств одному) или же по пути дисгармонического, несбалансированного, внутренне противоречивого взаимодействия отдельных элементов личности. Такое структурное формирование личности несет в себе угрозу стойкого образования патогенетических механизмов, облегчающих появление невротических и патохарактерологических состояний: личности с такого рода диспропорцией в их структуре (допустим, с психастеническим или же истерическим складом) в условиях острого и индивидуально-неразрешимого конфликта легко декомпенсируются и в дальнейшем развиваются в соответствии с типом динамики в виде «психопатического цикла».

Таким образом, болезни личности (невроз, расстройство личности) вызываются, в первую очередь, «обстоятельствами значимости в системе отношения личности» (В.Н. Мясищев), а психотерапевтическая работа должна идти по пути лечения и перевоспитания пациента, по пути «охраны психического здоровья населения в самом широком смысле слова» (Бехтерев В.М., 1912) выйдя из круга

социальных знаний, медицина «сделается наукой великого общественного значения, охраняющей здоровье населения — это самый важный оплот государственного строительства».

Важной стороной в оценке сложной структуры личности является *темперамент* (от лат. *temperamentum* — смесь, соразмерность, надлежащее соотношение частей): это индивидуальные особенности человека, характеризующие его со стороны динамики психических процессов (в основном, это выражается в эмоциональных реакциях, в тенденции к проявлению чувств во сне, в быстроте движений и мимики, некоторые психологи, помимо этого, указывают и на темы мыслительных операций и внимания). Под темпераментом понимают также индивидуальный тип биологических реакций, прежде всего врожденные особенности индивидуальности, наиболее устойчивые, мало изменчивые и специфичные для данного человека качества, сопутствующие ему на протяжении всей жизни — естественно, при плавной эволюции, без влияния ломающих биологический «каркас» личностных болезненных состояний.

*Конституция* (лат. *constitutio* — построение) человека представлена комплексом индивидуальных физиологических и анатомических особенностей субъекта, складывающийся в определенных социальных и природных условиях и проявляющийся в его реакции на различные (в том числе и болезнетворные) воздействия. Конституция означает не только строение тела, но и длительную готовность организма к тем или иным реакциям, отражающим особенности индивидуального, биологического способа реагирования; она не является строго неизменной и помимо генотипа складывается под влиянием внешней среды. Учение о конституции, при всей его научной незавершенности, остается одной из важнейших основ персонологии.

Нейрофизиологическую основу темперамента составляют особенности высшей нервной деятельности (в.н.д.), присущие человеку главные свойства основных нервных процессов. И.П. Павлов характеризовал их следующим образом: «Эти свойства суть: во-первых, сила основных нервных процессов — раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность; во-вторых, равновесие этих процессов; и наконец, подвиж-

ность их». Очевидно, все они, наличествуя одновременно, и обуславливают высшее приспособление к окружающим условиям, т.е. «совершенное уравнивание организма как системы с внешней средой, обеспечивая существование» его. Отличительные черты темперамента в большой степени определяются эмоциональной реактивностью субъекта. Эта точка зрения поддержана В.С. Мерлиным: «Есть объективные основания, что индивидуальные особенности эмоционально-волевой сферы являются свойством темперамента» (здесь уместно сказать, что еще В. Вундт определял темперамент через силу и скорость протекания аффектов).

Систематическое изучение вопроса о роли конституционально-биологического фактора в генезе здоровой и больной личности по существу начинается в настоящее время (в третьем парадигмальном периоде персонологического направления в психологии), бурно развивается психологическая антропология — как новая ветвь антропологии. На стыке общей и клинической персонологии успешно уточняются: личностно-типологический аспект проблемы валеопсихологии, роль конституционально-биологического созревания организма (вклад фактора инфантилизма и других «кризисных» явлений в динамику личности), участие акцентуаций характера и латеризации функциональной асимметрии мозга. Рассмотрение сложного вопроса об эндогенезации (за счет конституциональных влияний) психогенных, средовых влияний по механизму «триггера» на психогенную динамику пограничных проявлений (в рамках описанного нами совместно с Д.В. Саваниным [1995]), гомеостатического и гомеокинетического вариантов формирования психодезадаптационных (ПДАС) состояний. Несколько ранее были описаны (Семке В.Я., 1992) гиперреактивный, нормореактивный и гипореактивный типы предболезненных пограничных нарушений, а также участие фактора ригидности в становлении личности (при этом следует иметь в виду взгляды старых авторов на то, что разные типы темперамента могут быть по-разному «отягощены» этим процессом). Парадигмой для психологической антропологии, ориентированной на поиск наиболее значимых критериев «здоровья-болезни», «нормы-патологии», является интегративное видение личностного своеобразия на основе тщательного изучения ее подструктур (соматопсихологичес-

кого, функционально-физиологического предрасположения) путем анализа гормональной, иммунологической, генетической систем. На современном этапе оценки роли вклада конституционального фактора в динамику личности все более доказательным становится вывод о том, что ее биологическое «ядро» выступает в тем большей степени, чем существенней ее исходная дисгармоническая, психопатическая «составляющая».

Бросив ретроспективный взгляд на проблему типологии, классификации темпераментов, отдадим, прежде всего, должное прозорливой характеристике И. Канта: в своей «Антропологии» он первым среди ученых указывает на главные психологические основы их различия. К таким критериям разграничения отнесены: прежде всего, преобладание чувства или деятельности; далее — подъем или ослабление жизненной силы. Сошлемся на краткие описания темпераментов в системе Канта:

1. Темпераменты чувства. А. Сангвинический. Это человек легкомысленный и беззаботный, не держащий своего слова, так как недостаточно обдумывает даваемые им обещания. Добрый товарищ, шутник и весельчак, не любит серьезного дела и ничему не придает серьезного значения. Не зол и легко раскаивается в своих проступках, но скоро забывает это раскаяние. В. Меланхолический. Глубоко думает и чувствует. Озабочен, недоверчив и полон сомнений, нелегко дает обещание, так как опасается, что не сможет сдержать его. Мало восприимчив к веселому настроению духа.

Темпераменты деятельности. С. Холерический. Горяч, вспыхивает быстро, как солома, но скоро остывает. В нем нет выдержки. Господствующая страсть — честолюбие, которое заставляет его охотно браться за общественные дела. Он любит похвалы, блеск и помпу формальностей. Это самый несчастный из всех темпераментов, поскольку больше всех других возбуждает против себя противодействие. Д. Флегматический. Характеризуется способностью «не легко и не быстро приходить в движение, но и, поднимаясь медленно, идти настойчиво и долго». В своих поступках он исходит из принципов, и в обыкновенной жизни его часто называют философом. Благодаря своей обдуманной, непреклонной воле он умеет постепенно настроить окружающих на свой собственный лад.

Эти четыре темперамента встречаются в жизни, по И. Канту, только в чистом виде, поскольку, смешиваясь, они бы должны взаимно нейтрализовать или противодействовать друг другу (этот тезис не был поддержан последующими учеными; напротив, большинство авторов считали, что чистые варианты встречаются весьма редко). В. Вундт в основу деления темпераментов кладет такие особенности психической жизни, как силу и быстроту чувствований и влечений; благодаря их сочетаниям получается: быстрота и сила — холерический темперамент; быстрота и слабость — сангвинический; медленность и сила — меланхолический; медленность и слабость — флегматический.

Значительным шагом в учении о темпераментах является их нейрофизиологическая характеристика, данная И.П. Павловым. Различные комбинации главных свойств основных нервных процессов лежат в основе четырех типов в.н.д., что соответствует прежним гиппократовским темпераментам:

1. сильный, уравновешенный, подвижный тип — это сангвиник;
2. сильный, уравновешенный, но инертный — флегматик;
3. сильный, неуравновешенный, безудержный соответствует холерику;
4. слабый — меланхолику.

Приведем их краткие психологические характеристики, соответствующим современным взглядам на проблему персонологии.

Представители *сангвинического* темперамента впечатлительны, легко возбудимы, отличаются быстрой сменой настроения — чувства у них нередко преобладают над разумом и волей, склонности их довольно непостоянны. Они быстры в движениях и поступках, сопровождают речь оживленной, богатой жестикуляцией; речь эмоциональна и выразительна. Их отличает некоторая поверхностность привязанностей, легко переносят житейские невзгоды и неудачи. (Портрет типичного сангвиника дан Н.В. Гоголем в образах Ноздрева и Чичикова из «Мертвых душ», Л.Н. Толстым в образе Стивы Облонского в «Анне Карениной». Сангвинический темперамент, по воспоминаниям современников, отмечался у А.И. Герцена).

*Холерический* темперамент принадлежит страстным, активным натурам, со склонностью к бурным эмоциональным переживаниям, яркой, экспрессивной, выразительной речью. Холерик настойчив, энергичен, чрезвычайно впечатлителен. Его чувства и страсти постоянны и глубоки. Приняв решение, быстро и без колебаний приводит его в исполнение. (Судя по мемуарной литературе, холерический темперамент наблюдался у Петра I, А.В. Суворова, А.С. Пушкина).

Для *флегматика* характерна замедленность течения эмоций, постепенность в их смене. Их страсть вызревает очень долго, зато потом она становится бурной, всепроникающей, интенсивной и постоянной. Внешне они всегда остаются спокойными, невозмутимыми и сосредоточенными. Речь монотонная и неторопливая. В произвольной деятельности иногда проявляют настойчивость, доходящую до упрямства. (Примером может служить Пьер Безухов из «Войны и мира» Л.Н. Толстого, Илья Обломов — у И.С. Гончарова, портрет Собакевича в «Мертвых душах» Н.В. Гоголя).

У *меланхолика* чувства лишены страстности, преобладает склонность к печали. Смена настроений замедлена. Они робки, застенчивы, нерешительны, легко ранимы. Основное, доминирующее настроение — грусть, печаль, глубокая скорбь. Речь замедленная, маловыразительная. (Черты меланхолического темперамента были присущи В.А. Жуковскому, Н.В. Гоголю; кстати, в одной из известных «скульптур» писателя нашла яркое отображение эта меланхолическая «компонента»).

В правильной оценке типов высшей нервной деятельности имеет значение учет особенностей взаимоотношения сигнальных систем. В зависимости от преобладания первой или второй системы И.П. Павлов определил три чисто человеческих типа: мыслительный, художественный и средний. При *мыслительном* типе имеет место функциональное преобладание деятельности второй сигнальной системы: такие натуры склонны к отвлеченному, абстрактно-логическому мышлению, повышенному анализу и самоанализу, сдержанному и умеренному выражению своих чувств. У лиц, относящихся к *художественному* типу, наблюдается непосредственность и живость восприятия окружающего, склонность к аффективному реагированию; свойственна большая сила воображения; мышлению присуща эмоциональная окраска, преобладание конкретно-образных компонен-

тов; чувства подчиняют разум (так называемое «аффективное мышление» личности). При *среднем*, промежуточном типе отмечается уравновешенность в деятельности сигнальных систем, в соотношении коры и подкорки (по некоторым данным, это наиболее часто встречающийся тип — примерно у 80% людей).

Тип нервной системы является прирожденным, однако, и он подвержен видоизменениям на протяжении жизненной «кривой» индивида: изменяется конституция, тип телосложения (астеник — в молодые годы, нормостеник — в зрелом возрасте, в пожилом — может стать гиперстеником). Один и тот же темперамент в разных условиях проявляется по-разному. Одним из важных факторов, влияющих на перемену темперамента, являются сложные изменения в эндокринной системе. Прижизненные условия изменяют тип темперамента, сдвигая в положительную или отрицательную сторону его силу, уравновешенность и подвижность. Поэтому в психологическом отношении понятие «типа» личности не ограничивается характеристикой темперамента: важно установить динамическую связь темперамента с «конституцией» и «характером»; в противном случае можно оказаться солидарным с высказыванием А. Бэна (1866), называющего темпераменты «ненужной традицией, старой и нелепой выдумкой».

Учение о конституциональных типах и связанных с ними типах темперамента нашло свое блестящее отображение в трудах известного немецкого психиатра Эрнста Кречмера (1888—1964), в частности, в его книге «Строение тела и характер» (1921), явившейся качественно новым этапом в области персонологии. Надо признать, что к моменту начала изучения Э. Кречмером взаимоотношения между физическими и психологическими характеристиками человека накопилось много фактов по данной проблематике: так, еще в 1853 году Генле установил соответствие тонусов мускульной и нервной систем, нашедшей свое отражение в предрасположенности к болезни; позднее француз Сиго (Sigaud) выделил четыре типа телосложения: церебральный, респираторный, дигестивный и мускульный. Приступая к осуществлению своей глобальной цели, Э. Кречмер стремился «естественно научное, биологическое мышление ввести в те области человеческой жизни, которые до сих пор были чужды ему... расширить кругозор биологов в той сфере ду-

шевной жизни, которая до сих пор должна была казаться им слишком субъективной, колеблющейся и туманной, этим можно было бы спаять в одно целое наше современное мышление».

Наше изложение взглядов основоположника конституционального направления в персонологии в данной главе руководства будет весьма кратким. Дело в том, что совсем недавно (1995) осуществлен обстоятельный перевод монографии на русский язык, что позволяет заинтересованному читателю глубоко проникнуть в суть научного наследия великого психиатра и психолога. Помимо этого следует отметить, что в клиническом разделе нашего курса мы будем неоднократно возвращаться к фактам сопоставления зависимости темперамента и строения тела, к практической реализации взглядов ученого на некоторые психопатологические явления (прежде всего, анализ истерической конституции и характера).

В качестве предпосылок для выделения типов личности Э. Кречмером взяты сопоставления особенностей психической деятельности человека с его телосложением, воплотившимся в классически стройную концепцию о конституциональных типах. В качестве предпосылок для выделения типов личности им были взяты патологические, а не нормальные характеры: «В этом отношении мы обладаем тем преимуществом, что в двух обширных группах психозов, разработанных Крепелиным — маниакально-депрессивной (циркулярной) и шизофрении — мы имеем в нашем распоряжении с психологической стороны уже готовое образование, с которым можно оперировать. Если на основании этих психиатрических типов мы разработаем соответствующие типы строения тела, то увидим, что они не только соответствуют обоим психиатрическим типам, но и имеют тесные взаимоотношения с более обширными нормальными психологическими типами темпераментов», обнаруживая с ними тесную психологическую и наследственно-биологическую связь.

Так, для лиц *пикнического* телосложения присущ циклотимический характер: это реалистические люди, очень общительные, любознательные, честолюбивые, но склонные к частым переменам настроения (в динамике речь идет о «триаде» характерологических картин: циклотимия — как вариант нормы; циклоидия — при патологически заостренной трансформации личности в рамках психопатии; циклоф-



рения — переход в психопатологический регистр, определяемый как маниакально-депрессивный психоз). Для *астенического* типа телосложения свойственен шизотимический характер: это очень сдержанные, малообщительные, тонко чувствующие натуры, нередко весьма ранимые, раздражительные (характерологическая «триада» представлена в континууме: шизотимия — здоровые или акцентуированные субъекты; шизоидия — патохарактерологическая конструкция; шизофрения — психоз). Позднее это двучленное рассмотрение было добавлено двумя вариантами: при *атлетоидном*, диспластическом типе телосложения формируется эпилептотимический характер: гневливые, злобливые, мелочно-придирчивые, злопамятные натуры, с вязкостью основных психологических процессов (персонологическая триада состоит из нормального, эпилептотимического склада, достигающего при явном заострении характерологических черт психопатического уровня в виде эпилептоидной аномалии). При *инфантильно-грацильном* типе телосложения нами установлен персонологический континуум: здоровый истерик — истерическая психопатия — истерические реактивные психозы.

Е.К. Краснушкин (1960) пишет о трех нормальных типах, которые укладываются во все многообразие нормальных и психопатических личностей; последние не представляются автором самостоятельными конституциональными типами, но вырастают в качестве уродства основных типов. Любопытна аналогия с приводимыми вариантами личности с трехмерной типологией, взятой у Н.В. Гоголя: древний Египет со своими загадочными, вечными пирамидами — шизотимный; веселая, настежь раскрытая миру древняя Греция — циклотимный; железный, воинственный древний Рим — эпилептотимический.

В комплексной установке жизни и в реакции на среду *циклотимики* дают людей с тенденцией раствориться в окружающей их действительности, открытых, общительных, добросердечных и непосредственных. Отсюда возникают повседневные типы энергичных практиков или веселых прожигателей жизни; в отношении научного способа мышления — типы наглядно описывающих и ощупывающих у эмпириков, а также умелых популяризаторов. Установка жизни *шизотимических* темпераментов, напротив, склонна к аутизму, замкнутости, созданию внутреннего, чуждого

действительности мира принципов и грез, к равнодушному или сентиментальному уединению от людей или холодному пребыванию среди них без всякого контакта с ними. В этой когорте Э. Кречмер описывает множество дефектных типов (угрюмых чудаков, эгоистов, бездельников и преступников), а также социально-полноценных типов в виде тонко чувствующих мечтателей, далеких от мира идеалистов, нежных и холодных в одно и то же время, а также непреклонных, принципиальных и последовательных властных натур, моралистов, чистых идеалистов, фанатиков и деспотов, дипломатически гибких людей холодного расчета.

Как реакция на эту противоречивость кречмеровской типологии возникает «Шкала темпераментов по Шелдону». Типологию Шелдона (1942) нередко сопоставляют с так называемым вариантом кречмеровской системы, однако имеются и существенные отличия: исходная классификация соматотипов производилась на основе классификации о здоровых людях (в основу положено соотношение видов тканей организма, развивающихся из трех зародышевых листков — энтодермы, мезодермы, эктодермы), по семибальной шкале. В конечном счете исходные 50 характеристик сведены к трем комплексам признаков: *висцеротония* — мышечная расслабленность, стремление к комфорту, наслаждение пищей, душевность в общении и др.; *соматотония* — энергичность, уверенность позы и движений, смелость, властолюбие, болевая устойчивость и др.; *церебротония* — сдержанность, общая заторможенность, скрытость, пугливость, предпочтение одиночества, повышенная болевая чувствительность и др. Существенный интерес с позиций анализа соматоформных расстройств представляет второй вариант классификации темпераментов у Шелдона.

Анализируя понятие «конституция человека», В.М. Русалов (1990) указывает на целесообразность его разделения на «общую» и «частную» конституцию. Под общей конституцией понимают совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных в наследственном аппарате и определяющих специфичность реакций всего организма на воздействия среды (определение, близкое к тому, которое в свое время давал Э. Кречмер). Под частными конституциями понимают совокупности устойчивых существенных особенностей различных систем человеческого организма.

Как видно, в современных исследованиях в экспериментальные модели включаются параметры электрической активности мозга (нейродинамическая конституция), показатели стрессоустойчивости и утомляемости (физиологическая конституция) и т.д. В психологических исследованиях последнего времени высокая степень генетической детерминации признается только за одной из психологических структур — темпераментом. В основе темперамента лежит совокупность всех физических и физиологических свойств индивида, закрепленных в его наследственном аппарате.

В американской психогенетике (Дж. Лоэлин) выделяют четыре уровня генетического анализа поведения: оценка вклада генетических и средовых компонент в формирование психических свойств; вычленение составляющих этих компонент (в генетической — аддитивной и доминантной; в средовой — семейной и межсемейной); изучение взаимосвязей и взаимодействия между генотипом и средой; раскрытие механизмов опосредующих генетические влияния на формирование и функционирование психики. Наиболее активно психогенетики работают на первом и втором уровнях, третий — слабо разработан экспериментально, четвертый — требует активных междисциплинарных разработок (биологов, молекулярных генетиков, психофизиологов).

В целом учение о темпераменте и конституции на настоящем этапе современной персонологии должно слиться с характерологией, используя богатый межнациональный теоретический и клинический материал. Раздел медицинской антропологии, изучающий роль личностного (индивидуально-типологического) фактора в генезе, динамике и исходе патологических процессов (реакций — состояний — развитий), приобретает важнейший ракурс.

Когда затрагивается проблема личности, обычно подчеркивают индивидуальность, своеобразие, неповторимость отдельных качеств человека. Согласимся с мнением Генриха Гейне, тем более с его вольным или невольным историзмом взгляда: «Каждый отдельный человек — целый мир, рождающийся, умирающий вместе с ним, под каждым надгробным камнем — история целого мира». Однако при всей сложности определения структуры непередаваемо богатого духовного мира отдельно взятой личности можно научно исследовать и раскрыть всю ее конкретную архитектуру. Такой научный подход заложен в системном анализе отдельного че-

ловека: в существенной мере огрубляя характеристику личности, он, тем не менее, позволяет глубже понять некоторые общие черты, свойственные тем или иным людям.

Учение о характерах возникло из вполне объяснимого желания человечества знать наиболее распространенные в обществе типы. Сам термин «характер» (от греч. *character* — черта, особенность, в некоторых переводах — зарубка, метка) означает личность во всем своеобразии ее деятельности; это совокупность стержневых психических свойств человека, накладывающих отпечаток на все его действия и поступки. «Характер — это сочетание наиболее устойчивых особенностей, существенных свойств личности, проявляющихся в поведении человека и определенном отношении его к окружающей действительности и к самому себе» (Банщикова В.М., 1969). Существует и очень краткое определение характера как эмоционально-волевой стороны индивида.

Структурная концепция личности имеет дело с относительно неизменными характеристиками, исполняющими роль «основных строительных блоков человеческой психики» (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997): в этом смысле они «аналогичны таким понятиям, как атомы и клетки в естественных науках». Примером подобного подхода является концепция *черт личности*: последняя рассматривается как устойчивое качество или склонность человека вести себя определенным образом в разнообразных ситуациях (импульсивность, робость, застенчивость, честность и т.д.).

Формирование характера осуществляется под влиянием внешних, социальных воздействий, на протяжении всей жизнедеятельности человека. По И.П. Павлову, «тип есть прирожденный конституциональный вид нервной деятельности — *генотип*. Но окончательная наличная нервная деятельность есть сплав из черт типа и изменений, обусловленных внешней средой — *фенотип*, характер». В таком диалектическом взаимопонимании и лежит путь сближения, синтеза двух учений о личности — о темпераменте и характере.

Характер человека проявляется в его отношении к другим людям и обществу в целом: отсюда выводятся такие черты, как коллективизм — индивидуализм, честность — лживость, жестокость — жалостливость, эгоизм — альтруизм и пр. В этой связи популярность социально-психологи-

ческого подхода в изучении общественных проблем неизменно возрастает, ибо множество людей в современном мире страдают раздражительностью, нетерпеливостью, неудовлетворенностью своей жизнью, сталкиваясь со специфичными для себя ситуациями (семейные раздоры, нарушения закона, сексуальная дисгармония, пагубные привычки к осуждаемым занятиям, психосоматические расстройства). Некоторые исследователи утверждают, что больной индивид есть продукт больного общества, как если бы личные проблемы являлись четкой копией социальной дезинтеграции. Другая линия в становлении характера связана с отношением субъекта к *труду*: в этом контексте ведется анализ таких черт, как трудолюбие — лень, аккуратность — небрежность. Новые факты и представления раскрывают специфику творческой лаборатории каждого индивида, ибо «творческая работа не ржавеет и вечно молода», имея в виду и научную деятельность ученых — «наука не стареет, она лишь этап творческого становления» (Зурабашвили А.Д., 1969). Третья сторона во внешнем проявлении характера представлена отношением к *самому себе*: повышенная требовательность, скромность — хвастливость, высокомерие; эгоизм, склонность больше заботиться о себе — склонность к самопожертвованию, высокое чувство долга, ответственности, солидарности.

Тип в обыденном понимании — это «натура», характер — «вторая натура». Тип высшей нервной деятельности представляет собой в значительной степени биологическую сущность и в меньшей мере — социальную, характер, наоборот, в большей степени социальную и в меньшей — биологическую. Английский психолог Г. Айзенк разработал свою типологию личности, исходя из ее доминирующей ориентировки: экстравертированные типы больше настроены на внешний мир, интравертированные — на внутренний, амбивертированные — с промежуточной ориентировкой; интравертам присуще аналитическое, детальное восприятие внешнего мира, экстравертам — синтетическое, целостное. «Человеческая личность в целом формируется через посредство своих отношений к другим людям. Лишь по мере того, как у меня устанавливаются человеческие отношения к другим людям, я сам формируюсь как человек» — указывает С.Л. Рубинштейн (1976). Б.Г. Ананьев (1941) выделил среди богатой палитры характерологических качеств наи-

более существенные, сгруппировав их в соответствующие когорты:

- 1) жизненная направленность (потребности, интересы, идеалы),
- 2) нравственные привычки (вкусы, привязанности),
- 3) коммуникативные качества (отношение к другим людям),
- 4) самооценка (отношение к самому себе),
- 5) волевые и индивидуальные свойства характера,
- 6) эмоционально-динамические особенности характера, как бы вытекающие из структуры темперамента.

Опираясь на социально-психологические структурные проявления, некоторые психологи (Adorno Th., 1950; Schultz D., 1976; Cloninger C.R., 1982) выделяют ряд характерологических типов:

*Конформист* — индивид легко уступает давлению социального окружения, податлив, тяготеет к групповым стандартам (человек-«Протей»), со структурой сознания, лишенной индивидуальности.

*Изгой* — человек, преднамеренно выбравший судьбу неудачника, добровольно сошедший со стези делового бизнеса, испытывающий усталость и не стремящийся переделать сложившийся жизненный стереотип.

*Фанатик* — индивид с крайней узостью сознания, чувством постоянной неустроенности, поиском жертв своей неудовлетворенности, слепо идущий к определенной цели, признающий единственный выход из этого положения через протест, бунт, голодовки и т.п.

*Антисоциальная личность* — с выраженным дефектом совести, недостатком социализации, постоянными конфликтными отношениями с обществом, низкой фрустрационной толерантностью, неспособностью учиться на опыте и наказаниях, поразительной безответственностью и отсутствием вины за учиненную ими бестактность.

*Пассивно-агрессивная личность* — уклонение от необходимых действий, поиск помех, недовольства, сопровождаемых упрямством и молчаливым протестом.

Наряду с перечисленными структурными особенностями характера в зависимости от внешних, социальных условий весьма важно учитывать возрастные преобразования личности в различные периоды жизни. Мысль о том, что на путях нормального развития человек, как правило, претер-

певают коренные изменения и делается в ряде случаев совершенно неузнаваемым, высказывалась не только исследователями, но и в художественной литературе (вспомним радикальные преобразования личности Ионыча, великолепно изображенные А.П. Чеховым). О подобной возрастной трансформации характера удачно писал Фостер: «В течение долгой жизни человек может являться перед нами последовательно в виде нескольких личностей, до такой степени различных, что если бы каждая из фаз этой жизни могла воплотиться в различных индивидах, которых можно было бы собрать вместе, то они составили бы крайне разнообразную группу, держались бы самых противоположных взглядов, питали бы глубокое презрение друг к другу и скоро бы разошлись, не высказывая ни малейшего желания сойтись вторично».

Взаимодействие индивида с окружающим миром начинается на ранних этапах его развития, а по данным некоторых исследователей — задолго до появления на свет. Так, американский ученый Т. Верни в книге «Скрытая жизнь ребенка до его рождения» пишет о передаче плоду ощущений, мыслей и переживаний матери. Ребенок, находясь в чреве, в 4-месячном периоде хмурит брови, щурит глаза, гримасничает; на 6—7-й месяц он уже тонко различает реакции и чувства матери, действуя в строгом соответствии с ними. Мысли и эмоции матери составляют материал, на базе которого формируется личность ребенка: любящие и имеющие хороший контакт со своим ребенком матери рожают более уверенных в себе и более защищенных детей. При всей спорности высказываемых положений, одно несомненно: наиболее интенсивное развитие человека происходит именно во внутриутробном периоде и на ранних этапах детства. С учетом перспективы активизации формирования физических и психических качеств на раннем этапе онтогенеза получает все большее признание специальная отрасль науки, стоящая на грани медицины и педагогики — эмбриональная педагогика. Широко дискутируемые в психологической и психиатрической литературе проблемы привязанности и зависимости уходят своими корнями в раннее детство.

В классической теории описаны три типа привязанностей: «безопасная», «избегающая», «тревожно-амбивалентная» мать (Смирнова Е.О., 1994; Майерс Д., 1997). Долгож-

данные, родившиеся слабыми дети могут неосознанно «инициировать» зависимые (симбиотические) отношения с родителями со свойственной им гиперопекой (аналогичной «фобии утраты ребенка»). Негативное самовосприятие, низкая самооценка наблюдаются у детей, чья потребность в уважении и признании отрицается (довольно подробный обзор этой стороны проблемы содержится в работе М.Ф. Белокрыловой, В.Я. Семке, 1998). Создатель «межличностной теории психиатрии» Г. Салливан (1947, 1953), не отрицая роли наследственности в развитии ребенка, утверждал, что «тревога — продукт межличностных отношений, первоначально передающаяся от матери и впоследствии связанная с угрозой безопасности»; согласно его концепции, развитие личности включает шесть стадий: младенчество, детство, ювенильная эра, пред-юность, ранняя юность, поздняя юность. Г. Мерреем (1938) описаны пять детских комплексов, определяющих дальнейший путь развития в виде характерных способов поведения или черт.

Процесс индивидуализации от «симбиоза матери и ребенка» до «константы объекта» (Малер М., 1975, 1979) означает «психическое рождение» ребенка, существующего независимо от матери. В книге «Современный психоанализ» (1993) Петер Кутер показал, что среди психоаналитических исследований ранних этапов онтогенеза и опыта отношений ребенка и взрослых (наряду с учением о фазах З. Фрейда) являются теории развития Д. Винникота (1965) и М. Малер (1975). Их сравнительное изображение представлено Мартой Бекай (Bekei M., 1981).

Сложность проблемы развития ребенка определяется словами Эриха Фромма (1964) в его работе «Душа человека»: «С момента рождения человек раздираем двумя тенденциями: с одной стороны, он хочет выйти на свет, с другой — он устремляется назад в материнское лоно; с одной стороны, он ищет приключений, с другой — он тоскует по безопасности; с одной стороны, его манит риск независимости, с другой — он ищет защиты и зависимости». Однако жизнь малыша на первых этапах самостоятельного существования всецело зависит от взрослых: они призваны удовлетворять и физические запросы ребенка, и жажду активной психической деятельности. Особенно активно ребенок ведет себя при перемещении с помощью взрослых в окружающем пространстве, при этом он накапливает необходи-



мый сенсорный опыт. В раннем детском периоде (от 1 года до 2—3 лет) формируются навыки самообслуживания, способность устанавливать контакты с маленькими детьми и со взрослыми; в это время приобретаются речевые формы общения и стереотипы поведения, осваиваются игровые и продуктивные виды деятельности (рисование, конструирование, языковые навыки и т.д.).

Качественно новый этап в индивидуальном развитии ребенка наступает в трехлетнем возрасте: он начинает вычленять себя из окружающего мира (от обозначения себя во втором или третьем лице переходит к освоению личного местоимения), что свидетельствует о формировании самосознания. «Кризис трех лет» объясняется усиленной деятельностью всего организма, убыстренным развитием его физических и психических процессов, обостренной направленностью на внешний мир, который раскрывается перед ним во всей полноте.

Новая социальная ситуация для ребенка возникает в дошкольном периоде (от 4 до 7 лет). Появляются элементарные обязанности и разнообразные виды деятельности, среди которых наиболее характерными следует считать сюжетно-ролевые игры. Они содействуют прочным эмоциональным контактам со сверстниками, развитию познавательных процессов, умению держаться в различных ситуациях, формированию индивидуального своеобразия и реагирования на происходящее вокруг.

С момента поступления в школу существенно расширяется количество малых социальных групп, в которых воспитывается и формируется личность (семья, школьная среда, клубы по интересам, спортивные секции и др.). Успехи в учебе, положение в школьных коллективах, оказывая влияние на становление характера школьника, определяют его положение среди сверстников и взрослых. Формируется разделение детской психики («я» и «другие»), ответственное отношение к своим обязанностям, общественной роли. Подросток оказывается на пороге социального выбора, от которого во многом начинает зависеть вся его последующая жизнь. Подростковый возраст самый драматичный в судьбе человека. Это период мучительных душевных переживаний, потрясений, коллизий, своеобразная эпоха «бури и натиска» в становлении личности. Она ищет столь необходимую и недостающую стабильность, мечется в поисках

внутренней устойчивости и взаимопонимания с другими членами общества. В этом плане примечательно высказывание В. Аккермана о том, что «юношество — наиболее уязвимая возрастная группа».

В подростковом возрасте (11—15 лет) формируются трудовые навыки, достаточно серьезное отношение к своим и чужим поступкам, стремление к самостоятельности. Неустойчивость характерологического склада подростка объясняется «перекрестом» двух факторов, принимающих участие в его формировании — социально-психологического и биологического. Одновременно с биологическим становлением происходит общественная «кристаллизация» характера подростка. Первое ощущение стабильности приходит с чувством физической силы. В период бурной перестройки организма подросток дает особую поведенческую реакцию: стесняется открыто выражать наиболее глубокие переживания и демонстрирует в качестве псевдокомпенсаторного образования комплекс негативных поведенческих качеств (отсюда нарочитая условность, огрубленность поведения, усложненного речевого жаргона). В эмоциональных чертах характера начинает преобладать повышенная возбудимость, запальчивость, заносчивость и самоуверенность. Нередко естественный протест против злоупотребления своим авторитетом старших вырастает в бессмысленное, неоправданное противодействие всякому разумному совету. По данным А.В. Петровского и В.В. Шкалинского, в подростковом и раннем юношеском возрасте референтной (или эталонной) группой, с мнением которой личность считается, зачастую становится не реальная контактная первичная группа, а «уличные герои», примеры «для подражания» из любимых кинофильмов, книг, театральных постановок. Сдвиг в моторике делает подростка неуклюжим, создает ощущение острого недовольства собой. Весьма развитым становится чувство товарищества, коллективизма, хотя подросток невольно стесняется проявлять во вне свои чувства и привязанности. Совершаемые ими ошибки при общей неустойчивости и склонности к беспричинным колебаниям настроения вызывают заметные, пусть и кратковременные острые вспышки, ведущие к непоправимым поступкам (попытки самоубийства, членовредительства и т.п.).

Эндокринная перестройка организма, половой метаморфоз мальчиков и девочек служит отправной точкой для появления острого чувства недовольства собой, своей внешне-

стью. Отсюда непоседливость, двигательная расторможенность или, напротив, угловатость, скованность, неуклюжесть в движениях. На базе асинхроний биологического созревания личности формируются проявления акселерации и ретардации (ускоренное и замедленное интеллектуальное, эмоционально-волевое созревание): и тот, и другой процесс содействует своевременному становлению зрелой личности. Как правило, даже при акселерации детство не только не сокращается, но и осязательно затягивается. Современный подросток нетерпелив, ему кажется, что самое лучшее проходит мимо него (отсюда то явление, которое определяется как «вещизм»).

Пубертатный возраст сопряжен не только с фазой углубленного самоанализа (повышенным интересом к себе, возможным уходом в мир фантазий), но и с развитием чувства товарищества, взаимовыручки, коллективизма, помогающему утвердить себя как в собственных глазах, так и в мнении окружающих. Об этом пишет российский социолог И.С. Кон (1967): «Самоуважение является своего рода итогом противоречивых самооценок. Высокое самоуважение не означает, что личность ставит себя выше всех остальных, не видит своих недостатков и считает себя пределом совершенства; но оно означает, что человек уважает себя, не считает себя хуже и ниже других, положительно относится к себе как к личности... Самоуважение — исключительно важная черта личности, во многом определяющая его судьбу».

Постепенно, по мере выравнивания вегетативно-эндокринных пертурбаций и социально-психологических перепадов, связанных с приспособлением к новым формам межличностных отношений, наступает стабилизация и гармонизация характерологического склада подростка. Многое в этом процессе зависит от атмосферы в малой социальной группе. Американский психолог К. Левин провел длительные наблюдения за школьными классами, в которых воспитание имело разные основы — «авторитарную» и «демократическую». В «авторитарных» классах учащихся рассаживали за парты по принуждению, господствовала жесткая дисциплина, подавлялась инициатива; в «демократических» — права школьников были максимальными. Оказалось, что в «авторитарных» группах драки вспыхивали в 30 раз чаще, чем в «демократических». Ученики, переведенные

из первого рода классов во второй, вначале вели себя агрессивно и отчужденно, лишь исподволь осваивали новые шаблоны поведения.

Завершающим периодом в формировании личности является юношество. В эти годы узловым вопросом для индивида является дилемма с выбором профессиональной ориентации, кристаллизацией моральных нормативов, установления определенного стереотипа жизни, который затем переходит на все последующие возрастные периоды (кстати, по мнению Пэрну, в жизни любого человека имеется периодичность — примерно в 7 лет — когда совершаются кризисные «узловые» периоды). Эта жизненная полоса в динамике индивидуального существования уже не столь драматична, хотя и сопряжена с важнейшими социальными переменами — получение аттестата зрелости, выход в самостоятельную трудовую жизнь, гражданское совершеннолетие (когда подросток из опекаемого средой переходит в разряд ответственных за свои действия в правовом и моральном отношении).

Обычно после 20—25 лет человек делается уравновешенней, спокойней, исчезает юношеский максимализм, порывистость и неуравновешенность, на смену им приходят уверенность во взглядах, тактичность, уравновешенность в аффектах, сдержанность в поступках. Однако становление личности ни в коей мере не означает окончательного ее самоопределения, не предусматривает избавления от нервных потрясений и перегрузок. Напротив, именно в период зрелости личность испытывает огромное количество душевных катаклизмов и «ошибок», что связано с ее наивысшей социальной активностью; но обогащенные предыдущим личным опытом, достигнув эмоционально-волевого равновесия и душевного баланса, люди сравнительно легко переносят самые сложные житейские коллизии, становятся более закаленными и стойкими. В постоянном поиске идеалов, осуществлении сотен и тысяч социальных выборов, преодолении внутренних и внешних противоречий человек на практике познает прекрасную истину, что «жизнь хороша, когда ты в мире необходимое звено» (А. Майков). Постоянство нашей личности на протяжении жизни, по А. Адлеру, объясняется установками, связанными с жизненным стилем (работа, дружба и любовь), с необходимостью для живых существ сохранять жизнь и продолжать жить в том окружении, которое у них есть (Adler A., 1956): каждый человек

имеет определенный энергетический уровень, в границах которого он ведет наступление на свои жизненные проблемы. Соответственно установкам, связанным со стилями жизни, выделяют следующие *типы* личности:

*Управляющий* — самоуверенные, напористые натуры, с незначительным социальным интересом. Их поведение не связано с заботой о благополучии других лиц. Характерна установка на превосходство над окружающим миром. Основные жизненные задачи решаются во враждебной, анти-социальной манере (к их числу отнесены новые правонарушители, наркоманы).

*Берущий* — относятся к внешнему миру паразитически, удовлетворяют большинство своих потребностей за счет других. Личность лишена социального интереса, основная забота в жизни — получить от других как можно больше. При низкой социальной активности эти субъекты все же причиняют страдания другим в незначительной мере.

*Избегающий* — нет достаточного интереса, активности и они меньше стремятся к успеху, а, пытаясь избежать неудачи, ведут себя социально полезно, уклоняясь от решения важных жизненных задач.

*Социально-полезный* — соединяет высокий уровень зрелости, социального интереса и активности. Проявляет истинную заботу о других и заинтересованность в общении с окружающими.

С преобладающим влиянием социальных компонентов в «жизненной кривой» личности связан возрастной период (от 38 до 42 лет), в ходе которого нередко формируется «кризис второй половины жизни». Вступая в эту полосу своего существования, индивид испытывает мучительное чувство неудовлетворенности достигнутым, неотвязную потребность в избыточном самоанализе и самопонимании, массу упреков в свой адрес за недостаточную активность в выполнении социальных функций (упущения в воспитании детей, создании прочного семейного уклада, «сбои» в сексуальной жизни, отступления от реализации производственной карьеры и т.п.). Такого рода личностные реакции наблюдались нами на протяжении последних 10 лет у бизнесменов, достигших определенных успехов в реализации поставленных задач. Речь идет о достаточно глубоких, депрессивных переживаниях — весьма монотонных, блеклых, замаскированных различными соматическими жалобами — не связанных

напрямую с какими-либо психогенными или соматогенными моментами. При относительной ригидности сформировавшейся психопатологии она оказалась весьма податливой психотерапевтическим воздействиям и последующему подключению превентивных психологических корригирующих мероприятий.

В последние годы период расцвета, зрелости (или «акме») является объектом пристального внимания психологов: А.А. Реан (2000) выделяет раздел науки «акмеологию личности», изучающую проблему социально возрастного созревания индивида. В этой связи может быть рассмотрена точка зрения С.Л. Рубинштейна (1973) на процесс созревания, старения и отмирания личностей: «Нужно понять реальную диалектику жизни и смерти. Факт смерти превращает жизнь человека не только в нечто конечное, но и окончательное».

Вступление в пожилой возраст протекает не так бурно и драматично, как в пубертатном периоде. Обычно имеет место медленное и постепенное снижение жизненного тонуса, преобладание утраты над приобретением (в противовес пубертатному «кризу», при котором позитивные явления превалируют над негативными). В целом этот завершающий этап в жизнедеятельности человека можно разбить на две фазы — инволюционную (у женщин начинается с 45—50 лет, у мужчин — с 50—55 лет) и протекающую под знаком преимущественно физиологической перестройки организма (патологический климакс является объектом медицинского внимания, встречается в основном у женщин, характеризуется бурными вазовегетативными реакциями, обильной кровопотерей, длительностью «перестроечного» этапа до 2—3 лет) и фазу старческого регресса психики, проходящую под знаком решающего влияния церебрально-атеросклеротических и сенильно-атрофических изменений (начало этой фазы относится к 75 годам).

В инволюционном возрасте наступает физическое и психологическое преобразование личности за счет снижения общего тонуса организма. Психическое равновесие индивида, сложившееся к зрелому возрасту, подвергается серьезному испытанию, многообразным опасностям на жизненном пути — за счет увеличения числа индивидуально-неразрешимых психогенных влияний и нарастания соматического неблагополучия. В целом симптоматология этой жизненной фазы значительно беднее пубертат-

ного сдвига: отмечается некоторое оскудение палитры эмоционального реагирования, уменьшается способность к накоплению новых знаний, заметно сужаются горизонты интересов, выступает некоторый консерватизм мышления (служащий источником извечных конфликтов «отцов» и «детей») и стремление пользоваться отработанными стереотипами и шаблонами поведения, поразительная боязнь нового или перемены сложившегося житейского стиля. Весьма примечателен факт заострения прежних, наиболее выпуклых характерологических черт. Словоохотливость перерастает в назойливую болтливость, осторожность — в отпугивающую окружающих подозрительность, недостаточная самокритичность — в карикатурную переоценку своих способностей.

Как показали наши прежние клинические исследования (Семке В.Я., 1965, 1967), наиболее демонстративно такое преобразование структуры характера наблюдается у акцентуированных, препсихопатических и психопатических натур. Особенно тягостно увядание переживается женщинами с демонстративными истерическими чертами: трагически воспринимают утрату внешней привлекательности, ослабление со стороны сексуального партнера (нередко на передний план выступает взрывоподобное усиление полового влечения с авантюрной линией поведения, приводящее затем к депрессивным идеям самообвинения). У мужчин с аналогичным складом характера отмечались схожие клинические проявления по типу «синдрома Дон-Жуана»: стремление к безоглядному флирту и обольщению женщин, безжалостное, бесцеремонное поведение в интимной жизни, хвастливое подчеркивание своих «мужских» достоинств, склонность к браваре, грубым, сальным высказываниям (развивающиеся на фоне ослабевающей половой потенции).

Собственно старческий возраст характеризуется заметным сужением круга интересов и творческих способностей. Психологически личность настраивается на анализ прожитых лет и подведение итогов своей жизни (в обиходе говорят о «времени сбора урожая», «времени собирать камни»). Человек, проживший долгую, продуктивную жизнь, как бы подводит черту под сделанным. Отсюда нередко формируются психологические реакции неудовлетворенности, сожаления из-за нереализованных планов и задумок; среди дру-

гих специфических душевных переживаний этого периода можно отметить паническую боязнь «не дотянуть до пенсии», опасение грядущих болезней (боязнь физической немощи), чувство одиночества и покинутости, ненужности детям, внукам, близким. Механизмы такого рода психологических картин «лишения» объяснялся И.П. Павловым: «Стоит выйти в отставку и тем нарушить свой жизненный стереотип, как организм становится несостоятельным». Вот мнение на этот счет французского ученого Ж. Хюэ: «независимо от возраста человек всегда должен быть занят». Именно при соблюдении этого условия старость оказывается периодом высоких творческих способностей.

Многолетнее клинико-катамнестическое обследование личностей с препсихопатическим и психопатическим складом характера привело нас к мысли о правомерности выделения специфического по своей этиологии и психопатологической характеристике симптомокомплекса, названного нами (Семке В.Я., 1965) «синдромом Плюшкина»: речь идет о характерологической метаморфозе, наступающей в рамках патологического развития личности (обязанного своим происхождением сочетанному влиянию трех факторов — конституционально-биологическому, психогенному и сенильно-атрофическому). Обратимся для иллюстрации к превосходному описанию картины патологического старения, данному Н.В. Гоголем.

«Добрая хозяйка умерла. Плюшкин стал беспокойнее и, как все вдовцы, подозрительнее. Старшая дочь скоро сбежала со штаб-ротмистром. В доме стало все пустее. Старик очутился один. Человеческие чувства мелели ежеминутно, и каждый день что-нибудь утрачивалось в этой изношенной развалине. С каждым годом притворялись окна в его доме. С каждым годом уходили из вида, более и более, главные части хозяйства, и мелкий взгляд его обращался к бумажкам и перышкам, которые он собирал в своей комнате. Он уже позабывал сам, сколько у него было чего... Грозна и страшна грядущая впереди старость и ничего не отдает назад и обратно. Могила милосерднее ее, на могиле напишется: «здесь погребен человек»; но ничего не прочитаешь в хладных, бесчувственных чертах бесчеловеческой старости».

Однако далеко не всегда старость дает столь трагические, болезненные сдвиги. Мы знаем многих стариков, при-



миренных с жизнью, добродушных, понемногу теряющих остроту чувств и ума, но сохраняющих живую искру в душе (хотя и здесь бывают поразительные проявления тонкости эмоций, пламенной страстности и всеохватывающей любви. Вспомним превосходные строки Ф.И. Тютчева в его обращении к горячо любимой им Денисьевой: «О, как на склоне наших лет / / Нежней мы любим, суеверней!»). Некоторые философы и поэты подчеркивают как положительную сторону характерологической динамики в старости способность успешного умелого преодоления сложных душевных конфликтов, наступление умиротворения и покоя. Страсти охлаждаются, ярость и гнев обузданы, спокойствие и бескорыстие придают высказываемым советам нравственную силу и притягательность для молодых. Практическая смекалка неграмотного старика, накопленный им опыт жизни возвышают его над окружающими. Бернард Шоу в беседе о старости отмечает: «Нет старости для людей с живой душой и разумом, вбирающих жизнь всеми пятью чувствами. Старым можно быть и в молодости, но можно прожить долгую жизнь, так и не познав ее. Человек часто умирает раньше, нежели исчерпал все свои духовные и умственные силы. И если молодость — стихия страсти и эмоций, то старость — стихия мысли, творчества, разума».

Таким образом, сложное, но реальное и конкретное понятие личности имеет свою социально-психологическую и материальную, нейрофизиологическую основу. Ее структура поглощает такие понятия, как генотип, фенотип, темперамент и характер, тип высшей нервной деятельности, способности и т.п. Показано, что типологическая основа личности претерпевает в процессе жизни некоторые изменения, однако они в условиях физиологического протекания ограничены определенными рамками, существенно не влияя на выбранную жизненную стратегию. Как выразился С. Козумплик, мыслитель может быть критиком художественного произведения, но не создателем художественных ценностей высокого ранга. Между типами высшей нервной деятельности, чертами личности и характера существует несомненная зависимость: определенные типы в.н.д. соотносятся по преимуществу с гомономными вариантами характера. Поскольку нейродинамика включается в конституцию, то и между ней и психологическим обликом индивида существует взаимная обусловленность, а именно для каж-

дого человека имеется известная биологическая «экологическая ниша», в рамках которой он будет успешно работать, испытывать минимальные душевные потрясения и приносить максимальную общественную пользу. Вместе с тем, чем сильнее проявляется в развитии биологических «составляющих» каркас личности, тем существенней влияние природного на формирование общественного начала в ее структуре. Идея развития, проявляющаяся в своеобразии динамизма разных человеческих типов и объединяющаяся в единстве биологических и социально-типовых тенденций, есть по сути дела реализация на практике идеи структурного анализа личности.

## **ГЛАВА 3.**

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПЕРСОНОЛОГИИ**

Кардинальным вопросом клинической психологии и пограничной психиатрии является проблема соотношения различных патогенетических воздействий, принимающих участие на разных этапах формирования личности. В разворачивании пограничных личностных уклонений отчетливо проявляется диалектическая взаимосвязь двух противоположных процессов — патогенеза (с этапом постепенного утяжеления: от простых относительно кратковременных и изолированных реакций к весьма сложным и затяжным образованиям) и саногенеза (представленного обратной, регрессионной динамикой с устранением имеющейся патологии за счет усиления компенсаторных и адаптационных механизмов). По ходу клинической динамики саногенетические и патогенетические механизмы могут меняться, определяя тем самым необходимость строгого анализа взаимодействия социальных и биологических факторов, приводящих к проявлению личностных девиаций.

Сближение взглядов по многофакторной природе пограничной личностной патологии преодолевает прежнюю односторонность точек зрения на генез и динамику отдельных ее форм, противопоставление «внешнего» и «внутреннего», «органического» и «функционального», «психогенного» и «соматогенного».

Чаще всего биологические факторы усиливаются или смягчаются за счет социальных воздействий (особенно в детском и подростковом возрасте). Базисом для успешного теоретико-методологического рассмотрения проблем здоровья психически здоровой и аномальной личности может служить концепция всестороннего взаимодействия сугубо внешнесредовых (климатогеографических, производствен-



*Рисунок 1. Многофакторный анализ пограничной патологии.*

ных) влияний и личностно-патологических характеристик индивида, созданная нами (Семке В.Я., Аксенов М.М., 1996) в ходе многолетнего регионального анализа пограничных состояний (рис.1).

Как показали комплексные исследования, специфические условия Сибири и Крайнего Севера (гиповитаминозы, суровый климат, неразвитость социнфраструктуры, хронические стрессы, природно-очаговые инфекции, в первую очередь описторхоз, клещевой энцефалит) откладывают определенный отпечаток на гомеостаз организма и формирование типовых особенностей личности. В конкретной неблагоприятной экологической ситуации (под воздействием грубых экзогенно-органических влияний или факторов «малой интенсивности») адаптация к субэкстремальным природным условиям достигается за счет значительного напряжения, а в некоторых случаях и «полома» многоуровневых защитно-приспособительных систем.

Оценка конституционально-биологических воздействий может быть осуществлена с учетом комплекса показателей, в первую очередь, факторов пола, возраста, наследственной отягощенности, антропометрических и нейроэндокринных параметров. Согласно взглядам Э. Крепелина (1909),

среди всех общебиологических свойств, оказывающих влияние на становление личности, наибольший удельный вес занимают пол и возраст. В качестве иллюстрации вклада данных факторов в генез пограничных личностных расстройств сошлемся на наши многолетние результаты динамического изучения истерических состояний (Семке В.Я., 1980, 1988).

- а) Пол. В большинстве работ на эту тему приводятся данные о значительном преобладании среди больных неврозами лиц женского пола, причем в различных пропорциях — от 2:1 до 12:1 (Ernst K., 1959; Карвасарский Б.Д., 1980). Отмечается, что у женщин неврозы протекают тяжелее (Десятников В.Ф., 1974). Предпочтительность женщин к невротическому реагированию с наличием ярких клинических проявлений объясняется (Grosch H., 1953) особенностями их биологических функций. На нашем материале выявлено достоверное преобладание женщин в группе истерии (74,1 против 25,9%. По отдельным подгруппам это соотношение составило: в невротической — 80,9 против 19,1%, в патохарактерологической — 63,3 против 36,7%, в психотической — 79,5 против 20,5%). Фактор пола играет существенную роль в предпочтительности истерического личностного реагирования на разных возрастных этапах, особенно в периоды эндокринных пертурбаций.
- б) Возраст. Учение о роли возрастного фактора тесно связано с понятием возрастного «кризиса», в первую очередь, пубертатного и инволюционного. Речь идет о значении пубертата и пресениума для патогенеза психических отклонений, для динамики личности, ее социализации (концепция Эриксона о «психосоциальном кризисе»). Согласно мнению Л.С. Выготского (1924), критические периоды в психическом созревании необходимы; они обусловлены логикой самого процесса развития, включающего не только негативные явления, но и созидательные: «Всякая функция в культурном созревании появляется на сцене дважды, в двух планах — сначала в социальном, потом — в психологическом, сперва как внешняя (интерперсональная), затем как внутренняя (интраперсональная) категория». Исследования в области возрастной психологии показали, что в период онтогенеза сменяются качественно различные этапы (уровни) функционирования и реагирования головного мозга. Новые формы реагирования в норме не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их.

Проблему (нормального) пубертатного и инволюционного криза необходимо оценивать в свете его роли в возникновении или манифестации панических расстройств (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994). По мнению Th. Ziehen (1905), период полового созревания «является тем самым утесом, о который разбиваются именно те, кто имеет тяжелую наследственность». М. Destunis (1959) подчеркивает значимость пубертации как опаснейшей биологической фазы развития, приносящей свой вклад в неправильное развитие характера. Инволюционный период, с другой стороны (согласно нашим исследованиям), чреват формированием своеобразной невротической картины в виде «инволюционной истерии», а также появлением специфических для данного возраста форм патохарактерологической динамики (развитие «латентной» психопатии; трансформация аномального личностного облика, чаще всего в сторону астенического склада; «поздняя депсихопатизация»). Имеется определенное своеобразие ряда предрасполагающих факторов в этиологии основных форм невротозов в зависимости от возрастного периода. В детском и подростковом возрасте наблюдается отчетливая связь их генеза с формирующейся дисгармонией характера (акцентуации, пре-психопатии), «цепочкой» инфекций, минимальной мозговой дисфункцией; в зрелом — с типологической структурой личности; в позднем — с воздействием соматогенного, сосудистого факторов, климактерической перестройкой.

Определенный интерес представляет наличие связи отдельных невротических и иных личностных симптомокомплексов с возрастом больных (Семке В.Я., Нохрина Л.Я., 1986). На этапе невротического состояния был осуществлен корреляционный анализ, предложенный ранее в качестве статистического метода О.В. Кербиковым (1947). Он позволил выделить симптомы и синдромы, имевшие положительную или отрицательную связь с возрастом больных. Для невротозов первого возрастного периода характерны более острое начало, слабая выраженность ведущих симптомов, кратковременность протекания. Второму этапу свойственна четкая поэтапная динамика по схеме «реакция — состояние — развитие» с тесной зависимостью от средовых (микросоциальных влияний), а на заключительной стадии — формирование затяжных невротических образований, связанных с «кризисом второй половины жизни». В позднем возрасте отмечена постепенная утрата клинического поли-

морфизма, возрастающая связь ухудшения состояний с эндокринными и соматогенными факторами, тенденциями к затяжному течению.

Согласно мнению Б.Д. Карвасарского (1980), в некоторых случаях неврозов пол и возраст являются одними из самых важных среди прочих этиологических факторов — биологических и социальных. Моделью такого пограничного расстройства является нервная анорексия (Коркина М.В., 1968). Больные неврастенией чаще всего заболевают в зрелом возрасте (от 30 до 34 лет), истерией — в молодые годы (20—34 года). По нашим данным, наибольшая распространенность истерического реагирования падала на период от 16 до 20 лет, что совпадает с данными L. Ljingsberg (1957) — между 17 и 25 годами. Этот факт может быть объяснен моментом завершения пубертатного возраста и повышением порога общественных требований к индивиду в связи с началом самостоятельной жизни. Второй подъем истерического реагирования падал на возрастной отрезок в 31—35 лет (период наиболее активных социальных контактов); третий — в 46—50 лет (появление «латентных» психопатических состояний, сложной картины «инволюционной истерии»).

- в) Наследственность. Изучение наследственной отягощенности среди клинических подгрупп истерии показало наибольшую значимость отчетливых характерологических аномалий у родителей и ближайшего окружения (I и II степени родства) — как гомономных, так и гетерономных, а также алкоголизмом. Отягощенность тяжелыми психическими заболеваниями, соматоневрологической патологией наблюдалась с одинаковой частотой во всех трех группах истерии. Среди патогенетических подгрупп истерических личностных расстройств для «ядерного», конституционального варианта ведущее значение приобретают гетерономные (свойственные другим типологическим конструкциям личностные качества) аномалии в роду; для «краевого», нажитого — гомономные; для «органического» — психопатологической или соматоневрологической отягощенности.
- г) Тип телосложения. Одна из первых попыток вывести корреляцию между преобладающим типом телосложения, эндокринной формулой и особенностями нервно-психической реактивности принадлежит N. Pende (1912). По психическим свойствам выделено четыре конституциональных типа со следующими характеристиками:

- 1) возбудимый, аффективный, быстрый, подвижный, интеллектуально одаренный;
- 2) флегматично-депрессивный;
- 3) активный, импульсивный, хорошо одаренный;
- 4) медленный, иногда импульсивный, интеллект средний.

В более позднем обзоре Ф.А. Вайндруха и К.Н. Назарова (1973) отмечается наличие отклонений у больных неврозами от нормоспланхнического типа в сторону макроспланхнического и микроспланхнического, имеется связь между неврастенией и микроспланхническим, истерией и микроспланхническим. Согласно представлениям А.В. Снежневского (1983), истерическая личность, отличающаяся «богатым воображением со склонностью принимать желаемое за действительное», коррелирует с грацильным типом телосложения. С другой стороны, Т.С. Истаманова (1958) при обследовании больных с невротическими нарушениями сердечной деятельности у большинства из них выявила нормостенический тип телосложения (82%), реже — астенический, еще реже — гиперстенический.

- д) Инфантилизм. С клинических и социально-психологических позиций правомерно выделение двух вариантов инфантилизма (Семке В.Я., 1980, 1988). При первом, наряду с созреванием важных для социализации личности структур, в рудиментарном состоянии продолжают функционировать не подвергшиеся обратному развитию структуры детства и юности. Они не мешают приспособительным функциям уже созревших систем, не нарушают гармонического равновесия, а некоторые из них (например, живое воображение, пластичность моторики) оказываются весьма полезными в соответствующих сферах деятельности. При втором варианте незрелые структуры не дополняют, а замещают функции задержанных, неразвившихся систем. Так, если не вызревает половое влечение, то создается вакуум, заполняющийся инфантильными эмоциями. Поэтому довольно легко наступает нарушение равновесия между отдельными структурами личности, а при каждом проявлении декомпенсации обнаруживается социальная незрелость личности.

Клинически инфантильность проявляется с детских лет в виде избыточной капризности, хвастливости, внушаемости и подчиняемости чужому авторитету, наивных увлечений («безоглядное почитание», «сотворение кумира»), ведения дневников с записями не существовавших событий, красочных фантазий и т.д. Несколько позднее (препубер-



татный и пубертатный периоды) формируется инфантильно-грацильный тип телосложения (выглядят моложе своего возраста, низкого роста, с тонкими чертами лица, подвижной моторикой) и вырисовывается отставание половой дифференциации. С момента супружеской жизни устанавливается особая позиция к мужу: его «почитание» наряду с предложением «платонической любви» с отказом от половой близости (иногда на протяжении длительного времени), легкомысленное флиртование и напускная развязность. Стереотип поведения (налет игривости, наивность, непосредственность и живость реагирования, неискоренимый эгоцентризм) оправдывает данную М. Ласегом характеристику — «дети на всю жизнь».

При невротических и психотических истерических образованиях преобладает первый вариант инфантилизма. В благоприятных условиях микросоциального окружения часть пациентов как бы дозревает, обретает больше навыков, лучше понимает сложные жизненные ситуации и интерперсональные отношения, становясь социально адаптированными. Болезненный «срыв» наступает лишь в условиях длительных индивидуально неразрешимых микросоциальных конфликтов. Второй тип инфантилизма наиболее распространен в патохарактерологической подгруппе. Шаблоны поведения, специфичные для ранних периодов, не претерпевают обратного развития, задерживаются на более поздних этапах формирования личности. Выходя в жизнь с детским багажом искусственно созданных игровых и педагогических моделей, позволяющих приспособиться к семейной среде, инфантильная личность обнаруживает беспомощность при взаимодействии и в микросоциальной группе, построенной «на равных». На этой базе формируются сложные невротические и патохарактерологические реакции и развития.

Различная выраженность конституциональной основы определяет разную роль социальных влияний. Наличие психофизического инфантилизма оказывается наиболее значимым на начальных этапах клинической динамики пограничного состояния, уступая место в зрелые годы психогенным и соматогенным влияниям. Позитивные социальные моменты этого периода смягчают в существенной мере протекание биологических процессов, как бы уменьшая «звучание» ядерных, конституциональных структур и подчеркивая при-

обретенные характерологические качества. В период инволюции роль конституционально-биологической недостаточности, свойственной аномальной личности, вновь становится ведущей, тем самым содействуя резкому сужению диапазона социальной адаптации.

е) Конституция. В настоящее время, как уже было сказано ранее, в понятие конституции включается представление не только о типе телосложения, но и о других достаточно фиксированных особенностях организма — генетическая, биохимическая конституция (Карвасарский Б.Д., 1980). В региональном (экологическом) аспекте представляют интерес взгляды В.П. Казначеева (1986) о дифференциации конституциональных типов человека внутри «молодых» популяций, обитающих в ряде зон с экстремальными условиями существования. В обобщенном виде они обладают различными фенотипическими характеристиками и разными адаптационными возможностями. Речь идет о трех конституциональных стратегиях (с учетом антропометрических, биохимических и клинических показателей) — типа «спринтер», «стайер» и «микст».

При изучении патогенетической значимости вегетативно-сосудистого фактора в формировании неврозов (Потапов А.И., Лобова И.В., Семке В.Я., 1982) выявлены существенные индивидуальные различия, обусловленные избирательной интеграцией функционально неоднозначных регуляторных механизмов, которые могут служить одним из объективных показателей индивидуальной устойчивости к различным перегрузкам. Обследование осуществлялось с помощью методики динамической нагрузки (Лобова И.В., 1982) с определением частоты сердечных сокращений, ударного объема, минутного объема крови, удельного периферического сопротивления и других гемодинамических показателей. Суждение о мобилизации резервов организма производилось по динамике вегетативного индекса Кердо и приростов минутного объема крови в различные периоды работы и отдыха.

Результаты динамических исследований показали, что гиперреактивный тип реакции сердечно-сосудистой системы, выявляемый при стандартной физической нагрузке, имеет прямое отношение к развитию неврозов. По-видимому, можно говорить о наличии конституциональной предрасположенности к воздействию стрессоров. В целом из

трех типов реагирования сердечно-сосудистой системы («гиперреакторы», «нормореакторы», «гипореакторы») группу повышенного риска развития пограничных состояний составили «гиперреакторы» и «гипореакторы», причем у лиц с гиперреактивным типом развивались по преимуществу астенофобические и истеродистимические нарушения, у лиц с гипореактивным типом реагирования наблюдались в основном астенические и ипохондрические картины.

ж) Сексуальные дисфункции. В их генезе физиологическое и социальное тесно переплетаются, что подчас затрудняет нахождение первопричины. По данным Л.Н. Лежепековой (1972), их роль в появлении неврозов более значима для мужчин, чем для женщин, причем они чаще наблюдались в молодом и пресенильном возрасте. Структура полового влечения, наличие сексуальных дисфункций служат одним из важных патогенетических факторов, лежащих в основе формирования истерических механизмов (Семке В.Я., 1974). В дисгармонии сексуальных отношений находит отражение биологическая основа истерии — неуравновешенность корковой и подкорковой деятельности, первой и второй сигнальных систем, интеллектуальной и эмоциональной жизни. Половое чувство приобретает у больных истерией парциальный, незавершенный характер, в то время как у здоровых натур доминирующую роль в сексуальных проявлениях играет социально-психологическая окраска.

Наиболее выраженные и стойкие проявления сексуальной патологии (фригидность, диспарейния) встречаются при «ядерной», конституциональной психопатии; средние — при «краевой», нажитой ее форме; более легкие, преходящие дисфункции — в невротической и психопатической подгруппах «истерической болезни». При конституциональной психопатии с учетом биологической аномалии личности в виде инфантилизма (в том числе генитального) уже на ранних стадиях становления сексуального чувства обнаруживается причудливая смесь избыточного эротизма с полудетскими мечтаниями о красоте, очаровательности. Нередко наблюдается псевдокомпенсация половой холодности за счет внешнего проявления сексуального чувства — игра в «страстную натуру», имитация сексуальной «одержимости» (нарочитость поведения, позерство, расчет на чисто внешний эффект). Такая фригидность (аноргазмия) выражается в установлении сомнительных, случайных связей, поисках разнообразных

щекотливых ситуаций. Другая биологическая девиация проявляется, напротив, в значительном усилении полового влечения, вплоть до нимфоманического синдрома. Нередко гротескное, взрывоопасное усиление полового чувства возникает впервые в пресенильном возрасте и содействует развитию глубоких тревожно-депрессивных состояний.

У больных с патохарактерологическим развитием (как вариантом становления так называемой реактивной психопатии) сексуальная дисгармония выступает в смягченной форме: отсутствие взаимного уважения, привязанности, из-за подчеркнутого эгоизма истерической натуры таит в себе с самого начала оппозицию к партнеру. По механизмам суггестии и аутосуггестии формируется генерализованная негативная реакция на сексуальную жизнь. Наконец, у пациентов с истерическим неврозом сексуальная патология развивается в более позднем возрасте, на фоне уже имеющегося полового удовлетворения. Динамика половой активности выражает особенности развития невроза: ослабление невротических проявлений (как правило, благодаря активной психотерапевтической работе) содействует в конечном счете и нормализации сексуальной функции.

з) **Нейроэндокринные дисфункции.** Они являются одним из ведущих патогенных факторов, проявляющих конституционально-биологическую недостаточность. Эндокринно-вегетативная перестройка наиболее существенно сказывается в ходе возрастных кризисов.

Анализируя роль конституционально-биологического момента в развитии личности, подчеркнем возможность его психической саморегуляции. Человек в нормальных условиях существования стремится к гармоническому балансу функций своего организма; напротив, их демобилизация ведет к резкому спаду творческой и социальной активности, к снижению возможностей такой саморегуляции. Очевидно, можно согласиться с мнением А.И. Белкина (1988), который указывает: «Человек не ощущает в норме свои психические процессы. Но это не исключает наличия у него способности научиться сознательному управлению своей психической деятельностью, своими соматическими процессами, активируя или подавляя соответствующий нейрогормональный код». На практике это один из каналов мобилизации человеческой психики (как в нормальных, так и в болезненных условиях).

Таким образом, имеются достаточно веские основания судить о предрасполагающей роли конституционально-биологических (половых, возрастных, генетических, биохимических, нейрогуморальных) факторов как в выявлении, так и в последующем развитии личностных девиаций, облегчающих «превращение патогенетических механизмов в патогенетический процесс» (Снежневский А.В., 1972).

Микросоциологические подходы. Воздействие социально-психогенных вредностей занимает центральное место в сложной «цепочке» преобразования здоровой, гармоничной личности в уклоняющуюся, аномальную структуру. Об этом со всей убедительностью говорил О.В. Кербиков (1971, с.311), что для отечественных психологов и психиатров «ясна роль социальных условий в распространении психических заболеваний... социальные явления не могут не иметь социальных истоков... генез психических болезней — во многом социальный; социальный генез неврозов не вызывает сомнений». Однако клинический метод не может быть признан достаточно адекватным выяснению особенностей той непосредственной социальной среды, под влиянием которой развивается болезнь. В этой связи, указывает автор, возникает надежда, что с применением метода социометрии будет найдено недостающее звено в «пограничной области, соединяющей социологию и психиатрию, развернутся плодотворные научные исследования».

Об этих особенностях научного изучения проблемы сказано Т.А. Ламбо (в журнале «Здоровье мира», изд. ВОЗ, март 1978 г.): «Существует такое множество предупреждений, что нужно чуть ли не мужество, чтобы обсуждать проблемы психического здоровья одновременно и серьезно, и с чувством симпатии к человеку». Одним из таких препятствий в создании общепсихологической концепции современной личности является ее часто декларируемая неповторимая индивидуальность, непостижимость. Поэтому центральной задачей персонологии надо признать создание таких условий для всестороннего гармонического развития, при которых человек со свойственными ему индивидуальными особенностями мог бы реализовывать свой жизненный потенциал.

Возможны различные подходы к изучению человеческого поведения. Психологи рассматривают устойчивое и повторяющееся в индивидуальной деятельности (все, что люди

чувствуют, думают, делают может быть объяснено в переживании отдельной личности; группы людей «не более как скопление индивидов»). Социологи исследуют условия формирования, укрепления и распада человеческих групп, они интересуются лишь теми закономерностями поведения, которые обусловлены участием людей в общественных группах. Малые социальные группы — это часть той непосредственной социальной среды, в которой осуществляется повседневная деятельность человека. Человеческая природа и общественный порядок являются продуктами коммуникации, взаимного общения и обогащения. Впечатление человека, что он может поступать так, как ему хочется, не означает, что в действительности так оно и есть. Ни сам человек, ни то, что он делает и переживает, не может быть понято, если абстрагироваться от слаженного социального ансамбля людей. Об этом весьма красноречиво сказал Джон Донн: «Нет человека, который был бы как остров сам по себе» (об этом позднее на риторический вопрос «Может ли быть история у Робинзона?» дает отрицательный ответ А.М. Свядощ). Группа как организм рождается, живет, иногда болеет и, в конце концов, умирает. Жить, познавать, занимать определенное место в группе и взаимодействовать с ее членами — это и составляет итог огромного разнообразия человеческих побуждений и поступков. Трагедия и счастье человека состоит в том, что он не может оставаться хотя бы на короткое время наедине с собой, когда бы он перестал смотреть на себя со стороны.

Модели поведения возникают и укрепляются в общении людей друг с другом. Поразительно, насколько сильно в человеке стремление к сообществу, единомыслию и одиночеству. Социальность составляет основу натуры, и бегство от одиночества постоянно сопутствует личности. В условиях разобщенности возникает гнетущее чувство тоски и неосознаваемой тревоги. Групповые роли и нормы есть продукт коллективного приспособления к условиям жизни. Наибольшие трудности в общении испытывают как раз искренние, но застенчивые люди, которых не удовлетворяют поверхностные, формальные контакты, а на более глубокое самораскрытие не хватает смелости. М.М. Пришвин как-то сказал: «Одна трудность — переносить пустыню, другая — оставаться собой при встрече с другим человеком». Почти во всех микрогруппах есть нормы, управляющие межлично-

стными отношениями («первичные идеалы»). Легко понять, почему эти нормы универсальны (везде презирают изменников, осуждается доносительство, воровство у слепого и т.п.). Выживание от группы зависит от того, насколько можно полагаться друг на друга. Авторитет и безопасная позиция в первичной группе зачастую важнее, чем успех в широком мире. Шаблоны чувств, установившиеся в детстве, имеют тенденцию быть перенесенными через всю взрослую жизнь.

Работа американского социолога Гоульди об особых группах «пограничных асоциальных личностей» дает любопытные данные об обычаях, внешнем и внутригрупповом поведении, мировоззрении, политических и социальных взглядах, их движении «неболезненно». Оно вытекает логически из неправильной структуры общественного уклада (хотя среди них есть немало душевнобольных, о реакции которых можно сказать словами публициста В. Шкловского: «В психоз люди уходят сознательно, как в монастырь»). Детерминированность их поведения двоякая — биологическая (особенности темперамента и характера) и социальная (социопатическое поведение). Слишком жесткая, единообразная система воспитания, основанная главным образом на внешней дисциплине, нивелирует личность. С другой стороны, замечательный педагог В.А. Сухомлинский сказал: «Одна из самых мучительных трудных вещей в педагогике — это учить ребенка труду любви».

Интересен генез развивающихся у ребенка невротических симптомов, проанализированный Карен Хорни (1945). Они выступают в тех случаях, когда ребенок воспринимает свое окружение как ненадежное, несправедливое или беспощадное. Если поведение родителей непоследовательно, подросток чувствует себя беспокойно и вынужден вырабатывать защитную стратегию, которая позволит ему справиться с этим миром. Перечислим несколько типовых защитных механизмов, описанных с психоаналитических позиций З. Фрейдом: отрицание («закрывает глаза на неприятную действительность»), подавление (тех мыслей и желаний, которые противоречат принятым индивидом моральным ценностям и нормам), рационализация (способ разумного оправдания поступков, противоречащих нормам и вызывающим беспокойство), формирование реакции, проекция, интеллектуализация, замещение и др. Если эти за-

щитные механизмы не срабатывают, то неудовлетворенные импульсы из «Оно» дают о себе знать в закодированной, символической форме (например, в сновидениях, описках, обмолвках, шутках, странностях поведения — вплоть до появления патологических отклонений). В свое время З. Фрейд утверждал, что ни одно поколение не может скрыть от последующих наиболее важные психические процессы. Это получило подкрепление в исследованиях С. Фишер и Д. Мендель (1956), К. Леви (1956): обследование 6 семей в трех поколениях с помощью прожективных тестов и интервью показало, что в каждой семье существует стойкая озабоченность определенными проблемами (такими как смерть, эксгибиционизм или страх перед потерей контроля). Отмечено сходство между детьми и внуками, хотя они имели весьма ограниченный контакт друг с другом.

Вывод о доминировании в сегодняшнем мире невротического беспокойства, дающего «глубокое чувство неудовлетворенности, бессилия, сомнения, одиночества и тревоги» сформулирован Э. Фроммом (1942). Американский психолог Мэргерит Мид (1962) приходит к заключению, что «стыд, пожалуй, сильнее всего ощущается в связи с неудачей родителей, которые не преуспели... Жизненная неудача осуждается нами как непростительный грех. Осуждение этого греха у нас сильнее, чем нарушения десяти заповедей». Важную роль социальной среды в генезе неврозов отмечал О.В. Кербиков (1965): «Неврозы возникают в социальной среде, в процессе взаимоотношения людей». По В.А. Гиляровскому (1934), угроза оказаться несостоятельным перед лицом группы делает невротика невротиком. Клиническая картина невроза целиком наполняется социальным содержанием. Французский психолог Л. Мишо (1960) в книге «Нарушения характера» вскрывает причины застенчивости: в ее основе лежит опасение оказаться в глазах других смешным и нелепым; вне межлюдских отношений этот феномен невозможен.

В целом уже упомянутое многолетнее изучение истерии обнаруживает сочетанное влияние разнообразных средовых воздействий уже на ранних этапах онтогенеза, знание которых имеет несомненное значение для клинической персонологии.

Среди неблагоприятных микросоциальных явлений раннего детства важное место занимало сиротство и связанное с ним отсутствие материнской ласки. Согласно P.D. Scott



(1963), лишение ребенка в первые годы жизни заботы матери негативно сказывается на его последующем развитии. Фактор «неполной семьи» (отсутствие одного из родителей, их раздельное проживание, развод, а также наличие отчима или мачехи, воспитание у родственников, в детских домах или интернатах) встречался в 52,6% случаев. Наиболее значительным он оказался для патохарактерологической подгруппы истерии (внутри этой когорты он преобладал в «краевой» и «органической» группе психопатии). Условия семейного воспитания и семейный микроклимат во многом определяют уровень последующих эмоциональных контактов, степень зрелости формирующейся личности. Еще А.М. Горький, сравнивая психологию молодого человека, указывал на связь ее формирования (и, естественно, деформации) с определенной идеологической температурой. Примером такого неправильного педагогического воздействия являются дидактогении (Тимофеев Н.Н., 1965). Речь идет о неадекватных и недопустимых формах поведения как последствиях неверной воспитательной тактики. Роль семейного окружения в появлении аномальной структуры личности была отмечена еще Вагнер-Яуреггом: «Родители отягощают своих детей не только неблагоприятной наследственностью, но и дурным воспитанием».

Из отклоняющихся от нормы или неправильных типов воспитания при истерии достоверно чаще встречалась ситуация «кумира семьи». Пребывание ребенка в атмосфере изнеживания, «соломенной почвы», привитие ему представлений о своей «исключительности» способствовали проявлению истерического склада характера (акцентуации и пре-психопатии). Далее по степени значимости располагались ситуации «золушки» (отвергающее воспитание с постоянными побоями, унижениями, противопоставлением другим детям) и комбинация неправильных видов воспитания. Гипоопека и безнадзорность встречались достоверно чаще гиперопеки.

Самостоятельная семейная жизнь наиболее благополучной оказалась у лиц с истерическим неврозом, то есть там, где преморбидная структура личности была более гармоничной. В других группах истерии (патохарактерологической, психотической) весьма часто наблюдались семейное неблагополучие: частые разводы, конфликтные отношения, одиночество. Наличие хронической личностной неустроеннос-

ти оказывало несомненное влияние на формирование истерических механизмов реагирования. Более универсальная реакция наблюдалась в период «кризиса середины жизни» (Джекс, 1965), питаемый осознанием расхождения между мечтами, жизненными целями и действительностью существования. Наиболее значимым он оказался для психопатов, которые, как правило, «строят карьеру с целью ее последующего уничтожения». Одна из причин кризиса середины жизни у творческих работников заключается в том, что импульсивный отблеск молодости требует большого напряжения жизненных сил и энергии, которая не может сохраняться беспредельно. Смятение чувств и душевный дисбаланс этого «десятилетия роковой черты» (Ший, 1976) хорошо передал великий Данте в своем самонаблюдении: «Земную жизнь, пройдя до половины, я оказался в сумрачном лесу, путь правый потерял во тьме долины».

Профессиональная деятельность оценивалась по отдельным параметрам (выбор профессии, смена работы, условия трудовой деятельности). Среди лиц, не менявших работу или сменивших ее не более трех раз, преобладали больные неврозом и реактивными психозами. Частая смена работы и профессий была характерна для патохарактерологической подгруппы, а среди ее генетических вариантов — «ядерной», конституциональной. По мере нарастания аномального личностного склада механизмы «бегства в болезнь» проявлялись в большей мере, что приводило к прекращению профессиональной деятельности. Среди трех форм так называемых социальных неврозов (Weizsacker V., 1929) описаны: неврозы взлета (наблюдающиеся у людей, которые стремительно двигаются вверх по лестнице социальной иерархии, но не могут адаптироваться к своему новому общественному статусу), неврозы падения (формируются при снижении социального положения пациента), неврозы пражоты (как разновидность рентных неврозов).

Вместе с тем накопилось уже достаточное количество клинических фактов, свидетельствующих о необходимости пересмотра традиционных взглядов на течение и прогноз так называемых «функциональных» заболеваний. Психогенные механизмы нередко играют роль триггера в возникновении пограничной личностной патологии, а в дальнейшем по мере прогрессирования болезни ведущую роль начинают приобретать экзогенные и эндогенные факторы.

Соматогенные и экзогенно-органические влияния. Отправной точкой научных исследований в данном направлении персонологии может служить высказывание П.Б. Ганнушкина (1933): «Психическая реакция на любое соматическое страдание всегда имеет место. Мало того, эта реакция двойкая: во-первых, соответствует той соматической болезни, которая в данном случае имеет место, т.е. соответствует той жизненной опасности, с которой сопряжена болезнь, а, следовательно, соответствует тому страху за свою жизнь, который возникает у каждого больного; во-вторых, что гораздо важнее, эта реакция соответствует той психической конституции, которая в данном случае имеет место». Роль предшествующих и сопутствующих началу пограничной личностной патологии разнообразных экзогенно-органических и соматогенных вредностей, по свидетельству Б.Д. Карвасарского (1980), рассматривается многими современниками клиницистами как особенно характерная. На основе предшествующих клинико-катамнестических исследований (Семке В.Я., 1971) нами определено влияние соматических погрешностей на динамику личностных девиаций. Соматогенная астения, ослабляя адаптационные функции организма, содействовала фиксации и утяжелению невротического и патохарактерологического состояния, вызванного психогенной вредностью. В некоторых случаях такого рода сочетание психогенных и соматогенных влияний составляло основную картину развития невроза или декомпенсации психогении.

В целом отношение психогенных и соматогенных факторов на нашем многолетнем материале доказывает их сложный и многогранный характер. С теоретико-методологических, валеопсихологических и клинико-динамических позиций можно выделить следующие варианты этих взаимоотношений:

- хроническая психогения способна вызывать органические соматические изменения (Мясищев В.Н., 1967; Muller-Hegemann D., 1968);
- психогения предрасполагает к действию других патогенных вредностей (алкоголь, травма, инфекция и т.д.) и выступает в роли своеобразного сенсбилизатора, способствуя развитию патологических сдвигов в центральной нервной системе и внутренних органах;
- психогенное воздействие способствует дальнейшему развитию и утяжелению уже имевшегося соматического заболевания.

- В этих случаях истерические особенности обуславливали патологическую фиксацию отдельных проявлений болезни, задерживая окончательное выздоровление;
- соматическая болезнь приводит к перестройке личности, облегчая «проведение» психогенных влияний и содействуя формированию различных невротических состояний. Под влиянием соматической астенизации могут появляться эмоциональные сдвиги (конфликтность, эгоцентризм и др.), которые значительно затрудняют социальную адаптацию пациентов;
  - психогенным путем провоцируются дотоле скрытые соматогенные процессы; следует иметь в виду, что за ширмой истерических проявлений может длительное время развиваться тяжелое заболевание (Bleuler E., 1920).

Отмечена отчетливая корреляция между характером соматогении и быстротой формирования истерического синдрома. У больных желудочно-кишечными заболеваниями наблюдается медленное и постепенное его развитие; при сердечно-сосудистых — быстрое, иногда лавинообразное (состояние страха, паники, чувства обреченности, фобические реакции). При улучшении соматического состояния сложная картина описанного синдрома распадалась, и отдельные истерические проявления постепенно редуцировались.

При хроническом течении соматического заболевания обнаруживали формирование патологического склада личности по типу истерического развития. Постепенно начинали преобладать чрезмерная театральность и картинность поведения, подчеркнутый эгоцентризм, капризность, резкое сужение круга интересов. Они «обрастали» другими психопатологическими радикалами в виде ипохондричности, выраженной астении наряду с избыточной аффектацией, сверхценных идей ревности и сутяжничества.

Несмотря на большую частоту экзогенно-органических и соматогенных вредностей, на ранних этапах развития истерических состояний не наблюдается формирования грубой органической патологии в ее «собственном смысле» (Кербиков О.В., 1971), а развиваются функциональные нарушения мозговой деятельности, которые и являются основанием для дисгармонии личности. Полученные данные согласуются с указаниями на частоту сочетания органических заболеваний с истерией (Whitlock F., 1965; Slater E., 1967; Мягер В.К., 1970).

Истериформные неврозоподобные состояния на почве хронических соматических заболеваний (тиреотоксикозы, гепатит, гепатохолецистит, хронические гинекологические заболевания) проявлялись в отчетливой «истеризации» преморбидно здоровой личности. Вся динамика патохарактерологических сдвигов определялась в подобных случаях «ситуацией болезни», а структура и динамика истериформного синдрома — тяжестью основного страдания (преобладание астенодепрессивных реакций, состояний раздражительности, боязливости, тревоги). Несмотря на их близость к истерии, они отличались бедностью оформления и стереотипностью личностного реагирования, отсутствием яркой эмотивности и театральности.

Особенностями непсихотических ипохондрических состояний экзогенно-органического генеза являлись значительная глубина и стойкость астенических расстройств, выраженность и полиморфизм диэнцефальных и нейросоматических нарушений, нарастание общеорганического снижения личности, а на более поздних этапах — формирование патологического развития личности (с выделением астенического, истерического, дистимического и паранойяльного вариантов).

В целом проведение многостороннего рассмотрения роли психогенных (микросоциальных), конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных воздействий, принимающих участие в формировании пограничной личностной патологии, показывает их неоднозначность на разных этапах динамики, их взаимопроникновение и взаимодействие.

## **ГЛАВА 4.**

### **ЛИЧНОСТЬ В ПОГРАНИЧНОЙ ЗОНЕ МЕЖДУ НОРМОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ**

Знакомство с литературой по современным аспектам общей клинической персонологии поражает прежде всего обилием и многообразием высказываемых взглядов и гипотез. Рассматриваемая «пограничная зона» изучения здоровой и больной личности становится настоящим исследовательским Клондайком — процесс литературной разработки различных аспектов персонологии приобретает лавинообразный, трудно управляемый характер. Накоплен Монблан психологических, социологических, клинических фактов и доводов, однако можно определенно сказать, что вспышка знаний пока не принесла с собой достаточной степени истины. В этой связи, по нашему мнению, будет оправдана попытка систематизации имеющихся данных по отдельным разделам современной клинической персонологии.

Эпистемологический (наукovedческий) анализ проблемы клинической персонологии позволяет вычленить основные парадигмы во взглядах на оценку здоровой и больной личности с исторических позиций. Недаром второй этап развития концепции пограничных расстройств обозначен как период возникновения клинической парадигмы «малой» психиатрии. Именно на этом этапе было осуществлено «фундаментальное дело, дело изучения клиники, с необходимым терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам» (Жане П., 1911). Концепция аномалий личности Б. Мореля (1803—1873) дала толчок к выделению новой нозологической единицы, каковой стала «психопатия». Р. Крафт-Эбинг вслед за В. Гризингером трактует патологические характе-

ры как проявление «психической дегенерации», а Г. Маудсли (1877) вводит понятие «патологическое развитие», отнеся его к «пограничной области». Он пишет об особом «психопатическом» темпераменте, который, не освобождая правонарушителя от ответственности, должен быть оценен при экспертизе. В. Маньян (1903) описывает пациентов, где «несмотря на умственное развитие, он может быть игрушкой своих страстей, крайне тяжелых инстинктивных побуждений, над которыми он теряет власть и которые придают ему вполне облик безнравственного существа».

Огромный научно-исторический пласт в учении о пограничных личностных расстройствах был поднят О.В. Кербиковым (1958)<sup>1</sup> в трех очерках, посвященных эпистемологическому освещению проблемы психопатий. Начинается этот великолепный обзор с оценки состояния вопроса о личностной патологии к моменту выхода этих работ: «Психопатии — это одна из наименее разработанных и наиболее спорных глав психиатрии. Не ясны и спорны этиология и патогенез психопатий, их клинические границы, группировка, отношение к другим патологическим состояниям, реакциям и процесса» (Кербиков О.В., 1971, с.37). Для понимания отечественной истории персонологии важен период 80-х годов XIX столетия, когда произошло «стремительное продвижение вперед» в деле определения сущности психопатий. В экспертном заключении по судебному разбирательству дела Семеновой, признанной вскоре «знаменитой первой всероссийской психопаткой», отечественные психиатры И.М. Балинский и О.А. Чечотт подчеркивают, что психопат — это тип, лишь недавно установленный в медицинской науке. «Он правильно и логически мыслит, может хорошо отличить добро от зла... но он лишен всяких нравственных понятий». В этот же период В.Х. Кандинский (1883) описывает «Случай сомнительного душевного состояния перед судом присяжных», где впервые подробно, с большим мастерством излагает психопатологию и клинику психопатий. Пограничность подобных личностных уклонений представлена С.С. Корса-

---

<sup>1</sup> Кербиков О.В. Судебные процессы 80-х годов и учение о психопатиях в отечественной медицине // Журн. невропатологии и психиатрии. 1958. Вып.8. С.925—1006; Очерк развития учения о психопатиях в XIX столетии // Там же. 1958. Вып.9. С.1130—1132; Учение о психопатиях в работах П.Б. Ганнушкина // Там же. 1958. Вып.10. С.1253—1258.

ковым (1901)<sup>2</sup>: «Состояние психической неуравновешенности, которое наблюдается у различных лиц, относящихся к этой категории, иногда... настолько невелико, что едва заметно даже врачу и почти не мешает больному вести жизнь, совершенно подходящую к нормальным условиям... между нормальным состоянием человека и резкой степенью вырождения — градаций, переходных ступеней очень много и резких границ проложить нет никакой возможности».

В конце XIX века (1891—1893) выходят три выпуска немецкого психиатра И. Коха «Психопатологические неполноценности (недостаточности, несостоятельности)», где под этими терминами объединяются состояния, которые, однако, «не представляют собой душевной болезни» (они подразделяются на преходящие и длительные; последние — на врожденные и приобретенные). В разделе, посвященном аномальным характерам, описана «истерическая психопатическая неустойчивость». Карл Пелманн (1909) обозначил основной массив состояний, стоящих на грани здоровья и болезни как «пограничные психические расстройства».

Огромный вклад в становление взглядов на понятие «пограничные личностные нарушения» выдающегося российского клинициста П.Б. Ганнушкина. То, что сказано им о психопатических личностях, есть «итог предшествующего развития и исходный пункт развития предстоящего» (Кербинов О.В., 1971, с.75). Опираясь на концепции психиатрических гигантов С.С. Корсакова и Э. Крепелина в отношении группировки и типологии психопатий, он на первых порах совместно с С.А. Сухановым ставит вопрос о «границах душевного здоровья» (1908): каждому патологическому характеру соответствуют свои психопатии и психозы (между ними есть лишь количественные различия) — тревожно-мнительный характер, психастения, навязчивый психоневроз; истерический характер и психозы; резонирующий характер, патологическое резонерство, паранойя; эпилептический характер, припадки, психозы. Уже на первых этапах своего учения П.Б. Ганнушкин (1908) выделяет три известных признака, определяющих группу психопатий: их приращенность; тотальность, связанная с тем, что эти особенности «накладывают властный отпечаток на весь душевный склад»;

---

<sup>2</sup> Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. М., 1901. С.117.



их носители находятся на границе душевного здоровья и болезни. Последующие годы (1925, 1929, 1933) связаны с кристаллизацией учения о динамике психопатий с предвидением «превращения психиатрии в науку понимания и познания людей» и применения психиатрических критериев и методов «к нормальному человеку». Развернутая оценка наследия родоначальника отечественной пограничной психиатрии дана его учеником О.В. Кербиковым (1971, с.83): «Его исследования обогатили этот сложный раздел психиатрии, бывший в начале XX столетия богатым лишь назревшими задачами, лишь вопросами, которые перед психиатрами ставила жизнь. Можно без преувеличения сказать, что во многом эта область, требующая тонкого, филигранного клинического мастерства, была создана трудами П.Б. Ганнушкина».

Тридцатые годы XX столетия ознаменовались мощным всплеском интереса к пограничным личностным расстройствам. Упрочивается взгляд П.Б. Ганнушкина на взаимоотношения неврозов и психопатий: «Нет невроза без психопатии, но не всякая психопатия дает невроз». О. Бумке (1928) отмечает, что неврозы «растворились» в нервных реакциях и конституциях, «место нозологической единицы занял синдром, место клинической систематики занял структурный анализ»<sup>3</sup>. К. Шнейдер (1955)<sup>4</sup> трактовал патологические характеры как болезненные вариации душевного бытия, полностью отказавшись от термина «невроз». Согласно его определению, относящемуся к довоенному периоду, психопаты — это люди, «которые страдают сами и заставляют страдать окружающих». Шотландский психиатр Д. Гендерсон в книге «Психопатические состояния» (1939) привлек внимание к неадекватным личностям, которые «на протяжении всей жизни или со сравнительно раннего возраста обнаруживали нарушения поведения, носящие антисоциальный или асоциальный характер».

В середине XX столетия в разных странах обобщается огромный материал по дифференциации аномальных личностных реакций, состояний и развитий, включая уже сформировавшиеся психопатии. Г. Биндер (1967)<sup>5</sup> во всем этом

---

<sup>3</sup> Бумке О., Шильдер П. Современное учение и неврозах. Одесса, 1928. С.7.

<sup>4</sup> Schneider K. Psychiatric heute. Stuttgart, 1955. S.1—32.

<sup>5</sup> Биндер Г. Психопатии, неврозы, патологические реакции // Клиническая психиатрия. М., 1967. С.143—165.

многообразии явлений устанавливает «определенные внутренние структуры ведущего характера, хотя они и соединяются друг с другом постепенными переходами». К. Леонгард (1968)<sup>6</sup> вводит для лиц, стоящих на границе между нормой и психопатией, обозначение «акцентуированная личность», которое квалифицируется исходя из представлений о соответствующих типах «патологического характера» (Петрилович Н., 1964)<sup>7</sup>. В обзоре литературы последнего автора<sup>8</sup> дана оценка состояния изучения психопатий в 1945—1966 годах. Вопросы, затронутые в нем, настолько многообразны, что мы не рассматриваем их даже схематично. Поэтому отсылаем заинтересованного читателя самостоятельно ознакомиться с наиболее важными проблемами (в их числе подразделение на «психопатии» и «псевдопсихопатии», соотношение «предрасположения-окружения», понятий «нормы» и «психопатии», типологической характеристики, особенно истерического склада; особенно ценными представляются данные авторов о патоморфозе истерического личностного реагирования). Отмечается тенденция англоязычных исследователей к определению психопатической личности по социологической оценочной норме: психопатия понимается как «социальный паразитизм», как утрата «социального инстинкта» (Кагртмен), как результат «аффективного голода» в первые годы жизни. «Злостные психопаты выглядят как продукт садистического ухода в раннем детстве» (Бергман), «ранней детской фрустрации» (Вейль) и педагогической агрессивности (Робинс). Кискер декларирует «полупомешанность» психопата как эмоциональную незрелость, эгоцентричность, импульсивность и непостоянство. Психопат испытывает «неспособность к игре роли». По Ариети, психопатия есть тип недифференцированной аномальности с готовностью к примитивным реакциям.

Оригинальное рассмотрение «пограничного синдрома» представлено в работах Гюнтера Аммона (1996), трактующего его как человеческо-структурное заболевание, как жизнь «в двойном свете разумности и сомнения». Это —

---

<sup>6</sup> Leongard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin, 1968.

<sup>7</sup> Petrilowitsch N. Abnorme Persönlichkeiten 2 Aufl. Basel-New York, 1964.

<sup>8</sup> Petrilowitsch N., Bauer R. // Fortschritte J. Neurologie. 1967. № 11. P.558—611.

самостоятельная картина болезни со специфической структурой личности, в феноменологии которой разнообразные симптомы чередуются без перехода между психическими и соматическими проявлениями. В ее основе лежит расстройство важных центральных человеческих функций, таких как отграничение «Я», агрессия, сексуальность, страх и нарциссизм. К феноменологии «пограничного синдрома» относятся также формальные расстройства мышления (блокада мышления, магическое и проективное мышление, формы идеологического мышления и т.д.). В обобщенном виде проявления «пограничного пациента» характеризуются следующим: все они являются расстройствами идентичности и интеграции; невозможна регуляция Я-отграничения к собственному миру неосознанных фантазий; невозможно четко отграничивать себя от других людей, групп и требований. Все пограничные пациенты страдают комплексом симбиоза (т.е. расстройство лежит перед третьим годом жизни, во времени, важном для образования идентичности отграничения от симбиоза). Все пограничные пациенты показывают определенное рассмотрение страха (в своей конструктивной форме страх делает человека человеком). Над «пограничным пациентом» постоянно господствует страх одиночества, страх перед возможным выходом из симбиоза, перед возможностью сказать «нет». Каждый шаг из симбиоза к собственной идентичности всегда связан со страхом. В противоположность невротическим больным при пограничном личностном расстройстве речь идет о людях, которым в детстве было причинено подлинное страдание и которые несут с собой повреждение развития «Я». При такой дезинтегрированной структуре пограничного пациента в терапевтической работе центральным моментом является «включение целостности» личности, его способности, интересы. Цель — «развить дефицитарные и деструктивные части личности до конструктивной идентичности» (благодаря групповой психотерапии, терапией рисованием, театром, музыкой). Терапевт должен сочувственно стать союзником против имеющегося страха, основной философией его работы является партнерская позиция при соблюдении необходимой терапевтической дистанции. Чрезвычайно интересной является постановка вопроса о личности терапевта: его готовность ставить под сомнение себя самого, способность к контакту, обладанию теплом, быть свободным от

предубеждений по отношению к «человеческим абсурдностям», обладать заботой о других людях.

Пограничные личностные расстройства, определяемые по DSM-III, употребляются для обозначения, по мнению А. Loganger et al. (1982), самых разных состояний — промежуточных между неврозом и психозом, мягкой шизофренией, тяжелых психопатий и др. В рамках психопатий (расстройств личности) в указанной американской классификации рассматриваются помимо шизоидной психопатии еще два относительно независимых синдрома. Первый характеризуется эмоциональной нестабильностью и импульсивностью, непереносимостью одиночества, склонностью к аутоагрессии и хроническим ощущениям пустоты или скуки; второй — особенностями поведения и мышления (например, магическое мышление, идеи отношения). Первый синдром получил название пограничных расстройств личности (пограничной психопатии), второй — шизотипической психопатии. При пограничной психопатии основными диагностическими признаками считают (Sass H., Koehler K., 1983) сниженный уровень занятости, импульсивность, демонстративное суицидальное поведение, повышенную агрессивность, легкие психотические переживания, изменения потребности к контактах. При пограничной шизофренией проявляются легкие нарушения мышления, аффективности, ангедония, короткие «микропсихотические» эпизоды. К двум указанным понятиям пограничных личностных расстройств ведут две линии клинической персонологии: одна берет начало из учения о дегенерации и психопатиях французских и немецких авторов, другая — из концепции Э. Блейлера о латентной шизофренией.

В новой Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра (ICD—10) доминирующее значение приобретают «расстройства личности». В эту рубрику включены многообразные состояния: «шизоидные», «шизотипические», «параноидная личность», «гистрионические», «нарцисстические расстройства личности», «антисоциальные пограничные расстройства личности», «обсессивно-компульсивные расстройства», «расстройства личности зависимого типа», «уклоняющиеся расстройства личности» и др. Их выделение на современном этапе развития пограничной психиатрии и тесно связанной с ней клинической персонологии является, несомненно, позитивным шагом.

Однако прежняя нозологическая концепция неврозов и психопатий, успешно развиваемая отечественными клиницистами, не утрачивает своего значения для клиники, во всяком случае до того момента, пока не будет определена сущность «генного ключа», по мнению С.А. Овсянникова (1995), «открывающего тайну многообразия особенностей как «нормальной», так и «пограничной» личности», расшифровывающего фенотипические картины клинико-психопатологических и психологических вариантов характерологической структуры.

Одним из важнейших инструментов тончайшего постижения границ между здоровой и больной личностью является динамический анализ основных изучаемых типологий. Идея развития, восторжествовавшая в прошлом столетии в психологии и естествознании, позволяет оценить наиболее уязвимые «узловые» моменты при эволюционном рассмотрении нормальных и аномальных характеров. «Динамика» представляет собой всякое изменение, будь то кратковременное (фазовое) отклонение от первоначального статуса или же более продолжительное и устойчивое, периодически возникаемое преобразование прежней клинической картины. Касаясь такой довольно частой разновидности динамики как развитие, В.Н. Мясищев (1971) определял ее как состояние, в котором «существуют различные этапы и каждый последующий вытекает из предыдущего и отличается от него не только количественно и качественно, но и наличием такого характерологического образования, которое отличает личность в настоящем от нее же в предыдущем».

Познание закономерностей формирования пограничных личностных расстройств приводит нас к рассмотрению чрезвычайно сложной проблемы промежуточных форм между здоровьем и болезнью. На практике речь идет о наличии двух границ, которые отделяют область пограничных состояний — «одна от здоровья, другая от болезни», оказывающиеся «крайне неустойчивыми и крайне неопределенными» (Ганнушкин П.Б., 1933). Уловить переход от нормы к патологии очень сложно. Известный клиницист П.М. Зиновьев (1929) писал, что «область нормы в действительности переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно ненормальных». Применительно к этой проблеме выдвигается задача пристального изучения трагического перехода

«от нормальной поведенческой эмоции к эмоции фиксированной, патологической» (Анохин П.К., 1965). В клиническом плане такой переход к субнормальным проявлениям характеризуется рядом признаков: кратковременностью и изолированностью отдельных эмоционально-волевых реакций, носящих как бы abortивный, рудиментарный (в виде «микросимптомов», «моносимптомов») и преходящий характер, четкой связью аффективных реакций с психогенной ситуацией, их психологической «понятностью»; быстрой обратимостью, без устойчивой личностной переработки.

Актуальной задачей в области персонологии следует признать установление разграничительных линий внутри бесчисленного множества личностных особенностей. Клинический опыт свидетельствует о целесообразности выделения шкалы личностной характеристики, предусматривающей постепенный переход от нормальных вариантов к состоянию субнормы (акцентуация характера), далее — препсихопатической и, наконец, психопатической структуре. Акцентуированные личности — это здоровые натуры, как бы находящиеся на грани субнормы. Заостренность отдельных характерологических черт в индивидуально-непереносимых ситуациях способна снизить адаптационные возможности личности, быть почвой для внутри- и межличностных конфликтов. Препсихопатическая личность характеризуется нестойкостью, изменчивостью присущих ей аномальных качеств. Препсихопатическая личность отличается выраженностью патологических качеств до степени нарушения адаптации, тотальностью эмоционально-волевых нарушений, их относительной стабильностью и малой обратимостью. Следует иметь в виду эволюцию индивида на меняющееся социальное окружение, поскольку обособленный человек «с его стойкой самодостаточной системой ценностей быстро уступает место общинному, так называемому во вне направленному человеку с мятущейся душой, тщетно пытающемуся осознать свою личность» (Александр Ф., Солесник Ш., 1995)<sup>9</sup>.

Классификация личностных проявлений невозможна в отрыве от теоретико-методологических проблем современной персонологии, прежде всего, ее клинической ветви. Ее научная разработка поможет выяснению сложных причин-

---

<sup>9</sup> Александр Ф., Солесник Ш. Человек и его душа. М.: Прогресс, 1995.

но-следственных взаимосвязей, проведению практической лечебно-диагностической работы, повышению качества социокоррекционных вмешательств. Базой для такой работы может служить теория и методология молодой науки валеопсихологии и клинической психологии, раскрывающих тип в нозологических понятиях (единица, варианты и т.д.), однако при этом следует помнить замечание К.А. Тимирязева о том, что «вида, как категории строго определенной, всегда себе равной, в природе не существует». Преодоление существующих трудностей в области систематики здоровых и патологических вариантов характера становится возможным благодаря их многостороннему, системному анализу. Отправной точкой в такой работе является, по нашему глубокому убеждению, клинко-патогенетическая группировка пограничных состояний (Семке В.Я., 1978, 1987, 1999) с последующей экстраполяцией полученных результатов на зону нормальной персонологии.

Особенно важно отметить этап предболезни, где речь идет о появлении аномальных, недифференцированных в своем содержании личностных реакций, клинические проявления которых отражают ранний, «донозологический» период развития заболевания. В обобщенном виде можно говорить о двух типах «предболезненных» состояний. В первом случае имеет место «истинный» вариант предболезни, когда диагноз опережает заболевание (с интуитивным «схватыванием» отдельных проявлений грядущей дезадаптированности личности), во втором, «условном» варианте патологические изменения обнаруживаются специальными методами дополнительного обследования.

Шкала выделенных личностных характеристик охватывает патохарактерологические реакции, состояния, развития и «резидуа» или тип психопатии (таблица 12). Первые из них выражаются в резком усилении привычного способа реагирования на средовые вредности, не выходящего за пределы личностных ресурсов индивида. Б. Шостакович (1971), а затем Л.В. Гусинская (1979) выделяли однозначные и неоднозначные психопатические реакции. Мы подразделяем (Семке В.Я., 1976) их на гомономные (с клиническими проявлениями, свойственными данному или грядущему складу психопатии) и гетерономные (преобладают симптомы, присущие другому кругу психопатий). С учетом динамических показателей можно выделить ост-

рые, подострые, затяжные реакции. После устранения психотравмирующей ситуации происходит постепенное восстановление личностного облика.

Патохарактерологическое развитие личности (по О.В. Кербикову) возникает под воздействием длительно существующих микросоциальных влияний (в первую очередь, дефектов воспитания). По сути дела, речь идет о неблагоприятной динамике характерологических девиаций (с формированием соответствующего типа приобретенной психопатии).

Вместе с тем при позитивном влиянии микросреды постепенно достигается противоположный (в прогностическом отношении) вариант динамики в виде сглаживания, а затем и полного устранения психопатического облика (процесс «депсихопатизации», описанный И.Л. Кулевым в 1963 году). При систематике психопатий за основу целесообразно взять этиологический принцип, в соответствии с которым они подразделяются на три патогенетические подгруппы: «ядерную», конституциональную (с решающей ролью наследственных факторов и довольно ранним обнаружением психопатического склада); «краевую», нажитую с промежуточным этапом ее формирования в виде патохарактерологического развития личности; «органическую».

Классификационный процесс в области персонологии позволяет ранжировать сложные психологические и психопатологические феномены в ряд категорий, объединяющихся в различные классы на основании общих характеристик. Именно по такому принципу построены Международная классификация болезней 10-го пересмотра и последнее по времени «Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям» американской ассоциации психиатров — DSM-III-R (1987). Они служат инструментом для достижения компромисса при поиске единых критериев диагностики психической патологии. По нашему мнению, они не должны подменять прежние концептуальные подходы, присущие отечественным психиатрическим школам, которые всегда отличались рафинированным клиницизмом, тончайшим динамизмом и высочайшим гуманизмом по отношению к душевнобольным.

Классификационные построения на каждом из исторических этапов становления персонологии опирались на новейшие научные достижения, на сложившиеся научные



парадигмы; в соответствии с современными воззрениями происходили пересмотр старых систематик и формирование новых. Именно на таком этапе находятся в настоящее время современная психология и психиатрия, вступающие в новое тысячелетие по пути кардинальных диагностических подходов. МКБ—10 отличается от своего предшествующего варианта переходом с нозоцентрической направленности к синдромальной. В качестве примера сравним классификацию расстройств личности в МКБ—10 и в DSM-III-R.

В определении расстройств личности (F6) произошли существенные изменения. Термин «психопатия» оказался упраздненным, шизотипическое расстройство (F21) включено в рубрику шизофренического спектра расстройств. В качестве особой выделена подрубрика «психологических и поведенческих расстройств, связанных с сексуальным развитием и ориентацией (F66)». Термин «тревожный» соответствует понятию «уклоняющийся» и др. В целом же диагност должен избегать ошибки, которую К. Ясперс (1963) назвал «псевдопониманием через терминологию», ему не следует впадать в заблуждение, приписывая личность к той или иной категории классификации, полагать, что он уже стал лучше разбираться в проблемах данного больного.

Можно утверждать, что смена научных парадигм в психологии почти совпадает со сменой веков на календаре истории; и в ближайшем будущем нас ожидает лавина новой личностной и невротической патологии, протекающей по преимуществу на донозологическом и экстранозологическом уровнях.

В контексте рассматриваемой проблемы систематизации личностных проявлений сошлемся на наш опыт создания «Клинико-патогенетической шкалы истерической личности», охватывающей на одном полюсе группу так называемых «здоровых истериков», далее к «центру» — акцентуированных истерических натур (как крайние варианты нормы), затем — обширную центральную зону личностной патологии в виде невротической и препсихопатической структуры характера (отличающихся социогенным происхождением, парциальной выраженностью девиаций, высокой динамичностью, критическим осознанием имеющейся патологии), наконец, на другом полюсе — «истинную» исте-

рическую личность, имеющую строго конституциональный генез и резко аномальную уродливую структуру, приводящую к стойкой социальной дезадаптации. Такая экстраниозологическая характеристика несет в себе потенциальную возможность разработки адекватной патогенетической, дифференцированной терапии, превенции, реадaptации и ресоциализации личности.

Индивид как явление психосоциальное оценивается в персонологии с позиций диалектического единства его основных подструктур — организменной (биологической) и личностной (социальной). Характеристика первой из них представлена континуумом нейрофизиологических показателей в направлении от нормального к патологическому состоянию, второй — от социального здоровья к болезни. Иначе говоря, состояние психических функций оценивается и параметрах нормы и патологии, а проявления душевной жизни — в критериях здоровья и болезни.

Познание сложных закономерностей формирования, становления личности приводит нас к рассмотрению крайне запутанной и сложной проблемы промежуточных форм между психическим здоровьем и болезнью. Наличие двух границ, «одна из которых от здоровья, другая от болезни» составляет квинтэссенцию учения о пограничных состояниях П.Б. Ганнушкина (1933). Они оказываются «крайне неустойчивыми и крайне неопределенными». Его ближайший ученик и соратник П.М. Зиновьев в известном труде «Душевные болезни в картинах и образах» (1927) указывал на крайнюю зыбкость перехода от нормы к патологии: «Область нормы в действительности переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно ненормальных». Не только философский, но и житейский смысл этого процесса разграничения нормы и патологии отражен в постановочном вопросе известного российского мыслителя Г.В. Плеханова: «С какого момента считать человека лысым?»

Сложность проблемы соотношения нормы и патологии была отмечена Л.Л. Рохлиным (1974), который говорил о возможности появления сходных картин у здоровых лиц и душевнобольных. Доказательством этого положения может являться конкретное экспериментально-психологическое изучение необычных психических состояний, наблюдаемых

в различных условиях изоляции (Кузнецов С.Н., Лебедев В.И., 1972)<sup>10</sup>. Выделенные в длительных одиночных сурдокамерных испытаниях состояния рассматриваются авторами как варианты пограничного с патологией «нормального» поведения, относящегося к так называемому третьему типу поведенческих феноменов, когда условно патогенная обстановка может «играть роль настоящего патогенного фактора, вплоть до реализации в картину психоза».

В монографии «Аутистическое мышление» Е. Блейлер (1927) указывает на возможность формирования нормального аутизма, когда в юности большинство нормальных людей создавали себе какую-нибудь сказку, «однако они всегда могла отделить ее от действительности», «фактически аутизм в детском возрасте представляет благодатную почву для упражнения мыслительной деятельности, однако существует опасность, что в нужный момент невозможно будет «освободиться от грез для того, чтобы совершить прыжок в действительность».

С позиций этнопсихологии к «особым состояниям» самосознания отнесены нами искусно вызываемые пароксизмальные явления транса у шамана в момент выполнения им лечебных воздействий. В целом же правильная оценка этих «необычных» психических феноменов (в связи с разграничением «психологических» или «психопатологических») становится возможной при всесторонней оценке уровня личности, ближайшего социально-психологического и культурального окружения, тенденции и перспектив ее саморазвития. Знание психологических феноменов обыденной жизни, отражающих индивидуальные особенности личности, облегчает постижение кажущихся уже психопатологическими явления обыденной жизни (в понимании З. Фрейда), однако все же находящихся в пределах нормальных вариаций психического реагирования.

Сложное, диалектическое соотношение понятий болезни («нозос») и патологии («патос») предусматривает различие их динамики в двух континуумах. В первом случае имеет место валеопсихологическая «цепочка»: здоровье — предболезненные состояния — болезнь (с качественными различиями между отдельными ступенями наблюдаемого

---

<sup>10</sup> Кузнецов С.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972.

процесса). Во втором случае отмечается последовательная смена в большой мере количественных показателей в рамках «триады»: норма — предпатология — патология. Мы уже указывали на оценку «здоровья» как состояния полного физического, умственного и социального благополучия; оно охватывает здоровое самочувствие, здоровую работоспособность, здоровое поведение. Понятие «нормы» носит более «узкий» характер и определяется как оптимум функционирования организма (требует определенной объективизации дополнительными методиками и подходами). Касаясь проблемы дискретности и непрерывности в понимании нормы и патологии в психиатрии С.Б. Семичов (1979) выделяет пять последовательных состояний психического здоровья: идеальное — все составляющие гармонично интегрированы, создавая условия для психического комфорта и полной психосоциальной адаптации; среднестатистическое — является производным усредненных психологических показателей в изучаемой популяции; конституциональное — предусматривает соотношение специфических типов психического здоровья людей с определенным типом телесно-организмической конституции; акцентуация — отличается особой выраженностью, заостренностью некоторых черт характера, придающей вид дисгармонии (тем самым создает уязвимость личности и риск «срыва» приспособительных механизмов); предболезнь — появляются отдельные психические дисфункции, признаки формирующейся психической патологии.

Состояние психического здоровья имеет, согласно мнению экспертов ВОЗ, ряд отчетливых взаимосвязанных критериев. Прежде всего, речь идет об осознании и чувстве непрерывности, постоянстве и идентичности своего физического и психического «Я». Во-вторых, характерно чувство постоянности и идентичности переживаний в однотипных ситуациях. В-третьих, свойственна критичность к себе и к результатам своей деятельности. В-четвертых, установлено соответствие (адекватность) психической реакции силе и частоте средовых влияний и ситуаций. Отмечается способность в полной мере управлять своим поведением, его соответствие социальным нормативам и установлениям. Далее, налицо способность планировать свою деятельность и реализовывать ее. Наконец, имеется в виду возможность менять способ своего поведения в связи со сменой обстоя-

тельств и житейских событий. Совокупность этих признаков отражает уровень психического функционирования и адаптации к окружающей действительности.

Представление о «психическом здоровье здоровых» лиц, а также связанных с ним начальных форм нервно-психической патологии, обозначаемой как состояние «предболезни», предполагает исследование наряду с достаточно хорошо изученными клиническими проявлениями различного регистра (невротического, патохарактерологического) существенно в меньшей мере описанных и изученных вариантов «гораздо более тонких и деликатных явлений» (Керби-ков О.В., 1963), в которых элементы психического здоровья остаются преобладающими. В основу научных разработок данного направления должны быть положены методические и этико-деонтологические подходы, сложившиеся в ходе исторического становления отечественной превентивной медицины. Прежде всего, *принцип допустимости* врачебного вмешательства в проблемы здоровых лиц, пребывающих в ситуациях и состояниях повышенного «риска».

Другим перспективным методическим подходом надо признать успешно разрабатываемый В.П. Казначеевым (1980) *принцип построения* донозологического диагноза. Он предусматривает выделение в ходе массового обследования обширных популяций трех указаний-прогнозов (в соответствии с сигналами семафора) — разрешающее, предупреждающее и запрещающее.

В соответствии с этими прогнозами донозологическая диагностика в медицине имеет дело со следующими группами обследованных. Практически здоровые лица («З» — зеленый), здоровые лица с высокой степенью риска развития заболевания («Ж» — желтый), а среди них субъекты с напряжением адаптационных механизмов, но без признаков истощения ( $Ж_1$ ) и с признаками истощения ( $Ж_2$ ), а также лица с отчетливыми признаками болезненного процесса («К» — красный).

Многоуровневая шкала человеческих характеров чрезвычайно сложна и разновариантна, однако с *позиций адаптивных возможностей* удастся выделить несколько уровней личности, отражающих разную степень социальной зрелости и приспособляемости личности: гармоничные, сбалансированные натуры («З»), так называемые акцентуированные личности («Ж<sub>1</sub>»), лица с начальными проявления-

ми характерологической девиации (подгруппа Ж<sub>2</sub>, обозначаемая как «преневроз» [Гиляровский В.А., 1934]), психологические [Ганнушкин П.Б., 1933], патохарактерологические [Кербиков О.В., 1963], невротические [Ушаков Г.К., 1978] реакции, наконец, невротические, препсихопатические и психопатические личности («К»).

В отличие от достаточно полно и хорошо описанных критериев психического здоровья вычленение контуров и границ «переходных состояний» от здоровья к болезни гораздо труднее поддается клинической квалификации. На основе многолетних клинико-динамических исследований начальных проявлений личностной патологии нами (Семке В.Я., 1990, 1999) выделен комплекс клинических и нейропсихологических параметров, позволяющих разграничить психологические переживания здоровых лиц от обозначенных нами *аномальных (дезадаптационных) личностных реакций* (АЛР), предшествующих формированию невротических (неврозоподобных) и психопатических (психопатоподобных) расстройств. В качестве опорных пунктов разграничения нормальных и аномальных личностных реакций приводим основные критерии.

- а) Утрата адаптивного (приспособительного) характера уже сложившегося в процессе жизнедеятельности стереотипа личностного реагирования (последний обязан совокупности присущих индивиду гомономных качеств, отражающих «профиль личности»). Если вся психическая деятельность в норме направлена на приспособление к окружающей среде, то АЛР становятся основной причиной социальной дезадаптации. В качестве иллюстрации сошлемся на клинические факты, когда реакция обиды, гнева, протеста и т.п., несмотря на ее экспрессивный характер, не вызывает невротического (неврозоподобного) состояния, если она соответствует актуальной ситуации. Более того, нередко ее появление способствует сглаживанию или снятию напряженности в межличностных отношениях. С другой стороны, казалось бы, безобидная шутка, вскользь сделанное ироническое замечание, не соответствующие актуальной ситуации и характеризующие напряженность в установившихся конфликтных отношениях, могут послужить источником появления невротического состояния.
- б) Важным признаком из числа социально-психологических факторов риска формирования личностной трансформации является ломка уже сложившихся индивидуальных механиз-

- мов «психологической защиты», переход от гомономного к гетерономному типу личностного реагирования, качественно иной характер взаимодействия саногенных и патогенных механизмов. При АЛР конфликтные переживания перестают подвергаться рационализации, надолго приобретая в сознании заболевшей личности доминирующий характер.
- в) Обнаруживается стойкая концентрация сознания на узком круге аффективно заряженных представлений. В этих условиях при наличии акцентуированных черт характера психотравмирующие переживания приобретают содержание «ключевых». Так, у истерических натур в подобном качестве выступают ситуации ущемления их престижа, ограничение возможности находиться в центре внимания окружающих. У лиц с преобладанием тормозимых черт невротизирующими являются изменения привычного жизненного стереотипа, необходимость принятия ответственных решений. При акцентуации по возбудимому и эпилептоидному вариантам появления АЛР связано с постоянным подавлением чувства недовольства, протеста, агрессии. Сохранение актуальности психотравмирующих обстоятельств выступает в качестве одного из признаков невротической симптоматики.
- г) Важным критерием перехода от состояния психического здоровья к аномальной личностной реакции следует признать ее возникновение вне связи с объективно значимой патогенной ситуацией, а нередко в относительно нейтральной обстановке, под влиянием ранее индифферентных раздражителей. В клиническом плане такая реакция выражается усилением раздражительности, вспыльчивости, возбудимости, эмоциональной напряженности с присоединением психосоматических и аффективных симптомов.
- д) Как «зарницы» грядущей картины невроза выступают изменения в трудовой деятельности, общем самочувствии, астенические компоненты, отражающие проявления дезадаптации. В динамическом плане подобные непатологические и доболезненные феномены отличаются нестабильностью протекания, парциальностью и фрагментарностью проявлений (по типу «моносимптомов» и «микросимптомов»), критическим отношением, быстрой и полной редукцией под влиянием благоприятного изменения ситуации. Моделью такого рода состояний может служить «невроз истощения», описанный ранее В.В. Королевым (1963).
- е) Одним из существенных личностных признаков формирования АЛР является обнаружение новых качеств реагирования в виде тревожности (Спилбергер С.Д., 1961; Ханин Ю.Л., 1974), значительно повышающей «риск» возникновения не-

вротических нарушений, а также ригидности (Роговин М.С., Залевский Г.В., 1986), нарастание которой свидетельствует об увеличивающейся возможности формирования неврозоподобных состояний.

- ж) Дополнительным критерием в диагностике переходного состояния от здоровья к болезни служат параклинические данные, отражающие функциональные нейродинамические сдвиги в центральной нервной системе. В этом качестве служат признаки активации диэнцефально-стволовых образований на ЭЭГ-картине, а также сохраняющаяся диссоциация нейромедиаторных систем (повышение тонуса холинергических систем при снижении серотонинергической медиации).

В целом, исходя из анализа условий возникновения аномальных личностных реакций, мы делаем вывод о наличии трех взаимосвязанных факторов, определяющих в ходе их последующей динамики риск появления и развития клинически очерченных пограничных характерологических расстройств: структуры преморбидной личности, степени напряженности в межличностных отношениях (легкой, средней, тяжелой), частоте и выраженности отдельных психологических характеристик личности (тревожности, ригидности и т.д.). Среди усиленных личностных черт могут оказаться как позитивные, так и социально негативные качества. Это делает проблему *личностной акцентуации* чрезвычайно актуальной, прежде всего в аспекте возможного развития отклоняющегося от повседневных социальных требований поведения.

В клинико-социальной характеристике акцентуированных натур мы разделяем позицию К. Леонгарда (1964), отмечающего у них некоторую дисгармоничность психики, однако не представляющую «трудностей адаптации». По П.Б. Ганнушкину (1933), это натуры с неудачным сочетанием личностных свойств. Весьма близкими к акцентуированным личностям являются «необычные натуры», описанные немецким психиатром Г. Риделем, «угрожаемые структуры» (по В. Байеру), «своеобразные личности» (по Г. Гейнце), «дискордантно-нормальные» (по Е. Кану) и «люди внешней нормы» (по Люксенбургеру). Преморбидная акцентуация личности определяет избирательную непереносимость ряда социально-психологических ситуаций. Для истерических натур таковыми являются: переживания «непонимания» со стороны родных и близких, сексуальные конфликты, труд-



нопреодолимые коллизии морального порядка, черствость, равнодушие супруга и т.п. Попеременное или сочетанное действие отрицательных микросоциальных вредностей определяет повышенную ранимость личности и ее сенсibiliзацию к последующему «срыву».

В целом акцентуированные личности — это здоровые натуры, как бы находящиеся на грани *субнормы*. Заостренность отдельных характерологических качеств в определенных ситуациях способна снизить адаптационные возможности индивида, быть почвой для внутриличностных и межличностных конфликтов (Семке В.Я., 1975). По мнению А.В. Личко (1983), особенности их характера «либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими». Он выделяет явную и скрытую акцентуацию характера. Первая из них как бы составляет группу «повышенного риска» (податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам), вторая представляет крайний вариант нормы.

В существующей психологической литературе огромное значение на оси «норма-патология» придается преходящим состояниям и личностным свойствам в виде *тревожности и ригидности*. Она напрямую связана с такими явлениями, как стресс, фрустрация и психическая напряженность. Выступая в качестве «личностных предикторов», «внутренних условий» или «внутренних факторов риска», они содействуют затруднению адаптации человека к постоянно меняющимся требованиям окружающей среды и последующему ее нарушению. При высокой степени тревожности из-за жесткой структуры связей снижается подвижность психофизиологических функций (Немчин Т.А., 1983), что препятствует реализации наиболее адекватных и оптимальных способов адаптации. В.К. Вилюнас (1976) отмечает, что тревожность, возникая как состояние (например, как реакция на неуспех), приводит к фиксации, т.е. ригидному повторению одних и тех же способов действия, «прилипанию к деталям ситуации, которые вновь и вновь воспроизводятся при повторном столкновении с «тревожными» обстоятельствами. Взаимно дополняя, тревожность и ригидность усиливают друг друга, делая поведение менее адекватным и экономным. Тревожность в качестве личностного свойства рассматривается R.B. Cattell (1972) как беспокойство, на-

рушающую продуктивность деятельности, непереносимость трудных ситуаций, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности. Личность с выраженной тревожностью воспринимает мир как заключающий в себе угрозу и опасность. В клиническом плане тревожность и ригидность составляют основу психастенической личности (Суханов С.А., 1905; Ганнушкин П.Б., 1933) с ее крайней нерешительностью, боязливостью, робостью, страхом перед вероятными опасностями, неотвязной «манией порядка». Под тревожностью понимается состояние, характеризующееся субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, диффузного безобъектного страха (Спилбергер Ч.Д., 1984). Ригидность — это состояние, предполагающее трудность или неспособность корректировать программу деятельности или поведения в соответствии с объективными требованиями ситуации при различной степени их осознания и принятия (Залевский Г.В., 1988). По характеристике Р. Кеттелла, ригидность — это трудность, с которой изменяются установившиеся навыки, когда ситуация предъявляет к личности новые требования.

В качестве фактора «риска» становления личностной патологии нередко выступает *невротизм*. Формирующаяся на его базе эмоциональная напряженность может рассматриваться как адаптивный способ реагирования на неблагоприятные суровые воздействия. Данный термин используется для обозначения сниженных приспособительных возможностей личности и готовности к развитию невротических проявлений. Для невротизма свойственны высокая динамичность и обратимость «запущенных механизмов», что отличает его от инициальных и развернутых невротических расстройств как очерченных нозологических форм.

Проблема преодоления, совладания критических ситуаций в ходе онтогенетического развития личности (Бохан Т.Г., 1999) подводит нас к рассмотрению таких психологических образований, как психологическая защита, копинг-поведение, компенсация, переживание, поисковая активность и т.д. Из всего приведенного многообразия понятий остановимся на характеристике *копинг-поведения*, запускающего в условиях современного дистресса активацию разнообразного репертуара копинг-стратегий, мобилизующего личностные и средовые копинг-ресурсы, что позволяет личности сохранить здоровье, адаптироваться к среде, усилить социальную интеграцию.

Концепция копинга (термин «coping» использован L. Murphy [1962] при изучении способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития) в русле когнитивной теории стресса успешно разрабатывается Р. Лазарусом (1980)<sup>11</sup>. Согласно его воззрениям, стресс регулируется как личностью, так и средой. Он оценивается индивидуумом как испытывающий или превышающий ресурсы, угрожающий благополучию субъекта. Поведение является результатом трансакций между человеком и средой. Копинг рассматривается как попытка преодоления состояния ущерба, угрозы или вызова, когда старые поведенческие решения должны быть приспособлены к встрече с возникшим стрессом. Копинг-процесс определяется как когнитивное использование первичной и вторичной оценок происходящего; копинг-стратегии — как актуальные ответы на воспринимаемую угрозу. На основе неудач или новой информации можно прийти к третичной оценке проблемы, включающей новую постановку задачи и новые альтернативы поведения. Копинг-стратегии разрешения проблем и поиска социальной поддержки позволяет здоровым совладать со средой и добиваться желаемого результата. Копинг-стратегия избегания облегчает им взаимодействие со средой, когда управление ею в настоящий момент не может быть достигнуто. Согласно нашим исследованиям (Семке В.Я., Бохан Н.А., 1999), дистресс запускает копинг-поведение больных наркоманией путем активизации суженного и измененного репертуара изменивших свою направленность базовых копинг-стратегий, ограниченных личностных и средовых копинг-ресурсов, слабый антистрессовый эффект которых пациенты вынужденно компенсируют доминирующим использованием копинг-стратегии избегания — употреблением психоактивных веществ и механизмов психологической защиты. В целом изучение механизмов стратегий на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях облегчает разрешение разнообразных типов критических ситуаций.

При дифференциации гармонической (нормальной) и дисгармонической (аномальной) структуры личности важно учитывать две разновидности характерологических качеств обследуемого: базисную (терминальную) и инструменталь-

---

<sup>11</sup> Lazarus R.S. The stress and coping paradigms // Univ. Press New England. Boston, 1980.

ную. Первая из них содействует внутренней гармоничности (опираясь на удовлетворение сущностных потребностей индивида), вторая — внешней (путем удовлетворения требований общества). Согласно дифференциально-аналитической концепции Н. Пезешкиана («Позитивная семейная психотерапия». М., 1993), учет актуальных первичных и вторичных способностей позволяет не только оценивать нормальную и аномальную структуру характера, но и выявить причины явных или же скрытых межличностных конфликтов.

В.Д. Менделевич (1998) приводит следующую сопоставленную характеристику гармонических и дисгармонических черт характера: адаптивность — дезадаптивность, зрелость — инфантилизм, гибкость — ригидность, реализм в оценке окружающих — использование каузальной атрибуции, реальность самооценки — ее нереальность, самостоятельность — несамостоятельность, автономность — зависимость, проблемная центрация — центрация на неосуществленных параметрах, самоуважение — крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление) и т.д. Их закрепление происходит в ходе социализации привычек, манер и стилей поведения в соответствии с требованиями общества и внутренними мотивами индивида.

## **ГЛАВА 5.**

### **ТИПОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**

Личность есть высшее интегративное понятие: это система отношений человека и окружающей социальной и биологической среды, приспособление к которой зависит от уровня компенсаторных и адаптационных способностей индивида, от цельности его личностной структуры. Ее общая характеристика определяется пропорциональностью, гармоничностью, цельностью, широтой и глубиной, функциональным профилем (т.е. соотношением различных свойств психики), а также волевыми и моральными качествами (настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, принципиальность, честность и др.). Единство в структуре личности зависит от диалектического взаимодействия индивидуального и социального: в зависимости от «прессинга» внешней среды индивидуальное постепенно реорганизуется, приобретая новый, «социализированный» характер. Понимание социогенеза личности базируется на принципе деятельного опосредования (А.Г. Асмолов), а также с наличием социогенной потребности индивида в персонализации и удовлетворением его стремления к взаимодействию в референтных группах. На этой основе формируется концепция развивающейся личности (А.В. Петровская) с тремя фазами ее становления в социальной микро- или макросреде — адаптации, индивидуализации и интеграции.

Человек многообразен в своем социальном реагировании, отражающем единство физиологического и психического, биогенного и преобразующего его социогенного. В нормальных повседневных условиях это единство не подвергается испытанию. Оно обеспечивается индивидуальным жизненным опытом субъекта, отработанным в процессе развития комплексом реакций и тенденций поведения.

Различные люди, имея общие свойства, обладают вместе с тем типичными и индивидуальными свойствами. Социализация — это «процесс и результат усвоения и последующего активного воспроизводства индивидом социального опыта» (Реан А.А., 1999): в процессе социальной адаптации человек обретает свою индивидуальность, т.е. распространенная в персонологии парадигма «от социального к индивидуальному» приобретает весьма глубокий смысл. Этот процесс относится к разряду «с неопределенным концом» (хотя и с определенной целью), не прекращающийся в ходе всего онтогенеза человека; иными словами, социализация никогда не завершается и «никогда не бывает полной».

Единство и многообразие личностного облика подвергаются несомненным существенным флюктуациям — в зависимости от социальных, возрастных и иных условий. Амплитуда взлетов и падений соответствует жизненному развитию («звездный час» в биографии великих людей, «пик формы у спортсменов, напор внутренних стимулов и включение максимальных усилий, необычайный подъем творческих достижений и пр.»), определяя диапазон функциональных возможностей и барьер адаптационных способностей. Иными словами, в реальной жизни психологическая структура конкретной личности противоречива и многогранна, зависит от социальной ситуации, на фоне которой отчетливей проступает личностная «канва» и просматривается генетически отработанная стратегия индивидуального реагирования (ее можно отчетливо объективизировать и даже прогнозировать как исследователю, так и самому субъекту). Сошлемся на блестящий образчик самоанализа молодого Н.В. Гоголя, приведенного в его письме из Санкт-Петербурга к горячо любимой матушке: «Правда, я почитаюсь загадкой для всех, никто не разгадал меня совершенно. У вас почитают меня своенравным, каким-то несносным педантом, думающим, что он умней всех, что он создан на другой лад от людей... Здесь меня называют смиренником, идеалом кротости и терпения. В одном месте я самый тихий, скромный, учтивый, в другом — угрюмый, задумчивый, неотесанный и проч., в третьем — болтлив и докучлив до чрезвычайности. У иных — умен, у других — глуп,.. но только с настоящего моего поприща вы узнаете настоящий мой характер».

Адаптация к субэкстремальным и экстремальным условиям окружающей среды достигается нередко за счет значительного напряжения, а затем и перенапряжения, «полома» защитно-приспособительных функций организма человека. Используемый нами эволюционно-системный подход облегчает характеристику доболезненных, экстранозологических состояний, ибо здоровье и болезнь как медико-социальные категории имеют многочисленные текущие, взаимно переходящие границы.

В ходе типологического анализа обнаруживаются (Семке В.Я., 1997, 1999) две группы таких форм. Первая представлена относительно *стабильными* состояниями (психоадаптационные, преневротические, препсихопатические) и психодезадаптационными расстройствами донозологического и клинического уровней (психоадаптационные состояния и «нарушения адаптации»). Вторая группа — относительно *нестабильными* образованиями — аномальными личностными реакциями (как «переход от адаптации к дезадаптации»), этапом «осевых симптомов» (в виде «перехода от дезадаптации к болезни» и переходных к психодезадаптационным расстройствам клинического уровня состояний «нарушения адаптации»). Приведем краткие дефиниции наиболее частых состояний психической адаптации — дезадаптации, имеющих отношение к диагностике персонологических девиаций.

1. Психоадаптационные состояния (ПАС) расцениваются нами как относительно стабильные образования, при которых имеет место действие индивида в диапазоне меняющейся социальной, экологической среды, не выявляющем патологического склада личности. При напряженных механизмах психосоциальной адаптации нет признаков их «полома». Они структурируются у лиц с хорошо выраженной способностью к «вытеснению», «отрицанию» дестабилизирующих психогенных и соматоэкологических стимулов.
2. Психодезадаптационные состояния (ПДАС) представляют собой относительно стабильный симптомокомплекс, соответствующих регистру пограничных доболезненных расстройств, формирующихся в течение длительного периода (около полугода и более) в виде четырех вариантов. Клинически отдельные варианты ПАС-ПДАС характеризуются сходными проявлениями, но разной степенью их количественного выражения.
3. Аномальные личностные реакции формируются на этапе перехода от адаптации к дезадаптации. В их клинической струк-

- туре облигатно доминируют характерологические проявления тревожного регистра (ощущение «внутренней напряженности», полигиперезии, реже — фобические и обсессивные включения), а также дистимии в виде раздражительности, вспыльчивости, колебаний настроения в сторону гипотимий (дистимический вариант) или же астении — утомляемости, слабости, миалгий, диссомний (астенический вариант).
4. Состояние «перехода от дезадаптации к болезни» отражает этап «формирования нозологических единиц» (Семке В.Я., 1990). Каждый из его вариантов соответствует той или иной клинической форме невротических (неврозоподобных) состояний. Целесообразно выделение следующих дезадаптационных состояний клинического уровня: по признаку ведущей симптоматики — патохарактерологический, невротический и психосоматический варианты; по признаку постоянства феноменологических проявлений — относительно стабильное или же, напротив, нестабильное «снижение адаптации». Приведем основные критерии экстранозологических расстройств: снижение (нарушение) социального приспособления; появление чувства «резкого упадка сил», слабости, потребности в отдыхе; усиление субъективного восприятия соматического дискомфорта; стойкое изменение направленности внимания от проблем внешних к внутренним, связанным со здоровьем; возникновение интолерантности к внешним воздействиям; заострение преморбидных черт личности и появление новых патохарактерологических качеств.

Клинико-катамнестическое изучение обнаруживает две тенденции в динамике ПАС-ПДАС: к полному устранению имевшихся дезадаптационных и адаптационных реакций с их флюктуацией на уровне психического здоровья или, напротив, к подострому, затяжному течению с усложнением клинической структуры и последующим переходом в невротические (неврозоподобные) и патохарактерологические (психопатические) состояния. При психогенных образованиях наблюдается сложное переплетение *персоногенного* и *эмоциогенного* как паттернов первоочередного реагирования в нормореакциях.

Наиболее близкими к донозологии оказываются *адаптационные реакции* (как легкие, преходящие, ограниченные в клинических проявлениях непсихотические расстройства). В DSM-III-R включены: панические расстройства (panic disorders), при которых степень выраженности эмоциональных сдвигов варьирует в широких пределах — от



уровня психологически обоснованных с соматизированными компонентами до болезненных состояний (Katon W. et al., 1986), дистимических и посттравматических стрессовых расстройств. С предболезнью их сближают: интермитирующий характер депрессивных явлений и субсиндромальная выраженность. В наибольшей степени понятию предболезни в упомянутой выше классификации расстройств личности соответствуют *адаптационные нарушения* (adjustment disorders) с их основными чертами: возникновение дезадаптаций на определенный психосоциальный стрессор; парциальность проявлений, не позволяющая установить синдром; сходство с психологически понятными феноменами в условиях стресса; относительная краткость сдвигов; обратимость их при достижении «нового» уровня адаптации в экстремальных условиях.

При попытке группировки расстройств личности следует учитывать мнение К. Шнейдера (1950): «Люди не поддаются точному определению, и патологические индивидуумы, в отличие от проявлений болезни, не могут быть четко классифицированы на манер клинического диагноза». В повседневной клинической практике персону или врач не должен стремиться к «псевдопониманию через терминологию» (Jaspers K., 1963): не следует впадать в заблуждение, «полагая, будто благодаря тому, что личность приписана к какой-либо категории МКБ, он станет лучше разбираться в проблемах данного больного» (Гельдер М. с соавт., 1997).

Структура донозологических форм обозначается по-разному: «легкие симптомы» (Laugner N., Michel S., 1963), «нарушения функции» (Brunetti P.M. et al., 1982), «дезадаптация» (Александровский Ю.А., 1976), «аномальные личностные реакции» (Семке В.Я., 1991, 1999), «преклинические состояния» (Королев В.В., 1983), «психическая напряженность» (Наенко Н.И., 1976), «компоненты и аналоги синдромов» (Смирнов В.К., 1980), «неспецифические расстройства» (Vazques B.J. et al., 1981), «состояние психического напряжения» (Немчин Т.А., 1983). Однако эти определения касаются преимущественно их формальных характеристик и в меньшей мере — содержательной стороны.

Точно так же остаются спорными и дискуссионными вопросы о частоте лиц с предболезненными состояниями в населении. «Разбросы» этих показателей колеблются в пре-

делах от 22 до 89,7%, причем число лиц, не обнаруживающих никаких уклонений, в популяции не превышает 35%. Бесспорным остается лишь факт, что пограничные, а среди них наиболее легкие (донозологические) отклонения преобладают над другими.

Взгляд на нозологию как на доклинический, бессимптомный этап болезни (т.е. процесс ее формирования) противостоит точка зрения на ее рассмотрение в рамках здоровья. Существуют предпосылки к определению клинического содержания предболезни как состояний, которые не могут быть признаны здоровьем, но в то же время невозможна констатация болезни и постановка диагноза. Очевидно, следует признать правомерным отнесение пограничных состояний к наиболее универсальным проявлением психической дезадаптации, граничащим с нормой, где трудно определимы контуры промежуточной зоны между здоровьем и болезнью (включают преходящие, «срывные», стрессовые, невротические реакции, преклинические феномены, адаптационные синдромы, временное ослабление психической устойчивости). Отражая уровень личностного реагирования, они являются *неспецифическими* феноменами. Вполне оправдано отнесение к донозологическим случаям «borderline states», являющихся также неспецифическими и не в полной мере соответствующим критериям болезни (Schulz S.C., Goldberg S.C., 1984). Речь идет о «нестабильном личностном расстройстве» (Berg M., 1982) или сходной с ним картине «псевдоорганического синдрома» (Novac A., 1986), проявляющемся импульсивностью, неустойчивостью и напряженностью интерперсональных отношений, аффективными колебаниями и др.

Близкими к предболезни можно считать «синдром нервной демобилизации» и вегетопатические предболезненные состояния по типу «ангиодистонических астений» (Гиляровский В.А., 1946). D. Zunk (1977) сообщает о «вегетативной депрессии истощения», при незначительной выраженности выступающей как предболезненный феномен, связующий астенический, аффективный и вегетопатический радикалы воедино (состояния дневной усталости, угнетенности, чувства страха и неполноценности, «стеснения» в груди, в сердце, цефалгий, суточных и сезонных колебаний настроения и т.д.).

В разработанной нами группировке пограничных состояний важное место отведено патохарактерологическим ре-

акциям, состояниям и развитиям. Аномалии характера длительного время могут быть незначительными, пребывая в скрытом, «свернутом», зачаточном положении (латентная стадия). Патохарактерологическое развитие личности формируется в качественном соответствии с условиями ее жизни, развиваясь медленными темпами (Кербиков О.В., 1962). Ранними признаками латентной стадии являются разнообразные реакции — подвижные, изменчивые, постепенно утрачивающие свою адаптивную функцию (с переходом в аномальные); незначительные отклонения приспособления индивида к среде (конфликтность, претенциозность, эмоциональная незрелость и др.). «Препсихопатический этап» (по Трамеру-Кербикову) служит примером личностного спектра предболезненных расстройств. Ему свойственны: неспецифичность, невыраженность, нестойкость, зависимость от ситуации, причудливое сочетание «лигированных», «пестрых» симптомов и образований. Отдельные компоненты синдромов имеют «мерцающий» характер, отчетливую связь с экзогенными и средовыми влияниями. Важно иметь в виду, что лишь при «краевых» формах личностной дисгармонии правомерно выделение «периода донозологии», а в случаях «ядерных» и «органических» структур оно мало обосновано, ибо в их генетической природе уже изначально заложена патология.

Таким образом, пограничные состояния удовлетворяют в наибольшей степени трем клиническим аспектам, без которых нельзя обойтись, вводя понятие «предболезнь» (Барзах Е.Н., 1986): отклонения от нормы, невыраженность в данный момент и не подходящие ни под одно клиническое описание болезни, вероятность перехода в нозологию различна. Предболезнь представляет неглубокий уровень психотических изменений, когда имеется субклиническая представленность симптомов и синдромов в атипичном, фрагментарном, abortивном и непостоянном виде. Донозологию можно применять к тем личностям, которые «постоянно живут на границе между болезнью и здоровьем» (Ганнушкин П.Б., 1964).

Типология предболезненных состояний приобретает актуальность, прежде всего в связи с развитием нозологического и клинико-динамического принципов в психиатрии, а также с внедрением концептуального понятия о наличии промежуточных форм между здоровьем и болезнью, обна-

ружением в ходе эпидемиологических обследований многочисленных случаев психических девиаций без четкой нозологической очерченности. Принципиально важно понимать, что нозологический этап является переходным от состояния здоровья к болезни, начальная же стадия — это уже проявление патологии. Обратим внимание на терминологическую неопределенность и «пестроту» в описании доболезненных состояний: аклинические расстройства (Ковалев В.В., 1973), субклинические проявления (Семичов С.Б., 1987), аномальные реакции (Ушаков Г.К., 1987), «малые психические расстройства» (Binder J. et al., 1981).

Концепция патологических радикалов как максимально простых психических явлений отражена в работах К. Kleist (1926) и Н. Binder (1967), при них возможен, но не обязателен переход в болезнь. Развитием этой теории следует считать учение о «спектрах» в психиатрии (Gunderson J. et al., 1983). Последние представляют собой континуум, простирающийся от нормы до психопатологии и включающий «проявления донозологии». Позднее, рассматривая клинику и течение пограничного личностного расстройства, J. Gunderson, M.C. Zanagini (1987) отнесли их к отдельной психиатрической категории, встречаются в общей популяции с частотой 2—4%, в клинической — в 15—20%. По нашим результатам скрининг-обследования работников лесопромышленного комбината состояния психической дезадаптации наблюдались в 16,8% случаев. Удельный вес астенического варианта ПДАС с преобладанием физической слабости составлял 12,4%, с доминированием психической слабости — 18,5%, дистимического — 29,8%, психовегетативного — 39,3%. Приведем очень краткое описание типологических вариантов ПАС-ПДАС.

*Астенический* вариант с преобладанием *физической слабости* характеризуется чувством разбитости, ощущением вялости, «пустоты в голове», «разбитость при невозможности уснуть», ситуационными гиперстеническими и гипотимическими реакциями, вегетативными дисфункциями, нарушениями в социально-производственной сфере в виде «щадящих форм поведения». Эпизоды физической слабости возникают многократно, но на короткий срок (10—15 минут), но затем «обессиливание» становится более выраженным и постоянным. Приведем соответствующую клиническую иллюстрацию.

Больной В., 35 лет, по специальности бульдозерист лесозаготовительного пункта. Жалобы на чувство переутомления во время работы, физическое недомогание в покое, повышенную потребность в отдыхе, периодически возникающее ощущение «несвежести» в голове, головную боль, головокружение, снижение аппетита, затрудненное засыпание, поверхностный характер сна, плохую переносимость жаркой и неустойчивой погоды, «нервозность», «напряженность» при общении и контактах с окружающими.

С 24 лет работает и проживает в северном районе Томской области. Трудился по вахтовому методу (20 рабочих дней в тайге, 10 выходных и вахтовом поселке). Жилищно-бытовые и материальные условия при проживании на Севере удовлетворительные. В 27 лет повторный брак, имеет сына 7 лет, взаимоотношения в семье ровные. Несмотря на то, что с новой работой освоился быстро, периодически испытывал физическую слабость, повышенную утомляемость, которые связывал с особенностями труда на вахте: ненормированным (по 10—12 часов) рабочим днем, разрывом смен на ранние утренние часы (с 3—4 часов до 8 часов) и поздние вечерние (с 21 часа до 1 часа ночи) из-за усиления жары и гнуса в дневное время. На фоне развивающегося утомления приходилось поддерживать высокий темп работы в связи со сдельным характером оплаты и трудом по бригадному подряду. В начале вахты чувство повышенной усталости возникало лишь в конце смены и исчезало до следующего рабочего дня, затем переутомление развивалось через 2—3 часа от начала смены и сохранялось как в тот, так и на другой день. Это сопровождалось ухудшением физической работоспособности, нежеланием продолжать работу, учащением «перекуров». По мере накопления утомления нарушался ночной сон: подолгу (до 3—4 часов ночи) не мог уснуть, затем наступал неглубокий сон с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после утреннего пробуждения. К физическому переутомлению присоединилось ощущение «постоянного недосыпания». На этом фоне возникала головная боль сдавливающего, распирающего характера или чувство «несвежести» в голове. Снижение работоспособности и производительности труда негативно сказывалось на показателях работы всей бригады, что вызывало придирки и замечания со стороны окружающих в его адрес. Развивались «нервное состояние», «напряжен-

ность» при микросоциальных контактах. Состояние здоровья пациента ухудшилось: с наступлением лета — периода наиболее интенсивной работы лесозаготовителей — отмечал «физическую разбитость», головную боль, нарушение сна, которые беспокоили не только при работе на вахте, но и в межвахтовый период отдыха.

**Соматический статус.** Со стороны внутренних органов патологических изменений не отмечается. Частота пульса 68 ударов в минуту. Артериальное давление 125/70 мм рт.ст. Неврологический статус. Незначительно сужена левая глазничная щель, легкий энофтальм, в остальном черепно-мозговые нервы интактны. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, без существенной разницы. Дистальный гипергидроз. Патологические знаки отсутствуют. Чувствительность не расстроена. Знаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено.

**Психическое состояние.** Выглядит в соответствии с возрастом. Одет опрятно. В беседу вступает охотно. Мимика живая, отражает характер высказываний. Психомоторный темп адекватен ситуации. Подробно описывает в вышеуказанных жалобах беспокоящие его нарушения со стороны психической сферы. Среди них в первую очередь выделяет «физическую разбитость» во время работы и ощущение общей вялости. Подчеркивает, что головная боль и расстройство сна всегда возникают на фоне уже имеющих явления «физического обессиления» и переутомления. Акцентирует внимание, что сразу после переезда на Север «со здоровьем все было в порядке», но в течение последних 2 лет «начал сдавать». Связывает ухудшение самочувствия с тяжелыми условиями работы, неудовлетворительным бытом и питанием на вахте. Фон настроения ровный.

**Диагноз.** Состояние психической дезадаптации с преобладанием физической слабости у акцентуированной (истеро-возбудимой) личности на органически неполноценной почве.

**Лечение.** Грандаксин, пиридитол, никотиновая кислота, пантокрин, экстракт родиолы розовой, витамины группы В; аутогенная тренировка; рефлексотерапия. В результате проведенных лечебных мероприятий психодезадаптационные расстройства полностью купировались.

**Анализ наблюдения.** Больной воспитывался в атмосфере семейных скандалов, что способствовало формированию

акцентуации характера истеровозбудимого круга. Несмотря на отсутствие указаний на какие-либо экзогенно-органические воздействия, за исключением однократной черепно-мозговой травмы без потери сознания, можно предполагать скрытую органическую стигматизированность «почвы» в связи со сниженной переносимостью алкоголя. Легкий характер черепно-мозговой травмы не привел к становлению клинически очерченного органического заболевания головного мозга, но снизились приспособительные ресурсы индивида при воздействии астенизирующих факторов, таких как шум, вибрация, физическое перенапряжение при работе на бульдозере в жаркое время года. Психодезадаптационные нарушения возникли в виде астеновегетативных и цефалгических сдвигов с выраженной метеотропной зависимостью. Проявления психической дезадаптации на основе комплекса астенизирующих производственных и неблагоприятных семейно-бытовых влияний привели к социально-психологическим последствиям — больной переехал на новое место жительства. Создание благополучной семьи и удовлетворительные материальные условия на Севере способствовали временному исчезновению психодезадаптационных расстройств. Однако, в результате сниженного барьера адаптации проявления физической слабости, цефалгии возобновились при работе по вахтовому методу. За последние 2 года возникли затяжные астенические расстройства с ведущей физической слабостью при сочетании с симптомами цефалгии, диссомнии, эмоциональной неустойчивости.

При варианте с преобладанием *психической слабости* наиболее существенны кратковременные ухудшения психической продуктивности, расстройства внимания, психомоторная заторможенность, замедление темпа ассоциативной деятельности (ощущение «несвежести», «набитости» в голове). Обследуемые испытывают определенные трудности в общении, произносят отдельные слова «невпопад», не уверены в правильности своих действий. Обнаруженные сдвиги напоминают описанные Б.В. Зейгарник (1986) «нарушения саморегуляции познавательной деятельности». Имеется тесная связь выявленных отклонений с метеотропными влияниями.

*Дистимический* вариант проявляется психоэмоциональными сдвигами в виде «внутренней перенапряженности», неопределенной тревоги, беспокойства, переживания чув-

ства дискомфорта и неудовлетворенности. В первые дни пребывания в необычной обстановке наблюдается гипертимная окраска настроения вплоть до непродуктивной суетливости. Ведущими становятся легкие дисфорические вспышки с недовольством, озлобленностью. Эти реакции оцениваются как «непривычные», «ненормальные», «неожиданные». Такое реагирование не облегчает, а, напротив, осложняет приспособление индивида к среде. Периоды дезадаптации у этих лиц служат «почвой» для возникновения психогенизации (из области микросоциальных воздействий) с формированием невротических реакций (см. клиническое наблюдение).

С., 28 лет, по специальности торцовщица. Выявлена при клинико-эпидемиологическом обследовании. Жалобы на «перепады» настроения в виде «внутреннего напряжения», раздражительности, чувства недовольства, обидчивости, ожидания неприятностей личного характера, переживания вины и сожаления по мелочам; затрудненное засыпание, поверхностный характер сна, отсутствие чувства отдыха на утро, физическую слабость, головную боль при «переживаниях и недосыпании», снижение работоспособности.

В первое время проживания на Севере отмечала значительное улучшение состояния: исчезновение невротических проявлений, несмотря на тяжелые условия работы и жилищную неустроенность. Приступила к работе по специальности торцовщицы в лесопильном цехе. Среди неблагоприятных производственных факторов имелись такие, как жесткая зависимость от режима конвейера, значительная физическая нагрузка, незащищенность рабочего места от атмосферных колебаний, ночные смены, шум, вибрация. В связи с дефицитом кадров приходилось часто перерабатывать, хотя, как считала пациентка, оплата не соответствовала объему работы. Быстро приобрела необходимую сноровку, перевыполняла сменные задания. Предприятием были выделены две комнаты в общежитии, включили в льготную очередь на жилье. В микросоциальной среде поддерживала ровные, доверительные отношения.

Через 7 месяцев проживания на Севере, в течение которых адаптация проходила успешно, отмечала появление частых простудных заболеваний, связанных со сквозняками на работе при наступлении холодного времени года. Чувствуя себя нездоровой, продолжала выполнять прежний



объем работы на производстве и по дому. При этом наблюдались приступы головной боли, общая слабость, снижение работоспособности, затрудненная переносимость ночных смен. Преодоление слабости приводило к возникновению «внутреннего напряжения», «нервозности», затрудненного засыпания, подавленного настроения. Считала, что привыкнуть к Северу не сможет из-за «плохого здоровья». Обращалась к цеховому врачу, который диагностировал «вазомоторный ринит» и пониженное артериальное давление (90/60 мм рт.ст.). После проведенного амбулаторного лечения насморк прекратился, но гипотония сохранялась. Несмотря на уменьшение общей вялости, отмечала подавленное настроение, «нервное перенапряжение». Обыденные неприятности и проблемы казались преувеличенными, нередко раздражалась по пустякам при общении с окружающими, о чем вскоре сожалела и переживала вину. Перед засыпанием образно представляла прошлые семейные события, переоценивала развод и свой отъезд на Север, сомневаясь в правильности этих поступков. Ночной сон сопровождался частыми сновидениями, пробуждалась утром с чувством несвежести, «скованности». Участились «срывы» настроения на работе, при которых возникала давящая головная боль в висках.

**Психическое состояние.** Несколько смущается, узнав о предстоящей беседе. Одеты в рабочую одежду, так как пришла со смены. Внешне выглядит моложе своих лет. Мимика живая. Несмотря на то, что в жалобах преобладают указания на подавленное настроение, «чувство нервного напряжения», в процессе беседы часто улыбается, поясняя, что «сегодня с настроением нормально». Подчеркивает, что из-за «срывов», готовности к раздражению вынуждена ограничивать круг общения и сознательно избегать провоцирующие микросоциальные ситуации. Причину эмоциональных нарушений выделить затрудняется, заявляя, что «мало хорошего, все надоело, как будто чего-то не хватает». Считает, что пережитые семейные ситуации способствовали «подрыву здоровья» и в последний год «с нервами не в порядке». Планирует уехать с Севера к матери в Томск в связи с ухудшением состояния.

**Диагноз.** Состояние психической дезадаптации, дистимический вариант у личности с акцентуированными астеноневротическими чертами характера.

**Лечение.** В результате проведенного в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса, рефлексотерапии и курсов психопрофилактики адаптогенами растительного происхождения повысилась соматическая резистентность и нормализовалось психическое здоровье.

**Анализ наблюдения.** Условия воспитания в семье способствовали формированию астеноневротических и истероидных черт, особенно интенсивно в период возрастного криза 7—8 лет, что подтверждается особенностями взаимоотношений с одноклассниками, увлечениями, мотивацией вступления в брак. Дисгармоничные взаимоотношения с мужем приводили к кратковременным психогенным расстройствам в виде астеноневротических ситуационных реакций, тесным образом связанных с интенсивностью психотравмирующих факторов. После выхода из неблагоприятной семейной ситуации состояние нормализовалось. Такие поступки, как развод по ее инициативе, несмотря на предстоящие материальные и моральные проблемы, переезд на Север с детьми, характеризуют пациентку как довольно сильную личность, правда, с учетом наличия вышеуказанных характерологических радикалов. Психическая адаптация на Севере, проходившая вначале благоприятно, нарушилась в связи с соматогенными воздействиями, обусловленными спецификой труда на предприятии. Психодезадаптационные расстройства проявились в первую очередь эмоциональными сдвигами дистимического характера. Они отражали индивидуальный типологический профиль личности при влиянии внешних факторов риска дезадаптации. Дистимические проявления сочетались с вегетативными в виде артериальной гипотонии. Конечным результатом нарушения приспособления явилось ухудшение микросоциальной адаптации и планы об отъезде с Севера. Отсутствие явных психотравм не позволяло диагностировать невроз, хотя имеющиеся сдвиги были близки ему по структуре; они отличались рудиментарностью, обратимостью, синдромальной незавершенностью.

*Психовегетативный* вариант имеет в своей структуре вегетативные кризовые (как фрагменты симпатoadреналовых, вагоинсулярных или смешанных приступов) или перманентные дисфункции. Они проявляются внезапной вялостью, цефалгиями, ощущением «внутренней дрожи», «сдавливания» за грудиной или «спазмами» в эпигастральной области. Вегетативные сдвиги сопровождаются тревож-

ными, гипотимическими колебаниями настроения, появлением новых черт характера (истерических, эксплозивных, ипохондрических, обсессивных и пр.), группы кардиоваскулярных, цефалгических, диссомнических, терморегуляторных и дыхательных отклонений, неустойчивостью психофизического тонуса. Преобладание при данном варианте разнообразных «факторов риска» подтверждает положение о существенной роли вегетативной нервной системы в защитно-приспособительном реагировании при экстремальных состояниях.

В качестве предпосылок появления ПАС-ПДАС следует иметь в виду «прорыв барьера психической адаптации» (Александровский Ю.А., 1976) в результате «перекреста» ряда внешних и внутренних факторов (среди них психогенные влияния небольшой интенсивности). Эволюция донозологических состояний напоминает особенности клинической динамики пограничных состояний: их мозаичность — на начальном этапе; структурирование, «кристаллизация» симптоматики — на этапе «собственно предболезненного состояния»; появление «осевых» синдромов — на стадии «развития». Этапы подразделяются по основным критериям предболезни: наличие психопатологического симптома, существование «факторов риска», идентификация своего субъективного самочувствия как «нездоровье», нозоцентрическая тенденция, ухудшение уровня социально-производственного приспособления.

Клинико-динамическое исследование обнаруживает три варианта течения состояний психической дезадаптации: регрессирующий (30,4%), перемежающийся (43,5%), прогрессирующий (26,1%). Их прогностическая оценка имеет прямое отношение к устранению пограничных личностных девиаций на этапе их типологического структурирования.

## **ГЛАВА 6.**

### **СЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПЕРСОНОЛОГИИ**

Использованные в клинической и теоретической персонологии экспериментально-психологические и клинические (психопатологические) методы совершенствовались на протяжении длительного периода времени, получив свой научный толчок на рубеже XIX и XX веков. В 1907 году В.М. Бехтерев объединил несколько методических приемов «объективно-психологического исследования душевнобольных». По мысли ученого они не только дополняют и обогащают клинические данные, но и в большой степени объективизируют выводы клиницистов, базирующиеся на конкретном материале. В последующем трудами отечественных психологов, патопсихологов и психиатров (Бернштейн А.Н., 1911; Выготский Л.С., 1937; Мясищев В.Н., 1960; Лурия А.Р., 1963; Зейгарник Б.В., 1972 и др.) совершенствовался методологический базис экспериментальной персонологии, позволяющий уточнить особенности субъективных и объективных оценок происходящего физиологического и патофизиологического преобразования индивида (среди них отметим «уровень притязаний», «выбор ценностей», «разумное вчувствование», «самооценка»).

Психологическая диагностика (психодиагностические методы в понимании А. Анастаси, 1983; G. Allport, 1970 и др.) представлена диагностикой личностных особенностей с помощью психометрических приемов, облегчающих квалификацию целостного личностного статуса, его психопатологическую динамику (с учетом стрессоустойчивости), оценку резервных потенций организма, прежде всего в превентивном и реабилитационно-теоретическом аспектах. Комплексная психодиагностическая оценка личности предусматривает многоуровневый подход:

- 1) эмоционально-динамический (охватывающий типологическую конституционально-биологическую основу индивида),
- 2) характерологический (с учетом основных переживаний, побуждений, мыслительной деятельности),
- 3) социально-личностный (Александровский Ю.А., 1993).

В итоге полученные данные психодиагностического обследования при изучении «лиц практической нормы» могут приобретать прогностический смысл, прежде всего при попытке выявления групп риска развития пограничных нервно-психических расстройств. Разработанный данным автором<sup>1</sup> индивидуально-типологический подход, позволяющий отразить степень и уровень адаптированности обследуемого, облегчает подбор методов психологического обследования.

Постижение через внешние проявления биологических механизмов содержательной основы болезненного процесса и оценку его динамики. Сопоставление синдромогенеза и его экспериментально-психологических коррелятов в целом направлено на формирование адекватных (патогенетических) лечебно-диагностических и риадаптационных программ.

Научный подход к исследованию личности весьма подробно изложен в фундаментальном труде Л. Хьелла и Д. Зиглера (1997) «Теории личности». Поэтому мы прибегаем лишь к конспективному изложению наиболее важных из существующих воззрений и конкретных результатов в данной области знаний (девиз такого эмпирического подхода — «посредством наблюдения приобретается знание»). Авторы различают три основных типа стратегий исследования в персонологии: изучение клинических случаев, корреляционный анализ и формальные эксперименты. Приведенные показатели отчетливо иллюстрируют мысль, что «не существует единственного метода исследования, который идеально подходил бы для любых целей и случаев». Здесь следует исходить из личных предпочтений персонолога, поставленных перед ним задач научного поиска, а также индивидуальных различий в поведении и опыте людей. С учетом наших собственных интересов и выбранных ранее научных приоритетов более подробно остановимся на первом из отмеченных стратегий.

---

<sup>1</sup> Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1993.400 с.

*Клинический метод* нашел успешное применение в отечественной персонологии и клинической психологии, прежде всего исходя из воззрений на указанные дисциплины как на надежные, «прямые помощницы психиатрии». Психическая деятельность здорового и больного индивида трактовалась старыми авторами (И.М. Балинский, С.С. Корсаков, В.П. Осипов, П.Б. Ганнушкин и др.) как объективная сущность, доступная научному познанию (Ушаков Г.К., 1987). Наши собственные клинические позиции в области персонологии (нормальной и патологической) мы пытаемся проиллюстрировать историями болезней, биографическими описаниями («портретами»), имея в виду, что именно она (биография), по мнению Г. Оллпорта, «во все большей степени становится строгой, объективной и даже бессердечной». Обсуждение принципов и методов построения биографии как важной науковедческой проблемы облегчает одну из древнейших форм человекопознания. Биография, согласно С. Ли<sup>2</sup>, возникла на заре человечества с целью удовлетворить древнейший инстинкт — мемориальный. Люди стремятся передать потомству память о тех, «кто характером и делами выделялся из общей массы, кто захватил внимание современников и может также возбудить любопытство и интерес будущих поколений». Джон Стюарт Милль (1875) предложил отграничить от психологии как науки об общих законах души особую область знаний — этологию — науку об индивидуальном своеобразии человека или народа. С этих позиций весьма ценна мысль А.И. Герцена<sup>3</sup>: «Полнее сознавая прошедшее, мы уясняем современное; глубже опускаясь в смысл былого, раскрываем смысл будущего, глядя назад, шагаем вперед».

При лонгитудинальном обследовании личности обращается внимание на преморбидную характерологическую структуру и выявление предиспонирующих анатомо-физиологических особенностей организма в процессе его формирования. Чаще всего при сборе анамнестических сведений выясняют историю развития по отдельным возрастным периодам, характерологические изменения в зависимости от социальных и соматических воздействий, условий микросоциального окружения и воспитания, появление новых

---

<sup>2</sup> Lee C. The Perspective of Biography. London, 1918.

<sup>3</sup> Герцен А.И. Избранные философские сочинения. М., 1946. Т.1. С.28.

характерологических черт в результате болезненного процесса и т.д. Важным представляется опрос родных, близких, сослуживцев, товарищей — как при первичном освидетельствовании, так и при повторном (катамнестическом изучении). По мнению Г.К. Ушакова (1987), метод клинического исследования, «построенный на сравнении, сопоставлении, установлении отличий, идентификации, выяснении закономерной последовательности формирования и смены симптомов, синдромов, этапов, клинических вариантов болезни, особенностей течения ее у разных лиц и на различных этапах болезни у одного и того же больного, отвечает требованиям, предъявляемым к научным методам исследования». Иногда этот клинический подход называют «методом ориентирующей беседы» (Станишевская Н.Н., 1969). Он основывается на тщательном изучении «личностной исторической сетки», используемой прежде всего при дифференциальном диагнозе (так, изменения личности при эндогенном процессе выступают на биографической сетке красной чертой — как катастрофа, меняющая всю структуру, интересы, потребности, мотивы и цели пациента; жизненный путь психолога, напротив, есть воплощение постоянных и бесконечных столкновений с условиями окружающей среды, когда индивид сам создает конфликтные условия).

Системный подход в клинической оценке психического здоровья (валеопсихология) и начальных проявлениях характерологических девиаций (как объект изучения в сфере превентивной психиатрии — В.Я. Семке, 1999) позволяет изначально сосредоточить внимание на углубленном анализе так называемых кризисов развития и факторах наибольшей психологической уязвимости, прежде всего изучения уровней притязания и реализации групп поддержки, контроле будущего, оценке качества жизни, конфликтных внутрисемейных проблем (появление в семье младшего брата или сестры, отторгающие взаимодействия между родителями, уход одного из них из семьи или серьезная болезнь и т.п.).

Психодиагностика внутрисемейных отношений должна отражать зависимость развития ребенка от жизненных установок или стиля поведения старших, а также успешность осуществляемых психологических коррекций неправильно воспитанных в неблагополучных семьях (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1996). Естественно, груз нере-

шенных проблем может быть облегчен за счет интеграции усилий клинических психологов, детских психиатров, психотерапевтов и педагогов.

*Клиническое интервью* является весьма распространенным методическим подходом, направленным на обзор информации о личности и выбор коррекции и терапии в соответствии с ее основными проблемами. По формам интервью они подразделяются на *структурированные* (вопросы формулируются тщательно, выстраиваясь в нужном исследователю порядке) и *неструктурированные* (с возможной свободой ответа у респондента и выбора гибких направлений в ходе беседы — у персонолога). В целом структурированная форма оказывается более предпочтительной для клинических психологов при определении терапевтической стратегии (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997).

При оценке индивидуальных различий личностей могут быть получены весьма продуктивные результаты с помощью *опросников самоотчета*: обследуемый сообщает о себе путем ответа на поставленные вопросы или же выбора им одного из выставленных утверждений. Варианты ответов тщательно откалибровываются, а стандартизация процедур оценки сводит к минимуму влияние личных склонностей. Многочисленные опросники различаются по количеству личностных характеристик, измеряемых одновременно.

*Одномерные тесты* нацелены на оценку одной из трех черт, измерение одного из аспектов личности. К ним относятся: «Опросник личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина», «Шкала самоконтроля» Снайдера (1974), «Шкала локуса контроля» Роттера (1966), «Шкала стремления к успеху» Цукермана (1978). В качестве краткого примера сошлемся на «Шкалу самосознания», сконструированную Fenigstein et al. (1975). Первая субшкала оценивает личное самосознание (осознание собственного настроения, установок, мыслей и физического состояния); вторая — измеряет общественное самосознание: определяет степень озабоченности индивида по поводу оценки своей социальной ситуации в глазах окружающих. Люди с высокой оценкой по последней субшкале более строго придерживаются социальных норм, стремятся избежать негативных оценок, оказываются крайне чувствительными к тому, что о них думают другие.



*Многомерные тесты* изучают несколько личностных характеристик, что в существенной степени расширяет горизонты познания человеческой личности. Так, широкое распространение получил 16-факторный личностный опросник, разработанный Раймондом Кеттелом (Cattell R., 1965). Он состоит из 187 вопросов и измеряет 16 исходных черт у здорового человека. Оценки по каждому из измерений (например, доминантность — подчиненность, доверчивость — подозрительность, мечтательность — практичность) наносятся на график для построения профиля личности. Приведем вкратце другой очень распространенный многомерный личностный тест — Миннесотский многоаспектный личностный опросник (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ММРІ), разработанный С. Хатуэем и Дж. Маккинли (1940). Для ее понимания приведем таблицу, взятую из работы Л. Хьелла, Д. Зиглера (1997).

В опроснике выделено 10 самостоятельных «клинических шкал» и четыре «контрольных шкалы», оцениваемые с использованием двух подходов — клинического и экспертного (содержащего возможность сравнения данного профиля личности с конфигурациями других профилей). В целом ММРІ используют для оценки динамики семейных отношений, нарушений пищевых привычек, суицидов, а также оценки готовности к лечению или реабилитации.

*Корреляционный анализ* составляет второй тип стратегии исследования в персонологии. Он используется для установления связей между широким кругом переменных, относящихся к индивидуальным различиям.

Метод позволяет изучать эти переменные в естественных условиях реальной жизни и определить, может ли имеющаяся информация об одной из переменных быть полезной для предсказания действия второй переменной в будущем. Коэффициент корреляции как первичный статистический показатель обозначает направление и силу связи между переменными. Он может варьировать в пределах от  $-1$  (полностью отрицательная зависимость) до  $+1$  (полная положительная зависимость). Корреляция не предполагает установления причин зависимостей.

*Проективные методы* (предложены Л. Франком в 1939 году) отнесены к третьему типу стратегий исследования в персонологии — формальным экспериментам (т.е. к классу психологических тестов, при выполнении которых обследуе-

мые отвечают на неоднозначные и неструктурируемые стимулы, что облегчает выявление потребностей, чувств и конфликтов).

Подсчет и интерпретация ответов испытуемого относятся к субъективным суждениям экспериментатора, опирающегося на собственный клинический опыт. Имеется в виду, что в ходе эксперимента осуществляется «проецирование» на неопределенный материал своих чувств, потребностей, установок. В ответах на тестовые стимулы (чернильные пятна, расплывчатые картинки и т.д.) ожидаются признаки подавленных импульсов, защитных механизмов и других «внутренних» проблем. Различные типы этих методик подразделяют (Lindzey G., 1959) из 5 категорий: ассоциативные (ответ на стимул пришедшей в голову мыслью или чувством), конструктивные (требующие создания или придумывания чего-либо), завершения (включая неоконченные предложения), экспрессивные (попытка выражения своих чувств посредством рисования или психодрамы), выбора или распределения по порядку (требуется отобрать или расположить в порядке прочтения набора стимулов). Все они не взаимно исключают друг друга, а во многих тестах используются в сочетании. Самый известный из них «Тест чернильных пятен», предложенный в 1921 году швейцарским психиатром Германом Роршахом, состоит из 10 карт (пять из них черно-белые, пять — цветные). Однако многие исследователи дают негативную оценку теста Роршаха ввиду отсутствия необходимой степени надежности субъективных оценок.

В целом каждая из трех описанных стратегий исследования личности имеет конкретные достоинства и недостатки. До сегодняшнего времени ни один из имеющихся методов не служит идеальным образцом для решения основных, кардинальных вопросов, возникающих на «стыке» общей и клинической персонологии. Можно полагать, что в этой зоне соединенных усилий возникнут новые гипотезы, оплодотворенные знаниями клинических, психологических, социологических наук, устремленные в ближайшее и более отдаленное будущее.

В современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ—10) понятие «психическая болезнь» заменено более общим и аморфным термином «психическое расстройство». Последнее понятие

трактуются как «болезненные состояния с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанные с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических расстройств». Оно определяет степень отклонения от взятого за основу понятия «психического здоровья».

«Расстройство» не является точным термином, однако под ним подразумевают клиническую определенную группу симптомов и поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и затрудняют личностное функционирование. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не включаются в рассматриваемую группу. Наблюдаемые личностные (в том числе характерологические) расстройства обозначаются как нарушения зрелой личности: в клиническом плане они проявляются дезадаптацией, тотальностью и относительной стабильностью аномальных черт. Наиболее патогномичными для личностных расстройств являются изменения целевой структуры деятельности и целеобразования, тенденция к сближению реальных и идеальных целей (Б.С. Братусь).

Познание сущности «психического расстройства» начинается с характеристики особенностей познавательных процессов, оценки их проявлений и изменений в ходе диагностики психической и соматической патологии. Отечественная доктрина пограничных состояний базируется на трех главных принципах — нозологическом, клиническом и динамическом. Этот подход предусматривает выделение нозологических единиц (таксонов), состоящих из отдельных признаков и объединяемых единым этиопатогенетическим процессом, клинической динамикой синдромов (синдромогенез и синдромокинез) и прогностической оценкой.

Семиотика в персонологии является важным аспектом диагностики личности. Она направлена на вычленение и изучение диагностического смысла отдельных признаков (симптомов) и их сочетания (в едином патогенетическом процессе, в соотносимых с определенными нозологическими единицами синдромами). Как и любая медицинская дисциплина, клиническая психиатрия и персонология имеют свой семиотический аппарат, соотносимый со строгим терминологическим набором психопатологических симптомов

(позитивных и негативных). Первая группа признаков отображает наличие патологической продукции в виде вновь возникших проявлений дезадаптации личности. Вторая — картину «выпадения», изъятия, ущерба, дефекта определенного психического процесса (например, апатия, гипобулия и т.п.). Примечательная диалектическая взаимосвязь позитивных и негативных признаков, выраженность симптомов «выпадения» предусматривает соответственно бедность и фрагментарность позитивных симптомов.

Объектом внимания клинических персоналогов и психиатров, изучающих проблемы «малой» пограничной психиатрии, служат способы личностного реагирования, оценка мотивов поведения, ответов на стрессовые влияния, фрустрацию, изменения средовой обстановки и т.д. Имеется в виду возможность исследования совокупности клинических признаков в «поперечнике» заболевания, а также совместного «бега симптомов» в «длиннике» патохарактерологического преобразования с его четко очерченной клинической «физиономией» и стилем поведения. На практике это означает соединение статического и динамического принципов изучения патологической личности, столь блестяще использованного в трудах классика пограничной психиатрии П.Б. Ганнушкина.

Важно не только изучать отдельные психологические и психопатологические явления, но и их соотносимость с преморбидной личностной структурой, с всесторонней оценкой личности в ходе жизненной истории с выполнением ею социальных ролей.

Существуют три основных подхода для оценки психопатологической картины. *Феноменологический* подход предусматривает объективное описание патологических состояний психики (в контексте определения феноменологии, данного К. Ясперсом в 1963 г., это «предварительная работа по представлению, определению и классификации психических явлений как некой самостоятельной формы активности»). *Психодинамическая* психопатология вытекает из воззрений психоаналитиков; она не ограничивается одним описанием, но стремится трактовать причины аномалий психики на уровне подсознания. *Экспериментальная* психопатология исследует взаимосвязи между патологическими явлениями, вызывая изменения в одном из них и наблюдая за связанными с ними — в других.

С методологических позиций целесообразно использовать определенные группы, комплексы, «созвездия» симптомов и синдромов, тропных конкретному таксону и определяющих его специфическую характеристику. По степени значимости принято подразделять вычлененные синдромы на две подгруппы. Первая — облигатные, обязательные, как бы составляющие «ядро» ведущего симптомокомплекса, они тесно соотносятся с патогенезом и клинической динамикой данного расстройства личности, определяют стереотип развития на протяжении всего «длинника» заболевания, а также прогностическую и терапевтическую тактику. Вторая — факультативные, дополнительные, «периферийные» в своей семиотической иерархии симптомы, их встречаемость на разных этапах формирования личностной дисгармонии различна. Естественно, структура и динамика ведущего синдрома целиком определяют форму, вариант динамики и прогноз возникшей аномалии личности.

В ходе семиологического разбора устанавливается внутренняя связь рассматриваемого клинического содержания с той или иной нозологической формой («клинической физиономией», по выражению Ласега). Применительно к проблемам пограничной психиатрии и медицинской психологии речь чаще всего идет об установлении соответствия патогенной микросоциальной ситуации «ключевым переживаниям» личности (индивидуальной непереносимости возникшего интерперсонального конфликта), т.е. о психогенной природе психопатологического образования. Однако изменения личности и поведения могут быть и следствием *органической* дисфункции головного мозга. Данное расстройство личности характеризуется существенными преобразованиями сложившегося ранее стиля жизни, в основном за счет эмоционально-волевой симптоматики (изменение настроения, потребностей и влечений). Познавательный «дефект» сказывается в сфере планирования и предвидения для себя и общества в целом. Группа личностных расстройств, возникающих как результат влияния *конституциональных* факторов и социального опыта, включает ряд клинически значимых поведенческих типов и состояний, имеющих тенденцию к устойчивости. Возникая на ранних этапах индивидуального развития, они являются выражением свойственного субъекту стиля жизни и способов отношения к себе и окружающим. Они охватывают модели поведения, проявля-

ющиеся ригидными ответными реакциями на многообразные личностные и социальные ситуации. Подобные продолжительные изменения личности в зрелом возрасте существенно отличаются от образа жизни «среднего», устоявшегося социального стереотипа поведения.

*Специфическое* расстройство личности представляет собой тяжелое нарушения характерологической конституции и поведенческого стиля, охватывающее обычно несколько сфер личности и выражающееся стойкой личностной и социальной дезинтеграцией. Возникая обычно в позднем детстве, оно проявляется весьма рельефно в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства следует ставить после минования пубертата, что соответствует точке зрения старых авторов, в частности П.Б. Ганнушкина, призывавшего диагностировать психопатию после 16—18 лет. При этом все более признанной считается клиническая позиция, стремящаяся к разработке специальных критериев относительно социальных норм в разных социокультуральных и региональных условиях.

В целом клинико-патогенетические взаимосвязи в пограничной области многовариантны. Центральным звеном этого взаимодействия являются содержание психической травмы и преморбидные психологические качества личности.

Среди факторов, реализующих становление невротического личностного расстройства, важное место занимают психогении острого, подострого и затяжного воздействия. Психическая травма связана с жизненно важными для личности событиями, глубоко затрагивающими ее сущность и приводящими к стойким психологическим переживаниям. D. Magnusson выделяет пять уровней определения ситуации: стимулы — отдельные объекты или действия; эпизоды — особо значимые события, имеющие причину и следствие; ситуации — определяются внешними временными и психологическими условиями; окружение — характеризующее типы ситуаций; среда — сочетание социальных и физических параметров окружающего мира. Для характеристик психической травмы важно установить ее интенсивность, значимость, актуальность, патогенность, продолжительность, повторяемость, корреляция с преморбидной структурой личности. Г.К. Ушаков (1987) подразделяет психотравмы на массивные (катастрофические); ситуационно острые, подострые, пролонгированные (вызываемые самим

содержанием ситуации или же чрезмерным уровнем притязаний личности). В.Н. Мясищев (1960) разграничивает объективно-значимые и условно-патогенные психические травмы, а сами невротические конфликты подразделяют на три типа — истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

Избирательная чувствительность личности к содержанию психогений во многом определяется ее типологической структурой. Исходя из такого воззрения их подразделяют на индивидуально-значимые или индивидуально-непереносимые (Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999) и объективно-непереносимые. Весьма важна оценка процесса восприятия и осознания информации. По М.М. Хананашвили, в основе невроза лежит «информационная триада»: необходимость обработки и усвоения большого объема информации, завершающихся принятием решения; хронический дефицит времени для этой работы; высокий уровень мотивации.

Таковы основные теоретические предпосылки к клинической диагностике личностных расстройств. Их проявления в условиях практической деятельности врача общей практики, психиатра и клинического персонолога необычайно разнообразны и поэтому трудно поддаются описанию. Остановимся вкратце лишь на наиболее частых и ярких симптомах, синдромах и состояниях, имеющих личностную и неличностную семиологическую характеристику.

*Астенические состояния.* Они представляют наиболее универсальные (в биологическом и социальном смысле) формы реагирования, встречаясь как в клинике «большой» и «малой» психиатрии, так и в соматической практике, имея свои аналоги и в психологических переживаниях здоровых лиц. В клиническом плане астения (греч. *astheneia* — слабость, бессилие) характеризуется повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, расстройствами сна, болевыми сенсациями (к примеру, цефалгии по типу «каска неврастения» Г. Бирда). Неврастению вследствие переутомления описывают под термином «псевдоневрозы ситуации», «болезнь руководящих кадров», «директорский невроз» (Кемпински А., 1975), «невроз истощения» (Королев В.В., 1962) и «реактивная неврастения». Степень выраженности астенической симптоматики зависит от силы раздражителя, длительности протекания, преморбидного личностного фона, нозологической специфичности симпто-

мокомплекса. На начальном этапе отмечаются чрезмерная возбудимость, нетерпеливость, суетливость, непоседливость (в первой половине дня) наряду с эмоциональной неустойчивостью, утомляемостью и слабостью — во второй. В целом этот вариант определяется как гиперстеническая стадия. При затяжной, тяжелой, торпидной динамике превалирует ощущение «полного бессилия», вялости, угнетенности (гипостеническая стадия невротического синдрома). Обычно астенические состояния возникают после продолжительного интеллектуального или физического напряжения (нередко связанного с профессиональной спецификой, например, «болезнь менеджеров»). Их расценивают как приспособительную реакцию на снижение жизнедеятельности организма в результате психогенного или эндогенного процессов, соматических или органических поражений головного мозга. Клиническая картина синдрома отражает нозологическую специфику болезни. Так, при шизофрении нарастание астении происходит вне связи с умственным напряжением, сопровождаясь неадекватной раздражительностью, падением активности, сужением круга побуждений, аутизацией.

*Синдром деперсонализации-дереализации.* Ведущим признаком является нарушение самосознания и постепенное восприятие собственной личности с ощущением утраты ее единства, отчуждения отдельных физиологических или психических проявлений. Другой компонент синдрома связан с ощущением безжизненности, искусственности, блеклости, незнакомости окружающего пространства, с нарушением восприятия течения времени (брадихрония, тахихрония), узнаванием или неузнаванием «пережитого» («уже виденное», «никогда не виденное»). Частым феноменом является чувство утраты эмоций, собственного «Я», расстройство «схемы тела», состояние «болезненного бесчувствия». Данный «совокупный» синдром нередко бывает спутником депрессивного, фобического, обсессивно-компульсивного расстройств, но может наблюдаться (правда, в рудиментарном и фрагментарном виде) и у здоровых лиц при сенсорной депривации, усталости, моментах крайней опасности для жизни (феноменологически близок к так называемым «предсмертным состояниям»). Чаще всего оба отмеченных синдрома обнаруживаются в сочетании и имеют схожее клиническое и патогенетическое значение.



*Синдром навязчивостей* встречается в двух основных вариантах (обсессивном и фобичеком) и протекает на фоне астении. При *обсессивном* синдроме ведущими и основными признаками являются навязчивые сомнения (как проявление «болезни сомнений» или «самоедства»), счет (аритмомания), воспоминания, «умственная жвачка», контрастные (так называемые хульные мысли, влечения, двигательные ритуалы). Среди дополнительных симптомов наблюдаются тягостные проявления эмоционального напряжения, душевного дискомфорта, бессилия и беспомощности их устранения. Обсессивно-фобический (*ананкастический*) синдром включает разновидности расстройств: интеллектуальные навязчивости (обсессии), моторные (компульсии или импульсии), эмоциональные (фобии, сомнения, опасения). *Тревожно-фобические* расстройства различаются в своей интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса, часто сочетаются с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля, сумасшествия (алиенофобия). *Фобический* синдром включает разнообразные навязчивые страхи, охватывающие пациента в определенных условиях, при душевных переживаниях. Начинаясь с проявлений монофобии, синдром постепенно «обрастает» другими опасениями (например, кардиофобия усложняется страхом езды в транспорте, агрофобией, клаустрофобией, танатофобией и т.д.). *Социальные фобии* концентрируются вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих, что приводит к избеганию общественных ситуаций. Они могут быть изолированными (ограничиваясь боязнью публичных выступлений, встреч с противоположным полом или диффузными (включаются почти все социальные ситуации вне семейного круга). Они обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики, достигая степени панических атак. *Агрофобия* включает страхи не только открытых пространств, но и близких к ним ситуаций (например, наличия толпы — петтофобия). Интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения бывают настолько дезадаптирующими, что пациенты полностью «прикованы» к домашней обстановке. *Панические атаки* возникают в установленной фобической ситуации: наблюдаются неожиданно возникающие сердцебиения, боли в груди, ощущение удушья, головокружения, чувство нереальности. Атаки продолжаются недолго (минуты), хотя их частота и течение весьма переменчивы.

*Обсессивно-компульсивное* расстройство характеризуется повторяющимися обсессивными мыслями (идеями, образами, влечениями) или компульсивными действиями (в стереотипной форме приходящими на ум пациенту). Они почти всегда тягостны, потому что воспринимаются как агрессивные, бессмысленные, возникающие непроизвольно и невыносимо (отсюда ритуалы в виде повторяющихся стереотипных поступков). Течение синдрома весьма вариабельно, нередко наблюдается в комбинации с депрессивными симптомами.

*Посттравматическое стрессовое расстройство* формируется как отставленная или затяжная реакция на стрессовую ситуацию или событие (кратковременное или продолжительное), исключительно катастрофического, угрожающего содержания. Считается, что эти стрессы существенно выходят за рамки обыденных воздействий (природные или искусственные катастрофы, военные действия, свидетельство насилия, пыток, террористических актов). В последние годы в нашем коллективе (Е.М. Епанчинцева) осуществляется клинико-динамическое обследование лиц, принимавших участие в военных действиях (Афганистан, Чечня). Типичными для них являются повторные переживания психологического стресса в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, ангедонии, избегания любых ситуаций, напоминающих о трагических событиях, состояния «оцепенелости», эмоциональной притупленности. Наряду с этими феноменами встречаются картины депрессии и тревоги, суицидальные переживания, высокая вегетативная возбудимость, диссомнии. В своей совокупности подобные расстройства приводят к становлению аномальной линии поведения (аддикция, попытки ухода в мир фантазий и грез, эксплозивные реакции и т.п.). Начало данного синдрома возникает вслед за коротким латентным периодом после травмы и варьирует от нескольких недель до месяцев (чаще около 6 месяцев). Течение состояния волнообразное, но возможен и переход в *хроническое изменение личности*, которое возникает вслед за стрессом катастрофы и относится к категории неблагоприятного варианта ПТСР (проявляется ригидными, дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании). Клинически дан-

ное состояние устанавливается на основе комплекса признаков: враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отгороженность; ощущение опустошенности и безнадежности; отчужденность; хроническое чувство волнения, тревоги, постоянной угрозы, существование «на грани».

*Социально-стрессовое расстройство* описано Ю.А. Александровским (1993) как проявление так называемого «стресса повседневной жизни». Основными условиями и причинами его возникновения являются макросоциальные общегрупповые психогении в виде своеобразной коллективной психической травмы, изменяющей стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения, коренные изменения общественных отношений, выходящих за рамки общего опыта, смена системы культуральных и идеологических представлений, изменение социальных связей и жизненных планов. Клиническая картина СССР представлена астеническими и истерическими нарушениями, вегетативными дисфункциями, инсомническими и паническими расстройствами. При более глубоких и затяжных вариантах наблюдается личностная дисгармония, саморазрушающие формы поведения, асоциальные и антисоциальные действия.

*Расстройства адаптации* относятся к типичным реакциям на стресс. Они представлены депрессивными картинами с преобладанием тревоги или нарушений поведения (как ответ на феномен утраты с переживанием разлуки, наличие или возможность серьезной физической болезни). При этом социальный фактор поражает интегральность сети пациента, широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Проявления картины дезадаптации различны. Они включают депрессивные, тревожные переживания, беспокойство, чувство неспособности справиться с ситуацией или оставаться в ней. У лиц подросткового возраста могут быть агрессивные и диссоциальные поступки. *Кризис идентичности* приводит к различным личностным девиациям в современной быстро меняющейся жизни, развивающемся на донозологическом и нозологическом уровнях. Выделяются 4 его клинических варианта (Положий Б.С., 1998): аномический (поведение с утратой жизненного тонуса, неверием в свои силы), диссоциальный (нетерпимость к окружающим, стремление к аг-

рессивному поведению), негативистический (с упрямством, нарочитым недовольством окружающим, пессимистической оценкой происходящего), магический (интересы к иррациональному, мистическому).

Во всех этих формах поведенческих расстройств отражаются макросоциальные общественные процессы, изменить которые субъект не в состоянии. Скорее всего, он придерживается выжидательной или пассивной позиции, в которой наиболее ярко «высвечивается» его преморбидный характерологический склад.

*Диссоциативные и соматоформные расстройства*, включенные в МКБ—10, практически упраздняют или «поглощают» многообразие истерических проявлений «старого времени». Между тем их фактическое существование не может быть опровергнуто, оно лишь подменяется иной, на наш взгляд, не совсем удачной терминологией. Введенный новый термин «диссоциативный» объединил расстройства, считавшиеся ранее истерическими, причем как собственно диссоциативного, так и конверсионного типов. Им присущи одни и те же (или очень близкие) психологические механизмы развития. Термин «конверсия» подразумевает неприятный аффект, порожденный проблемами и конфликтами, которые пациент не в состоянии разрешить, и трансформирует их в истерические симптомы (диссоциативная амнезия, фуга, ступор, трансы, состояния овладения, расстройства движений и ощущений). Начало и окончание диссоциативных состояний часто внезапны, имеют тенденцию к ремиттированию (при возникновении травматического жизненного события). Главным признаком *соматоформных* расстройств является повторяющееся появление физических симптомов с постоянными требованиями медицинской помощи в обследовании (из их числа рекрутируются так называемые «трудные больные» в понимании А. Рэунеску-Подяну, 1974). Часто наблюдается некоторая степень истерического поведения, направленного на привлечение внимания.

*Истерическое расстройство личности (F60.4)* характеризуется самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций, внушаемостью, постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих, неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении, чрезмерной озабоченностью физической

привлекательностью. В качестве дополнительных черт описываются: эгоцентризм, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, отчетливое манипулятивное поведение с целью удовлетворения своих потребностей, нозофильная реакция личности на болезнь. Среди *истероневротических* (конверсионных) расстройств отмечаются: ощущение «кома» в горле («глобусная истерия»), икота, дисфагии, спазмы, боли, истерические трансы. Сочетание многообразных истерических симптомов с их ипохондрической окраской описывается как *болезнь (синдром) Брике*. Нередко невротический конфликт получает «вторичный» соматический ответ и переработку, когда симптом приобретает символический характер, а его демонстрация оценивается как попытка разрешения стрессовых погрешностей. *Синдром нервной анорексии* в динамике своего развития связан с описанным ранее синдромом *дисморфофобии* (Коркина М.В., 1986): активные действия для похудения с целью «устранения» физического недостатка; из страха поправиться пациенты нередко препятствуют оказанию им помощи. Прибавка в весе вызывает повторные истерические депрессивные реакции и новые упорные попытки похудеть.

*Депрессии невротического уровня.* Под невротической депрессией понимают группу непсихотических аффективных расстройств, вызванных отчетливыми психотравмирующими факторами (внутренние психологические, межличностные конфликты, потеря близких). На последующих этапах депрессия (в виде сниженного настроения, эмоциональной лабильности, тревожности, астении) приобретает витальный оттенок, снижаются активность, инициатива, усиливается бессонница. *Ларвированные* (маскированные, соматизированные) депрессии выражаются чувством утраты бодрости, энергии, активности, потерей перспективы. Основная депрессивная симптоматика как бы «вуалируется» субъективными переживаниями (парестезии, алгии, вегетативно-висцеральные и сексуальные нарушения). Диагностическое значение приобретает критерий лечебного эффекта (от приема небольших доз антидепрессантов).

*Невротическая ипохондрия* имеет отчетливую связь с психогенией. Отсюда субъективно необоснованные сомнения, страхи, опасения по поводу своего здоровья. Они формируются на фоне активной борьбы личности с мнимой

болезнью («ипохондриа здоровья»). Нередко ипохондрическое симптомообразование тесно связано с сенестопатиями, стремлением регистрировать малейшие отклонения от нормы. *Ятрогенная ипохондриа* (Higier H., 1928) появляется в связи с неправильной врачебной тактикой, неосторожными действиями медицинского работника, коммерческими тенденциями в фармации. Многие авторы (начиная с С.С. Корсакова) допускают существование самостоятельной «ипохондрической болезни», а также «ипохондрического невроза».

*Сверхценные образования* отнесены к пограничной личностной симптоматике. В их основе лежит твердое убеждение (тесно связанное с особенностями личности), питающееся реальной, но значительно преувеличенной оценкой конкретных жизненных событий, фактов, наблюдений, обладающей при этом мощным эмоциональным зарядом и в силу этого трудно поддающейся разубеждению. Занимая непомерно большое (гиперболизированное) положение в системе ценностей индивида, такого рода идеи становятся доминирующими в духовной жизни человека, определяют его деятельность и в итоге приводят к социальной дезадаптации. Сверхценная идея имеет отправную кататимную позицию в системе оценки реальных событий. В результате этого все последующие факты опираются на аффективно заряженный круг впечатлений и доказательств, с трудом поддающийся разубеждению и коррекции извне.

Содержание сверхценных идей во многом определяется преморбидной личностной структурой, степенью выраженности ее дисгармонии. Отсюда подразделение «ипохондрической сверхценной идеи» у психопатических лиц и «ипохондриа здоровья» как преданность здоровых индивидов научной идее закаливания, преодоления явных или мнимых физических дефектов, стойких жизненных установок, постепенно становящихся самоцелью, личностным мировоззрением. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой собственных психологических личностных качеств, подразделяются на идеи изобретательства, реформаторства, талантности, ревности (как убежденности в неверности сексуального партнера), сутяжничества (кверулячества). Они могут выступать в качестве самостоятельного, ограниченного в своих синдромологических рамках («моноидея») пси-

хопатологического феномена, а также в сочетании с другими образованиями как проявления личностной декомпенсации или динамики эндогенного процесса.

В целом процесс постановки диагноза, распознавания того или иного психопатологического состояния (в сфере клинической персонологии это, в основном, определение невротических или патохарактерологических стереотипов), отнесения к соответствующей категории патологии есть вопрос «концепции и времени» (Л. Мишо). Имеющиеся в настоящее время в распоряжении практического врача и теоретического исследователя сложные многоосевые системы классификации и диагностики весьма привлекательны, но могут в итоге оказаться настолько обширными и абстрагированными, что утрачивается их прагматическая значимость и клиническая ценность. Становится все более очевидным, что каждую диагностическую категорию, любой семиологический феномен следует рассматривать в поперечном и продольном (лонгитудинальном) разрезе, то есть использовать в диагностическом процессе сведения из-за преморбидной истории индивида данные «актуального» психического состояния, информацию о развитии основных синдромов (состояний) на протяжении отдельных стадий заболевания, а также конкретные параметры оценки грядущего прогноза, исхода болезненного процесса. В области «малой» пограничной психиатрии продуктивной идеей может оказаться представление о наличии постепенных, непрерывных переходов между нормой и патологией, об отсутствии четких границ между ними (Кербиков О.В., 1971). В этом же контексте весьма заманчива идея получить экспериментальные и клинические данные, объясняющие психические отклонения с точки зрения детерминирующих нормальное поведение процессов (Гельдер М., Гэт Д., Мейбо Р., 1997). Психологическое исследование психических личностных расстройств, рассмотренных в данной главе, подводит нас к идее изучения факторов, поддерживающих аномальное поведение. В известной мере этот тезис подкрепляется довольно распространенной сентенцией: «Как недостатки есть продолжение наших достоинств, так и психопатология (ее содержательная сторона) есть продолжение нашего мировоззрения». В более отчетливой форме высказанные идеи по современной диагностике личностных девиаций могут быть оценены

словами Клода Бернара: «Научные концепции не могут быть правильными или неправильными, они могут полезными или бесполезными». Они подкрепляют значимость новых технологических приемов и способов диагностики личности (нормальной и патологической), включаемых в сферу научного поля современной валеопсихологии и клинической персонологии.



## **ГЛАВА 7.**

### **ГАРМОНИЧНАЯ И АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТИ КАК СТЕРЖНЕВОЙ ОБЪЕКТ ПЕРСОНОЛОГИИ**

Отправной позицией в типологической оценке нормальных и патологических личностей может служить высказывание Гарднера Мэрфи: «Недостаток знаний о людях — это не пустая, а главная угроза жизни. Недостаток знаний о личности, возможно, является стержневым вопросом, который наиболее важен для нас сегодня — вопросом понимания, чем может стать человек при новой расстановке сил». Именно эти два личностных варианта составляют «мостик» между общей и клинической персонологией, между психологией и медициной, между понятиями «нормы к патологии», «здоровья и болезни», а также сопряженных с ними психокоррекционными и психотерапевтическими вмешательствами. В личностном континууме «нормальная — патологическая личность» оба типологических варианта стоят на полюсе «социального благополучия» — как индивидуального, так и общественного, являясь объектом внимания социологов, психологов, юристов, персонологов, педагогов и т.д., в то же время к другому полюсу (представленному психопатическими и психотическими личностями) приковано внимание, в основном, медиков, психотерапевтов и т.д.

Шкала человеческих характеров чрезвычайно многообразна. Однако с позиций оценки адаптивных возможностей удастся выделить несколько вариантов личностного склада, отражающих разную степень социальной зрелости и приспособляемости конкретного индивида: нормальный, сбалансированный; акцентуированный; невротический; пре-психопатический; психопатический. (Добавим сюда еще один личностный тип — психотическую личность, пребывающую в психозе или вышедшую из него, но в грубо измененном, искаженном облике. Речь идет в таких случаях о психопатическом типе.)

тизированной личности, по терминологии старых клиницистов). Необходимость детальной группировки и дифференциации отдельных личностных типов диктуется, помимо построения чисто теоретических конструкций, еще и выбором адекватных государственных превентивных программ, предусматривающих оздоровление социального окружения и гармонию внутреннего функционирования, поддержание индивидуального и общественного психического здоровья.

Гармоничные, в психологическом смысле, люди проявляют вполне достаточную сбалансированность основных нервных процессов (возбудительного и тормозного), адекватную оптимальную уравновешенность корковой и подкорковой деятельности, одинаковое (равновесное) соотношение первой и второй сигнальной систем. По своему типологическому складу они принадлежат к среднему типу высшей нервной деятельности, способному весьма эффективно противостоять как физическим, так и социально-психологическим воздействиям. При наличии взаимной уравновешенности, сбалансированности основных психологических качеств индивидуум чрезвычайно редко подвержен негативному эмоциональному стрессу. Даже в ситуациях, явно угрожающих его жизненному благополучию, он находит наиболее рациональный, оптимальный выход из создавшейся кризисной ситуации и успешно преодолевает наметившийся душевный дискомфорт.

Понятие «личность» предусматривает вычленение наиболее устойчивых качеств индивидуума, которые проявляются с отчетливой полнотой его поведения в самых разнообразных ситуациях. Их своевременная и правильная оценка в обычных («спокойных», «холодных») условиях позволяет предусмотреть вероятное поведение человека в изменяющихся и необычных ситуациях, включая его реакцию на появившуюся болезнь и связанное с ней преобразование биологического функционирования.

В теоретическом плане представляется оправданным рассмотрение пространственной («круговой») модели личности, в которой ее центр отведен для идеальной, гармонической, сбалансированной личностной структуры. Далее концентрически, как «круги по воде», к периферии тяготеют личности из «группы риска» (в первую очередь, акцентуированные натуры) и невротического спектра. «Краевые» зоны этой кольцевой схемы занимают препси-

хопатические и психопатические аномалии личности, диапазон приспособляемости к окружающей социальной среде, «впечатывания» в нее крайне ограничен. Такой пространственно-типологический подход к оценке личности не нов. Глубинно-психологический акцент отчетливо обнаруживается в теоретических и экспериментально-психологических построениях К.Юнга, Дж. Гилфорда, Дж. Кеттелла, Г. Айзенка и других. Так, в работах двух последних персонологов мы обнаруживаем попытку с помощью факторного анализа пробиться к глубинным основам личности, синтезировать ее онтологические качества. Однако весь парадокс существующего на сегодняшний день положения вещей заключается в том, что критерий качественного разделения нормальной и аномальной личности настолько глубинен, что позволяет говорить о ее непознаваемости и недостижимости. (В связи с этим многие экспериментаторы признают ненадежность инструментального изучения личности, оставляя за собой «право на ошибку»). Между тем проведение однозначных граней (количественных и качественных) может стать первоосновой в клинической персонологии, ибо строгие критерии вытекают из конкретных клинических реалий, а существующие «портреты» могут быть расценены как первое приближение к существующим поведенческим и экзистенциальным моделям (Karpman B., 1948)<sup>1</sup>. Такого рода накопление клинических фактов по уточнению «более тонкой дифференциации типов» осуществлено нашими знаменитыми предшественниками — С.А. Сухановым, П.Б. Ганнушкиным, О.В. Кербиковым и др.

Личностная гармоничность во многом определяется социально-психологическими категориями, прежде всего, соответствием и исполнением нравственным требованиям общества. Основным параметром гармоничной личности является адаптивность, характеризующая способность приспособления индивида к меняющимся жизненным ситуациям, а также степень принятия социального окружения, значимость удовлетворения потребностей. Это психологическое качество отражает реализм в восприятии окружающей среды (перцептивная компонента) и способность

---

<sup>1</sup> Karpman B. The myth of the psychopathic personality // Amer. J. Psychiatry. 1948. Vol.104.

«принимать» этот мир и людей такими, какие они есть (регуляторная компонента).

Самоактуализация предусматривает «принятие себя» (оценка своих возможностей, понимание насущных потребностей, принятие выработанных ценностей), жизнь с внутренней удовлетворенностью, примирение и изживание чувства неуверенности и т.п. Согласно А. Маслоу (1987), самоактуализация — это желание человека стать тем, кем он может стать, достичь вершины своего потенциала: «Музыканты должны играть музыку, художники должны рисовать, поэты должны сочинять стихи, если они, в конце концов, хотят быть в мире с самим собой... Они должны быть верны своей природе». Важными качествами самоактуализации являются спонтанность, простота, автономность, проблемная центрация. Гармоничный человек обладает способностью изменять ситуации, которые поддаются изменению, принимать их такими, какие они есть, в случае невозможности преобразовать их и научиться различать одно от другого. Зрелость включает психологическое умение разводить реальные и идеальные цели (Б.В. Зейгарник), способность приспособливаться к внешней среде с учетом жизненного опыта. Инфантилизм («детскость», незрелость) характеризует дисгармонию личности и включает подчиняемость, наивность, непосредственность, зависимость, эгоцентрическую позицию.

В зарубежной психологии последнего времени выдвигается понятие социальной и личностной идентичности<sup>2</sup>. Согласно воззрениям Э. Эриксона (1968), под личностной (иногда «личной», «персональной») идентичностью понимают набор черт или индивидуальных характеристик, отличающихся определенным постоянством или, по крайней мере, преобладанием во времени и пространстве, позволяющий дифференцировать данного индивида от других людей (т.е. делающий человека подобным самому себе и отличным от других). Х. Таджфелом (1979)<sup>3</sup> выдвинута идея существова-

---

<sup>2</sup> Обзор работ на указанную тему содержится в публикации Павленко В.Н. Представления о соотношении социальной и личностной идентичности в современной западной психологии // Вопросы психологии. 2000. № 1. С.135—141.

<sup>3</sup> Tajfel H. Individual and groups in social psychology // Brit. J. Cos. and Clin. Psycholog. 1979. Vol.18.

ния определенного социально-поведенческого континуума, на одном полюсе которого локализованы формы межличностного взаимодействия, на другом — взаимодействие людей как представителей определенных общностей. Первый вариант предполагает актуализацию личностной идентичности, второй — социальной. Социальная идентичность преобладает в группе личностей с высоким уровнем отличий при сравнении «Мы — Они» и низкий в сопоставлении «Я — Мы». С другой стороны, личностная идентичность преобладает у тех, у кого высокий уровень отличий при сравнении «Я — Мы» и низкий — «Мы — Они». Таким образом, чем выше уровень отличий, тем сильнее влияние идентичности на поведение индивида. Созданная Р. Дженкинсом (1998)<sup>4</sup> базовая «модель внешне-внутренней диалектики идентификации» конструирует представление о «Я» как о постоянно протекающем синтезе одновременно внутренних самоопределений и внешних определений себя другими. Идентификация — это необходимая предпосылка социальной жизни; индивидуальная идентичность, воплощаемая в самости, не существует изолированно от социальных миров других людей.

Наряду с социальной идентификацией существует эгоцентризм (или ингруппная ориентация), составляющий универсальное свойство человека. Дифференциация когнитивной схемы «Я — Мы — Другие» является необходимой предпосылкой выхода за рамки эгоцентризма для осознания определенных социальных перспектив и понимания других. Социальная идентификация вызывает синтонность и чувство групповой включенности. Эта позиция освещена с точки зрения эволюционного генетика в блестящей работе В. Эфроимсона (1971)<sup>5</sup>. Полемизируя с широко распространенным убеждением, что воспитание есть полный, единственный и безраздельный творец этических, нравственных начал в человеке, автор утверждает, что в его природе есть и «нечто такое», заставляющее тянуться к справедливости, самоотвержению. Под понятием «совесть» он подразумевает всю группу эмоций, которая заставляет индивида совершать поступки, лично ему непосредственно не выгодные,

---

<sup>4</sup> Jenkins R. Social identity. L.: Routledge, 1996.

<sup>5</sup> Эфроимсон В. Родословная альтруизма (этика с позиций эволюционной генетики человека) // Новый мир. 1971. № 10. С.193—213.

даже опасные, но приносящие пользу другим людям. Исторически искатели истины, знаний и понимания (бесчисленный сонм жрецов, знахарей, шаманов, алхимиков, талмудистов, кабалистиков, сектантов), не создававшие непосредственных материальных благ и обреченные на научное бесплодие, цементировали свои племена и народы этическими нормативами, ослабляли внутриплеменную борьбу. Эмоции человечности, доброты, рыцарского отношения к женщинам, старикам, детям составляли те свойства, которые «направленно и неизбежно развивались под действием естественного отбора и входили в фонд наследственных признаков человека». Устойчивыми оказывались группы традиционно плодовитые: чадолюбивый крестьянин оставлял обычно больше детей, чем ловеласы, донжуаны, мессалины и клеопатры «всех социальных уровней, времен и народов». Вызывает восхищение заключительный аккорд статьи: «Человеку ценой миллиардов жертв, жестоким естественным отбором досталась способность мыслить, различать добро и зло. Он должен всегда и во всем быть судьей своим собственным делам, сознавать, что за свои поступки он всегда отвечает сам». Однако будем помнить и об указании социального психолога Т. Шибутани (1969): «Биологическое наследственное снаряжение не определяет, что человек будет делать, но оно накладывает известные ограничения на то, что он может делать»: конкретное поведение людей детерминировано средой и личностью. Так, ревность, относимая чаще всего к «низменным побуждениям» может быть беспричинной и породить трагический финал независимо от поведения партнера (образы Арбенина, Отелло), а может привести к иной стратегии — в высшей степени сдержанной и великодушной («дай Вам Бог любимой быть другим»).

Влияние общественной жизни на психическое здоровье личности неоспоримо: в здоровом социальном обществе не должно быть массовых патохарактерологических девиаций. Напротив, больное социальное окружение порождает все возрастающую, расширяющуюся и проникающую во все слои общества пограничную личностную патологию, в основе которой лежат еще малоизученные механизмы аномального реагирования. Среди последних видное место как социально-психологический феномен занимает внушение, являющееся тем социальным фактором, который «играет не-

маловажную роль не только в жизни каждого отдельного лица и в его воспитании, но и в жизни целых народов» (Бехтерев В.М., 1908)<sup>6</sup>. Необходимость всестороннего изучения личностных механизмов, закономерностей, формул становления многих психологических и психопатологических феноменов, сопряженных с поиском веры и истины, разграничением добра и зла, выбором рациональных (или иррациональных) способов реагирования, приобретает междисциплинарный характер, «иначе целый ряд исторических и социальных явлений получает неполное, недостаточное и частью даже не соответствующее освещение» (В.М. Бехтерев). Небывалый всплеск массовых проявлений «псевдоцелительства», спиритизма, пагубных увлечений, легковерий следует объяснять кросскультуральными преобразованиями, составляющих «удел индустриальных культур» (Uexkull Th., 1991), когда в такие переломные эпохи «нарождаются мистические искания и течения, волна мистицизма разливается все шире и шире» (Н. Бердяев). Несомненно, большинство психологических и психопатологических феноменов, напрямую связанных с реализацией механизмов повышенной внушаемости и самовнушаемости, имеют истерический характер (элемент подражательности и контагиозности). Сошлемся лишь на два клинических феномена, описываемых в последнее время: «синдром прыгающих людей» (по типу реакций ужаса, эхомосимптомов с дезорганизацией моторного и языкового поведения) и «синдром кувад» («высживания детей»: выражается совокупностью психогенных и психосоматических нарушений у мужчин, имеющих беременных жен — перенос дискомфорта беременности подпитывается неосознаваемым чувством вины перед супругой)<sup>7</sup>.

Психологическая подоплека подобных многообразных психологических феноменов зачастую связана с некоторыми личностными качествами здоровых лиц. Среди них су-

---

<sup>6</sup> Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб, 1908. 175 с.

<sup>7</sup> Более подробно о природе таких феноменов см. в наших прежних работах: Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. Семке В.Я., Бохан Н.А., Галактионов О.К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. Их выражение осуществляется путем «жестов, мимики, движений, знаков или символов» (Бехтерев В.М., 1908).

ществленную роль играют: медитация — психическая активность личности, направленная на достижение углубленного сосредоточения; интуиция — способность непосредственного постижения истины (знание, возникающее без осознания путей и условий его получения); медиум — посредник между людьми и миром потусторонних существ. Оформление этих «необычных состояний» в соответствующий синдром носит, скорее всего, условный характер. Чаще всего он носит более широкий (психологический, а не психопатологический) смысл, объясняющийся «встречей» различных моделей, признаков и симптомов, формирующихся в виде нормальной личностной реакции на изменения окружающей культурной среды.

Из всего многообразия современных подходов к изучению нормальной, гармонической личности в контексте рассматриваемой проблемы выделим эниологический, создающий новое направление в валеопсихологии («валеопсихологической эниологии»). В его основе лежат новейшие «технологии диагностики, коррекции и развития здорового, гармоничного и успешного стиля жизни и энергоинформационного общения с людьми и природой» (Панченко Т., Панченко А. Основы эниостиля. Ижевск, 1995). Эниостиль как весьма перспективное и довольно агрессивное методологическое звено валеопсихологии претендует на синтез многочисленных психотерапевтических приемов классического и современного содержания, в первую очередь, аналитической психологии, нейролингвистического программирования, эриксоновской модели, транзактного анализа, соционики, телесного психоанализа, парапсихологии и других наиболее действенных технологий Востока и Запада.

Такой подход, несмотря на его видимую эклектичность и противоречивость, может оказаться весьма универсальным в попытке создания модулей совершенства, гармонии, здоровья и успеха. Неспроста его авторы рассматривают эниостиль как «принципиально новое социокультуральное явление, которое принадлежит одновременно науке, магии, искусству и религии. Оно должно найти адекватное применение в психологии, педагогике, искусстве, медицине, бизнесе, управлении, семейной жизни. Подкупающим моментом в технологиях «валеопсихологической эниологии» является возможность «увидеть», «услышать» и «почувство-



вать» механизмы продуктивного саногенного (оздоравливающего) экологического манипулирования своим собственным поведением и поведением других людей, направленных на психологическую «шлифовку» накопившихся личностных проблем, укрепление здорового «остова» личности. Практическая работа по разрешению личностных, производственных, семейных конфликтов, активизации деловых качеств, раскрытию для человека его собственного пути к самореализации осуществляется экспертами эниостиля на основе четырех метафор — S, M, A, R (метафоры науки, магии, искусства, религии). Каждая из них содержит семь «лепестков» эниостиля: психогеометрическая фигура по Сьюзен Делингер, стиль общения или категории Вирджинии Сатир, эго-состояние по Эрику Берну, предпочитаемая модальность, наиболее развитая чакра по метафоре психотроника; главная функция по К. Юнгу; тип телесной защиты по Александру Лоуэну. В русле установления конгруэнтности индивид добивается того, чтобы все «лепестки» эниостиля соответствовали его родной метафоре: это «беспроблемный» человек, не попадающий в поле зрения психолога и психотерапевта, он гармоничен и совершенен. В случаях обнаружения несовпадения задача эксперта состоит в приведении их в соответствие, развив недостающие «лепестки».

Типологическая характеристика здоровой, гармоничной личности предусматривает всестороннюю оценку основных психических функций и социальную динамику изучаемого субъекта. Среди множества диагностических подходов (один из которых мы уже приводили ранее) остановимся несколько подробнее на классификации соционических типов личности (табл.). В таблице дана иерархия основных (четырех) психических функций человека (логика, сенсорика или ощущения, этика, интуиция). Каждый из выделенных 16 соционических типов имеет условное название (или псевдоним), наиболее полно соответствующее самым «ядерным» персоналиям описываемого личностного варианта.

В процессе определения психологической характеристики испытуемый осуществляет своеобразную «самодиагностику». Выбирая из первой колонки набора наиболее соответствующие личностные качества, испытуемый переходит на второй «разветвленный» столбец и вновь осуществляет выбор, затем из третьего «ответвления» столбца следует окончательная диагностика типологического склада. Оста-

## Соционические типы личности

Безмятежность, свобода от обстоятельств, непринужденность, воля, победа, сила, случайная удача, приспособляемость к меняющемуся миру, умение уловить поведенческие тенденции, заметить представляющиеся возможности, непредсказуемость и импульсивность решений, любознательность, гибкость, переменчивость суждений, мягкие кошачьи движения	Перспективные возможности, фантазия, новые сложные задачи, абстракция, теория, изучение, познание нового, глобальный взгляд на вещи, на будущее	Энтузиазм, азарт, увлеченность новыми начинаниями, их популяризация	Вдохновляющие идеи, перспектива	ДОН-КИХОТ	
	Здесь и сейчас, конкретность, реализм, звуки, краски, запахи, все вижу, все слышу, готов реализовать, практика, пронзительное ощущение окружающего	Воля и целеустремленность, настрой на победу, не считаясь с преградами	Мягкость, воображение, фантазия, тонкость и глубина анализа, точные прогнозы	Талантливые люди, восхищение	ГЕКСЛИИ
				Скептическое предвидение мира, мир не прост	БАЛЬЗАК
				Эмоциональные предчувствия, мир удивителен и прекрасен	ЕСЕНИН
Планомерное продвижение, заблаговременная подготовка, систематическая работа, не откладывать на последнюю минуту, доведение начатого до конца, сделать и полюбоваться результатом, постоянство мнения, ответственность за свои решения, последовательность поступков, аккуратность, четкие движения	Разум, логический анализ. Мысль, следовательно, существую. Интеллект, мышление, объективный мир и его законы, наука, техника, производство, мозг	Действие, умение совершать разумные поступки, планировать и строить	Стратегия победы, действия	ЖУКОВ	
			Упоение властью, дерзость	НАПОЛЕОН	
	Чувства, понимание людей, их потребностей, отношений любви и ненависти, добра и зла, роскошь человеческого общения, добро, эмоции, симпатии	Анализ, ясное логическое мышление, познание, разумные мысли	Буря страстей, не скрывать своих чувств, нести эмоции людям	Холодное упорство, работа	ГАБЕН
				Тёплая доброжелательность, мир	ДЮМА (ОТЕЦ)
				Романтическая трагедия, судьба мира	ДЖЕК ЛОНДОН
				Борьба с хаосом, порядок	ШТИРЛИЦ
		Молчаливое переживание, глубокое понимание духовного мира людей	Справедливость, изобретение	РОБЕСПЬЕР	
			Трезвый реализм, внедрение	М. ГОРЬКИЙ	
			Романтика преодоления, эксперимент	ГАМЛЕТ	
			Пламенный и радужный, близкие	ГЮГО	
			Сочувствие, вся людская боль	ДОСТОЕВСКИЙ	
			Неприятие зла, чистота души	ДРАЙЗЕР	

новимся на кратком описании наиболее ярких персоналий указанных типов, сгруппировав их в «четверки» по соответствующим рубрикам.

В первой «четверке» преобладает фантазия, глобальный взгляд на будущее, познание нового. Для ДОН-КИХОТА самой сильной, программной функцией является интуиция возможностей, позволяющая быстро схватывать суть идеи, дела, видеть перспективу их развития; творческая функция (логика отношений) дает возможность реализовывать соб-

ственные, часто масштабные идеи, логически выстроить свои действия и поступки; волевая сенсорика заставляет его стремиться к тому, чтобы окружающие видели в нем целеустремленного человека; этика отношений приводит их к излишней идеализации людей, отсюда вся «тяжесть» прозрения и разочарования. В международной классификации этот тип определяется как изобретатель. К типичным представителям данного варианта относят Циолковского, Эйнштейна, Сахарова. ГЕКСЛИ (советчик): хорошо разбирается в способностях людей и помогает их развить; страдает от непродуманных поступков и неумения разобраться в сложных системах (прототипы В. Чапаев, Г. Каспаров, Р. Быков). БАЛЬЗАК (критик): логически просчитывает возможные варианты неприятностей, нетерпим к бурному проявлению положительных эмоций, критическим выпадам (яркие представители: Кутузов, Банионис, Андропов). ЕСЕНИН (лирик) не выносит упреков в недисциплинированности, божественности; прекрасно ориентируется в потоке времени, как текущего, так и исторического (к ним относят Бухарина, Брежнева, Гагарина, Смоктуновского).

Во второй «четверке» соционических типов доминируют конкретность, реализм, практицизм, пронзительное ощущение окружающего. ЖУКОВ (маршал): настойчив, решителен; болевая точка — этика отношений; главная обида для него — подозрение в наличии любимчиков (Ленин, Королев, Маяковский, Мордюкова). НАПОЛЕОН (политик) характеризуется стремлением к власти, инициативностью, демонстративностью, однако раним в ситуациях, требующих уравновешенного поведения (Пушкин, Горбачев, Пугачева). ГАБЕН (мастер): реалистически мыслящий, упорный, в конфликтных обстоятельствах груб и несдержан (А. Кристи, Ж. Сименон, Э. Пьеха). ДЮМА (отец): псевдоним — послушник; стремится к наслаждениям сегодняшнего дня; болевая функция — логика действия — побуждает к различным коммерческим действиям, авантюрам (Меньшиков, Хрущев, Бронева).

Для третьей «обоймы» социотипов свойственен логический анализ, разум. ЛОНДОН (предприниматель) хорошо знает, что делать, выполняет все быстро, элегантно, но сомневается в своей привлекательности (примеры: Кеннеди, Ландау, Эйзенштейн). ШТИРЛИЦ (администратор) отличается конкретно-логическим умом, практичностью, целе-

сообразностью (Зорге, Рейган, Собчак). РОБЕСПЬЕР (аналитик): рассудителен, логичен, ориентируется на разумные категории, болезненно воспринимает грубость, тиранию (Чехов, Рахманинов, Амосов). ГОРЬКИЙ (инспектор) — с точной проработкой абстрактных идей, трезвый реализм, внедрение (Сталин, Дали, А. Карпов, Н. Михалков).

Наконец, в последней «четверке» типов превалирует понимание людей, категорий добра и зла, роскоши человеческого общения. ГАМЛЕТ (наставник) своим возвышенным отношением к жизни успешно «заряжает окружающих», талантливый оратор; болевая точка — постоянные сомнения в своей привлекательности, эстетичности (Репин, Троцкий). ГЮГО (энтузиаст): нацелен на поддержание высокого эмоционального тонуса коллектива, болезненно переживает упреки в поспешности (Орлова, Жирардо, Ж. Филип, Орджоникидзе). ДОСТОЕВСКИЙ (гуманитарий): сочувствие, сопереживание, уступчив, не конфликтен, готов к самопожертвованию (Солженицын, Паустовский, М. Монро). ДРАЙЗЕР (хранитель) — непримиримый борец за нравственность, порядочность, не переносит обсуждения собственных способностей, перспектив (Тургенев, Ельцин, Ильинский, Ротару).

Знание своего соционического типа помогает человеку «диагностировать» свои сильные и слабые стороны, с последующим выбором стратегии коррекции своей жизненной судьбы, вплоть до смены профессиональной деятельности, исходя из приоритетности устанавливаемых прототипов. Так, киевский ученый В. Гуленко в зависимости от рода деятельности группирует: талантливых руководителей, инженеров, военных (Жуков, Габен, Штирлиц, Горький), талантливых ученых, теоретиков, экспериментаторов (Дон-Кихот, Бальзак, Лондон, Робеспьер), работников культуры и искусства (Гексли, Есенин, Гамлет, Достоевский), научных популяризаторов новых начинаний, руководителей творческих коллективов (Наполеон, Дюма, Гюго, Драйзер). Важен учет взаимодействия соционических типов (с выделением так называемых «дуалов» — т.е. типов личности, к которому человек настроен наиболее положительно; конфликтов — с их противоположными, отталкивающими знаками; это в существенной мере оптимизирует межличностные отношения (в семье, с друзьями, в школе, на работе).

В кросскультуральных исследованиях подтверждено существование пятифакторной модели личности (Бурлачук Л.Ф., Королев Д.К., 2000)<sup>8</sup>, признанной наиболее экономной и устойчивой. Она описана с помощью пяти больших факторов: экстраверсии, нейротизма, склонности к согласию, добросовестности и открытому опыту. Приведем их краткую трактовку. Негативная эмоциональность, нейротизм проявляется в чувствительности индивида к стрессогенным ситуациям (на одном полюсе этого фактора располагаются «реактивные» личности, на другом — носители эмоциональной устойчивости). Экстраверсия — интраверсия — представляет фактор, проявляющийся в направлении на внешний или внутренний мир (между этими полюсами находится амбиверт — человек, способный к жизни как в изоляции, так и в активном социуме). Открытость опыту: фактор проявляется в открытости, восприимчивости к любому виду знаний (люди с широкими интересами, развитой фантазией, гибким умом, апологеты всего нового, необычного); закрытые опыту индивиды отличаются ограниченностью интересов (их социальные роли — менеджер, организатор проекта). Склонность к согласию олицетворяет меру социотризма (альтруизма) как противоположность эгоцентризма (на одном полюсе располагаются «конформисты») — подчиняющие личные интересы потребностям группы; на другом — «бросающий вызов» человек, он следует своему внутреннему голосу, а не идет за группой. Добросовестность — фактор, выражающий степень сознательного контроля со стороны субъекта за своим поведением и деятельностью (на одном полюсе «делающие карьеру» трудоголики, на другом — изменчивый, отвлекающийся, спонтанный человек, часто гедонист). В целом шкала позволяет получить только наиболее общие описания личности, не обеспечивая глубокой, дифференцированной, всесторонней оценки индивидуальных различий.

Исходя из рассмотренных типологических различий личности, становятся более отчетливыми и понятными стратегия и тактика вмешательства клинической персонологии или психотерапевта. Основной целью должна быть коррекция тех проблем, которые «формируются под влиянием ситуа-

---

<sup>8</sup> Бурлачук Л.Ф., Королев Д.К. Адаптация опросника для диагностики пяти факторов личности // Вопросы психологии. 2000. № 1. С. 26—133.

ции, в которой мы живем». В качестве примера сошлемся на «болезнь бизнесменов». Это не только десинхроноз, который формируется в ситуациях частой смены часовых поясов, при перелетах из одного климатического региона в другой; это и коренная ломка прежних интересов, идеалов, жизненных ценностей, изменение привычного личностного стиля. В этой связи приведем результаты клинического наблюдения за индивидом 45-летнего возраста. Несколько лет тому назад он сменил научную деятельность на коммерческую и в этой новой сфере весьма преуспел (имеет квартиру, коттедж, несколько машин, крупный валютный счет), однако «заработал» при этом резкое физическое истощение и тяжелую депрессию с мучительной, многомесячной инсомнией. Психокоррекционный эффект был достигнут на пути частичного возврата к любимой научной работе и успешной реализации давно задуманного творческого проекта. Можно утверждать, что достигнутый персонологический компромисс оказался полностью оправданным, явился достойным решением выхода из ранее, казалось бы, индивидуально-непреодолимого жизненного тупика.

Акцентуированные натуры отличаются некоторыми индивидуальными качествами, весьма рельефными и выпуклыми, усиленными и гипертрофированными до такой степени, что возникает впечатление о легкой дисгармоничности психики, хотя и не нарушающей социальной адаптации, но привлекающей внимание своей «необычностью», «своеобразием», «дискордантностью». По П.Б. Ганнушкину (1933), это люди с неудачным сочетанием межличностных свойств. Об их типологической характеристике высказывался Ф.М. Достоевский: «Писатели в своих романах и повестях большей частью стараются брать типы общества и представлять их образно и художественно, — типы, чрезвычайно редко встречающиеся в действительности целиком, хотя они, тем не менее, еще действительнее самой действительности». Эта же мысль позднее была выражена К. Леонгардом (1964), которому принадлежит терминология личностных акцентуаций: «Если изображение их порой так ярко и выразительно, что создается впечатление патологичности описываемых людей, то это связано лишь с намерением того или иного автора как можно более резко подчеркнуть анализируемые личностные черты». Здесь мы встречаем в несколько усиленной форме то, что бывает в обыденной, нормальной жизни.

Среди усиленных характерологических черт могут оказываться как социально позитивные, так и социально негативные личностные свойства. Это делает проблему изучения личностной акцентуации чрезвычайно актуальной, прежде всего, в аспекте возможного развития отклоняющегося от повседневных общественных требований поведения. Понятие «акцентуированные личности» используется для характеристики непатологических девиаций темперамента, характера или личности, при которых возникает избирательная уязвимость в отношении лишь отдельных психогенных (чаще всего микросоциальных) воздействий, при хорошей, а иногда даже повышенной устойчивости к другим. Некоторыми авторами (Личко А.Е., 1983, 1995; Бухановский А.О. с соавт., 1998; Семке В.Я., 1980, 1999) проявление значительного усиления отдельных черт личности расценивается как крайний вариант нормы, как преморбидный тип, не требующий психиатрического вмешательства, а только психологической коррекции.

Общепринятой точкой зрения на генез личностных акцентуаций считается их генотипическая обусловленность: так, истерические акцентуированные натуры, по нашему мнению (Семке В.Я., 1980), имеют прямое отношение к «художественному типу», живущему «непосредственно восприятиями окружающей обстановки и в счет сильных эмоций» (Павлов И.П., 1955). А.Е. Личко (1977) наблюдал развитие акцентуаций в период становления личности и их постепенное сглаживание в более зрелом возрасте. Выделяя по степени выраженности три варианта акцентуаций, он настолько сближал их с психопатиями, что в отдельных случаях дифференциация становилась сугубо условной или затруднительной. При описании динамики формирующегося психопатического склада на ее первом этапе (от появления первых аномальных черт до структурирования личностного облика) возможны варианты не только препсихопатического состояния, но и проявлений акцентуаций характера (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994), когда становление психопатий может приостановиться на первоначальном этапе. К. Леонгард (1981), определяя частоту «варианта нормы» в виде личностной акцентуации в 50% популяции населения, не исключал «прогрессирующее развитие акцентуации» до степени психопатии (Блейхер В.М., 1981) в предисловии к переводному варианту труда немец-

кого исследователя расценивал акцентуацию как проявление «латентной» психопатии). В этой связи заслуживает внимания точка зрения старых клиницистов на клинические особенности нерезко выраженных личностных изменений. J. Dallemagne (1894) описывал «кандидатов в неуравновешенные», которые под влиянием внешних моментов «выходят из области нормы» с тем, чтобы вернуться туда снова под воздействием средовых обстоятельств. В.М. Бехтерев (1886) отмечал переходные степени между психопатией и нормальным состоянием. К. Kleist (1913) выделял преморбидные черты гипопаранойальной конституции с тенденцией к развитию у них бредовых психозов. Я.М. Коган (1936) выделял «психопатии семейного круга», при которых отсутствует тотальное нарушение адаптации. По данным В.Я. Гиндикина, В.А. Гурьевой (1997, 1999), акцентуации как вариант психической нормы отмечаются лишь в 1/5 части наблюдений, в остальных случаях речь идет о стертых психопатиях или психопатических состояниях (по мнению авторов, они должны найти свое место в действующих систематиках).

Преморбидный тип — это та личностная структура, которая сформировалась к моменту появления психического (или соматического) заболевания. Он является результатом взаимодействия врожденных и приобретенных, биологических и психологических факторов, оказывающих свое влияние на генез и клиническую динамику болезни. Особенно значим преморбидный фон в генезе психосоматических заболеваний, указывается на чрезмерную независимость и прямолинейность данных личностей, высокое чувство долга, ригидность, обидчивость, эмоциональную экспрессивность, инфантилизм (MacLean P., 1977; Ruesch J., 1961).

Концепция алекситимий (Sifneos P., 1972, 1973) концентрирует внимание у данных больных на имеющих место нарушениях в аффективной и когнитивной сферах, выражающихся в трудностях обозначения и описания эмоций, общем ограничении собственной аффективной жизни и фантазий. Алекситимический коммуникативный стиль проявляется отчетливым снижением или отсутствием символического мышления, не обнаруживаемыми побуждениями. Среди клинических признаков алекситимии отмечают следующие (Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999): бесконечное описание



физических симптомов, не связанных с сопутствующими заболеваниями, жалобы на напряжение, раздражительность, фрустрации, боль, скуку, пустоту, непоседливость, ажитацию, нервозность, сложное описание тривиальных деталей окружения, трудности в подборе соответствующих слов для описания чувств, тенденция к импульсивным действиям; интерперсональные связи обычно бедны. Это сказывается в предпочтении одиночества, избегании людей; моторика ригидна. Личностный склад — нарцисстический, ретирующий-ся, пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый.

Принято считать алекситимию в качестве неспецифического состояния, отличающегося от нормального и невротического: описывается у пациентов с соматоформными нарушениями, посттравматическими стрессовыми расстройствами, психогенными болями, с сексуальными перверзиями.

Классификация акцентуаций характера во многом совпадает с систематикой психопатий (которая станет предметом рассмотрения несколько ниже). К. Леонгард (1981) выделяет следующие типы: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный, экстра- и интравертированный. J. Neuman et al. (1984) дают типологию личностных изменений на уровне акцентуаций и соответствующих типов психопатий в их экстремальном воображении: упорные — параноидные, сверхточные — ананкастные, демонстративные — истерические, неуправляемые (взрывчатые) — эпилептоидные, сверхживые — гипоманические, сверхсерьезные — субдепрессивные, с лабильным настроением — циклотимные, эмотивные — реактивно-лабильные. А.Е. Личко (1985) отмечает особенности акцентуаций характера и темперамента, более часто диагностируемые в подростковом возрасте, а среди них: гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный и конформно-гипертимный (дистимический и застревающий типы в подростковом периоде практически не обнаруживаются).

Клиническая структура акцентуаций личности чрезвычайно многообразна, причем она носит скорее описательный, чем синдромальный характер. Данное обстоятельство

свидетельствует в пользу довода об отнесении наблюдаемых при этом феноменов в большей мере к нормологическим аспектам клинической персонологии, чем к психопатологическим. Диагностика акцентуаций личности строится на комплексном клиническом и экспериментально-психологическом изучении. Среди последних методик широкое применение нашли патохарактерологический диагностический опросник (Личко А.Е. с соавт., 1970), опросники Г. Шмишека (1970) и Литтмана-Шмишека (1977). Однако не следует переоценивать данные психологических тестов, ибо ничто не может заменить тщательно клиническое обследование испытуемого с учетом результатов его опроса и сведений информаторов (Гельдер М.С. с соавт., 1997).

Перейдем к типологической характеристике личностного облика при различных клинико-социологических вариантах, отдав предпочтение более подробному изложению двух типов — истерическому (демонстративному, в терминологии К. Леонгарда) и гиперконформному.

Истерическая личностная акцентуация выражается в весьма рельефном, выпуклом усилении отдельных характерологических черт, достигающем такой степени, что привлекают внимание окружающих своей необычностью, демонстративностью, правда, не отражающихся на устойчивости социального реноме, их семейной и производственной адаптации. Как правило, они притягивают внимание окружающих экстравагантной одеждой, броской, яркой внешностью, богатой экспрессией, впечатляющими позами, шумной, громкой речью, быстрыми причудливыми переходами мысли, склонностью к пафосу и патетике. Мимика и пантомимика необычайно выразительны, движения легки, пластичны, изящны. Им присущи живость и острота переживаний текущих событий, склонность к их драматизации (к примеру, видят «страшные сны», от которых «внутри все обмирает и холодеет», «волосы дыбом встают»), но с быстрой отвлекаемостью и переключаемостью. Естественно и непринужденно чувствуют себя в шумных компаниях («тусовках»), азартно стремясь к «новизне», «острым ощущениям», легко заводят рискованные знакомства, широко афишируя свои связи. Привязанности на поверку оказываются непрочными, симпатии и увлечения нестойкими. Свободно меняют друзей, предпочитая находиться в кругу временных, случайных компаний. Среди интересов преобладает тяга к

красочным впечатлениям, путешествиям, экскурсиям с непременной сменой окружения, где стремятся произвести «выгодное впечатление», прослыть «законодательницей моды», задать «таинственный флер», загадочную интригу, держаться с явной рисовкой и вызывающей позой. Заметная авантюризм их поведения объясняется горячим и неистребимым желанием «быть на виду», «произвести впечатление», снискать себе славу незаурядной, привлекательной натуры, тяготеющей к иррациональному и «экстрасенсорному». При достижении желаемого признания обычно надолго приобретают социальную устойчивость и внутреннее удовлетворение.

Наилучшая социальная приспособляемость у истерических акцентуантов достигается в случаях получения профессий, связанных с воплощением желания «быть на виду», в центре внимания (актеры, художники, работники сферы обслуживания, культорганизаторы, педагоги и т.п.). В конкретной, выразительной деятельности отличаются настойчивостью, расторопностью, быстрой сообразительностью и безудержностью, могут без усталости быть на репетициях, дискотеках, легко переносят утомительные, длительные гастроли (нередко связанные с бытовыми неудобствами, долгим расставанием с близкими, финансовыми затруднениями и т.п.), проводят бессонные ночи «в порыве вдохновения». В работе достигают успеха за счет увлеченности, доходящей зачастую до одержимости. Небольшая удача надолго окрыляет их, еще сильнее поддерживая желание «быть первыми», однако, потерпев неудачу или будучи лишенными творческого полета, быстро пасуют перед трудностями, впадают в уныние, в состояние «пессимизма». При непомерно развитом самолюбии не терпят никаких авторитарных воздействий или третирования, на любое ущемление (явное или мнимое) их прав дают реакции протеста, бурного аффекта раздражения и крика, устраивая «истерички от собственного бессилия», сцены с рыданием, битьем посуды, всплесками «отчаяния». При умелом — замаскированном и ненавязчивом — управлении их действиями быстро расстаются с «непостижимым упрямством и своеволием», охотно выполняя свои обязанности, сохраняя привычную мягкость, подкупающую общительность, заразительную веселость.

Для характеристики истерических акцентуированных натур ценную информацию дают биографический метод, кон-

такт с психологом или врачом во время сбора анамнеза. Рассказывают о себе упоенно, образно, с вдохновением и пафосом, часто прибегая к метафорам и гиперболам. В воспоминаниях превалируют эпизоды, выдвигающие их на передний план, выгодно отличающие их от окружающих. Отличительной чертой большинства представителей этого варианта акцентуации оказывается художественно оформленная хвастливость и даже тяга к лживости с различной степенью ее выраженности — от невинных розыгрышей» до сложных, красочных фантазий и измышлений с пышной фабулой и динамичным сюжетом, с постепенным внутренним убеждением в своей правоте, творческим упоением и продуцированием «по ходу» изложения противоречивых высказываний. При сохранении «авантюрной» линии поведения преднамеренная лживость становится привычной, создавая известные межличностные конфликты, из которых личность выходит с поразительной легкостью и «ненаказуемостью», испытывая при этом внутреннее удовлетворение и даже бахвальство в «артистических способностях», умелом избегании разоблачения. Супружеская жизнь устраивается весьма благополучно в случаях беспрекословного подчинения партнера и выражения им «восторга и восхищения». Гипертрофированность этих характерологических черт создает индивиду репутацию «хвастуна», «сочинителя», «фантазера», не подрывая серьезно его социальных позиций.

Наличие истерических характерологических качеств в существенной мере облегчает возникновение психогенно обусловленных «срывов» и заострений отдельных черт. Как правило, это происходит в условиях индивидуально неразрешимых конфликтных ситуаций, среди них наиболее значима атмосфера игнорирования близкими претензий и непомерных запросов, высмеивание даже наивных попыток и желания «выделиться», грубое бесцеремонное обращение в присутствии посторонних, дефицит аффективных переживаний и связей. О конституционально-генетической обусловленности истерической личностной акцентуации свидетельствует ее усиление в возрастные «кризисные» периоды. Эта динамика наиболее демонстративна в пубертатном возрасте и имеет в своей основе механизмы фиксации. Жажда признания, стремление играть заметную роль в коллективе подростков толкают их на путь невольных конфликтов с

ближайшим окружением (возвеличивание себя, скороспелое продумывание «ролей» и поспешное, необдуманное претворение их в жизнь, склонность эгоистически разрешать реальные трудности, избыточная претенциозность). Другой важной чертой является разноплановость поступков и легкая подчиняемость авторитету старших по возрасту подростков с асоциальным поведением, поразительно быстрая сменяемость жизненного стереотипа. В целом попеременное или сочетанное действие отрицательных микросоциальных вредностей определяет повышенную ранимость и сенсбилизацию к более продолжительному «срыву». На этом фоне с большой легкостью реализуются биологически предротованные истерические механизмы «бегства в болезнь», «условной приятности, желательности» болезненного симптома, внушаемости и самовнушаемости, создающие пеструю и сменяемую картину истерических патохарактерологических реакций и даже истерического невроза. Особенно часто такая динамика наблюдается в инволюционном периоде, когда формируются отчетливые невротические и психопатические состояния и развития.

Конформная личностная акцентуация привлекла наше внимание в связи с возражениями многих исследователей из-за включения П.Б. Ганнушкиным (1933) в систематику психопатий варианта «конституционально-глупых». На первых порах кажется непонятным, как мог допустить неточность в дефиниции данного типа аномалий тонкий диагност, основоположник динамического направления в области клинической персонологии. Проведенное ранее (Семке В.Я., 1971) социально-психологическое исследование психопатий привело нас к убеждению о клинической правоте замечательного исследователя пограничных состояний. Речь идет, скорее всего, о не совсем удачном определении реально существующего личностного «портрета», требующего всего лишь терминологической ревизии. Этот вывод становится особенно оправданным в свете известного тезиса П.Б. Ганнушкина, что каждому типу психопатий в жизненной практике находится соответствующий характерологический радикал, расцениваемый как вариант нормы. В связи со сказанным представляется неоправданным категоричное утверждение А.Е. Личко (1977, стр.157), что «психопатий конформного типа не существует». Как нам представляется, понятию «конституционально-глупых»

психопатий наиболее соответствует определение «гиперконформного» варианта личностной аномалии. Таким образом, вырисовывается стереотип формирования специфических для данного варианта характерологических особенностей, которая отмечена и при других «рядах» персонологических качеств (например, «здоровый истерик» — истерическая акцентуация — истерическая психопатия): конформизм здоровой личности — конформный вариант характерологической акцентуации — гиперконформный вариант психопатий. Разграничение этих личностных «профилей» должно осуществляться в соответствии с общеизвестными критериями, выдвинутыми П.Б. Ганнушкиным.

Онтогенетический анализ развития центрального симптомокомплекса конформного типа акцентуаций подводит к главной социальной психологической особенности этих личностей — постоянной и чрезмерной подчиняемости непосредственному привычному окружению (Кречфилд, 1962; Личко А.Е., 1977). Имеется определенная иерархия становления индивидуума, отражающая основные этапы его социализации; задержка или искажение этого закономерного процесса развития чревато формированием разнообразных личностных девиаций, в первую очередь психопатий. На самом раннем (детском) этапе происходит приобретение речевых и двигательных навыков, освоение привычных социальных шаблонов поведения (в соответствии с выбором «что такое хорошо и что такое плохо»). Поскольку на этой стадии при воздействии патогенных факторов обнаруживается в основном задержка интеллекта, то диапазон характерологических отклонений весьма незначителен и наблюдаемые при этом клинические картины не имеют прямого отношения к пограничной персонологии. Вместе с тем уже в этот период индивидуального развития обнаруживается отчетливая самостоятельность в поведении ребенка, оцениваемая окружающими как проявление физиологического детского негативизма. Характерно, что среди будущих конформистов такие формы реагирования практически не встречаются.

В период дошкольного образования закладывается основа личности с постепенным осознанием целей и задач, возможностью предвидения будущего. Конформизм выступает как сила примера, как страховка от самоотчуждения. Именно на этом этапе становятся патогенными разные формы

неблагополучного семейного окружения (воспитание по типу гиперопеки, гипоопеки, «золушки», «кумира семьи»), способствующие возникновению психопатических реакций — подражания, оппозиции и т.д. Под влиянием соответствующей возрастной группы легко втягиваются в алкогольные эксцессы и «уходы из дома», целиком подчиняясь влиянию асоциальной среды.

Далее в процессе личностной социализации наступает этап воспитания независимости: чем богаче кругозор индивидуума, тем меньше его слепая подчиняемость окружающим. С другой стороны, при наличии уже определившихся конформных черт изоляция от привычной микросреды воспринимается как наказание, поэтому подросток прикладывает максимум усилий, чтобы сохранить свое место в стабильно функционирующей микрогруппе, привычно установленный жизненный распорядок. Адаптация к изменившимся условиям среды крайне болезненна: медленно усваивают обычаи и нравы этого окружения, придерживаясь пассивно-оборонительной позиции. Именно на этой стадии весьма выпукло обнаруживаются черты личности, описанные П.Б. Ганнушкиным (1933), в том числе постоянная готовность подчинения мнению большинства, шаблонность, банальность, рутинность и консерватизм поведения, склонность к благонаравью, морализированию (по примеру ходячих сентенций К. Пруткова). Конформист, как правило, не страдает от своей интеллектуальной ограниченности, фактически не замечает ее. К нему целиком приложима максима Франсуа де Ларошфуко: «Все жалуется на свою память, но никто не жалуется на свой здравый смысл».

На этапе стабилизации личностного облика самым поразительным качеством гиперконформной личности начинает выступать консерватизм мышления, подражательность (избранному лидеру, соответствующей микрогруппе, «толпе»), слепая готовность следовать чужому мнению. Взрослый конформист — это послушный ребенок, лишенный чувства ответственности за свои взгляды. Повышенная внушаемость, нестойкость самооценки, отсутствие собственных ресурсов для формирования линии поведения лежат в основе многочисленных микросоциальных конфликтов, на которые личность отвечает психогенными реакциями. В качестве компенсаторных и гиперкомпенсаторных личностных

образований формируются подчеркнутая готовность следовать «параграфу и букве закона», руководствоваться раз и навсегда утвержденными канонами, всячески уклоняться от нового, «неизведанного», любого проявления личной инициативы. Выбранная таким путем «экологическая ниша» облегчает рациональное «впечатывание» в жизнь, а присущие им трудолюбие и послушание ограждают на известный период от душевных кризисов и катаклизмов. Личностные «срывы» возникают в обстановке непредсказуемости, неясности, повышения требований среды к их интеллектуальному потенциалу.

В целом представленные выше соображения имеют не только сугубо терапевтический интерес. Дело в том, что современные условия жизни (влияние научно-технического прогресса, сложные социально-экономические преобразования в стране, трудности процесса перестройки, перекосы в гласности, трудно прогнозируемые интерперсональные отношения и т.д.) предъявляют повышенные требования к отдельным структурам гиперконформной личности. В сравнении с прежними условиями социальной стабильности и внешнего благополучия нынешняя жизнь, полная социальных потрясений, для многих лиц с гиперконформным радикалом может оказаться мало прогнозируемой и непереносимой. Степень такой грядущей декомпенсации во многом зависит от выраженности данного социально-психологического качества в направлении утяжеления от акцентуации личности к ее препсихопатической и, наконец, психопатической структуре. Среди клинических проявлений ухудшений состояний наряду с описываемыми новыми формами реагирования («неврозы перестройки», состояния истощения) можно предвидеть весьма частое возникновение острых или подострых тревожных, депрессивных, паранойяльных реакций, а затем и патохарактерологических развитий. Генез их клинических картин, которые приходится наблюдать, оказывается смешанным. Наряду с психогенными влияниями, обусловленными быстрой ломкой социального уклада, нарастанием межличностной отчужденности, утратой четкого «руководящего начала» и «указаний свыше», крушения прежних «кумиров» и идеалов, узаконенных шаблонов поведения, важное значение приобретают конституционально обусловленная интеллектуальная ограниченность, невозможность прогнозирования, консерватизм и ригидность



мышления, своеобразный эмоционально-волевой «строй» личности.

С учетом сказанного следует предусмотреть дифференцированные и профилактические мероприятия. Очевидно, часть из проводимых в сочетании психотерапевтических, психофармакологических и психопрофилактических воздействий должна быть направлена непосредственно на гиперконформную личность с попыткой разрыхления ее жизненного стереотипа и последующей личностной реконструкции. Другая часть — на позитивно преобразование микросоциальных условий, что облегчит выработку должных адаптационных механизмов. Естественно, в этом новом деле наряду с медиками должны принять участие психологи, социологи, персонологи, социальные работники и, возможно, священнослужители. Такое совместное оздоровление социальной среды поможет предотвратить многочисленные душевные катастрофы и внести должный вклад в гармонизацию микроколлектива.

В последующем клиническую характеристику остальных типологических вариантов акцентуаций личностей приведем вкратце, в строгом соответствии с взглядами и классификационными принципами Карла Леонгарда (1964, 1968), подчеркивающим в подобных случаях отнесение данных феноменов к крайним вариантам нормы, а не к зачаткам патологии. К сказанному добавим, что установление, диагностика типа акцентуации, не являясь психиатрическим «ярлыком», облегчает оценку того преморбидного фона, на котором разворачиваются психогенные (реактивные) состояния, неврозы, патологические расстройства поведения (конституциональные или ситуационные развития личности). Весьма часто преходящие подростковые акцентуации после минования пубертатного периода могут компенсироваться и переходить в скрытые акцентуации (Личко А.Е., 1977). В работах данного автора отмечена динамическая связь формирования «приобретенных психопатий» с соответствующим типом акцентуации: гипертимная акцентуация — воспитательная «гиперопека» — психопатическое развитие по гипертимно-неустойчивому типу; неустойчивая или конформная акцентуация — гипоопека или безнадзорность — развитие по неустойчивому типу; истероидная, лабильная или гипертимная акцентуация — воспитание по типу «кумира семьи» — развитие по истероидному, лабиль-

но-истероидному, гипертимно-истероидному типам; психастеническая акцентуация — воспитание в условиях повышенной моральной ответственности — психопатическое развитие по психастеническому типу; epileптоидная или конформная акцентуация — воспитание в условиях жестких взаимоотношений — развитие по epileптоидному типу; лабильная, лабильно-невротическая и сензитивная акцентуации — воспитание по типу «золушки» — психопатическое развитие по соответствующим видам.

Педантичные личности, по К. Леонгарду, хотят перед началом действия «еще и еще раз убедиться, что лучшее решение найти невозможно». Необдуманности истериков в этом варианте противостоит нерешительность ананкастов. Педантичность наносит ущерб личности только тогда, когда она приобретает болезненный характер. В обыденной жизни их поведение не выходит за пределы разумного; напротив, сказываются преимущества, связанные с тенденцией косновательности, четкости, завершенности, добросовестности. Довольно часто встречается «ананкастический ход» развития заболевания ипохондрического типа с усилением опасений за собственное здоровье.

Застревающие личности имеют в своей основе склонность к патологической стойкости аффекта. Его застревание наиболее явственно выступает в случаях, когда затронуты личные интересы (как ответ на уязвленную гордость, задетое самолюбие, различные формы подавления). Отсюда весьма частая репутация злопамятных или мстительных людей (болезненно обидчивых, чувствительных, легко уязвимых). Черты застревания наблюдаются не только при нанесении ущерба этим индивидам, но и в случаях их успеха, честолюбие сопровождается самоуверенностью, заносчивостью, самонадеянностью. При обнаружении препятствий их эгоистическим устремлениям встречается важная характерологическая черта в виде подозрительности (в сфере эротики это ведет к «любви, исполненной ненависти»). Такой тип людей упорно идет к цели, добиваясь в силу этого незаурядных успехов, однако, наталкиваясь на жесткие препятствия, реагируют враждебно. Борьба с непосредственным социальным окружением создает маятникообразное чередование блистательных успехов и невероятных провалов.

Возбудимые личности отличаются недостаточной управляемостью, нелогичностью поступков, импульсивностью,

повышенной возбудимостью, вспыльчивостью, раздражительностью. Моральные устои не играют в их жизни существенной роли, «социальный долг высшего порядка — для них в общем чуждое понятие» (К. Леонград). Свойственны тяжеловесность мышления, чрезмерная обстоятельность, повторяемость (чтобы «сформулировать поточнее»). При доминировании импульсивных и аффективных реакций в известной степени просматривается преобладание черт темперамента (наклонность к дисфориям, аффективная взрывчатость, напряженная жизнь инстинктов), доходящее до расстройств влечений.

Гипертимные личности характеризуются оптимистическим взглядом на жизнь, жаждой деятельности, постоянным поиском новизны. Являясь блестящими собеседниками, они постоянно находятся в центре внимания, с охотой острят, пересыпают речь яркими оборотами, присказками. Однако чрезмерная веселость, безбрежная живость таят в себе опасность не критической оценки сложных ситуаций, утраты чувства долга, ответственности. Богатство не проработанных идей нередко приводит к прожектерству, неискоренимому пустозвонству. Легко улавливая преобладающие интересы микрогруппы, они быстро перенимают свойственные ей шаблоны поведения, в том числе и асоциальные формы девиации, делинквенции.

Дистимические личности обычно сосредоточены на мрачных сторонах жизни. Пассивность в действиях и замедленное мышление в тех случаях, когда они выходят за пределы нормы, относятся к отрицательным свойствам этого типа. Серьезная настроенность выдвигает на передний план тонкие, возвышенные чувства, несовместимые с человеческим эгоизмом (К. Леонгард). Этот темперамент очень часто соответствует психической норме.

Циклотимические (или аффективно-лабильные) личности проявляют частую смену гипертимических и дистимических состояний. Причины смены полюсов трудно улавливаемые, иногда радостные события вызывают общую картину гипертимии (жажду деятельности, говорливость, скачку идей), а печальные происшествия — подавленность, замедленность реакций и мышления. Аффективно-экзальтированные натуры реагируют на жизнь более бурно, более непосредственно, они легко переходят к восторженному состоянию от приятных сообщений, в отчаяние — от печальных.

Тревожные (боязливые) личности с детского возраста обладают чувством страха, робостью, элементами покорности, униженности, неуверенности в себе, пугливости. По мере взросления возможна сверхкомпенсация по типу самоуверенности и даже дерзости поведения, а боязливая робость может перерасти в излишнюю доверчивость. На почве тревожности иногда формируется ипохондрический невроз.

Эмотивные личности характеризуются повышенной чувствительностью и глубокими реакциями в сфере тонких эмоций. Нередко их определяют как мягкосердечных, жалостливых людей, испытывающих особую радость от общения с природой, искусством. Душевные потрясения вызывают картину реактивной депрессии, иногда с суицидальными поступками: смерть близкого человека становится крахом всей жизни, усугубляющимся чувством вины и безысходности.

Шизоидные личности (более удачным термином применительно к пониманию личностной акцентуации представляется, на наш взгляд, понятие шизотимических натур) отличаются замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, сниженной потребностью в общении, неспособностью устанавливать теплые контакты с людьми. Обычно подчеркивается противоречивость поведения и черт личности: сочетание холодности и утонченной сензитивности, настороженности и легковерия, застенчивости и бестактности, неоправданных симпатий и таких же немотивированных антипатий, богатство внутреннего мира и бесцветности внешних проявлений, создающих в своей совокупности репутацию «странных и чудаков» (Крепелин Э., 1915), «патологически замкнутых» (Гуревич М.О., 1932), «аутистических» натур (Аспергер Г., 1944). Недостаток интуиции находит свое отражение в отсутствии «непосредственного чутья действительности» (Ганнушкин П.Б., 1933), неумении сопереживания, вчувствоваться в страдания других.

В целом, обобщая данные об акцентуациях личности как преморбидного типа, следует обратить внимание на ряд «узловых» вопросов клинической персонологии. Прежде всего, можно утверждать, что подобный вариант имеет эндогенную, генетическую обусловленность. Представленный крайний вариант нормы, естественно, составляет определенную трудность дифференциации с пограничными личностными расстройствами. Далее, важна констатация личнос-

тной акцентуации как отправной точки для формирования психопатических и невротических образований. Под влиянием среды возможно усиление или ослабление акцентуированных личностных качеств, а также их трансформация в иные (гетерономные) характерологические типы. Наконец, несомненным является факт успешного применения социально-ориентированных превентивных приемов в достижении гармонизации личности и осуществлении позитивных преобразований в микроколлективах.

## **ГЛАВА 8.**

### **НЕВРОТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ КАК БАРОМЕТР «НАШЕГО ВРЕМЕНИ»**

Социально-психологическая обстановка в нашей стране, да и в целом в мире, в последние годы становится все более нестабильной, кризисной, создавая длительно протекающие внутриличностные конфликты, эмоциональную напряженность, состояние отчужденности и тревоги. Преобладающими формами личностного реагирования являются «бегство в аддикцию», чувство неуверенности в завтрашнем дне, ощущение одиночества и беспомощности человека во враждебном, трудно осознаваемом мире, постоянно переживаемой «изначальной тревоги», «экзистенциального вакуума». Изменение политической, экономической, идеологической ситуации в обществе на фоне растущей личностной обособленности приводит к формированию стойких картин невротических расстройств — по типу «неврозов перестройки», «вакуумных банкротств», «ноогенных неврозов»; для них свойственна склонность к торпидной динамике с нарастанием и последующей фиксацией личностных девиаций.

Теория жизни личности, охватывающая все наиболее важные стороны человеческого существования, позволяет выделить четыре различных способа или типа: гиперномический — выполняющий неоценимую консервативную функцию (утверждения социальных стандартов, выраженные неодобрения различным отклонениям от них), агонимический (облегчающий видение «новых высот и новых рубежей», что спасает общество от тупиков), гипонимический (с одинаковой легкостью разрушающие старое и принимающие новое, быстро адаптируются к переменам ценностей и нравов), идионимический (как крайняя форма самозакрытости, по Dorr O., 1992). Описанные экзистенциальные типы чрезвычайно важны в генетическом и социальном смысле: челове-

честву нужны гиперномики, чтобы упорно бороться за утверждение существующих стандартов; точно также оправдано наличие агонимиков (которые радикально пересматривают пути жизни) и гипонимиков (разрушители старого и создатели основ для нового); наконец, идиномики сохраняют уже отринутые ценности с тем, чтобы завтра они вновь могли стать значимыми для человечества. Иными словами, без гиперномиков мир теряет свои традиционные социальные структуры, погрузится в пучину коллапса и анархии. Без агонимиков теряются новые перспективы, особенно необходимые в условиях, когда традиционные основы терпят крах. Гипонимики смягчают последствия такого кризиса или краха. Идиномики сдерживают развитие событий и сохраняют для потомства полезные традиции.

Феноменологическая и синдромологическая основа личностного реагирования на меняющиеся условия социального окружения во многом зависит от особенностей характера индивида, от его мировоззренческой и философской позиции. С другой стороны, длительное пребывание субъекта в условиях социально-неразрешимой ситуации неизбежно сказывается на ее основном «стержне», ломая или искажая ее прежнюю структуру. Тем самым мы приближаемся к важнейшей проблеме современной клинической психологии — пониманию генеза и динамического содержания невротического характера. На практике принято различать три формы патологии невротического регистра — реакции, состояния, развития личности.

Для невротических (острых, подострых, затяжных) реакций характерно: возникновение в непосредственной связи с неблагоприятной жизненной коллизией и разнообразными стрессовыми обстоятельствами; отсутствие целостной картины болезни, ее «стереотипа»; быстрая и полная обратимость после выключения патогенного межличностного конфликта.

Неврозы есть функциональное болезненное состояние, возникающее и развивающееся в условиях психотравмирующей (макросоциальной) ситуации, вызывающей резкое эмоциональное перенапряжение с его последующей тенденцией к иррадиации в соматовегетативные процессы и непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение (Семке В.Я., 1980, 1999). Ему свойственна парциальная выраженность, обратимость личностных девиаций,

преходящее расстройство адаптации, возможность установления психотерапевтического контекста на любом этапе болезни.

Невротическое развитие (невроз характера) формируется под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций. Оно отличается качественно измененной реактивностью организма, появлением (наряду с усложненными невротическими признаками) разнообразных полиморфных патохарактерологических черт. На каждом этапе клинической динамики невротические расстройства тесно соприкасаются с психопатическими; по О.В. Кербинову (1971), клиника неврозов и психопатий одного и того же круга не имеют принципиальных различий, а само патохарактерологическое расстройство может быть расценено как невроз, пролонгированный на значительную часть жизни пациента. Неврозы характера проявляются специфическими личностными признаками, клинически однозначными с гомономной преморбидной структурой.

Соответственно взглядам П.Б. Ганнушкина, целесообразно выделять два типа невротического развития: ситуационное (целиком опирающееся на неблагоприятные средовые факторы) и конституциональное (во многом зависящее от биологической предрасположенности, конституционального «багажа» личности). К основным признакам невротического развития следует отнести стабильность клинической картины, ее малую зависимость от психогений, полисиндромность, длительное протекание (не менее трех лет).

В соответствии с воззрениями Карен Хорни (1937, 1993)<sup>1</sup>, великолепно описавшей «невротическую личность нашего времени», имеются неврозы, которые могут возникать у индивидов, чья личность в иных отношениях сохранена и не искажена: они появляются как реакция на внешнюю ситуацию, насыщенную конфликтами. Им противостоит картина невроза, основное расстройство которого заключается в деформациях характера: они являются результатом скрытого хронического процесса, начинающегося, как правило, в детстве, и охватывающего основные части структуры личности. Чтобы справиться с ощущением недостаточной безопас-

---

<sup>1</sup> Horney K. The neurotic personality of our time. New York, Norton, 1937. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Дайджест. М., 1993.



ности, беспомощности и враждебности, присущими базальной тревогой, ребенок вынужден прибегать к защитным стратегиям, получившим название невротических потребностей (или тенденций).

К. Хорни утверждает, что эти потребности присутствуют у всех людей, помогая преодолеть состояние тревоги, беспомощности, неизбежные в жизни; однако невротики в своих реакциях используют их негибко. В отличие от здоровых лиц, они избирают какую-то одну потребность и используют ее без разбору во всех социальных взаимодействиях. «Если он нуждается в любви, то должен получить ее от друга и врага, от работодателя и чистильщика обуви» (Horney K., 1942).

Таким образом, потребность становится невротической в тех случаях, когда индивид стремится превратить ее удовлетворение в способ жизни. В работе «Наши внутренние конфликты» (1945) К. Хорни разделяет десять потребностей на три категории — в зависимости от стратегии оптимизации межличностных отношений, направленной по линии снижения тревоги и достижение чувства безопасности в нашем ненадежном мире; каждой из этих ориентаций соответствует та или иная ориентация с окружающими людьми.

1. Ориентация на людей приводит к формированию стиля взаимодействия с преобладанием зависимости, нерешительности, беспомощности. Такой уступчивый тип руководствуется принципом «Если я уступаю, меня не тронут»: ему требуется, чтобы его любили, им руководили, защищали от чувства ненужности и одиночества. Однако под маской внешней пассивности часто скрывается чувство враждебности, ярости, злости.
2. Ориентация от людей создает основу для формирования обособленного типа с ведущей защитной установкой «Мне все равно». При такой линии поведения просматривается ошибочное убеждение, что в случае отстранения от происходящего вокруг «со мной все будет в порядке»: отсюда появляется стремление к уединенности, независимости, самодостаточности. Привыкая к поверхностным наслаждениям, такие натуры бесстрастно идут по жизни.
3. Ориентация против людей способствует становлению враждебного типа: его движущей пружиной является стремление к доминированию, враждебности, эксплуатации. Основное кредо такой личности — «Если у меня есть власть, меня никто не

тронет», «жизнь — это борьба против всех». Стратегия поведения при данном варианте связана с безоглядным, непреложным достижением удовлетворения личных амбиций, повышением своего общественного статуса и престижа, обретением контроля и власти над другими людьми.

Для невротического характера, по К. Хорни, свойственна постоянно повторяющаяся картина деформации личностного «каркаса», в то время как симптомы в клиническом смысле могут вообще отсутствовать, ибо «именно характер, а не симптомы, оказывает влияние на человеческое поведение»; образно говоря, невротические симптомы не сам вулкан, а «скорее его извержения», сам же патогенный конфликт, подобно вулкану, «спрятан глубоко внутри человека и неведом ему». У здоровых людей конфликт не несет столь сильного эмоционального заряда, как у невротика; здоровому человеку присуща большая гибкость в выборе и смене стратегий поведения сообразно внешним обстоятельствам; наконец, в соответствии с подобной линией поведения невротик не способен к эффективному решению жизненных проблем. Решающим фактором в развитии личности являются искаженные социальные отношения между ребенком и родителями, которые не обеспечивают удовлетворение потребности в безопасности, создавая тем самым «почву» для появления «базальной тревоги». Она, в свою очередь, приводит к всепроникающему ощущению беспомощности, одиночества и изоляции во враждебном мире, что и является основой невроза. Конфликт в целом есть порождение социальных условий: «Потенциальный невротик — это тот, кто в обостренной форме пережил, в основном в детском опыте, трудности, определяемые культурой» (Хорни К., 1937).

Выбор в качестве «центрального пункта» рассмотрения теоретических построений известного психоаналитика последнего времени Карен Хорни не случаен (во всяком случае, это сделано не только потому, что основная ее работа послужила поводом к вынесению в заголовок главы). Дело в том, что ее воззрения проливают свет на генез неврозов, являются существенным вкладом в современную теорию личности, а также несут в себе оптимистический взгляд на человека и человечество. По мнению К. Хорни, у каждого индивида имеется способность к позитивному личностному росту, а у человечества в целом — перспектива прогрессивного социокультурного развития. Такая точка зрения была

выражена известным американским психиатром Дж.Б. Фурстом (Невротик. Его среда и внутренний мир. М., 1957. 375 с.): «Счастье спасти еще одного человека от путаницы и отчаяния невроза всегда умеряется отрезвляющим сознанием того, что на каждого излечившегося невротика деструктивные условия нашего общества создают тысячи других... Болезни, которые мы лечим, суть социальные болезни, и они будут успешно искоренены лишь социальными преобразованиями... которые раз и навсегда покончат с нищетой, войной, эксплуатацией, бесчеловечностью, преследованием национальных меньшинств и всеми подобными обстоятельствами, сопутствующими жизни нашего общества». Реалии сегодняшней социально-экономической жизни целиком подтверждают правоту приведенной позиции и намекают вектор действия в новом тысячелетии всех тех, кто несет ответственность за индивидуальное и общественное здоровье населения в стране.

Одним из важнейших инструментов тончайшего постижения границ между здоровьем и болезнью, нормальными и патологическими личностными структурами является динамический анализ изучаемых явлений. Идея развития, восторжествовавшая в XIX столетии в естествознании и медицине, позволила оценить наиболее уязвимые моменты при диалектическом, эволюционном рассмотрении душевной жизни. «Динамика» представляет собой всякое изменение, будь то кратковременное (фазовое) отклонение от первоначального статуса или же более продолжительное и устойчивое, периодически возникающее преобразование прежнего характерологического облика.

Касаясь такой довольно частой картины динамики как развитие личности, В.Н. Мясищев (1971) определял ее как состояние, в котором «существуют различные этапы и каждый последующий вытекает из предыдущего и отличается от него не только количественно и качественно, но и наличием такого характерологического образования, которое отличает личность в настоящем от нее же в предыдущем». Гармоническая, сбалансированная («нормальная») личность на протяжении своего долгого жизненного пути в существенной мере меняет свой характерологический облик, что сопряжено как с физиологическими возрастными сдвигами, так и с многочисленными микросоциальными влияниями. Возможность такой неизбежной личностной трансформации была подмечена в

высказывании немецкого клинициста О. Foerster (охотно цитируемого П.Б. Ганнушкиным): «В течение долгой жизни человек может являться перед нами последовательно в виде нескольких личностей, до такой степени различных, что если бы каждая из фаз этой жизни могла воплотиться в разных индивидах, которых можно было бы собрать вместе, то они составили бы крайне разнообразную группу, держались бы самых противоположных взглядов, питали бы глубокое презрение друг к другу, и скоро бы разошлись, не высказывая ни малейшего желания сойтись вторично».

Обращение к понятию «динамика» всегда было чревато погружением «в извечный спор конституционалистов и психогигиенистов», уходящий своими истоками в глубокую древность, в спор элиатов и сторонников Гераклита (Кербиков О.В., 1962). На современном этапе изучения диалектического взаимодействия нормальной и патологической личности следует обратиться к богатому научному наследию, к «золотому фонду» отечественной психологии и психиатрии. Российская доктрина о пограничных состояниях базируется на трех главных принципах — нозологическом, клиническом и динамическом. Термин «пограничность» имеет тройкий смысл: установление границ между здоровьем и болезнью, между нервными и психическими заболеваниями, между соматической и психической патологией (т.е. в области, где очень тесно переплетаются конституционально-биологические, соматогенные и нейропсихогенные сдвиги). Отмечается эволюция личностного реагирования в ответ на меняющееся социальное окружение. Так, Ф. Александер и Ш. Солесник (1995)<sup>2</sup> указывают, что «обособленный человек XIX века с его стойкой самодостаточной системой ценностей быстро уступает место общинному, так называемому во вне направленному человеку с мятущейся душой, тщетно пытающемуся осознать свою личность».

Несмотря на существенный прогресс в деле изучения пограничных личностных расстройств, понимание многих терминов и обозначений остается крайне запутанным и противоречивым, что в значительной степени затрудняет возможность достижения единства мнений по вопросам клинической типологии, динамики, дифференциации и коррекции характерологических аномалий.

---

<sup>2</sup> Александер Ф., Солесник Ш. Человек и его душа. М.: Прогресс, 1995.

Клинико-динамический анализ позволяет установить определенную этапность формирования пограничных расстройств личности, осуществляемую в рамках известной «триады К. Ясперса» — реакция — состояние — развитие. На заключительной стадии этой клинической динамики речь идет о появлении психопатической личностной структуры, тип которой во многом зависит от преморбидного психологического облика.

Реакция есть простейшая, первичная форма пограничных расстройств, которая может служить первоначальным этапом более глубоких и продолжительных личностных девиаций (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976). С учетом клинических и этиологических особенностей принято подразделять реакции на:

- а) психогенные (ситуационные) — обусловлены влиянием различных отрицательных средовых факторов, проявляются в клинически нейтральных синдромах, не характерных для данной группы личностных расстройств. По своему клиническому содержанию они могут быть невротическими или психотическими. Для них характерно возникновение в непосредственной близости с психогенной вредностью, отсутствие целостной клинической картины и выраженных соматовегетативных нарушений, быстрота исчезновения после минования психотравмирующей ситуации;
- б) патохарактерологические реакции — выражаются в резком усилении привычного способа реагирования на внешние вредности, не выходящего за пределы личностных ресурсов субъекта. Выделяют однозначные и неоднозначные психопатические реакции (Шостакович Б.В., 1971; Гусинская Л.В., 1979), а также (Семке В.Я., 1976) гомономные (с клиническими проявлениями, свойственными данному или грядущему типу личностного расстройства), при которых «конституциональный фактор властно окрашивает в свои индивидуальные цвета тип, форму и содержание реакции» (Ганнушкин П.Б., 1933) и гетерономные (преобладают симптомы, присущие другому кругу психопатий). С учетом динамических показателей можно подразделить эти реакции на острые, подострые и затяжные. После устранения психотравмирующей конфликтной ситуации происходит довольно быстрое восстановление личностного облика.

Препсихопатические состояния характеризуются нестойкостью, изменчивостью формирующихся аномальных качеств личности. При их определении следует иметь в виду отсут-

ствие одного из трех критериев П.Б. Ганнушкина, описанного при характеристике психопатий. Весьма близки по своему клиническому содержанию к понятию препсихопатической личности картины «латентной» или «компенсаторной» психопатии. Срывы возникают, как правило, в условиях индивидуально непереносимых конфликтных ситуаций и приводят к нарастанию аномальных характерологических свойств.

Развитие личности (Ясперс К., 1910) представляет собой постепенное формирование, «вхождение» в аномальный личностный склад. Оно относится к числу наиболее общих, специфических человеческих форм приспособления индивида к меняющимся внешним и внутренним условиям. П.Б. Ганнушкин (1933) указывал на отсутствие принципиальной разницы между затяжной реакцией и развитием, так как «развитие в действительности складывается из ряда реакций, фиксирующих постепенно соответствующие клинические явления». По мнению Ю.Л. Метелицы (1979), развитие занимает промежуточное положение между психогениями и психопатиями. Разграничение форм развитий личности производится с учетом ведущего патогенетического фактора:

- а) постреактивное (психогенное) развитие личности происходит в результате длительных неблагоприятных психотравмирующих воздействий на поздних этапах перенесенного невроза или реактивного психоза, когда намечается дальнейшее закрепление имевшейся личностной патологии (невротическое или постпсихотическое развитие);
- б) патохарактерологическое развитие личности (ПХР), по мнению О.В. Кербикова (1958), возникает под воздействием длительно существующих отрицательных микросоциальных воздействий, в первую очередь, дефектов воспитания. При дальнейшей неблагоприятной динамике оно создает основу для формирования «краевой» психопатии. Вместе с тем при позитивном влиянии социального окружения постепенно достигается противоположный (в прогностическом отношении) вариант динамики в виде сглаживания, а затем полного устранения психопатического облика.
- в) патологическое развитие личности (ПРЛ) формируется на основе перенесенных экзогенно-органических и соматогенных вредностей. По клиническому содержанию наибольшее значение имеют астенические, эксплозивные, истериформные, ипохондрические, паранойяльные развития. Динамика психопатоподобных состояний подобного генеза является качественно иной: раннее проявление гетерогенных личностных особен-

ностей, переход на более низкий уровень личностного реагирования, отсутствие тесной связи с психогениями и более отчетливая зависимость от «ситуации болезни», обратное развитие патохарактерологической симптоматики (под влиянием направленной, патогенетической терапии).

Препсихопатическая личность занимает как бы промежуточное место в шкале аномальных характерологических состояний, являясь «преддверием» будущей патологической структуры, которая может сформироваться, если не принять «соответствующие воспитательные и педиатрические мероприятия» (Трамер). Человек на данной стадии своей жизненной «кривой» длительное время пребывает в «колебательном» положении. Недаром немецкий исследователь пограничных состояний Н. Петрилович высказывает точку зрения на то, что попытка провести границу между личностью с небольшими отклонениями от нормы и невротической (или препсихопатической) натурой «имеет мало перспектив быть верифицированной на практике». В реальной клинической практике при наличии достаточно полного анамнеза, все же удается уловить основные этапы становления патохарактерологического личностного «строя» — начальный; стадия структурирования аномального личностного облика (по О.В. Кербикову, это и есть патохарактерологическое развитие личности).

На начальной стадии «нажитой», приобретенной формы личностной дисгармонии, в обстановке микросоциального неблагополучия возникают разнообразные патохарактерологические реакции (имитации, протеста, оппозиции, возмущения, эмансипации и др.), подробно описанные А.Е. Личко (1977). Для них свойственны кратковременные характерологические сдвиги, которые могут фиксироваться, не нарушая заметно адаптацию субъекта. На этапе структурирования поведение приобретает все более дисгармонический характер, распространяясь на многие повседневные ситуации и лишь на короткое время перекрываясь компенсаторными образованиями. По данным О.В. Кербикова (1963), этот период различен при разных типах личностного расстройства. У «тормозимых» натур он, как правило, более длителен (около 10 лет), чем у «возбудимых» (5—6 лет). Однако формирующиеся характерологические черты в первой подгруппе относятся к более раннему возрасту и завершаются также в более ранние сроки (соответственно к 14—16 и 22—24 го-

дам). Далее наступает этап «кристаллизации» аномального способа реагирования и расширение форм клинической динамики. По мере формирования патологической структуры личности постепенно ослабевает и утрачивается специфика клинических проявлений в отдельных генетических подгруппах и определяются два симптомокомплекса — облигатный (характеризующий тип расстройства личности) и факультативный (представленный патохарактерологическими качествами, являющимися для данного типа дополнительными, не обязательными, не основными).

Значение стадии патохарактерологического развития личности крайне важна для выбора корригирующих и превентивных мероприятий, ибо правильная медико-социальная тактика позволяет выправить препсихопатические структуры, перевести личность из разряда «угрожаемых» в отношении становления ПХР в русло компенсированных или «депсихопатизированных». Н. Петрилович указывает на высокую встречаемость во время пубертатного периода «мозаичных» психопатических реакций (неустойчивости и импульсивности до депрессивных фаз и аутизма), которые могут полностью исчезнуть по мере созревания гармонизирования личности. В.П. Осипов (1931) описал псевдопсихопатии, которые развиваются под действием неблагоприятных социальных факторов (в основном связанных с неправильным воспитанием) и склонные к обратному развитию при соответствующих воспитательных мерах (вспомним в этой связи «Педагогическую поэму» А.С. Макаренки). В качестве сходных с ПХР понятий и терминов можно указать на «реактивное развитие» К. Шнейдера, «невроты развития» В.Н. Мясищева, «психопатические и невротические развития» Г. Биндера, «невроты характера» Ф. Александера и др.

Помимо ПХР в клинической практике наблюдаются психогенные (постреактивные) развития личности, которые берут свое начало из соответствующих форм реактивных психозов или затяжных невротозов. Речь идет об усложнении и углублении комплекса патохарактерологических черт (астеничности, ранимости, замкнутости, недоверчивости, подозрительности), вплетающихся в сложную клиническую картину сверхценных образований. Трансформация личностных черт сопровождается медленной утратой зависимости клинических проявлений от психогенных влияний, их постепенной автохтонностью, склонностью к «автономизации», «самодвижению».



В отечественной литературе (Гиндикин В.Я., 1973; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994 и др.) имеются указания на тесную связь вариантов неправильного воспитания с последующим формированием определенных типов патохарактерологических развитий личности. При гиперопеке воспитание осуществляется (чаще всего со стороны «любящих» бабушек) любого поступка ребенка, с непременным ущемлением его малейших стремлений к самостоятельности, упорным навязыванием строгих директивных правил, ограждением от всех явных или мнимых опасностей, связанных с пребыванием в детском коллективе. При длительном пребывании подрастающего индивида в подобных условиях формируется сверхосторожная, психастеническая личность, идущая по жизни с постоянной оглядкой на мнение старших людей из ближайшего окружения, панически боящаяся ответственности, живущая в мире надуманных страхов и неуверенности в собственные силы.

Обстановка гипоопеки и безнадзорности чревата лишением или уменьшением внимания со стороны родителей (неполная семья, алкоголизация старших, пребывание в условиях детдома или школ-интернатов), снижением требовательности, привития нравственных правил и ограничений, предоставление дурному влиянию «улицы». При последнем дефекте воспитания ребенок растет, как «сорная трава», не приобретая должного внутреннего начала и понимания «что такое хорошо и что такое плохо». Ребенку постоянно не достает человеческого тепла, общения, приобретаемые им знания весьма хаотичны и не последовательны, речевой запас беден, нравственные принципы не стойки. Недостаток знаний и навыков, скудость духовных запросов, отсутствие трудовых интересов довольно рано приводят к нарушениям поведения (плохая успеваемость, дикie выходки по отношению к более слабым сверстникам, конфликты с педагогами, побеги с уроков и др.), подчинению дурному влиянию старших товарищей с криминальным поведением. Не обучившись сдерживать свои чувства, он по малейшему поводу дает вспышки ярости, недовольства, устраивает шумные скандалы, жестоко избивая своих недругов. Ранними спутниками его жизни становятся курение и прием спиртных напитков, а в подростковом возрасте — случайные сексуальные связи. В состоянии опьянения

асоциальные поступки приобретают особенно дерзкий и опасный характер, результатом чего являются частые дисциплинарные наказания, приводы в милицию и т.п. Аномальное поведение в последующем упрочается, что делает жизнь родных и близких невыносимой. Такой тип воспитания приводит к появлению в процессе становления личности возбудимых и эпилептоидных черт, к формированию возбудимого варианта ПХР.

Тип неправильного воспитания, получившего название «золушки», характеризуется лишением ребенка внимания, учета его интересов, противопоставления другим чаще всего более младшим детям; постоянное третирование, унижение, моральное и физическое наказание, обстановка отчуждения, неприятия его запросов, навязывание единственно допускаемой линии поведения, неоправданные запреты, снижают активность ребенка. В обстановке серой будничности, беспросветности, личностного «неприятия» такая девочка (в соответствии со сказочным прототипом) часто прибегает к фантазированию, рисуя в воображении картины социального успеха и всеобщего признания. В отличие от сказочной истории в реальной жизни все заканчивается более печально: подростки растут робкими, нерешительными, забытыми (создавая в недалеком будущем тип астенической психопатии) или, наоборот, раздражительными, недовольными всем и вся, пронося через жизнь озлобление и ненависть к своим воспитателям (истерический вариант ПХР).

Как видно, при описанных недостатках семейного воспитания речь идет в основном о малом внимании к ребенку, о своего рода педагогическом «недокорме»: при нем имеет место существенное нарушение внутренней структуры семьи, ее явное неблагополучие. Однако весьма часты ситуации противоположного содержания — педагогического «перекорма», избыточного внимания к любимому, чаще всего единственному ребенку. Такой тип воспитания получил определение «кумира семьи». Он представлен семейной атмосферой восхваления ребенка, избавления от любых тягот и ответственности за свои поступки, привития в нем чувства исключительности, всепрощения и вседозволенности. Создаются поистине тепличные, оранжерейные условия «соломенной почвы», преследующие цель защитить ребенка от всяческих бед и несчастий, от простуд и «пагубных» влияний дворовых мальчишек. В обстановке изнежи-

вающего воспитания, безмерной ласки, безоглядного потакания шалостям и капризам как бы специально «вынянчивается» эгоистический, своенравный, хвастливый характер. На первых порах добровольно, а в конечном итоге вынужденно все члены семьи поработаются ребенком, считающим себя средоточием мира. Эгоцентрический тип воспитания оборачивается личностной трагедией, «кумир семьи» незаметно, но надолго превращается в «тирана семьи». Изолированный с детства от сверстников, он на поздних этапах обнаруживает гротескные признаки инфантильного деспотизма. С момента выхода в самостоятельную жизнь его неизбежно подстерегают жестокие разочарования. Не умея ценить товарищескую поддержку, проявлять должную выдержку и уважение к окружающим, такой субъект нередко входит в столкновение с микроколлективом. Основа конфликта с окружающими коренится в потребительном отношении индивида: человек, который желает только получать, не может благополучно жить в обществе равных, вынужден приспособливаться, маскировать свою эгоистическую холодность и расчетливость под личиной заинтересованности и увлеченности (каким-либо искусством, псевдонаучной деятельностью и т.п.). Однако и здесь основной расчет строится на достижении чисто внешнего эффекта, вращаются «около искусства» и «около науки», тратя силы, возможности и таланты на достижение самоутверждения и саморекламы. В недрах такого заласкивающего, оранжерейного воспитания вызывает претенциозная, истерическая личность, нередко решающая жизненные трудности и конфликты за счет демонстративного, нарочитого поведения и подсознательно «бегства в болезнь» (истерические «приступы», параличи, внезапная «слепота» или немощь и т.п.).

Воспитание по типу «ежовые рукавицы» имеет в виду диктаторское отношение к ребенку, систематическое избивание, наказание по малейшему поводу, отсутствие тепла, участия, поощрения. Итогом такого педагогического воздействия является искаженное, дисгармоническое формирование личности (чаще всего эпилептоидно-возбудимый вариант ПХР). В американской литературе выделяется тип неправильного воспитания с использованием «двойного принуждения» («парадоксальной коммуникации»). Он встречается у так называемых «шизофреногенных матерей», которым присуща противоречивость, непоследовательность

применяемых в воспитательном процессе требований. Ребенок в этих условиях затрудняется в выборе стиля поведения, поощряемого взрослыми, пребывает в состоянии перманентного замешательства и растерянности. Ситуация, как правило, усугубляется отсутствием эмоционального контакта, теплоты, положительного подкрепления своим действиям, поступкам. На этой педагогической «почве» формируется своеобразная шизоидная личностная структура со всей противоречивостью и непредсказуемостью жизненного стиля.

Обратим внимание на причудливое переплетение в судьбе растущего ребенка влиянию семьи, школы, уличной компании, окружающей среды. При наличии определенной системы воспитания возникает вопрос, в какой мере она оправдана, а в какой — заслуживает порицания или коррекции. Приведем в качестве примера два возможных варианта воспитательного подхода, так блестяще отображенного Марком Твенном в «Приключениях Тома Сойера». Если поставить задачу вырастить Сида Сойера, чинного, аккуратного и благовоспитанного паренька, возвращайте его в обществе чопорности и послушания, утрированной набожности и самолюбования. Если же поощрять озорство, бурную фантазию, бойцовские качества, чувство товарищеской выручки и поддержки, может вырасти неугомонный и симпатичный Том Сойер. Одно несомненно, решающее значение в воспитательном примере имеет сила примера (родителей, друзей, педагогов, сослуживцев). Семьи, пораженные вирусом частного собственности, махрового эгоизма и другими негативными шаблонами поведения, духовно калечат детей, подтачивают в своей основе формирующуюся структуру личности. Именно неблагополучные семьи бывают наиболее неповторимыми и своеобразными, несущими в себе потенциальный заряд грядущих характерологических «изломов».

Изучение «трудных» подростков московским психологом М.А. Алемаскиным показало, что все они оказались в положении «робинзонов», глубоко несимпатичных, грубых, эгоистических натур, лишенных теплых социальных контактов и умения постигать переживания сверстников, слывущих «трудно воспитуемыми» и «неподдающимися» позитивному влиянию. Вот некоторые особенности их биографии: почти все они плохо учатся, легко поддаются дурному воздействию, слабовольны, грубы, вспыльчивы и агрессивны. Правда этих взглядов подтверждается нашим многолетним об-

следованием учащихся Алтайской школы для несовершеннолетних правонарушителей. У истоков их отклоняющегося, противоправного поведения обнаруживалось отчетливое семейное неблагополучие, воспитание по типу гипоопеки или безнадзорности, реже — «золушки» и гиперопеки; излишняя конфликтность, несдержанность, драчливость, лживость и высокомерие делали их нетерпимыми в обычной школьной обстановке.

Одним из частых проявлений клинической картины патохарактерологического развития личности является девиантное поведение. Оно определяется как система поступков, противоречащая принятым в обществе нормам и проявляющаяся в неадекватности, нарушении процесса самоактуализации, уклонении от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением. В качестве его отдельных типов выделяют: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей (имеющей в виде игнорирования реальности).

Крайнее проявление отклоняющегося поведения характеризуется как делинквентное, противоправное, преступное, криминальное. В его основе лежит индивидуально-психологическая особенность нарушения или блокирования процесса предвосхищения будущего результата деликта (проступка). В основе таких ситуационно-импульсивных противоправных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается существование неудовлетворенной потребности (С.А. Арсентьев).

Аддиктивное поведение характеризуется стремлением ухода от тягостной реальности путем искусственного изменения своего состояния за счет поддержания определенных видов деятельности и уровня интенсивности эмоций путем приема некоторых веществ.

Аддиктивная личность характеризуется следующими психологическими особенностями (В. Segal): сниженной переносимостью трудностей повседневной жизни (наряду с хорошей устойчивостью к кризисным ситуациям), скрытым комплексом неполноценности, внешней социабельностью (в сочетании со страхом перед стойкими эмоциональными контактами), стремлением говорить неправду и обвинять других (зная, что они невиновны), избеганием ответственности в принятии решения, зависимостью, тревожностью, стереотипностью и повторяемостью поведения. Налицо феномен «жаж-

ды острых ощущений» (В.А. Петровский) в виде стремления к риску, обусловленного опытом преодоления опасности. Согласно концепции Н. Пезешкиана, существует четыре вида «бегства» от реальности: «в работу», «в контакты или одиночество», «в тело», «в фантазию». Разновидностью патологического типа девиаций можно считать саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение. При нем система поступков индивида направлена не на личностный рост и гармоническое взаимодействие с реальностью, а на аутоагрессию (отсюда такие разновидности поведения, как суициды, наркотизация, алкоголизация и пр.).

В целом девиантное (отклоняющееся) поведение имеет свое выражение в основных клинических феноменах: агрессия; аутоагрессия; злоупотребление веществами, вызывающими изменение состояния психической деятельности; нарушение пищевого поведения (переедание, голодание); сексуальные уклонения (перверсии); сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», гэмблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм — религиозный, спортивный, музыкальный и др.), сверхценные психопатологические проявления («философская интоксикация», сутяжничество и кверулянтство, разные мании); характерологические и патологические реакции (группирования, оппозиции, эмансипации); коммуникативные девиации (аутизация, конформизм, псевдология, нарциссизм); безнравственное (противоречащее нравственным нормам — алчность, гордыня, похоть, тщеславие, зависть) и аморальное поведение; неэстетическое поведение (отказ от правил эстетики в различных сферах — в питании, еде, высказываниях). Одна из «больных» проблем современной молодежи — это «вещизм»; она уходит своими корнями, как и многие другие девиации, в микроклимат семьи, где процветают стяжательство, голый расчет, стремление к накоплению, желание «отличиться» не талантом и работоспособностью, а материальным достатком. «Строгая доброта» — вот лейтмотив направленного на коррекцию девиантного поведения подростка, обретающего в ходе личностной реконструкции заново нравственный и гражданский смысл своего существования.

## **ГЛАВА 9.**

### **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В БИОСОЦИАЛЬНОМ ОСВЕЩЕНИИ**

Личностные расстройства (в старом понимании «психопатии») представляют собой одну из ярких, недостаточно изученных форм психической патологии, относящейся наряду с невротами и другими отклонениями в патохарактерологической сфере к области «малой», «пограничной» психиатрии. Чтобы понять ее общественное и медицинское значение, очевидно, необязательно быть психиатром. Почти все аспекты ее многостороннего изучения представляют собой задачи огромной социальной важности. Прежде всего, сошлемся на «величину проблемы», ставшей, по выражению М.М. Кабанова, «не просто большой», а огромной. Эпидемиология смело позволяет оценить пограничные состояния как важнейший раздел медицины, тесно соприкасающийся со многими психологическими и социологическими дисциплинами. В США недавние попытки определить частоту невротозов дали цифру более 20% (по некоторым данным, число невротиков в стране составило 25 млн. жителей). По мнению Джаспера, «индивидов, никогда не проявлявших признаков невроза или психопатии, также мало, как тех, кто не испытывал простуды». По данным Г.К. Ушакова (1978, 1987) более 80% случаев психической патологии относится к пограничным формам.

Психопатия (с греческого — «душевное страдание») представляет собой стойкое, болезненное изменение личности, которое определялось раньше как «уродство характера» (по аналогии с физическим уродством, являющимся необратимым). В качестве синонимов использовались такие термины, как «психопатические характеры», «аномальные личности», «психопатические конституции», социопатии «милъезы», анэтопатии, «олиготимии». Последний

термин подчеркивает отсутствие или недостаток эмоций, что отражает первоначальное содержание понятия психопатий, выдвинутого в 1835 г. Причардом — «моральное помешательство» или «моральные метисы». Впоследствии появились описательные характеристики психопатических личностей, нередко доходящие до курьезов. Так, важным признаком дифференциации Роберт Миллер считает наличие или отсутствие совести: «нет совести — психопат, есть совесть — не психопат». Дженкинс находит две черты в определении психопатической личности: отсутствие чувства любви и отсутствие чувства вины. Психопат — это необщественное животное, которое живет в обществе. Однако если Дженкинс прибегает к сравнению психопата с животным из риторических побуждений, то немецкий психиатр Ганс Кюн пишет без тени иронии, что у лошади и собаки есть все психические отклонения, свойственные психопатам. Очень расхожей, но не отражающей в полной мере сущности психопатий является формулировка, предложенная Куртом Шнейдером: «Психопаты — это лица, страдающие сами от своей аномальности, или же от нее страдает общество». Позднее Мюллер несколько изменил это определение: от этой недостаточности страдает как сам индивид, так и заставляет страдать окружающих. Среди других характеристик отмечают и такие, как невозможность отсрочить получение удовольствия, неспособность извлечь уроки из собственного жизненного опыта, неумение признать правыми окружающих. Естественно, подобные дефиниции не представляют существенного клинического смысла, поскольку отражают лишь частные и производные качества аномальной личности (именно на основе таких чисто описательных психологических или морально-оценочных признаков ранее выделялись психопаты из групп «патологических спорщиков», «странных», «чудаков», «врагов общества»).

Для отграничения психопатической личности от нормального или невротического характеров широко используются три критерия выдающегося российского психиатра, основоположника отечественной пограничной психиатрии П.Б. Ганнушкина. Прежде всего, для нее характерен тотально уродливый, дисгармонический склад личности, когда стойко изменены все эмоциональные и волевые компоненты. «Союз ума и сердца» при данной патологии непрочен и искажен (что соответствует житейскому суждению: «воля



без рассудка слепа, рассудок без воли — хромой калека»). Более сильные, уродливо преувеличенные эмоции не в ладу с довольно развитым мышлением. В спокойной, трезвой обстановке психопат поступает так, как велит ему разум, но как только на авансцену выходят эмоциональные факторы, он действует сообразно импульсивным влияниям, не соразмеряясь с доводами рассудка. Нередко среди психопатов бывают талантливые, способные люди, которые «ломают» свою жизненную судьбу из-за неуравновешенности, неуживчивости, конфликтности.

Вторым критерием является выраженность патологических особенностей личности до степени, когда нарушаются социальная адаптация и обычные взаимоотношения с окружающими. Вследствие патологического склада характера отношения с близкими людьми протекают неровно, создается наэлектризованная, напряженная атмосфера, обостряющая имеющиеся аномальные черты, а как следствие — еще более запутанная, трудно разрешимая конфликтная ситуация (механизм «психопатического цикла», описанный О.В. Кербиковым). Прежде всего, аномальный характер обнаруживается в домашней обстановке (так называемые «семейные психопаты»): невообразимые скандалы, рукоприкладство, необоснованная ревность, придирищность. При более выраженной дисгармонии личности нарушения адаптации начинают проявляться и в произведенных условиях: не хватает усидчивости, настойчивости, желания считаться с интересами и мнением окружающих, соблюдать трудовую дисциплину. Не выдерживая общественного «давления», психопат вынужден оставлять работу и соответственно снижаться по профессиональной «лестнице».

Третьим признаком сложившейся психопатии является относительная стабильность, малая обратимость аномального личностного склада. Лишь под влиянием положительного социального воздействия возможна компенсация патологической линии поведения и даже переход в скрытые, латентные психопатические состояния. В целом же жизненная судьба психопатов протекает по трем каналам, описанным ранее немецким клиницистом Эрнстом Каном: тюрьма, психиатрическая больница, суицид. В 20-е годы у нас в стране и за рубежом было выдвинуто учение о «социопатии», в основе которого лежало представление об антиобщественном поведении подобных индивидов. Подвергнувшись ост-

рой критике за переоценку роли социального фактора в генезе противоправных действий личности, оно, тем не менее, содействовало пристальному изучению вклада конституциональных и средовых влияний в возникновении отклоняющегося поведения.

Психопатии как полиэтиологические образования («патос», а не «нозос», по О.В. Кербикову [1962]), имеют три патогенетических варианта. При «ядерной», «истинной», «конституциональной» психопатии решающую роль играют биологические моменты, причем не только на этапах ее становления, но и в ходе последующей динамики. При «краевой», «нажитой», «приобретенной» психопатии ведущее значение имеет нажитая биологическая недостаточность в виде «рассогласованности» корковых и подкорковых функций возникает под воздействием неблагоприятных средовых (микросоциальных) факторов. При «органической» психопатии формирование многостороннего артефакта обязано своим происхождением экзогенно-органическим и соматогенным воздействиям на ранних этапах онтогенеза.

При психопатии (расстройстве зрелой личности) с ее врожденными дефектами характерологического склада возрастает роль биологического фактора в регуляции социального поведения индивида. Как показывает клиническая и юридическая практика, при сочетании неблагоприятных средовых факторов (в первую очередь, погрешностей воспитания) и конституционально-биологической неполноценности возникает повышенная опасность девиантного (отклоняющегося) и делинквентного (противоправного) поведения. Говоря о социопатических личностях, О'Нейл полагает, что данный диагноз правомерен при наличии, по крайней мере, пяти следующих признаков: плохое поведение в школе, пропуски уроков, неблагополучная семейная и трудовая жизнь, злоупотребление наркотиками и алкоголем, неоднократные аресты, жизнь за чужой счет, отсутствие друзей, бродяжничество, присвоение вымышленных имен, лживость, безрассудные поступки. По Д. Гендерсону, психопатами являются субъекты с психологической незрелостью, не умеющие контролировать себя, с раннего детства становящиеся проблемами для родителей, общества и самих себя, редко испытывающие угрызения совести и на которых не действует наказание. Имеется три группы таких личностей: преимущественно агрессивные, преимущественно пассивные или

неадекватные, творческие. Согласно супругам Мак-Кордам, психопат — это асоциальная, агрессивная, в высшей степени импульсивная личность, почти лишенная чувства вины и неспособная испытывать стойкие длительные чувства к другим людям. Главнейшим признаком психопатии Ф. Фабрегус считает невосприимчивость к воспитательным воздействиям, приобретению жизненного опыта, неспособность делать выводы из собственных ошибок.

Однако далеко не все исследователи пограничных состояний склонны переоценивать роль врожденных задатков. Французский психиатр Л. Мишо утверждает, что биологическое предрасположение может остаться таковым, если оно не оплодотворено обстоятельствами. Выдающийся отечественный ученый О.В. Кербиков (1962) пишет: «Ведь от рождения человек не тот, кем он становится в результате воспитания. Можно говорить о глыбе мрамора и резце скульптора. Конечно, для ваения играет качество мрамора. Однако в основном изваяние формируется под действием резца скульптора. Этим скульптором и является окружающая среда». Роль семейного воспитания в появлении расстройства личности была отмечена еще немецким врачом Вагнер-Яуреггом, указавшим, что «родители отягощают своих детей не только неблагоприятной наследственностью, но и дурным воспитанием». Социологическое рассмотрение особенностей поведения некоторых современных подростков (хиппи, клошары, битники) показало близость проблемы к пограничным состояниям: детерминированность их поведения двоякая (биологическое влияние особенностей темперамента и социальное — несовершенная структура общества). Древнегреческому мыслителю Платону принадлежит изречение: «Каждый желудь заключает в себе идеальный тип дуба»; отцы и матери снаряжают своих детей определенным запасом наследственного материала, который реализуется на сложном жизненном пути — все задатки, способности, таланты развиваются затем самой личностью по мере упорной работы над собой, в жизненной борьбе, которая лишь одна является гарантией победы.

Во всех современных психиатрических классификациях расстройств зрелой личности содержатся детальные диагностические критерии, стремящиеся преодолеть особые трудности, связанные с различием между наблюдениями и интерпретацией. Эти затруднения были отмечены

К. Шнейдером (1950): «Всякий клиницист будет приведен в сильное замешательство, если его попросить классифицировать на соответствующие типы психопатов (т.е. патологические личности). Люди не поддаются точному определению, и патологические индивидуумы, в отличие от проявлений болезни, не могут быть четко классифицированы на манер клинического диагноза». Новые трудности в типологии личностных расстройств возникли при переходе на МКБ—10. Для проведения диагностических сопоставлений с прежними отечественными группировками психопатий приведем таблицу их клинических обозначений (с указанием шифра по МКБ—10), используя данные В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой [1999] (табл.).

Мы полностью согласны с мнением цитированных выше авторов, что имеющаяся в отечественной науке типология личностных расстройств значительно глубже, точнее и шире, чем предлагаемые зарубежные каноны, однако в интересах возможного сопоставления равнозначно понимаемых параметров нормы и патологии в области клинической персонологии можно принять ее за основу, не уходя от достижений отечественных исследований по проблеме статики и динамики патохарактерологических состояний. Для преодоления отмеченных противоречий мы рассмотрим современную типологическую характеристику личностных расстройств в данной главе, а клиническую и динамическую оценку — в последующих разделах работы<sup>1</sup>.

Приводим краткое описание клиники основных типов расстройств личности, несколько изменив порядок, последовательность изложения, выдвинув на передний план обсессивные и истерические нарушения, поскольку «их легче всего соотнести с наблюдениями за людьми в повседневной жизни» (Гельдер М. с соавт., 1997, с.101).

Обсессивно-компульсивное расстройство личности (F.60.5) соответствует анакастным (в терминологии Е. Kahn [1928]). Такие натуры надежны, точны, пунктуальны, при-

---

<sup>1</sup> Рассмотрение современных проблем классификации и клиники поведенческих расстройств осуществлено с использованием следующих литературных источников: Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб, 1994; Оксфордское руководство по психиатрии. Киев, 1997. Т.1. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо.

**Клинические обозначения личностных расстройств**

Прежние обозначения	Новые рубрики	Шифр
Психопатии:	Личностные расстройства	F.60
Возбудимые / взрывчатые	Импульсивные (эмоционально-лабильные), безудержные	F.60.3 F.60.8
Тормозимые / астенические	Зависимые	F.60.7
Истеричные	Истеричные	F.60.4
Психастеники по П. Жане	Ананкасты	F.60.5
Психастеники Ганнушкина-Суханова	Тревожные	F.60.6
Неустойчивые	Нет аналога - "другие"	F.60.8
Паранойяльные	Параноидные	F.60.0
Фанатики	Включены в "параноидные"	F.60.0
Шизоиды	Шизоиды	F.60.1
Эмоционально-лабильные	Эмоционально-лабильные	F.60.3
Гипертимные	б.м. циклоиды	F.34.0
Конформные	Снова зависимые	F.60.7
Гебиды, асоциальные	Диссоциальные	F.60.2
Фершробен	Экцентричные, пограничный тип	F.60.31
Мозаичные	Эмоционально-лабильные / смешанные	F.61.0
Психопатоподобные расстройства - изменения личности (после травмы мозга шизотипическое расстройство)		F.0.7 F.21
Циклотимическая личность		F.34.0

держиваются высоких принципов и соблюдают социальные нормы, однако нередко эти качества приобретают обратную сторону: решительность нередко уступает место упрямству, точность — сверхзабоченности деталями; высокие нравственные начала — фанатизму. Поражает недостаточная приспособляемость к новым ситуациям, бросаются в глаза нерешительность, чрезмерная озабоченность чужим мнением, склонность к сомнениям и осторожности, перфекционизм (стремление к совершенству, препятствующее завершению задач), повышенная педантичность и приверженность социальным условностям, ригидность и упрямство, появление настойчивых и нежелательных мыслей, влечений.

Истерическое расстройство личности (F.60.4) характеризуется самодраматизацией, преувеличенным выражением эмоций, внушаемостью, легким влиянием обстоятельств, огромной жадой нового, постоянным стремлением к возбужденности и признанию со стороны окружающих. Подобные натуры подают себя как более значительную персону, постоянно разыгрывают какую-то роль, не будучи в состоянии оставаться самим собой, прибегают к неадекватной оболъстительности во внешнем облике и показанному поведению, чрезмерной озабоченности физической привлекательностью. Имеет место сильно утрированная тенденция к

эгоцентризму, потворство к себе, горячее желание быть признанным, эмоциональная лабильность и обидчивость. Для удовлетворения потребностей в признании умело используют манипулятивное поведение. Чтобы заставить окружающих подчиниться своим желаниям, способны пойти на крайние меры, эмоциональный «шантаж», демонстративные попытки самоубийства. Обращает внимание удивительная способность к самообману и умелое отстаивание своей запутанной, изоэренной лжи. У женщин сексуальная провокация сочетается с фригидностью. К. Шнейдер выделяет в группе истерических психопатов «ищущих внимания» с их неискоренимым побуждением создать впечатление, выглядеть большим, чем «есть на самом деле».

Параноидное расстройство (F.60.0) имеет в своей основе подозрительность и сензитивность, чрезмерную чувствительность к неудачам и отказам, общую тенденцию к искажению фактов путем неверного истолкования действий других людей и переживанию своей повышенной значимости. Подобный тип людей поставляет заядлых спорщиков и упрямец, они охотно ввязываются в судебные тяжбы, проявляют неоправданную ревнивость, обидчивость и ранимость (тип сензитивных, по Е. Кречмеру [1927], К. Шнейдеру [1950], с их облегченной способностью к формированию «сензитивных идей отношения»).

Шизоидное расстройство личности (F.60.1) отличается эмоциональной холодностью, отчуждением и аффективной уплощенностью, неспособностью проявлять к людям теплые, нежные чувства, равно как и гнев. Отсутствие доверительных связей и близких друзей сопровождается почти неизменным предпочтением уединенного образа жизни (многие из них всю жизнь проводят в одиночестве, не проявляя интереса к сексуальным контактам). Абстрактные проблемы занимают их больше, чем конкретная деятельность. Отмечена повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией, слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику. В ряде наблюдений, когда расстройство достигает крайней степени, индивиды выглядят холодными, очерствелыми, нелюдимыми («бирюки»), в смягченной степени — способны к продуктивному рассмотрению сложных интеллектуальных задач.

Диссоциальное расстройство (F.60.2) в классификации DSM—3-R определяется как «асоциальное», оно охватыва-

ет признаки в виде неспособности устанавливать отношения любви и преданности, склонности к импульсивным действиям, отсутствия чувства вины и способности извлекать уроки из негативного опыта. Такие индивидуумы обращают на себя внимание бессердечным равнодушием и презрением к другим, жестоким и унижающим действием к окружающим, крайне низкой толерантностью к фрустрациям, импульсивностью в сочетании с отсутствием чувства раскаяния. Начинаясь с мелких проступков в подростковом возрасте, асоциальное поведение приобретает затем рецидивирующий характер (бессмысленная жестокость, усугубляемая алкоголем и наркотиками).

Импульсивное расстройство (F.60.30) отличается неспособностью контролировать свои эмоции, внезапные вспышки необузданного гнева (часто в ответ на осуждение со стороны окружающих). В отличие от предыдущего, асоциального, типа представители этой группы не имеют других трудностей во взаимоотношениях с близкими. Они соответствуют также эксплозивному и агрессивному расстройству личности. Пограничный тип (F.60.31) характеризуется эмоциональной неустойчивостью, хроническим чувством опустошенности. К основным личностным признакам отнесены: нестабильные взаимоотношения, импульсивные поступки (неразумные финансовые траты, увлечение азартными играми, кутежи, воровство и т.п.), переменчивое настроение, чрезмерная гневливость, угрозы самоубийства, устойчивое чувство скуки и эмоциональные кризисы.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F.60.6) проявляется постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями, представлениями о своей социальной неспособности, личной непривлекательности, ограниченностью жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности, уклонением от социальной и профессиональной деятельности, связанной со значительными межличностными контактами (из-за страха отвержения или неодобрения). В отличие от шизоидных натур они не являются эмоционально холодными, а искренне жаждут социальных контактов.

Зависимое расстройство (F.60.7) представлено слабостью и чрезмерно податливыми, пассивными личностями. Им недостает энергичности, стремления к наслаждениям, уверенности в себе. Для них свойственно активное

или пассивное переключивание большей части важных решений в своей жизни на других, чувство неудобства или беспомощности в одиночестве — из-за страха неспособности к самостоятельной жизни. Не пытаюсь противостоять судьбе, такие натуры быстро спускаются вниз по служебной лестнице или же пополняют ряды безработных и бездомных. Дополнительные признаки включают представления о себе как о беспомощном, не компетентном человеке, не обладающим жизнестойкостью.

Аффективные расстройства личности не включены ни МКБ—10, ни в DSM-III-R (если не иметь в виду циклоидов — F.34.0 и «хронические аффективные расстройства» — F.62.1), однако заслуживают описания в виду частоты нарушений регуляции настроения в популяции. Оно может выражаться в постоянном унынии (депрессивное расстройство) или же в чрезмерно повышенном, приподнятом, неадекватном обстоятельствам фоне настроения (гипертимическое расстройство личности), а также в чередовании этих двух крайностей (циклотимическое расстройство).

Заслуживают упоминания и другие расстройства личности, включенные в американскую классификационную систему, но отсутствующие в международной. Среди них: шизотипическое расстройство личности (характеризуется социальной тревожностью, эксцентрическим поведением, вычурностью речи, неадекватным аффектом, подозрительностью, идеями отношения и необычными ощущениями), нарцисстическое (с грандиозным ощущением собственной значимости, жаждой внимания), пограничное расстройство (используется для описания симптомов и поведения, генетически связанными с шизофренией, а также типа личности с явлениями «неустойчивости» и нестабильности), пассивно-агрессивное расстройство (с реагированием на требования адекватных действий по типу пассивного сопротивления в виде оттягивания, нарочитой неумелости и медлительности, или же упрямством и не обоснованной критикой лиц, облеченных властью).

В целом описанные клинические состояния поведенческих типов имеют тенденцию к устойчивости, являясь выражением основных характеристик присущего индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и окружающим. Некоторые из них появляются весьма рано, в процессе индивидуального развития (как результат влияния конститу-



циональных и социальных воздействий), другие приобретаются на более поздних этапах жизненного пути субъекта. Эти типы состояний охватывают глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения на широкий спектр личностных и социальных ситуаций. Они представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от обычного, «нормального» образа жизни, присущего данной среде, данной культуре. Они являются первичными как в плане автономного генеза основных кластеров девиаций личности, так и определения изменяющегося функционирования организма. С другой стороны, вычленение изменений личности основано на их отличиях по времени и характеру возникновения, имеется в виду установление предшествующих факторов (переживание катастроф, пролонгированный стресс или же напряжение, психическое заболевание), а также факт их приобретения во взрослой жизни вслед за тяжелым и длительным состоянием, экстремальными средовыми девиациями, серьезной психоневрологической патологией. Специфическое расстройство личности (F.60) является тяжелым нарушением характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида; оно вовлекает несколько сфер личности и почти всегда сопровождается личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает, как правило, в позднем детстве или подростковом периоде и продолжает проявляться в зрелом возрасте (поэтому его диагностика оправдана после минования пубертатного периода). В разных социокультуральных условиях возможна разработка специальных критериев для оценки социальных и клинических норм.

Несколько особняком от рассмотренных выше проблем стоит характеристика так называемой психотической личности (или личности в психозе). Тема эта, если иметь в виду ее эпистемологический аспект, по сути дела неисчерпаема и многопланова, поэтому из всего разнообразия вопросов остановимся на двух вопросах, имеющих наиболее тесное отношение к современной клинической персонологии. Во-первых, о соотношении эндогенного процесса и связанной с ним преморбидной личностной трансформации (шизофрения, эпилепсия); во-вторых, извечно молодой темы взаимосвязи проблемы «гений и безумие». Продуктивность такого, казалось бы, малооправданного взгляда на эти две аморфные проблемы подчеркивалась многими старыми кли-

ницистами. Сошлемся, прежде всего, на мнение французского психопатолога XIX века Ж. Моро де Тура: «Болезнь может дать ключ к пониманию многих явлений из области морально-аффективной и интеллектуальной; она раскрывает их истинную природу». К нему присоединяется авторитетное мнение классика отечественной психиатрии С.С. Корсакова: «Проявления душевных болезней в отдельных случаях очень разнообразны, но общее в них то, что при них изменяется «личность» человека».

Наиболее полно проблема соотношения преморбидной личности и психотического заболевания разрешаема при анализе эндогенной патологии (шизофрения, эпилепсия), имеющей в своей основе конституционально-биологическую предрасположенность. Со сложностями дифференциально-диагностического плана мы столкнулись при попытках разграничения истерических и истериформных состояний (Семке В.Я., 1980, 1988). Трудности дифференциации объясняются, на наш взгляд, несколькими причинами: прежде всего, следует иметь в виду изменчивость в последние десятилетия клинической картины «истерической болезни» (в нашем понимании) в направлении большей интраверсии личностного реагирования. Далее, наличие многообразных клинически схожих «истинно» истерических признаков и функциональных симптомов, возникающих на ранних стадиях шизофренического процесса. Наконец, известное сродство клинической картины истерии и шизофрении, определяющееся отчасти тем биологическим базисом, на котором они возникают — психическим инфантилизмом. Однако за внешним сходством следует улавливать различия в течении и развитии патологических состояний. Они были обнаружены в ходе многолетнего клинико-катамнестического наблюдения истерических состояний (371 пациент) в состоянии с истериформными проявлениями на разных этапах шизофренического процесса (23 больных в инициальном периоде вялотекущей, малопрогрессирующей шизофрении; 16 — с психопатоподобными и неврозоподобными ремиссиями; 8 — с дефектными состояниями соответствующего типа).

Сравнение клинической динамики истерической личностной симптоматики с истериформными явлениями на ранней стадии эндогенного процесса показало ряд общих свойств: богатая и быстро меняющаяся аффективность, чрезмерная демонстративность, непоследовательность и гротес-

кность поведения, яркая претенциозность, слабость волевых задержек («бесплановость воли», по Э. Крепелину), пышная бравада, избыточная внушаемость и самовнушаемость, гиперболизация болезненных ощущений, а также преходящие неврологические расстройства в виде симптомов раздражения или выпадения (припадки, параличи, мутизм и др.). Однако уже на инициальном этапе невротоподобная истериформная симптоматика проявлялась вне непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией, приобретая утрированный, массивный, инертный характер. В этой связи важно указание Е. Блейлера (1920) на то, что «подчеркнутая истеричность больного позволяет заподозрить у него шизофрению». О нозологической специфичности истериформной симптоматики говорили такие преобразования личностного облика, как утрата яркости и живости эмоционального реагирования, тенденция перехода от экстраверсии и интраверсии, нарастающий аутизм с неуклонным разрывом социальных связей, резонерство, регрессивная синтонность. Это совпадает с мнением К.А. Новлянской (1935) о том, что «процессуальные симптомы как бы просачиваются через общий шизоидный фон».

При «продольном» клиническом анализе астенического синдрома также удалось провести отчетливое разграничение. При выявлении эндогенной личностной астенизации обнаруживались однообразные и стереотипные жалобы на ощущение вялости, усталости, отсутствие побуждений, падение психической продуктивности (соответствующее «эпизодическим приступам несостоятельности» М. Бюргера [1936]). В юношеском возрасте можно выявить «синдром юношеской астенической несостоятельности» (Glatzel J., Huber G., 1968), рассматриваемый как «предвестник шизофрении» с триадой признаков (сенестопатии, деперсонализация, нарушение управляемости мышления). Протекающая с явлениями навязчивостей вялотекущая шизофрения чаще развивалась у лиц с тревожно-мнительным характером, а также психастенических и сензитивных шизоидов и выделенной нами (Семке В.Я., 1977, 1980) группы «шизоидных истериков». Больным с психопатоподобными проявлениями в большей мере присуща неадекватность эмоционально-волевого реагирования: аффективные реакции при шизофрении возникали спонтанно или по незначительному внешнему поводу, а поступки трудно прогнозировались. Внешне

выглядят постоянно взвинченными, перевозбужденными: то частый и беспричинный смех, то необоснованная напряженность или угнетенность с ощущением усталости, «оцепенелости», вялости, апатии, неопределенной тревожности в сложном сопровождении препсихопатических проявлений в виде капризности, чудаковатости, холодности, склонности к отшельничеству (рассматриваемых К. Шнейдером [1934] как функцию процессуальности). В дальнейшем усиливалась и выдвигалась на передний план своеобразная «аффективная диссоциация»: причудливое сочетание эксплозивной восторженности с нарастающей холодностью, периодически появляющимися состояниями отрешенности и безразличия, склонность к «философской интоксикации», магическим и сказочным представлениям, непродуктивному мудрствованию. Все более отчетливыми становились проявления шизофренической разобщенности, выявлявшейся при длительном катамнестическом наблюдении: сдвиг в сторону «двойной жизни», паралогичность суждений, непоследовательное, «расплывающееся» мышление, утрата эмоциональной яркости и насыщенности, ощущение чуждости возникающих патохарактерологических изменений.

Истериформный личностный синдром, наблюдавшийся в состоянии ремиссии и дефекта, приобретал крайнюю стойкость и ригидность, сопровождаясь резким и грубым извращением влечений, налетом манерности, пуэрильности, вычурности, перераставших затем в гебоидное поведение. Патологические формы реагирования обнаруживались по преимуществу в привычной, знакомой обстановке, протекая на фоне легкой эйфоричности. Оставаясь длительное время стержневым в клинической картине заболевания, психопатоподобный синдром постепенно «обрастал» шизофреническими симптомами. В период ремиссии эпизодически возникали различной продолжительности и выраженности обострения с субдепрессивными приступами, сензитивностью, безмотивными суицидальными попытками. В известной мере картина личностных изменений соответствовала «шизотипическому расстройству»: странность, эксцентричность поведения и увлечений (верование, магическое мышление, бредоподобные переживания), социальная аутизация, обсессивная «жвачка» без внутреннего сопротивления, соматосенсорные, телесные сенсации. На более отдаленных стадиях эндогенного процесса формируется дефект типа

фершробен (от нем. *Verschrobenheit* — чудачество, взбалмошность): патологическая аутистическая активность, странность, парадоксальность, нелепость в поведении, причудливая парамимия, усиливающаяся снижение уровня личности.

Важное клиническое значение приобретает дифференциация синдромов патологического фантазирования и псевдологии. При истерии их появление ситуационно обусловлено, как правило, тесно связано с целенаправленными и трудно преодолимыми коллизиями морального порядка. Способность к выдумке и фантазии больные использовали с целью привлечь внимание, утвердиться в глазах окружающих, добиться желаемой выгоды. При реализации мечтаний эмотивная направленность мышления умерялась, что создало условия для личностной компенсации. Псевдология истерических натур отличалась экспрессивностью, многоплановостью, горячим пафосом и вдохновением, стремлением изумлять и интриговать способностью быстро и легко находить выход из затруднительных положений. У «шизоидных истериков» фантазирование как бы вытекало из «внутренней потребности», происходило «наедине с собой», без аудитории, напоминая грезы: желание испытать что-то необычное, яркое, впечатляющее, «героически-романтическое». Оно отличалось тщательной разработанностью, конкретностью, не сопровождаясь активностью в реализации задуманных планов и намерений. При динамическом анализе рассматриваемых синдромов отмечалось различие в виде медленного нагнетания вдохновения: «кривая» фантазирования постепенная и пологая. Ослабление фантазирования наблюдалось в более поздние возрастные периоды.

При наличии приступообразного шизофренического процесса фантазирование и грезоподобные мечтания переплетались с пестрой «палитрой» истериформных расстройств. Характерна алогичность их содержания и неуправляемость сюжетом в ходе патологического фантазирования, а также аффективная диссоциированность (бедность внешних проявлений и богатство внутренних переживаний) и двигательная заторможенность, сопровождавшаяся ощущением происходящего «вопреки воле» пациента (напоминая ориентированный онейроид). В отличие от истерических фантазий, отражавших стремление «вытеснить» эмоциональное напряжение, при этом не наблюдалось элементов амнезии.

Динамическое изучение выявило спонтанно возникавшие периоды затишья и полного отказа от фантазирования и лжи с последующим неожиданным обострением на фоне легкой гипоманиакальности (вне связи с ситуационными моментами).

Существенные затруднения представляла дифференциация истеродепрессий психогенной и эндогенной природы, в первую очередь, в рамках малопрогрессирующей (вялотекущей, латентной) шизофрении, «клинические проявления и течение которой во многом сходны с динамикой психопатии» (Смулевич А.Б., 1983). При истероподобной шизофрении, прежде всего, наблюдалась отчетливая диссоциация между массивными клиническими проявлениями аффективной симптоматики (носившей гротескно усиленный, карикатурный характер) и весьма незначительной патогенностью возникшей микросоциальной ситуации. Еще задолго до ее появления имели место периоды стертой депрессии со снижением активности и общительности, значительным обращением в мир внутренних переживаний. Характерна более затяжная динамика истеродепрессивной симптоматики, приобретающей с самого начала автохтонное выражение. Наконец, следует оценивать некоторые особенности клинической структуры ведущего синдрома: появление неадекватных аффективных реакций, беспричинной тревоги, причудливых деперсонализационных и сенестопатически-ипохондрических расстройств, суточных колебаний настроения по утреннему типу при слабой выраженности вегетативных нарушений (Семке А.В., 1999).

Несколько иные данные по оценке проблемы «личность в психозе» можно получить при изучении патохарактерологических качеств больных вторым эндогенным заболеванием — эпилепсии. При длительно текущем процессе имеет место нарастание личностных изменений по «генуинному» варианту, описываемых большинством авторов в рамках эпилептоидного типа: инертность, вязкость, тугоподвижность основных психических функций, склонность к детализации, трудная переключаемость, слащавость в сочетании с мстительностью и злопамятностью (пресловутое изречение о «несчастных с молитвой на устах и камнем за пазухой»). По мере утяжеления болезни наблюдается усиление личностных качеств, в первую очередь таких, как ипохондричность, социальная интроверсия, переживание собственной непол-

ноценности, сниженное настроение (Громов С.А., Лобзин В.С., 1993). В ситуациях фрустрации начинают преобладать «внешне обвинительные реакции самозащитного типа». По всему «длиннику» заболевания вырисовываются и формируются три варианта личностной переработки патологического процесса — невротический, сензитивный и дисфорический (при последнем типе доминируют требовательность повышенного внимания к себе, недоверие к проводимому лечению, склонность обвинять в своей болезни окружающих, мрачно-озлобленное настроение).

В русле основных проблем клинической персонологии представляет интерес несколько необычный ракурс анализа истерической и эпилептической личностей с позиций рассмотрения сочетания таких весьма характерологических качеств, как жестокость, сладострастие и религиозность этих больных. Он проведен в беллетристической форме почти столетие назад П.Б. Ганнушкиным в его ранней работе «Сладострастие, жестокость и религия» (1901)<sup>2</sup>, опубликованной из-за цензурных препятствий во Франции и длительное время остававшейся неизвестной русскому читателю. Остановимся несколько подробнее на содержательной стороне этого исследования, поскольку оно подводит нас к мысли о сложности и малой познаваемости личности, о близости нормальных и болезненных ее вариантов (в эпиграфе статьи есть любопытная цитата из Лобштейна: «Патологические явления есть не что иное, как преувеличенные физиологические явления»), об интимной родственной связи и общих тенденциях трех чувств, взятых молодым Ганнушкиным для всестороннего рассмотрения. Удивительно, что отправной точкой для этого им было взято изречение философа-мистика Новалиса (1826)<sup>3</sup>: «Довольно странно, что давнишние ассоциации сладострастия, религии и жестокости не привлекли внимание людей к их интимному сродству и общности тенденций».

В цитируемой работе содержится большой исторический материал, в котором подтверждено единство трех изучае-

---

<sup>2</sup> Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964. С.80—93.

<sup>3</sup> Новалис (Novalis), настоящее имя Фридрих фон Харденберг (1772—1801). Высказывал идеи интуитивистской диалектики, всеобщего символизма природы, полярности и взаимоперехода всех вещей («магический идеализм»). Цит. работа: Novalis. Schriften heraus gegeben von Ludwig Fieck und F. Schlegel. II. 1826.

мых психических феноменов. Так, у многих людей, достигших вершины власти, обнаруживается нескончаемое число примеров жестокости, соединенной со сладострастием (Сулла, Август, Каллигула, Нерон, Домициан, Генрих VIII, а среди женщин — Агриппина, Фульвия, Мессалина, Елизавета Английская и др.). Криминальная психопатология и антропология считает установленным, что «у очень большой части людей зло, которое они причиняют другим, вызывает у них чувство сладострастия»: имеется в виду непрерывность между нормальными сексуальными функциями и фактами из сексуальной жизни, известными как садизм, алголагния, лягненомания, эротический тиранизм. Любовь и злоба, по мнению П.Б. Ганнушкина, представляют две большие страсти, которые приводят «психомоторную сферу в состояние высшей степени напряжения». Во внешних проявлениях этих двух эмоций можно найти много общего, похожего. Вот мнение на этот счет госпожи де Ламбер (цит. по Fere [1900]): «В любви всегда есть некий род жестокости; удовольствия любовника получаются не иначе, как через боль любимой. Любовь питается слезами».

На основе установления родства между жестокостью и религиозным чувством доказывается и общность с третьим чувством — сладострастием. «Религия не препятствует ни пороку, ни преступлению; она иной раз даже дает предлог к тому и другому», — пишет Корре (1889), — «Набожность, рожденная безотчетным страхом перед темными силами, которые человек назвал божественным и которым по интуиции его собственной природы он всегда приписывал больше жестокости, чем милосердия, развивается вместе с пониманием своего ничтожества в мире... церебральное свойство, на котором покоится религиозность, встречается и у некоторых закаленных личностей как показатель недостаточности, не угашенной социальным прогрессом». Вслед за данной длинной цитатой Ганнушкин переходит к уже затронутой нами теме — дегенерации характера у эпилептиков: у большинства этих больных можно наблюдать «чрезмерно интересное сочетание лицемерия и жестокости». Они постоянно говорят о боге, ходят в церковь и в то же время обнаруживают крайнюю жестокость по отношению к близким. Мысль о единстве рассматриваемых психологических феноменов подкреплена автором двумя примерами из истории. Первый относится к Людовику XI, ведь его жестокость вошла в поговорку; и



в то же время он был необычайно набожным, бормотал молитвы при осмотре клеток, где содержались жертвы его жестокости. Второй пример взят из истории Российского государства и касается деятельности Ивана IV Грозного: «Жизнь царя проходила между алтарем и камерой пыток, в обществе духовных лиц и исполнителей его бесчеловечных и жестоких приказаний. Часто он бывал и настоятелем монастыря и палачом, в одно и то же время. Он просыпался в полночь и его день начинался молитвой. Часто, присутствуя на обеде, он давал распоряжения самые свирепые и самые жестокие. После обеда царь вел набожные беседы со своими фаворитами, или же шел в камеру пыток, чтобы пытать одну из своих жертв» (Ковалевский П.И., 1893)<sup>4</sup>. Любопытная заключительная часть исторического очерка, вышедшего совсем недавно вновь в свет: «Я с убеждением позволяю себе высказать мнение, что Иоанн Грозный был душевнобольной человек, причем его душевная болезнь выражалась в форме однопредметного помешательства (мономания, или паранойя), позволявшего ему одновременно и управлять государством, и совершать деяния, которым могут быть найдены объяснения только в его болезненном душевном состоянии». П.Б. Ганнушкин к сказанному добавляет, что смесь аскетизма, суровой набожности и свирепости дополнялась у Ивана Грозного необузданной, крайне аморальной сексуальностью; вновь обнаруживается сочетание мистицизма, сладострастия и жестокости. Одно из этих чувств «возрастает рука об руку с другими, одно замещает другие», причем наиболее сильным является сексуальное чувство — религиозное чувство и жестокость могут быть рассматриваемы как заменители все сильного сексуального инстинкта.

Приведенная выше цитата из исторического очерка П.И. Ковалевского плавно подводит нас к одной интересной, животрепещущей проблеме клинической персонологии — соотношению гениальности и помешательства. Естественно, эта тема не исчерпывается сенсационной публикацией Чезаре Ломброзо (1835—1909)<sup>5</sup>. После весьма длительного периода повального увлечения взглядами известного итальянского криминолога наметился период затишья и безразличия

---

<sup>4</sup> Ковалевский П.И. Психиатрические эскизы из истории (в двух томах). М., 1995. Т.1. Иоанн Грозный. С.3—162.

<sup>5</sup> Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. СПб, 1892.

к этой проблеме. Пик такого рода исследований приходится на 20-е годы уходящего столетия и связан с деятельностью российского психиатра Г.В. Сегалина (1878—1960), в частности, с периодическими выходами (с 1925 г. по 1929 г.) в свет специализированного журнала «Клинический архив гениальности и одаренности». Критика использованного многими авторами патографического метода (в частности, таких известных и знаменитых личностей, как А.М. Горького, Л. Андреева, С. Есенина, М.А. Врубеля, Л.Н. Толстого и многих других) наталкивается на довод о неуместности и неоправданности «моральных оценок в науке». Касаясь задач патографической работы, П.М. Зиновьев (1934) справедливо отмечал, что при оценке психического состояния А.С. Пушкина, как и других великих людей, надо отрешиться «от элементов морального осуждения, которые, к сожалению, вкладываются в понятие психопатии не только лицами, не сведущими в психиатрии, но и некоторыми психиатрами».

В последние годы наметился своеобразный ренессанс в рассматриваемой психологической проблеме. В качестве примера сошлюсь на интересную статью И.Е. Сироткиной (2000)<sup>6</sup>, посвященную истории взглядов на природу гениальности, ее возможной связи с душевными болезнями. Она открывается ссылкой на настоящий гимн безумным гениям, содержащимся в блестящей монографии Мишеля Фуко (1972) «История безумия в эпоху классицизма»<sup>7</sup>. Автор пишет о «новом и хитроумном триумфе безумия» над тем миром, который верит в возможность измерить безумие с помощью психологии, но на самом деле измеряется работами великих безумцев (Ф. Ницше, Шопенгауэра, Ван Гога, Гелдерлина, де Нирваля и др.). По мнению М. Фуко, «безумие открыло миру такие экзистенциальные глубины, которые не может постичь разум». Одним из распространенных «психопатологических состояний, способствующих возникновению талантов», Н.Н. Баженов (1914) считал маниакальную фазу «периодической меланхолии». Эта же идея о болезни как источнике творчества была поддержана в недавней работе американской исследовательницы Кей Джеймисон

---

<sup>6</sup> Сироткина И.Е. Гений и безумие: из истории идеи // Психологический журнал. 2000. Т.21. № 1. С.116—124.

<sup>7</sup> Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, 1972.

(1993) «Опаленные огнем», в которой эксплуатируется стереотип поэта-безумца, человека не от мира сего, существа странного, но возвышенного. По мнению Г.В. Сегалина (1925), в соответствии с «биогенетическим законом» гений есть результат скрепления двух линий, одна из которых несет потенциальный талант, другая, материнская линия — наследственный психотизм и душевная ненормальность. Однако хотя психическая болезнь может пробудить «искру гениальности», она же ведет семью к вырождению (Кречмер Э., 1931). Недаром гения часто сравнивали с «закатным солнцем, а не с утренней зарей», ибо выдающиеся люди редко оставляют талантливое потомство.

Психологи и психиатры последнего времени обращают внимание на особый «шизоидный» тип мышления, представители которого стали зачинателями новых направлений в искусстве и науке. По свидетельству Карла Ясперса (1977), «великие безумцы», начиная с XIX века, оставили блистательный след в умах современников (среди них Гельдерлин, Жерар де Нерваль, Август Стриберг, Вацлав Нежинский). Поэтому многие современные исследователи считают присущие шизофрении когнитивные и эмоциональные особенности моделью нынешнего общества с его межличностной отчужденностью, эмоциональной холодностью и изоэщенной рефлексией индивидов. Однако существует и противоположная точка зрения, не устанавливающая какой-либо общности между гениальностью и патологией. Так, психиатр А. Ротенберг (1990) провозглашает: «Между наиболее успешным и здоровым типом мышления — творческим — и наиболее обедненным патологическим типом — психотическими процессами — пролегает тонкая, но совершенно определенная граница». Здоровые процессы определяются как «янусовые» (характеризуются способности смотреть и явления с разных сторон, «видеть обе стороны медали»).

Таким образом, имеются две позиции в оценке гениальности: первая из них, «романтическая», объединяет гений и безумие как «глубинную правду жизни», побеждающей разум, а природа гения является иррациональной (М. Фуко). Другая позиция отвергает связь гения и болезни как явление, компрометирующее достижения цивилизации и разума. «Безумные гении», по К. Ясперсу, представлены людьми, которые лучше всего отвечают ролевым ожиданиям совре-

менников. «Ученые, бухгалтеры и инженеры должны проявлять качества объективности, разума и эмоциональной стабильности, от художников и поэтов ожидают других качеств — интуиции, игры воображения, чувствительности, темпераментности и экспрессивности, иными словами, проявлений безумия». Именно их общество награждает славой и почетом.

Печальный фактический материал, предложенный нам генетикой и историей, свидетельствует со всей очевидностью, что гениальность не есть болезнь, а особый дар природы. Вместе с тем при исследовании темы «безумного гения», помимо анализа биологических детерминант, чрезвычайно важно знать социальную сторону деятельности выдающейся личности. Вполне можно согласиться с мнением уже упомянутого крупного специалиста по затронутой проблеме профессора П.И. Ковалевского («Орлеанская дева», 1909): «Ничего святого не было в видениях и предвидении Жанны, но она была свята своей жизнью и своими делами». Такая точка зрения способствует также преодолению господствовавшего тысячелетиями трепетного страха перед безумием, с блеском отраженного в поэтической форме Огюстом Барбье (1805—1882) в стихотворении «Бедлам»:

И грязный преступник, и честный герой  
Подвержены общей болезни порой.  
Любого гнетет одинаковой властью  
Проклятый недуг, роковое ненастье.  
И лорд, и король, и священник, и нищий  
Все легче соломинки в брэнном жилище.

Именно на «перекрестье» биологического и социального влияния находится, по нашему мнению, «загадка» гениальности и одаренности. Как справедливо отмечает А.Г. Харчев<sup>8</sup>, с одной стороны, это явления социально-культурного, сформированного определенной исторической традицией и социальной средой содержания, с другой — только путем социального воздействия — при всем старании — ни Пушкина, ни Менделеева не создать, здесь нужен и соответствующий «природный материал».

Ответ на вопрос «что наследственного в личности, подверженной психозу?» имеет основополагающее значение не

---

<sup>8</sup> Харчев А.Г. Становление личности. М., 1972. С.11.

только для учения о патологическом характере, но и для психотерапевтической работы, нацеленной на «восстановление», исправление искаженного болезненным процессом личностного «остова». Обсуждение терапевтической дилеммы «обратимый» или «преобразуемый» мы находим к крайне интересной, но малознакомой русскому читателю статье Э. Кречмера (1967)<sup>9</sup> по этой теме. Автор весьма категоричен в своем суждении о том, что «шизофрения преобразуема психотерапевтически на любой стадии». Это касается даже тяжелых конечных состояний, когда «осложненные картины симптомов» и мощные динамические внешние воздействия психоза могут быть приведены частично »к исчезновению при помощи психического влияния» и для этого могут быть извлечены способы поведения, которые стоят близко к способам поведения здорового человека. Все это становится значительно отчетливее и важнее, когда мы переходим из области тяжелых эндогенных катастроф в сферу более легких пограничных случаев, протекающих «без эндогенных личностных сдвигов и личностных вариантов». Для шизоида часто не сама по себе конституция, а «нахождение или ненахождение приспособленного жизненного пространства является их судьбой». Эндогенный сдвиг конституциональной основы может начаться только после психической реакции. Жизненная история гениальных и духовно продуктивных людей особенно отчетливо позволяет распознать «колебания в глубочайшем подполье личности», прежде всего, «загадочное пришествие» и исчезновение, повторное появление творческой силы. У многих поэтов исследователей можно видеть, как в определенных коротких жизненных фазах с всплеском реализуется личностный потенциал (как это имело место в творчестве знаменитого Гельдерлина), а в других — «схема личности остается стоять, как пустой окаменевший остов». С помощью психотерапии может быть вновь построена полная смысла и истинная картина личности, привнесенная в «улучшенное жизненное пространство». Именно таким образом создается осязаемая новая жизненная позиция и должное биологическое приспособление.

---

<sup>9</sup> Kretschmer E. Der Aufbau der Personlichkeit in der Psychotherapie. Darmstadt, 1967.

## **ГЛАВА 10.**

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Проблема классификации и клинической характеристики основных типов характера является ключевой как для психологии личности, так и для пограничной психиатрии. Ее разрешение позволяет пролить свет на генез и структуру человеческих аномалий, соединить практические усилия представителей двух дисциплин: со стороны психологов и персонологов имеется богатый глубинно-аналитический опыт в раскрытии тайн человеческой психики, со стороны психиатров — конкретно-содержательный материал по объяснению уникальных образцов личностных девиаций, обязанных своим происхождением биологическим или социальным артефактам. Правоту и оправданность такого междисциплинарного подхода в анализе малейших личностных уклонений можно получить в высказывании писателя В.М. Гаршина о том, что больной с бредом — тоже человек: он не лишен высоких благородных эмоций и может принести себя в жертву во имя своей святой, хотя и болезненной идеи. Психическая болезнь есть болезнь личности, при которой имеет место не только дефект, но и активное (хотя и патологическое) переключение и развитие индивидуального реагирования, создающего функционально-новое в психике человека. Новые факты и представления в этом сегменте персонологии расширяют горизонты многих научных дисциплин, позволяют исследователям постигнуть радость и величие новых открытий и тайн человеческой «вселенной».

В качестве отправной точки рассмотрения клинической картины личностных расстройств нами использована их рабочая группировка, предложенная О.В. Кербиковым (1971). Она построена на клинко-патогенетических принципах и охватывает сборные группы наиболее частых форм — воз-

будимую, тормозимую, истерическую, паранойяльную, мозаичную и малодифференцированную.

I. Личностные расстройства возбудимого круга имеют наиболее широкое распространение среди личностных девиаций (по Э. Крепелину, они составляют 1/3 всех психопатий), представляющих собой сборную группу патохарактерологических феноменов. В патофизиологическом смысле она представлена утрированным вариантом сильного неуравновешенного («безудержного») типа высшей нервной деятельности, с недостаточностью внутреннего (активного) торможения и преобладанием над ним раздражительного.

Многие исследователи (К. Schneider, Thiehe, С.С. Мнухин и др.) указывали на существенную роль в органической недостаточности головного мозга в генезе личностных расстройств возбудимого типа (считая их вариантами «органической психопатии», а также проявлениями «импульсивной», «эпилептоидной» психопатии). По мнению Т. Bilikiewicz (1966), последствия нерезкого органического поражения головного мозга приводят к формированию характеропатий (отличных от психопатий). В качестве синонимов личностных расстройств возбудимого круга используются термины «безудержные», «неуравновешенные», «эксплозивные», «экспансивные», «эмотивные» и др. В.М. Бехтерев (1886) подчеркивал повышенную раздражительность этих лиц: любой пустяк приводит их в гневливое, неистовое состояние. R. Kraft-Ebing (1897) отмечал у них «необыкновенную раздражительность», медлительность, жестокое обращение с окружающими. I. Koch (1891) описывал у психопатических личностей данного склада склонность к реагированию по типу «разрядки аффекта», а Дюпре выделял способность реагировать «с величайшей энергией» на малейшие внешние обстоятельства, затрагивающие их интересы. В. Маньян (1903) указывал, что мозг этих лиц при малейшем душевном волнении «делается жертвой напряженности», что приводит к крайней раздражительности и жестокой вспыльчивости.

Согласно взглядам О.В. Кербикова (1962, 1971), обширная, сборная группа возбудимых психопатов характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью, несдержанностью, повышенной готовностью к вспышкам гневливого раздражения и склонность давать по малейшему поводу неадекватно сильную злобную реакцию. Личностные рас-

стройства этого круга явились объектом тщательной дифференциации со стороны многих исследователей. Э. Крепелин выделял повышенную возбудимость этих натур, сравнивая ее с бурными, безудержными эмоциональными разрядами у детей (отсюда и определение этих психопатов как «раздражительные»). Э. Кан (1928) использовал термин «эксплозивные психопатии». Таким образом, при анализе клинической картины возбудимой психопатии можно выделить три варианта — собственно возбудимый, эксплозивный, эпилептоидный.

1. Для представителей первого варианта — собственно возбудимых психопатов — характерен симптомокомплекс повышенной раздражительности, несдержанности, крикливости, склонности к бурным аффективным разрядам. С.С. Корсаков указывал на основную черту их «психопатической конституции» — недостаточную уравновешенность. Однако эти патохарактерологические качества могут быть результатом не столько биологической неполноценности, сколько итогом многолетних ошибок в воспитании (обстановка гипоопеки и безнадзорности, ситуация «неполного дома», негативные примеры со стороны родителей, отличающихся неуравновешенностью). Не получив соответствующих навыков самоконтроля, такие подростки весьма рано обращают на себя внимание хулиганскими поступками, безмерной драчливостью и даже безудержностью, любое противоречие вызывает вспышки гнева, ярости, безоглядного протеста.

Во французской систематике пограничных психических расстройств большое место занимают неустойчивые психопатии, определяемые как «неуравновешенные». Их типичной характеристикой являются антисоциальность и «моральная инвалидность».

Именно к подобным натурам применимо крылатое определение, данное Куртом Шнейдером: «Психопаты — это люди, страдающие сами от своей аномальности или же заставлявшие страдать близких». Наиболее явственно необузданность эмоций проявляется в условиях домашнего окружения, когда, не встречая должного отпора, психопат диктует волю родным и близким, устраивает по пустякам невообразимые «разносы», обнаруживает мелочную придирчивость и нетерпимость к чужому мнению. В обстановке вседозволенности и всепрощения пышно расцветают мах-



ровый эгоизм и себялюбие, склонность к тирании, грубому произволу и самоуправству. Любая попытка жены развестись жестоко пресекается, еще более накаляя семейную обстановку (угрозы физической расправы, нанесение увечья, членовредительства, затрагивающие и родственников жены). Такие «тираны семьи» делают жизнь родных и близких невыносимой, и лишь очередная дикая вспышка ярости и рукоприкладства, приводящая психопатическую личность на скамью подсудимых, прерывает на время это беспросветное существование. С возвращением из заключения прежняя линия поведения сохраняется — ни слезы, ни мольбы, ни увещевания не приносят облегчения, напротив, осознание своей безнаказанности в еще большей мере «распалает» психопата. В состоянии опьянения хулиганские выходки становятся особенно дерзкими и опасными, подводя личность к повторным правонарушениям и судебным преследованиям.

Возбудимая психопатия (впрочем, как и другие формы аномального личностного поведения) познается в повседневной жизни. «Психопат строит карьеру с целью ее последующего уничтожения» — пишут американские психиатры Пиро и Ньютон. Повышенная требовательность и бесцеремонность свойственны этим натурам и в общественной жизни: без видимой причины могут затеять скандал в публичных местах, бросить в лицо незнакомому человеку оскорбительные слова и т.п. По мере «нагнетания» аффекта усиливается несдержанность, неспособность критически контролировать эмоции. Поражает быстрота перехода от состояния уравновешенности и спокойствия к неуправляемому потоку ярости и злобы: загораются «как порох» и медленно успокаиваются, испытывая после таких разрядов чувство усталости, разбитости и сонливости. Это умение легко наэлектризовать обстановку, отрицательно влиять на эмоции окружающих создают им репутацию «инфарктогенных» натур. Иногда же межличностный конфликт завершается демонстративной попыткой к самоповреждению (царапают грудь, вскрывают вены на запястье или в локтевом сгибе), физическая боль на время снимает эмоциональное напряжение, отрезвляет, заставляя критически оценивать ситуацию.

Первые проявления психопатии обнаруживаются чаще всего в ранние детские годы: выглядят ершистыми, нелю-

димыми, часто без видимой причины озлобляются, дико кричат, не терпят запретов, любые наказания еще больше озлобляют ребенка, вызывают бурные реакции протеста и агрессии. В школе слывут как «трудные подростки», поражающие педагогов нарочитой жестокостью, бессердечием, «садизмом». В общении со сверстниками пытаются командовать, подчинить себе более слабых детей, не гнушаясь угрозами физической расправы, а иногда и осуществляя акты жестокого насилия. В порыве ярости и гнева совершают зачастую необузданные поступки, вплоть до криминальных. Окончательный психопатический облик складывается, как правило, после минования пубертатного возраста, когда устанавливается отчетливый патологический стереотип поведения. Весь последующий жизненный путь представляет собой периодическую смену затишья и бури, слегка умеряясь в зрелые годы.

Характерна непереносимость спиртных напитков, которая в еще большей мере растормаживает жизненные страсти. Лишь при благополучной окружающей среде, с годами патологические формы реагирования несколько сглаживаются, приводя к состоянию неустойчивой компенсации. Очередным испытанием для таких субъектов становится инволюционный период, когда под воздействием церебрального атеросклероза обостряется «огневая раздражительность» и возбудимость.

2. Эксплозивная психопатия (встречается в классификации А. Номбургера [1926], Е. Кахна [1928], К. Шнейдера [1923]) отличается склонностью «взрывчатых разрядов», при которых снятие сильного аффекта осуществляется без какого-либо раздумья и размышления. Подобная пароксизмальность эмоционального реагирования, особая склонность к взрывам вспыльчивости, гневливости и жестокости была подмечена более старыми клиницистами (С.С. Корсаковым, Э. Блейлером, К. Бирнбаумом и др.). Такие двигательные разряды, достигающие зачастую степени неистовства, сопровождаются криком, бранью, агрессией в отношении окружающих или себя. У некоторых лиц подобные «эксплозивные диатезы» возникают на фоне осложненного алкогольного опьянения, завершающегося сумеречным помрачением сознания. Однако нередко определенная степень сужения сознания появляется на высоте аффекта и без эндогенного вмешательства. С учетом таких бурных вспышек

гнева и раздражительности некоторые клиницисты сближали возбудимую психопатию с эпилепсией или истерией. Отсюда выдвигалось понятие об «аффект — эпилепсии» (Bratz F., 1911), «реактивной эпилепсии» (Bonhoeffer K., 1901), а П.Б. Ганнушкин указывал на возможность появления припадков с истерическим сумеречным изменением сознания (картина «истероэпилепсии» старых авторов).

По данным Г.К. Ушакова (1987), психопатологические особенности возбудимых психопатов с преобладанием эксплозивного аффекта позволяют дифференцировать три клинические подгруппы: а) с основным синдромом повышенной эксплозивно-аффективной возбудимости; б) с психической незрелостью; в) с гипертимическим фоном настроения. При этом эксплозивные расстройства в ходе их длительной динамики в существенной степени дополняются психоорганическими, особенно по мере психопатизации при алкоголизме (Гирич Я.П., 1974). В подобных случаях отмечена следующая этапность нарастания неврозоподобных и психопатоподобных расстройств: астеносензитивные, астеноэксплозивные, эксплозивные, эпилептоидные, субпатические, апатические и, наконец, субдементные.

Характерны крайняя степень импульсивной жизни, расторможенность, чрезвычайная сила и напряженность влечений, склонность к рискованным действиям, а в некоторых случаях — к перверсиям, сексуальным эксцессам. Как следствие такой патологической недостаточности часто обнаруживается криминальный образ жизни, когда деструктивное воздействие преступного окружения усиливает психопатический облик и усугубляет жизненный прогноз. Эти лица с трудом удерживаются в обществе и слабо уживаются с законом, а наказание воспринимают как проявление несправедливости, поэтому такие меры почти не дают исправительного эффекта. Однако планомерные психокоррекционные вмешательства иногда содействуют обретению сдержанности, рассудительности, уравновешенности.

3. Эпилептоидная психопатия превосходно описана П.Б. Ганнушкиным (1933). Для нее характерно: во-первых, крайняя степень раздражительности (доходящая до приступов ярости); во-вторых, расстройства настроения (с оттенком тоски, страха, гнева); в-третьих, так называемые моральные дефекты (или антисоциальные установки). Аффективная жизнь эпилептоидных натур почти всегда имеет

неприятный, «окрашенный плохо скрываемой злобностью оттенком». Они нетерпеливы, крайне нетерпимы к мнению окружающих, не переносят противоречий. С учетом непомерного себялюбия и эгоизма, чрезмерной требовательности и нежелания считаться с интересами других вполне объяснима частота их столкновения с ближайшим окружением. Даже без внешнего повода они стремятся к разрядке накапливающегося раздражения. Этой линии поведения содействует присущая эпилептоидам подозрительность, обидчивость, мелочная придирчивость. В семейной жизни они постепенно становятся несносными тиранами, мелочными и эгоистичными «поработителями», требующими безоговорочного подчинения, в корне пресекающие малейшие попытки противодействия. Устраивают жуткие скандалы из-за плохой школьной оценки ребенка, порванной одежды, слабо подогретого супа (один из наших пациентов выплеснул в лицо жене тарелку горячих щей), сделанной без предварительного согласования покупки в магазине и т.п. Мелкую провинность они возводят в разряд «непозволительного ослушания», требующего немедленного и безжалостного наказания.

По мнению Ф. Минковски (1923), являющейся большим специалистом по описанию эпилептоидного характера, ему присуща «конденсированная, прилипчивая, прирастающая к окружающим предметам аффективность», долго не исчезающая и всегда запаздывающая. Эпилептоид отличается некоторой интеллектуальной замедленностью, сосредоточенностью на деталях в ущерб общим характеристикам, любит устойчивое, традиционное, консервативное (Гюберлин оценивал их как «ищущих постоянства»). «Вязкий эпилептоид» Ф. Минковской и «эксплозивный эпилептоид» Ремера объединяются явлениями брадипсихии, слабой и навязчивой аффективности, производящей впечатление неискренности, фальшивости.

Существенной особенностью эпилептоидного характера является склонность к эпизодически развивающимся расстройствам настроения — или спонтанно возникающих или же обусловленных реактивно, под влиянием неблагоприятных переживаний. Типична трехмерность такого эмоционального состояния: наличие злобности, тоски и страха. Продолжительность этих расстройств настроения недолгая (несколько часов или дней), однако, именно на них приходятся наиболее бурные и безрассудные вспышки необуздан-

ности и насильственных актов. Под влиянием алкоголя, который они обыкновенно переносят весьма плохо, конфликтность и драчливость усугубляются. В отдельных случаях имеет место развитие так называемого патологического опьянения.

Эпилептоиды — это, как правило, люди крайностей, с чрезмерно развитыми инстинктами и примитивными влечениями. Страстные и неудержимые, они не в чем не знают границ — ни в безумной страсти, ни в проявлениях «безоглядной любви». В качестве основной такой подгруппы импульсивных психопатов выступает чрезмерная сила влечений или слабая способность к их подавлению, они составляют рельефную когорту азартных игроков, безмотивных дромоманов или беспробудных пьяниц (дипсоманов). Они рекрутируют обществу асоциальных и антисоциальных субъектов с весьма специфическими формами антиобщественного поведения — мошенников, воров, растратчиков, сексуальных извращенцев-маньяков.

В исследованиях последнего времени (Петрилович Н., 1966) подчеркивается необходимость реализации наследственной предрасположенности внешними обстоятельствами; патологические свойства возбудимых психопатов не остаются неизменными, иногда под влиянием повторных психогений возникают вторичные, факультативные черты характера. Так, нередко разрядка эмоционального напряжения достигается за счет демонстративного, утрированного выражения недовольства, ярости, «истерик», истерических депрессивных картин, склонности к театральным позам и поступкам (в том числе демонстрации самоповреждений). В ряде случаев на почве якобы учиненной «социальной несправедливости» формируется сутяжно-паранойяльное развитие, а при наличии незначительного соматического неблагополучия личность переходит на путь стойкого ипохондрического реагирования. Однако во всех указанных случаях возбудимая (особенно эпилептоидная) личность в силу бедности психологических мотивов демонстрирует узкую направленность интересов, одностороннюю эгоистическую ценностную ориентацию и скудость притязаний. При всей стеничности, целеустремленности и упорстве характера социальная ценность и ролевые функции весьма ограничены, сопряжены с ригидным и шаблонным исполнением своих общественных обязанностей.

II. Личностные расстройства тормозимого круга. К ним отнесены астенические, психастенические и шизоидные личности. С патофизиологических позиций первую подгруппу следует рассматривать как патологический вариант слабого типа высшей нервной деятельности со склонностью к пассивному торможению. В основе психастенической психопатии помимо слабости нервных процессов обнаруживается патологическое преобладание второй сигнальной системы над первой и функций коры над подкоркой. Среди шизоидных личностей преобладает функционирование второй сигнальной системы над первой (при общей склонности к пассивно-оборонительным реакциям). По своей этико-социальной и клинической значимости этот тип личностных расстройств занимает важное место в длинном ряду характерологических девиаций. Так, в судебно-психиатрической практике он стоит на третьем месте, после возбудимых и истерических психопатий: пассивно-паразитические анепотаты (Карпмен), пассивно-зависимые и пассивно-агрессивные (Эвальд) личности, страдающие от внутреннего конфликта, обусловленного присущим им «моральным механизмам».

Астеническая психопатия охватывает круг личностей с патологическим складом характера, которые страдают от своей аномалии сами. Это люди с чувством собственной неполноценности, робкие, застенчивые, легко ранимые и уязвимые. Типична для них повышенная впечатлительность, болезненная восприимчивость грубости и нетактичности, доходящая до «мимозоподобности», наличие черт раздражительной слабости, постоянной внутренней напряженности, тревоги, мнительности, нерешительности. Особенно плохо чувствуют себя в новой, меняющейся обстановке, для них выглядит настоящим наказанием перспектива возможного важного общественного выступления, перед которым они не спят ночами, а наутро после мучительной бессонницы и бесплодных раздумий чувствуют себя крайне изнуренными, истощенными, «измочаленными». В специфических ситуациях, требующих ответственного испытания и эмоционального напряжения, они легко дают пассивно-оборонительную реакцию (наподобие так называемого экзаменационного ступора).

Общими качествами астенической психопатии является непереносимость сильных раздражителей с постоянным пре-

обладанием тормозных явлений раздражительной слабости и психической незрелости. В отличие от других вариантов личностных расстройств представители данной группы склонны к глубоким, тонким, сложным душевным переживаниям, однако свои чувства проявляют во вне крайне осмотрительно и скупно, как бы стесняясь своих эмоций. Характерна тенденция к кумулированию и усложнению внутренней переработки чувств, весьма медленному и постепенному их изживанию. Весьма характерно сочетание чувства собственной непостоянности с болезненным самолюбием, высоким уровнем сензитивности и непереносимости даже незначительных стрессовых ситуаций, тревожным ожиданием каких-либо неприятностей. Наряду с этим они плохо переносят непосредственные физические и средовые раздражители, падают в обморок от вида крови, не выносят сколько-нибудь горячих диспутов и перепалок, до крайности травмируются от неприятных уличных происшествий и сцен, несчастных случаев, драк, скандалов. Толпа и шумные «тусовки» их чрезвычайно утомляют, они старательно ищут спасительной тишины и одиночества. Некоторые из них пытаются скрыть свою нерешительность и застенчивость под маской напускной развязности, однако редко выдерживают эту роль до конца. Пребывание в незнакомой среде развивает у них крайнюю робость, и даже неосторожность, считают, что окружающие следят за ними, насмеются, говорят о них в оскорбительном тоне, намекают на их «ненужность и неорганизованность». Все это усугубляет их внешнюю тормозимость, неловкость, двигательную скованность, по любому поводу густо краснеют, заикаются, а затем при подходящих условиях ускользают из компании.

Малый запас природной активности и бодрости при столкновении с жизненными препятствиями оборачивается на практике преобладанием пониженного фона настроения, усилением мыслей о своей никчемности, «неприспособленности», бесцельности дальнейшей борьбы за прежние жизненные цели (сродни чувству «духовной демобилизации»). В подобных случаях нередко возникают суицидальные мысли и даже намерения, однако их реализация, как правило, откладывается из-за опасения «не довести дело до конца и остаться инвалидом на всю жизнь», а также боязни осуждения со стороны родных и сослуживцев, упреков в слабости.

Одним из объектов их постоянного беспокойства является собственное здоровье (физическое и душевное), педантично выискивают неприятные ощущения, тщательно соблюдают все предписания врача, старательно оберегают себя от излишних перегрузок. Отсюда склонность к навязчивым страхам (нозофобиям), поиску любых доказательств правоты своих опасений, использованию «защитных режимов» и скрупулезного поддержания «здорового образа жизни». Пациенты жалуются на болезненные ощущения в разных частях тела, функциональные нарушения со стороны сердца или желудочно-кишечного тракта (сердцебиения, колющие боли за грудиной, плохой аппетит, поносы, сменяющиеся запорами и т.п.), чувство тяжести в голове, позывы на мочеиспускание, половую слабость, создающие в своей совокупности картину «невроза органов».

П.Б. Ганнушкин описал личностный тип «конституциональных ипохондриков», с детских лет озабоченных состоянием своего здоровья и на этой основе создающих личностную «концепцию» преодоления якобы имеющегося соматического недуга («ипохондрия здоровья»). Такого рода «трудные больные» составляют предмет внимания многочисленных специалистов, что может послужить источником усугубляющейся ятрогении.

Астенические натуры обнаруживают непереносимость длительного физического и умственного напряжения. Обнаруживается своеобразная противоречивость между удачным началом выбранной работы и очень малым, незначительным итогом предпринятых усилий. Это является результатом быстрого падения работоспособности, частых перерывов в работе, поиска малейших возможностей отдыха, все это порождает в конечном счете чувство скуки, убежденности в никчемности проделанного труда. Нерегулярность, скачкообразность предпринятых усилий создают у окружающих впечатление о некоторой «лености» и безынициативности таких натур. Стимул со стороны близких людей имеет в жизни астенических личностей огромное значение, направляя и активизируя их деятельность.

Среди особенностей мыслительной деятельности обращает на себя внимание существенный разрыв между способностью к отвлеченной умственной работе и очевидной беспомощностью в решении конкретных задач практической жизни. Отмечается некоторая аморфность мышления,



отсутствие конкретной проработки планируемых заданий, увлеченность абстрактными конструкциями. Поэтому в обычной жизни такие субъекты поражают своим наивным суждением о простых вещах и проблемах, своеобразной некритичностью в оценке происходящего. Недаром Е. Блейлер указывал, что иногда подобные лица с формально высоким интеллектом ведут себя в обиходе как «тяжелые имбецилы».

Преобладание астенических нарушений в клинической картине тормозимых психопатий, по мнению Э. Кана (1928), вызвано ослаблением интенсивности влечений, слабостью «Я». Они пытаются обезопасить себя от травмирующего влияния непосредственного окружения амбитендентной установкой самоутверждения и достижения признания. Г. Биндер (1967) подчеркивает у них резкое ослабление побуждений с явно выраженной пассивностью, недостаточной энергией, вялостью. Н. Петрилович (1960) отмечает сходство астенических и «неуверенных в себе» психопатов в виде пониженного «порога возбудимости» в отношении психосоматических впечатлений, приводящих этих людей к «астенической установке в жизни».

В качестве компенсаторных образований у астенических личностей формируются новые характерологические качества в виде чрезмерной осторожности, сдержанности, тяготения к отработанным, проверенным образцам поведения. Среди других защитных механизмов можно обнаружить утрону добросовестность, сознательное ограничение во многих духовных и материальных благах, сужение сферы интересов и привязанностей. Однако, несмотря на столь развитую способность к самоограничению, у них бывают, по меткому замечанию А.Ф. Лазурского «свои небольшие страстишки, скрашивающие их неприглядную, однообразную жизнь» (модель поведения по типу «синдрома Акакия Акакиевича Башмачкина»). Непритязательность и умение пользоваться «малым» делают этих людей часто довольно симпатичными, хотя вместе с тем и жалкими.

2. Психастенические личности. Ведущим признаком данной формы личностных расстройств является сочетание характерологических качеств астенического (тормозимого) спектра с чертами выраженной нерешительности, мнительности («тревно-мнительный характер», по С.А. Суханову [1907]), склонности к повышенной рефлексии (анализу и

самоанализу), образованию навязчивостей. Поведение таких натур отличается заметным преобладанием механизмов ригидности над пластичностью, флексибильностью, а интроверсия над экстраверсией, что создает отчетливое представление об отрыве от реального мира.

На врачебном приеме часто приходится слышать жалобы на мучительную застенчивость, неуверенность, нерешительность, панический страх публичных выступлений, неумение держаться в малознакомом и шумном коллективе. Им присущи пониженное чувство реальности, беспочвенные сомнения, переходящие в бесплодное мудрствование («умственную жвачку»), их нерешительность может достигать карикатурных размеров, когда каждая попытка выбора надолго затягивается и делается почти невозможной.

Заметное место в картине психастенической психопатии занимают навязчивые явления в виде фобий и obsессий (навязчивых состояний). Чаще всего они связываются с представлениями о собственной неполноценности и возможных унижениях. Как писал П.Б. Ганнушкин (1933), «непосредственное чувство малодоступно психастенику, и беззаботное веселье редко является его уделом». Навязчивые идеи наиболее часто представлены болезненными размышлениями, неуверенностью, стремлением проверять себя во всех мелочах повседневной жизни, самокопанием («самоедством»). Любое незнакомое, новое дело, всякая инициатива являются источником «миллионов терзаний, сомнений и колебаний, завершающихся попыткой «ухода от действительности». Бросается в глаза их постоянная склонность к самоанализу и размышлениям чисто отвлеченного характера. «Любить, мечтать, чувствовать, учиться и понимать — я могу все, лишь бы меня освободили от необходимости действовать», — говорил один психастеник. Будучи вообще довольно деликатными и чуткими, они, тем не менее, причиняют окружающим массу неприятностей бесконечными опасениями, запретами, неумением обходиться без посторонней помощи, докучливыми расспросами и обращениями за советами. Благоприятные жизненные ситуации, связанные с моральным поощрением пациента, оказывают благотворное, стимулирующее действие. Подобные субъекты легче сходятся с людьми, щадящими их человеческое достоинство и умело руководящими ими, при этом они охотно предпочитают быть на ролях «второй скрипки». Даже в ус-

ловиях семьи их легко устраивает подчинение более решительной и волевой супруге. С годами иногда происходит видоизменение характерологического облика. На смену природной доброте, мягкости, ранимости и чувствительности приходят нарастающая сухость, формализм, торпидность в мышлении и поведении, упрямство и поразительная «упертость», выраженный эгоизм и эгоцентризм.

Эмоциональная окраска мировосприятия сопровождается весьма бедной «палитрой» чувств, своеобразным мирозерцанием, нередко находящимся в противоречии с нравственными устоями их жизни. По П.Б. Ганнушкину, им присущ «мир представлений о будущем еще в большей степени, чем мир непосредственных переживаний и воспоминаний». Они отступают не только перед действительной опасностью, но и существующей в их воображении. Всякое ожидание для таких субъектов становится невыносимо мучительным, поэтому, несмотря на обычную нерешительность, они бывают зачастую чрезмерно настойчивыми и нетерпеливыми. Однако даже в этих условиях проявляются стержневые качества их характера: это не люди дела, а мечтатели и фантазеры.

Навязчивые страхи (фобии), как правило, политематичны, однако сводятся в основном к опасениям за свое здоровье (нозофобия), в первую очередь, за работу сердца (кардиофобия), страху сойти с ума (алиенофобия), заболеть раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), а также боязни открытых пространств (агорафобия) или закрытых помещений (клаустрофобия) и др. Следует отметить, что термин «агорафобия» в последние годы употребляется в более широком смысле (боязнь толпы или невозможности сразу же вернуться в безопасное место, домой). Несмотря на то, что интенсивной тревоги и выраженность избегающего поведения могут быть различны, это личностное расстройство является наиболее дезадаптирующим из всех фобий (доходящим до состояния «постельного невроза»). Наряду с подобными навязчивостями для клинической персонологии последнего времени весьма характерными становятся социальные фобии. Они чаще всего начинаются в подростковом периоде, сконцентрированы на страхе испытать внимание со стороны окружающих в сравнительно малой группе людей (в противоположность толпе), причем могут быть изолированными (допустим, страх публичных выступлений,

встреч с противоположным полом, еды на людях и т.п.) или диффузными, включающими почти все социальные ситуации вне семейного окружения. Обычно они сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики (прогрессирующей до панических атак). Крайняя выраженность избегающего поведения может достичь степени полной социальной изоляции.

Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства могут стать основой формирования реакции на стресс и нарушения адаптации (риск их развития увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов, однако основную роль играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость). Клиническими проявлениями этих состояний могут быть: совокупность депрессивного настроения, тревоги, беспокойства; чувство неспособности справиться, планировать или оставаться в настоящей ситуации; снижение продуктивности в повседневных делах; диалектическая взаимосвязь между стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом. Иногда (особенно в подростковом возрасте) преобладающим расстройством становится нарушение поведения по типу реакции горя, приводящее к агрессивному или диссоциальному реагированию.

Повышенная самооценка некоторых психастенических натур используется ими зачастую для акцентирования своих альтруистических побуждений («прощаю все другим, но не прощаю себе»). По Э. Кречмеру, сенситивные психастеники — это обостренно чувствующие натуры, которые «особенно тихо и продолжительно перерабатывают жизненные впечатления в себе для того, чтобы они не становились заметными для окружающих». Преобладание компульсивных (от *compulsium* — принуждение) расстройств определяет тенденцию к многократному повторению определенных форм поведения. Эти натуры обостренно сознательны, исполнительны, с высокостилизованными и ритуальными манерами поведения. Компульсивную личность отличают высокая обсессивная захваченность, стремление к определенному («контрастному») действию, педантизм, болезненно обостренное желание быть ответственным, исполнительным, обязательным.

3. Шизоидные психопатии характеризуются весьма богатым сочетанием личностных качеств, наиболее значимыми

из числа которых являются: аутистическая оторванность от внешнего, реального мира, отсутствие внутреннего «единства и последовательности во всей сумме психики», причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения (Ганнушкин П.Б., 1933). Заметная отгороженность этих людей от непосредственного социального окружения создает им репутацию «патологически замкнутых»; направленность на собственный внутренний мир оттеняет своеобразную интравертированность их жизни, создавая впечатление «странности и чужаковости», непонятности, непредсказуемости их поступков. Эрнст Кречмер (1924), который ввел в психиатрический обиход термин «шизоид», дал великолепное описание портрета данного характерологического типа: «многие шизоидные люди подобны лишенным украшений римским домам, виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, однако, в сумерках их внутренних покоев справляются пиры». Тенденция к самоизоляции приводит к явному отрыву от реальности, сочетаясь с постепенным, но неизменным погружением в мир грез, необоснованных аутистических мечтаний и внутренних переживаний. Очевидное несогласие с очевидными фактами не смущает шизоида, и он без всякого смущения называет черное белым, если этого требуют его схемы. Для него типична фраза Гегеля, будто бы сказанная им в ответ на указание в несоответствии некоторых его теорий и концепций с действительностью: «Тем хуже для действительности».

Общей чертой моторики шизоидных натур является отсутствие естественности, эластичности, гармоничности, а сами движения и жесты производят впечатление своеобразия. Ходят, не сгибая колен, или же передвигаются, как бы подпрыгивая, волочат ноги при ходьбе и т.п. У некоторых лиц заметны неожиданные, но постоянные гримасы, стереотипные движения, доходящие до настоящих тиков. В речи обращает на себя внимание несоответствие между интонацией и сопровождающей ее мимикой и жестами. В разговоре у одних преобладают витиеватость, напыщенность, изысканность и патетичность монолога, у других — невыразительность, монотонность, стереотипность, отсутствие модуляций. Налицо отсутствие «аффективного резонанса» к чужим переживаниям, малейшей эмпатии и сострадания. У «мимозоподобных» гиперэстетиков чувствительность соединена с известной отчужденностью от людей, а в эмоци-

ональной отчужденности холодных анестетиков почти всегда просматривается некоторый налет ранимости и раздражительности.

Выраженность замкнутости шизоидов определяется степенью осознания своей «неполноценности», как следствие присущей им тормозимости, зависящей от низкого предела работоспособности корковых клеток и слабости раздражительного процесса (А.Ф. Гоцирадзе). Необщительность и склонность к уединению носят явно парадоксальный характер. Нежные чувства, искание «вечной дружбы» граничат с причудливой обидчивостью, гневливостью, подозрительностью. Дремучий эгоизм может достигать степени «моральной тупости», когда к окружающим предъявляются чрезмерные, необоснованные требования (безотносительно к возможности их исполнения).

Многие клиницисты отмечают у шизоидов парадоксальное течение мыслительных процессов; это поразительная власть формул и схем над всей умственной деятельностью (отсюда склонность к неизменным конструкциям, основанным на «игре» слов и отвлеченных понятий); склонность к символике, «кривой логике» высказываний. П.Б. Ганнушкин называет их резонерами «в худшем смысле этого слова»; благодаря отсутствию логического чутья и понимания несоответствия вопиющих противоречий, элементарных логических ошибок, они не встречают отзвуков и резонанса у своих собеседников. Отмечаются непоследовательность и недостаточность связи между отдельными импульсами (отсюда проистекают эксцентричность, чудаковатость, нелепость отдельных выходов). «Артистическая» сдержанность, чопорность и сухость нередко служат поводом к отстраненности, дистанцированию от случайных контактов (как психологически оправданная попытка избежать ненужных переживаний).

Компенсаторное значение приобретает мечтательность шизоидов, что позволило П.Б. Ганнушкину (1933) выделить подгруппу мечтателей. Это тонко чувствующие, легко ранимые субъекты, со слабой волей, плохо переносящие грубое прикосновение жизни, что подводит их к погружению в свои неисполнимые мечты. Вялые, «ленивые», бездеятельные натуры, они с отвращением выполняют унылые служебные обязанности, чтобы затем с упоеанием заниматься фантазированием и грезами, главное

содержание которых — исполнение потаенных желаний (о богатстве, почестях, славе, подвигах, любовных наслаждениях и пр.).

Истерические характеры. В основе истерического патохарактерологического облика обнаруживают устойчивое преобладание подкорковой деятельности над корой, первой сигнальной системы над второй. И.П. Павлов (1955) находил при истерии «типичный случай войны эмоций и жизненных впечатлений». Этот феномен приобретает очевидность и устойчивость за счет того, что «аффекты становятся необычайно сильными, чрезмерно динамичными и оказывают болезненно повышенное внимание на двигательную, чувствительную и сенсорную сферы». Э. Крепелин (1913) определял истерию как утрированную форму выражения эмоций: для истерика, говоря словами Фауста, «лишь чувства — все, название — звук и дым». В вопросе о патогенезе «истерической болезни» (в нашем понимании) удастся выделить две полярные точки зрения: взгляд на исключительно конституциональную обусловленность патологии (Kretschmer E., 1923, 1946; Lyingberg L., 1957; Slater E., 1965; Mitsuda H., 1967), с одной стороны, и на решающее значение социальных факторов — с другой (Delgado H., 1952; Tolle R., 1969; Guze S., 1975). Согласно мнению Э. Кречмера, истерия есть следствие борьбы автоматических механизмов с осознаваемыми, кортикальными. В картине истерического личностного реагирования проявляется тенденция «воли к болезни» (К. Бонгеффер), «дефект в сознании здоровья».

Есть две парадигмы в учении об истерической личности: французы видят в ее облике яркие, демонстративные признаки с акцентом на роли воображения («истерия — это не воображаемая болезнь, а болезнь воображения») и детскости реагирования (истерики — это «дети на всю жизнь»). В немецкой литературе преобладает описание сдержанных картин реагирования, без бурных проявлений, но с наличием массы функциональных неврологических симптомов. В отечественной психиатрии имеется точка зрения, как бы примиряющая обе позиции: «истерические механизмы всегда реализуются личностью с ее системой взглядов, мотивов и целей» (В.Н. Мясищев). По мнению Е.К. Сена (1940), «общественные отношения являются последней инстанцией, формирующей истерию».

Переходя к клиническому описанию «истерического характера», укажем на многократные предпринимавшиеся попытки упразднения этого термина. Еще в 1910 году П. Гартенберг назвал истерию «большой иллюзией в медицине», а А. Пэунеску-Подяну (1974) — «понятием-миражом», не имеющим «четкого клинического контура и ясного патогенеза». Р. Кенделл (1987) использует этот термин в широком смысле — для обозначения конверсионной истерии, массовой и тревожной истерии, соматизированных расстройств (синдром Брике).

В американской классификации психических нарушений имеется соответствующая рубрика «Личностные расстройства», в том числе нарцисстический, пассивно-агрессивный типы, конверсионные и соматизированные нарушения. В МКБ—10 истерические (диссоциативные) состояния включены в рубрику F4, а «истерическое расстройство личности» — в рубрику F60.4. Однако в целом прежняя стройная картина истерии на наших глазах постепенно размывается, как бы растворяется в безбрежном море сходных состояний. Эта тенденция устранения привычного термина «истерия» была категорически пресечена еще П.Б. Ганнушкиным (1933), который отмечал, что это понятие «прочно завоевало себе право гражданства не только в психиатрической, но и в общемедицинской литературе». Об этом же писал Л.В. Блуменау (1926): «Нет уголка в медицине, где бы истерия не заявляла о своем существовании».

«Прорыв» в область новых знаний по истерической патохарактерологии становится возможным на путях ее клинико-динамического изучения (сошлемся на наши прежние исследования в этом направлении)<sup>1</sup>.

Типологическое изучение истерической психопатии к моменту ее окончательного формирования позволяет выделить (Семке В.Я., 1980, 1988) два ряда симптомов, один из

---

<sup>1</sup> Более подробно проблема нозологической самостоятельности, систематики, типологической характеристики, динамики (в том числе эволютивной, возрастной), прогноза и психокоррекции изложена в наших прежних публикациях: Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988; Семке В.Я. Старые и новые спорные проблемы истерии. Актовая речь. Томск, 1997; Семке В.Я. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999; Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999.



которых как бы характеризует данную форму психопатии и составляет облигатный симптомокомплекс, второй — представлен личностными радикалами, являющимися для нее дополнительным, необязательным (факультативный симптомокомплекс). Применение нами статистического анализа, ориентируясь на полученные О.В. Кербиковым и В.Я. Гиндикиным (1962) данные в отношении других групп психопатий, позволяет отнести к облигатному истерическому симптомокомплексу сочетание следующих личностных качеств: живость воображения со склонностью к визуализации представлений, избыточному фантазированию и псевдологии; чрезмерная впечатлительность и эмоциональная раздражительность; выраженные вегетативные и вазомоторные реакции; неумемное стремление быть в центре внимания окружающих; эгоизм и эгоцентризм; повышенная внушаемость и самовнушаемость; склонность к колебаниям настроения; «художественный тип мышления»; преобладание низших чувств над высшими; определенная бесплановость воли<sup>2</sup>. Остальные полиморфные психопатические черты относятся к числу факультативных: возбудимость, конфликтность (чаще в кругу семьи, реже — на производстве), позерство, паранойяльная настроенность и др. Остановимся на данных семиологического анализа отдельных наиболее ярких патохарактерологических качеств, составляющих своеобразие истерической личности.

а) Живое воображение с наклонностью к визуализации представлений, когда «некоторые мысленные образы настолько ярки, что превращаются в ощущения» (П.Б. Ганнушкин), составляет важное свойство истерической личности. При неспособности «держат в узде свое воображение, обнаруживаются разные варианты почти насильственно возникающей

---

<sup>2</sup> Следует признать, что каждый отдельный симптом еще не представляет собой специфически истерический признак, а имеет значение лишь в определенной совокупности с другими. Об этом писал П.Б. Ганнушкин (1933), ссылаясь на формулу Хеберлина: «Люди отличаются друг от друга не отдельными чертами характера — они налицо у каждого, — а способом их сочетания». Главными особенностями психики истеричных, по Ганнушкину, являются: стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих; искаженное отношение к себе и другим, отсутствие реальной правды. К. Ясперс объединяет эти признаки в емкое определение — «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть». К. Шнейдер вводит понятие «требующие признания».

тяги к фантазированию и псевдологии» (описанные выше типы Мюнхгаузена, Манилова, Хлестакова). Наклонность к фантазированию в определенной степени является компенсаторной чертой, позволяющей индивиду поддерживать слабые надежды, уйти от унылого существования, серой будничной жизни, дефицита ярких впечатлений, удовлетворить жажду величественного и прекрасного. Закрепление этой тенденции «жить в мечтах» отражает все нарастающую слабость воли, ее «бесплановость».

- б) Патологическая аффективность, ее необычайная лабильность составляет центральный симптом истерии. Она определяется стремлением немедленно снять эмоциональное напряжение (отсюда развитая эмотивность, экспрессия чувств, необдуманность реагирования). Дисгармоническое развитие аффекта дает пышную гамму эмоциональных проявлений в виде слезливости, капризности, обидчивости, мелочной ворчливости, требовательности, претенциозности. Они носят на себе отпечаток искусственности, наигранности (восторженная влюбленность или отвращение, безутешное отчаяние).
- в) Чрезмерная внушаемость и самовнушаемость, отчетливая наклонность к подражанию носят односторонний и избирательный характер (по отношению к тому, что соответствует их потребности во внимании), сопровождаясь подкупающей детскостью, устойчивостью, непосредственностью реагирования. Объективный критерий постепенно утрачивается, реальный мир приобретает причудливые, искаженные очертания. Способность истерической личности к подражательному акту довольно быстро превращается в ритуал, который формирует истерические «маски» болезни.
- г) Эгоизм и эгоцентризм представляют личностные качества, сформированные по преимуществу за счет неблагоприятных микро-социальных воздействий, в первую очередь, дефектов воспитания. Затруднения в интерперсональных отношениях начинаются в детские годы («домашние психопаты»), затем переходят на школьный период, достигая апогея к моменту выхода в самостоятельную жизнь. «Кумиры семьи» не выказывают глубокой эмоциональной привязанности («любят себя в других»), проявляя в супружеской жизни капризность, требовательность, склонность к упрекам в черствости и невнимательности. При наличии наклонности эгоистически разрешать жизненные проблемы социальное побуждение «я хочу», сталкиваясь с уменьшенными конституциональными возможностями, оборачивается на практике псевдокомпенсаторными образованиями по типу «казаться больше, чем есть на самом деле» (К. Ясперс).

- д) «Художественный тип мышления» проявляется значительной образностью, конкретностью, незрелостью суждений, их субъективизмом и «эмансипацией от фактов» (П.Б. Ганнушкин). Формальное в умозаключениях истерической личности превалирует над внутренним содержанием (по Н. Петриловичу [1960], «для нее меньше значит, что она говорит, чем как она говорит»). Наблюдается непостоянство оценок объективной действительности, противоречивость высказываний и поступков. Гордый и высокомерный, он подчас «готов на всевозможные унижения»; неустойчивый и упрямый — в иных условиях подчиняется чему угодно; бессильный и слабый — проявляет энергию при достижении эгоистических целей.
- е) «Бесплановость воли» (термин Э. Крепелина) определяет чрезвычайно противоречивую линию поведения истерической личности. По клиническим особенностям взаимодействия с окружающей средой нами выделено два варианта типологического склада — экспрессивный и импрессивный.

Экспрессивное истерическое расстройство личности проявляется бурно демонстрируемой инициативностью, предприимчивостью, способностью извлекать максимальную пользу из своей претенциозности, «обольстительности», подчеркнуто манипулятивного поведения. Во внешнем облике характерны театральность, некоторая ходульность, напыщенность, утрированное выражение чувств («любви или отвращения»), стремление к произнесению «зажигательных речей» и страстных призывов, тяга к позерству, самопоказу и самовосхвалению. Они способны совершать акты подлинного самопожертвования, если будут убеждены в том, что ими гордятся, любят, «восторгаются» или стремятся к подражанию. Каждый поступок, каждое движение рассчитано на внешний эффект (в том числе и стремления к самоповреждению, вызывание картин «загадочных» болезней и симптомов). Ухудшение социального статуса и напряженные межличностные отношения чреваты формированием декомпенсаций (по механизму «психопатического цикла»): повышенная готовность к аффективным и двигательным разрядам («бурным истерикам»), депрессивным переживаниям с демонстрацией суицидальных намерений.

Импрессивное истерическое расстройство по параметру своей поведенческой реактивности является антиподом предыдущего типа личности. Как правило, это люди с внешне преподносимой робостью, ранимостью, демонстрацией по-

давленности, угнетенности и безнадежности своего состояния. Для импрессивного реагирования свойственна избыточная впечатлительность, мечтательность, легкая подверженность к переоценке жизненных трудностей. В отличие от предыдущего варианта импрессивная форма реагирования развивается при действии подострых и хронических психогений, имеет ползучее и медленное начало и постепенную обратную динамику с тенденцией к волнообразному ухудшению.

Становление истерического синдрома следует оценивать в единстве эмоциональных и интеллектуальных процессов: эмоции определяют его появление (психогенез) и длительность протекания («фиксация отдельных симптомов за счет кумуляции аффектогенных мотивов»), а уровень мыслительной деятельности — его формообразование. Интеллектуальная недостаточность истерика (на фоне психофизического инфантилизма) проявляется в детскости, непосредственности суждений и решений («патологический апрагматизм» по Н. Петриловичу), склонности к мистицизму, иррационализму, тяге к суевериям, спиритизму, верованию в экстрасенсорные «чудесные исцеления» и существование нетрадиционной биоэнергии, домовых, барабашек (так называемое «магическое мышление»). Особенности данного подтипа аутистического мышления (Блейлер Е., 1927) являются: массовый характер распространения в периоды сложных социально-экономических катаклизмов, снижение материального и духовного уровня жизни населения.

Оценка типологической структуры истерической личности возможна на основе ряда осевых патогенетических и клинико-динамических параметров состояния. В «Шкале» истерических характерологических качеств (с точки зрения мультифакториальной модели исследования) представлена фенотипическая вариабельность клинических проявлений — от малодифференцированных к стойким конституциональным формам патологии. Чем больше генетический вклад, тем ярче патохарактерологические отклонения индивида. При этом факторы социальной среды играют роль механизма, непосредственно вызывающего истерическое реагирование, в то время как форма этого реагирования определяется генотипом.

При «чисто истерическом» типе истерической психопатии (расположенном на верхнем полюсе «Шкалы истери-

ческих расстройств») решающую роль играют конституционально-генетические моменты (в первую очередь, наследственная предрасположенность — своего рода «истерический ген»), психофизический инфантилизм, тесная связь с возрастными кризисами. При сочетанном типе истерической патохарактерологии (в средней, промежуточной части шкалы) имеет место значительная выраженность факультативного симптомокомплекса, иногда перекрывающего на отдельных этапах динамики собственно истерические радикалы и делающего клиническую картину ухудшения состояния «двойственной», коморбидной. При «мозаичном» типе (нижний полюс истерического спектра шкалы) наблюдается примерно в одинаковой пропорции каждый из трех видов патогенного воздействия. В целом на современном этапе наших знаний речь идет о необходимости выявления структуры и определения функций изучаемого объекта, о конструировании концепции их взаимозависимости (Freiberger H., 1996).

Паранойяльная личностная патология. Данная форма патохарактерологических нарушений в известной мере может рассматриваться как связующее звено между личностными расстройствами в области пограничной, «малой» психиатрии и деформациями личности при развернутых психозах. В пользу такого вывода говорят крайняя выраженность и стойкость девиаций характера, высокая степень социальной дезадаптированности индивида, сниженная критическая оценка своего субъективного статуса, слабая податливость корригирующим средовым и медико-психологическим воздействиям, склонность к негативной личностной динамике, приводящей к развернутым и стойким патологическим развитиям. Во всяком случае, этот раздел клинической персонологии тесно соприкасается с одним из важнейших вопросов современной психопатологии — проблемой паранойи<sup>3</sup>.

Ее нозологическая принадлежность рассматривается в трех направлениях: во-первых, в рамках концепции самостоятельности (Kraepelin E., 1912; Magaro P., 1981; Kendler K., 1984); во-вторых, в пределах отнесения ее к шизоф-

---

<sup>3</sup> Данный аспект проблемы с различных позиций достаточно полно отражен в монографиях: Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987; Терентьев Е.И. Бред ревности. М., 1991; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М., 1999.

рении (Шмаонова Л.М., 1968; Bleuler E., 1911; Astrup C., 1969); в-третьих, в рамках патологических развитий, т.е. динамики паранойяльной психопатии (Kretschmer E., 1930; Kobajashi 1960; Binder H., 1967).

В основе паранойяльной (греч. *para-noia* — безумие) психопатии лежат патофизиологические механизмы чрезмерной инертности основных нервных процессов и готовность к образованию очагов застойного возбуждения («патодинамических структур»), прежде всего во второй сигнальной системе. Одной из характерных особенностей данной группы личностных расстройств является склонность к сверхценным образованиям. П.Б. Ганнушкин (1914, 1933) различал паранойяльное симптомообразование у психопатических личностей (параноическое развитие) и в рамках процессуальной (эндогенной) патологии. В МКБ—10 параноидное расстройство личности (F60.0) рассматривается в кластере специфических личностных отклонений, представляющих собой тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума с выраженной социальной дезинтеграцией.

П.Б. Ганнушкин (1933) выделяет группу «параноиков» прежде всего в силу историко-клинических соображений. Эта личностная патология часто оказывается той преморбидной почвой, на которой развивается паранойя — «заболевание, далекое от границ нормальной жизни». Наиболее характерным свойством этих натур следует признать облегченную способность к формированию так называемых сверхценных идей. По мнению В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой (1999), этот синдром относится к нозологически нейтральным расстройствам личностного регистра, имеет отчетливую возрастную окраску, нередко сопряжен с общественно опасными действиями. Для сверхценных идей (термин введен в 1892 году С. Wernicke) свойственна аффективная насыщенность выражаемых суждений, занимающих непомерно большое место в сознании человека и в силу своей стойкости, фиксированности медленно поддающихся разубеждению. Отправной точкой для их формирования служит та или иная идея, глубоко затрагивающая личность, и в силу развития по механизму «снежного кома» достигающая апогея, когда с трудом подвергается коррекции (занимают промежуточное положение между навязчивыми и бредовыми идеями).

Исходной позицией к появлению сверхценной идеи служит объективно малозначимый факт, который в силу отчетливой дисгармоничности психики субъекта превращается в крайне важную и значимую, за которую ведется упорная (иногда весьма изматывающая) борьба. Тесная зависимость от исходного аффективного напряжения, внешняя «понятность» и объяснимость, связь с реактивными моментами, отсутствие дополнительных психопатологических признаков делают данные феномены весьма затруднительными для дифференциации от нормальных психологических явлений.

Существование сверхценных идей в человеческой психике опирается на определенное конституциональное предрасположение и психотравмирующее микросоциальное воздействие. Психологическая логичность и связанность внешних реальных событий черпает свою силу в своеобразии личности, имеющей способность к гиперболизации происходящего в ее жизни.

В качестве аргумента приведем пространную, но очень интересную точку зрения на данную тему, высказанную Н.В. Гоголем<sup>4</sup>. «Много свершалось в мире заблуждений, которых бы, казалось, теперь не сделал и ребенок. Какие искривленные, глухие, узкие, непроходимые, заносящие далеко в сторону дороги избирало человечество, стремясь достичь вечной истины, тогда как перед ним весь был открыт прямой путь, подобно пути, ведущему к великолепной храмине, назначенной царю в чертоги! Всех других путей роскошнее он, озаренный солнцем и освещенный всю ночь огнями, но мимо его в глухой темноте текли люди. И сколько раз уже, наведенные нисходящим с неба смыслом, они и тут умели среди бела дня попасть вновь в непроходимые захолустья, умели напустить вновь слепой туман друг другу в очи и, влачась вслед за болотными огнями, умели-таки добраться до пропасти, чтобы потом с ужасом спросить друг друга: где выход, где дорога?» Обратим внимание на глобальный, общечеловеческий характер «заблуждений», легко вступающих в подходящих условиях «слепого тумана» на извилистый путь оценки происходящего, когда в силу «кривой логики» суждений мышление и восприятие происходящего приобретают явно болезненный характер.

---

<sup>4</sup> Гоголь Н. Повести. Пьесы. Мертвые души. М., 1975. С.481.

Естественно, наиболее часто сверхценные идеи формируются у паранойяльных личностей (на почве так называемой «гипопаранойяльной конституции» К. Клейста), однако иногда возникают на гетерогенной основе (у истерических, психастенических, возбудимых, эпилептоидных психопатов), в ходе неблагоприятной динамики. Их клиническое содержание весьма многообразно: речь идет об идеях социальной несправедливости и общественного реформаторства (сутяги, кверулянты), переживании соматического неблагополучия (конституциональные ипохондрики), увлеченности техническими проблемами или рецептами борьбы с человеческими недугами (патологические изобретатели и реформаторы), подозрениях о неверности супруга (патологические ревнивцы), религиозном фанатизме и многом другом. Склонность к сверхценным образованиям часто проходит через всю жизнь, чему способствует определенный личностный склад (ригидность, застреваемость, узость интересов, стеничность, переоценка своих возможностей и сил). Особая подверженность к становлению сверхценных комплексов отмечена в подростковом периоде (сверхценное фантазирование, привязанности и увлечения, стремление к самоутверждению, переживание физической ущербности, идеи «чужих родителей» и др.) и в инволюционном возрасте (по типу «инволюционной паранойи»). Э. Крепелин (1912, 1915), выделивший вначале паранойю как самостоятельную нозологическую единицу, в последующем сузил ее рамки, выделив психогенное кверулянтское бредообразование.

Некоторые клиницисты склонны к выделению «паранойи борьбы» (по типу фанатичной активности в защите мнимо попираемых прав), «паранойи желания» (для обозначения эротоманической охваченности, убежденности в скором помиловании), «паранойи совести» (с идеями виновности, самообвинения у депрессивных больных), «экспансивной паранойи» (в остром периоде которой преобладают мегаломанические идеи величия, изобретательства, религиозного содержания).

Основными чертами людей с паранойяльной психопатией, по П.Б. Ганнушкину, являются: большой эгоизм, постоянное самодовольство, чрезмерное самомнение, узость и односторонность интересов. Свои отношения с другими членами коллектива они строят с учетом их согласия (или несогласия) со своими предложениями и планами. Кто не со-



гласен с параноиком, кто думает не так, как он, тот в лучшем случае просто глупец, в худшем — заклятый враг. Любая сфера деятельности (наука, искусство, политика) имеет для него смысл лишь в контексте его непосредственного участия в том или ином проекте. Даже мелкий вопрос, при условии его конкретной заинтересованности, может приобрести в его глазах «глобальный характер». Они крайне упорны в отстаивании выбранной позиции, оказываются решительными, «идейными борцами» за дело, которое их интересует. Недостаток в критической способности также носит односторонний оттенок. Об этом писал психиатр В. Ф. Чиж: «Обо всем, что не относится до его личности, параноик может судить правильно, но не может иметь правильных суждений о собственной личности в ее отношении к другим людям; все то, что не имеет непосредственного отношения к его личности, им усваивается и обсуждается правильно; все то, что затрагивает его отношение к людям, понимается не только ложно, но и в определенном смысле». В целом же их мышление незрелое, неглубокое, «по целому ряду особенностей приближается к детскому». Оно не только субъективно, но и чрезмерно окрашено в соответствующие аффективные тона (вызывает восторг и одобрение только тем, что нравится их натуре). Другую особенность мышления составляет выраженная склонность к резонерству; речь идет о своеобразной мыслительной конструкции, в основе которой лежит односторонняя идея, доведенная до гигантского гротеска (не сочетающаяся с указаниями на ее несообразности). Она содержит в своих истоках конкретную ошибку суждения, не понимаемую самим субъектом в силу ослепленности аффектом или же слабости критического отношения.

Крайний эгоцентризм и переоценка своих возможностей подводит параноийальную личность к жестокому и неизбежному столкновению с окружающими, не оставляя шансов на компромисс или примирение. Это, в свою очередь, накаляет социальную обстановку; неуживчивые и агрессивные, такие натуры получают даже некоторую удовлетворенность атмосферой борьбы, дрызг, затяжных конфликтов (чувствуя себя в ней, «как рыба в воде»). На этой основе создается любопытная ситуация «преследуемого — преследователя». Обороняясь, они сами переходят в нападение, в ответ на воображаемые обиды причиняют своим «обидчикам» тяж-

кие оскорбления, готовы идти «по трупам». На протяжении жизни они зарабатывают целый сонм врагов — настоящих и мнимых, в извечной борьбе с которыми они получают моральное удовлетворение. Страсть отмщения нередко составляет весь смысл их жизненных устремлений; «параноик считает необходимым долгом своей совести мстить; он злопамятен, не прощает, не забывает ни одной мелочи» (П.Б. Ганнушкин).

Сутяги и кверулянты составляют основной костяк борцов за мнимую социальную несправедливость. Встав на этот путь, они ни на шаг не отступают от попыток наказать своих обидчиков. Отсюда проистекают бесконечные жалобы к «власть имущим», обличительные петиции и обращения «вмешаться и наказать» своих обидчиков (вариант упорного кверулянтства, в которое вовлекаются, как круги по воде, все лица из ближайшего окружения). Другой разновидностью их поведения является их обращение в судебные инстанции (отсюда и понятие «сутяги»); мотивом может служить тот или иной кухонный конфликт (например, поставленный соседями по коммуналке кухонный шкаф в коридоре, который причиняет психопату «крайние неудобства»), невольно причиненный ущерб (материальный, реже — моральный), пропажа мелких вещей и т.п. Благодаря своему поразительному упорству, стеничности, волевой мобилизации они могут добиться победы в, казалось бы, безнадежном деле, что, естественно, их окрыляет и подвигает на новые поиски несправедливости», «ущемления прав». Особого ожесточения сутяжничество достигает при столкновении интересов двух одинаковых по своей личностной типологии субъектов (ход такой изматывающей борьбы очень живописно отразил Н.В. Гоголь в «Повести о том, как поссорился Иван Иванович с Иваном Никифоровичем»). Даже потерпев частичное поражение на конкретном этапе своей «борьбы», психопат не отчаивается, проявляет поразительную находчивость, с новой силой вербует себе сторонников, убеждает всех в правоте предпринятых действий, бескорыстности и справедливости своих установок. В определенной мере из своих неудач он черпает новые стимулы и уверенность в достижении правоты. Иногда такого рода сверхценное устремление начинает приобретать совершенно некорригируемый характер, а идеи достигают бредеподобного уровня (без критического отношения к ним).

Проведенное нами многолетнее клинико-катамнестическое обследование лиц данной подгруппы паранойяльной пси-

хопатии показало, что сутяжные проявления в зрелом возрасте несколько умерялись. Это благоприятствовало хорошей адаптации к среде (выполняли работу по основной специальности, а выраженная стеничность помогала завершить микросоциальные конфликты в свою пользу), чему способствовало положительное воздействие со стороны других членов семьи, смягчавших их непомерные притязания. В инволюционном периоде личность как бы «сенсibiliзировалась» к паранойяльному реагированию, усиливались кверулянтские тенденции, «правдоискательство» и конфликтность, приводившие к длительным и изнуряющим тяжбам (паранойяльные реакции и развития). Привнесенный старческим возрастом налет ущербности еще более обострял сутяжнические и кверулянтские тенденции психопатов. Болезненные проявления становились крайне монотонными, однообразными, преобладала повышенная забота о собственном благополучии, не покидало чувство тревожности, неуверенности, беспокойства, появлялись сутяжные притязания по типу рентных установок (в рамках ипохондрического развития личности).

Патологические изобретатели и реформаторы отличаются большей альтруистической направленностью своего сверхценного увлечения. Речь идет об упорном воплощении в жизнь какого-то технически не решаемого проекта (изготовление «вечного двигателя», создание «эликсира молодости») или же при изготовлении «чудодейственного лекарства» (как правило, пригодного от множества различных по своей этиологии страданий: чаще всего от трудно излечимых болезней в виде рака, шизофрении, тяжелых физических уродств). Для осуществления такого рода замыслов у паранойяльной личности не хватает должного образования и навыков, однако, такие личностные предпосылки как неистребимая жажда принести «пользу человечеству», старательность, настойчивость в претворении своих намерений в жизнь позволяют достичь известных успехов на выбранном «поприще». Получив косвенное одобрение у специалистов и «известных светил», они в еще большей степени воодушевляются достигнутым, жертвуют всем своим материальным благополучием во имя воплощения в жизнь своего проекта.

Отличаясь от других вариантов параноических личностей своим «альтруизмом», данные лица в целом имели множество общих качеств: выраженное упрямство, педантизм,

непреклонность и целеустремленность, переоценка своих способностей в сочетании с недоверчивостью и подозрительностью, эгоизм и эгоцентризм, склонность к застреванию, резонерство и паралогичность. Так, по характеристике дочери, пациентка М., 73 лет, « всю жизнь находилась в плену противоречий », никогда не могла делать прямых логических выводов, а иллюстрировала собой « извечное противостояние » очевидному. На первых этапах практическая деятельность не носила характер патологической продукции, причем нередко на протяжении жизни неоднократно менялись содержание и объект деятельности. Эпизодически появлявшиеся ухудшения взаимоотношений с окружающими были обусловлены затруднением в реализации своих планов и изобретений. Иногда имели место конфликты с администрацией, однако сутяжничество носило побочный и временный характер. Практическая приспособляемость в зрелом возрасте у паранойяльных психопатов данной подгруппы остается достаточно высокой.

В период инволюции прежние сверхценные идеи изобретательства и переустройства постепенно перерастают в обширные бредоподобные построения. Теряются контроль и корригирование со стороны близких, чему способствует усиливающееся гипертрофированное самомнение индивидов. Именно на этот возрастной отрезок приходится сутяжное развитие личности, с не критичным отстаиванием своих позиций ( по типу « не хлебом единым жив человек » ), неприкрытой жесткой борьбой за реализацию своих проектов и притязаний. Характерно не совсем адекватное создающейся ситуации эмоциональное состояние: беспечное экзальтированное настроение, благодушие, убежденность в скором благополучном завершении своих исканий, которые оцениваются субъектом крайне высоко ( « основополагающие », « революционные », « пионерские » и т.п. ). Течение такой декомпенсации обычно длительное, лишь с годами на фоне прогрессирующего сосудистого процесса постепенно происходит дезорганизация ранее « стройных » идей, теряются их последовательность и гибкость.

Паранойяльные ипохондрики основной жизненной целью считают утрированную заботу о своем здоровье, выскивание малейших отклонений в функционировании внутренних органов, тщательное соблюдение системы оздоровительных процедур ( « закаливание », « бег трусцой », причудливые ди-

ты и т.п.). Знаменитый Мольер, едко высмеивавший медицину своего времени, дал рельефный портрет такого «мнимого больного», сделав его известным во всем мире типом патологической личности. Она «вырастает» на основе астенической конституции с ее частыми соматическими и вегетативными дисфункциями. Малейшее отклонение в работе внутренних органов вызывает серьезную заботу, настороженность, опасение в развитии «неизлечимой болезни», требование «всестороннего обследования» и неотложного лечения. Подобная позиция подогревается специфической реакцией на любую соматическую погрешность; возникает убеждение, что «врачи не так лечат», скрывают от него «всю правду», проявляют «преступную небрежность». В ряде случаев это приводит к уверенности, что болезнь вызвана чьим-то «злым умыслом». Отсюда крайняя осторожность в приеме назначенных процедур или препаратов, поиск и требование наказания «злоумышленников». Мысль о тяжелой болезни полностью овладевает ипохондриком, определяя стиль и образ жизни: постоянное консультирование, отслеживание уклонений в физиологических отправлениях, скитания по поликлиникам и экстрасенсам, неизбывная маска «трудного, тяжелого больного». На отдаленных этапах личностной динамики (в инволюционном возрасте) формируется стойкий паранойяльно-ипохондрический синдром с отчетливой сутяжной деятельностью (состояние, близкое к «кверулянтной форме паранойи» — F22.8). Для него свойственна малая обратимость возникшей симптоматики, как бы подтверждающая известный постулат К. Ясперса: «болезнь проходит, развитие никогда».

Патологические ревнивцы принадлежат к наиболее яркой, колоритной подгруппе паранойяльных психопатов, привлекающих внимание своей бурной эмоциональностью, одержимостью в отстаивании своих роковых страстей, убежденностью в «неверности» и измене самого близкого человека (одно из признанных названий этого состояния — «синдром Отелло»). Многие исследователи утверждают, что ревность составляет характерологическое качество, общее у нас с животными, однако у человека феномен обнаруживает такую изменчивость и подверженность социальным и культуральным влияниям, что всякие поспешные аналогии сразу же отпадают. Будем иметь в виду, что у паранойяльных личностей с их повышенной эгоистичностью и подо-

зрительностью неоправданная ревнивость находит свою благодатную «почву». Основываясь на случайных, но реально существующих событиях, мысли о возможной измене супруги (супруга) становятся преобладающими и доминирующими, подавляя все остальные переживания. Медленно, но неуклонно развивается болезненная линия поведения: оскорбительные слезки, контрольные проверки у судебных медиков «изъятого» нижнего белья с попыткой обнаружения «следов прелюбодеяния», бесконечные допросы по вечерам и в ночное время, угрозы физической расправы, требования «признания вины» и обязательного раскаяния. Выбранная позиция «изобличения неверности» делает супружескую жизнь тягостной и невыносимой.

Иногда в своих стремлениях разоблачить жену в неверности ревнивец прибегает к изощренным приемам. Один наш пациент сыпал на ночь пол песком, чтобы потом после пробуждения «выискать следы мужской обуви». Другой, уже пожилой человек, заворачивал жену перед сном в простынь и зашивал ее: если утром швы оказывались распоротыми, это свидетельствовало, по его мнению, о преступной связи жены с соседом, который ночью «навещал» их. Некоторые ревнивцы в ходе детального выявления факта измены все более распаляются, испытывая мучительно-сладострастное чувство удовлетворения (так называемый садомазохистский комплекс).

Для феномена болезненной ревнивости также характерна тесная связь ее динамики с возрастными изменениями (Семке В.Я., 1964, 1965). В периоде полового увядания обостряются прежние компенсированные (и даже латентные) черты и обнажается «паранойяльное ядро» личности: нарастают недоверчивость, мнительность, аффективная неустойчивость, взрывчатость, подавленное настроение с оттенком озлобленности и агрессивности. На этом фоне оживают прежние ревнивые подозрения и представления, имеющие склонность к прогрессированию и расширению. Формируясь постепенно, идеи ревности по своей клинической структуре на первом этапе развития представлены сверхценными и бредоподобными образованиями. На передний план выдвигаются накапливаемые исподволь смутные догадки, «отдельные намеки», предубежденная оценка сексуального партнера, воспоминания и события прошлого, истолковываемые в новом свете. Возрастают «кривая логика» мышления, на-

стороженность и подозрительность, убежденность в реальной измене, чрезмерная активность в попытках уличить супруга «в измене». В силу нарастающих личностных расстройств и усиления сексуальных притязаний (при все большем ослаблении потенции) взаимоотношения в семье неуклонно ухудшаются и приводят к длительно существующей конфликтной ситуации.

Применение клинико-динамического метода в сочетании с тестовыми обследованиями облегчает дифференциацию идей сверхценной и нормальной (физиологической) ревности. Достоверным признаком такого разграничения считается более глубокое влияние феномена ревности на аномальные устои личности (Терентьев Е.И., 1991). При нормальной ревности внимание не имеет столь явной «сексуальной» направленности (как при сверхценных идеях ревности); эмоции характеризуются относительным многообразием, в котором проявляются индивидуальные особенности личности: ревность постепенно изживает себя, ситуация разрешается, сам факт измены теряет актуальность. При сверхценных идеях ревности считается необязательным чувство любви к объекту ревности, налицо неприятие любого ущемления «достоинства и чести», относительная «мотивированность» поведения, вытекающего из карикатурного преувеличения своих личностных качеств, проявление феномена «хроногенного растормаживания» по типу ретроспективного обнаружения «фактов» развратного поведения партнера. Характерен признак, обнаруженный О.В. Кербиковым: разлука с объектом ревности содействует смягчению значимости предполагаемой «неверности» и уменьшению эмоциональной напряженности.

Патологические фанатики являются объектом изучения не только медиков, но и представителей ряда иных специальностей (прежде всего из правоохранительных органов). Под этим понятием группируются личности, отличающиеся исключительной страстностью, слепым следованием одной идее, одной цели, безоглядному посвящению одному делу, не оставляющему места для иных интересов и чувств. Как и другие параноики, они крайне односторонни и субъективны, их аффекты не отличаются разнообразием и богатством; «это люди не только одной идеи, но и одной страсти» (Ганнушкин П.Б., 1933). Будучи лишены грубой корысти, тем не менее они не способны к проявлению душевной теп-

лоты и сопереживания, человеческое горе их не трогает, для них более важен принцип «соблюдения законности и порядка». Главная пружина их поведения таится в их несокрушимой воле, позволяющей без колебания проводить в жизнь свои догмы. Они глухи к доводам рассудка, их несложная, но страстная аффективность целиком обслуживает их веру в собственную «правоту и непогрешимость». История прошлых эпох подтверждает их важную роль в судьбе общества, прежде всего в качестве вождей различных экстремистских течений, религиозных сект. Именно при их активном участии вершились жестокие расправы, чудовищные преступления (изуверства, пытки, убийства, подстрекания к массовым суицидам и т.д.). Отсутствие гибкости и приспособляемости зачастую приводит к непримиримому столкновению с законом и общественным порядком.

В последние годы (возможно, в связи с явным усложнением социально-политической обстановки, общественными преобразованиями, кризисными явлениями) «чистых» типов данной личностной аберрации становится значительно меньше. Имеет место смещение различных патохарактерологических радикалов. К примеру, комбинация паранойяльных и эпилептоидных черт, а также шизоидных, истерических и фанатических качеств. Подобное богатство личностных оттенков позволяет выделить сравнительно малочисленные варианты «мягких» фанатиков, «пассивных», «вялых» правдоискателей, адептов «восточных верований», целиком находящихся под воздействием более сильных, энергичных лидеров. Изучение «амальгамной» структуры личности и ее общественной функции является важной задачей превентивного раздела клинической персонологии.

Перверзные, «мозаичные», психосоматические и иные девиации. Описанные выше формы патологии по своему удельному весу занимают в клинической практике врачей и психологов более 80% от всей пограничной патохарактерологии. Однако оставшиеся и приводимые в этой главе варианты личностных уклонений все же имеют весьма существенную значимость. Так, сексуальные перверсии представляют важный объект исследований для судебных психопатологов и криминологов (в последние годы в аспекте так называемых «серийных убийц» или «сексуальных маньяков»). Группы смешанных (мозаичных) и малодифференцированных психопатий интересны в плане их патогенетической



оценки и типологической характеристики. Характеристика «психосоматической личности» имеет чрезвычайно важное значение для широкого круга врачей-соматологов, лишь в последние годы обративших внимание на эту достаточно новую форму патологии. К «иным» личностным нарушениям относятся разнообразные «специфические» нарушения, не соответствующие ни одной из рубрик «расстройств зрелой личности» в МКБ—10 (это так называемые эксцентричные, «безудержные», «инфантильные», пассивно-агрессивные, психоневротические девиации, объединенные в разделе F60.8).

В это же контексте обратим внимание на подгруппу неустойчивых психопатий. Для них свойственны неустойчивость, быстрая сменяемость интересов, привязанностей, желаний. Они лишены какой-либо инициативы и самостоятельности, а стиль жизни и основную линию поведения меняют в своей биографии многократно, заимствуя из наиболее уклоняющихся моделей непосредственного социального окружения. Это своего рода негативные «общественные флюгера», легко соблазняющиеся яркими красками модного порока и безоглядно следующие за любыми отклонениями от утвержденных законом форм. Они крайне легко втягиваются в групповую алкоголизацию, весьма рано приобщаются к наркотикам, слепо следуют за ближайшим криминальным окружением.

Группа перверзных психопатий вызывает наибольшие споры в плане оценки ее нозологической принадлежности и терминологического определения. Так, П.Б. Ганнушкин (1933) считал «совершенно неправильным» использование понятия «половая психопатия», вошедшего во врачебный обиход с момента опубликования скандально известной монографии Р. Крафта-Эбинга (1886) с одноименным названием и имевший характерный подзаголовок — «с обращением особого внимания на извращения полового чувства». Однако справедливости ради стоит признать, что именно немецкий психиатр Рихард фон Крафт-Эбинг (1840—1902) был первым, кто отважился представить подробнейшие описания половых девиаций, таких как садизм, мазохизм, гомосексуализм, фетишизм и других, всесторонне рассмотрев их медико-психологические и правовые аспекты в единой концептуальной гипотезе, положив тем самым начало формированию научной ветви человеческого знания — сексо-

логии. Ее значимость в современных условиях диктуется не только распространенностью агрессивного сексуального поведения в обществе, но и недостаточной ясностью механизмов его формирования, взаимоотношений с другими клинико-психопатологическими состояниями, его местом и значимостью в системе клинической персонологии. Основным интересом, естественно, представляют те формы отклоняющегося поведения, которые определяются аномальным сексуальным влечением. В современных международных классификациях (МКБ—10, DSM-IV) выделяют для них специальные рубрики, которые рассматривают парафилии как самостоятельные расстройства.

Согласно взглядам П.Б. Ганнушкина (1933), механизм возникновения половых извращений заключается в закреплении «на общей основе недостаточной дифференцированности» сексуального влечения (задержка на стадии психосексуального инфантилизма) тех аномальных форм его удовлетворения, в которые «вылились ранние, детские сексуальные переживания» индивида. Половые извращения особенно легко возникают у психопатических личностей с асоциальными и антисоциальными установками. Однако, как пишет П.Б. Ганнушкин, даже люди с высоко развитой моралью и с «большой совестью» (особенно из числа астеников) именно в этой области отдают «богатую дань» примитивной «животной» стороне своей натуры. Правда, пerversии у них нередко являются источником «тяжелых и неразрешимых душевных конфликтов». При этом тип психопатии, как общего уклада психики, может отодвигаться «на задний план», уступая место соответствующим внешним впечатлениям.

Клинические проявления расстройств сексуального предпочтения (F65) чрезвычайно разнообразны, включая многие формы парафилий. Их феноменологическая типология допускает широкий спектр девиантного поведения, нередко сосуществующих друг с другом. Особое место в этом ряду занимает раптофилия. При ней сексуальное удовлетворение стереотипно достигается изнасилованием партнера, хотя и при отсутствии классических признаков садизма. В основе патогенетического механизма формирования парафилий рассматривается (Васильченко Г.С., 1983) психический дизонтогенез как следствие нарушения созревания структур и функциональных систем головного мозга.

В исследованиях Ю.Е. Куниковского (1999) выявлена высокая значимость в жизни пациентов с парафилиями кататимического криза (Wertham, 1973) как трансформации направления идеаторной сферы, как результат комплексов аффективно нагруженных идей часто в виде «желания, страсти или амбивалентного стремления». Такого рода криз возникает в результате конфликтных отношений с другой личностью и ведет к формированию депрессивного состояния. Они компенсируются за счет появления агрессивно-садистических фантазий (часто с мотивами мести). На этом фоне создается портрет личности садиста (Brittain R., 1970) в виде замкнутого, тревожного, социально отгороженного индивида, склонного к дисфорическим и дистимическим состояниям. Помимо фантазирования (как результат психической незрелости) с мотивами сексуального садизма им присуще увлечение анатомией, повышенный интерес к строению тела (особенно женских гениталий). Сам девиантный акт служит попыткой снять усиливающийся дистресс. В целом для появления парафилий характерны высокая психопатологически отягощенная наследственность, экзогенно-органические вредности онтогенетического периода, психическая депривация и сексуальные притязания в детстве, широкий спектр дизонтогенетических и аффективных расстройств (прежде всего дистимий, тревожных, обсессивно-компульсивных состояний, ангедонии и личностных особенностей по типу эмоциональной холодности, уплощенности).

Расстройства сексуального предпочтения включают также фетишизм (F65.0). Имеется в виду использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу (одежда или обувь) или связанными с физиологическими отправлениями. Диагноз фетишизма оправдан лишь в тех случаях, когда выбранный предмет является необходимым и значительным источником сексуальной стимуляции. Имеющиеся при этом фантазии не являются столь непреодолимыми и неприемлемыми, что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у индивида. Существует также фетишистский трансвестизм. При нем надевание одежды противоположного пола происходит с целью достижения сексуального возбуждения, после получения сделаемого возникает стремление сразу же снять одежду.

В психологической и психопатологической литературе последнего времени вновь оживился интерес к проблеме нарциссизма<sup>5</sup>: указывается на всеобъемлющий характер данного термина, охватывающего одновременно «сексуальную перверсию м самоуважение, помещение либидиозной энергии в селф и тип межличностных отношений, стадию развития и клинический синдром». В рамках нарциссического расстройства личности описывается вариант патологического нарциссизма, сопряженного с особенностями самосознания и самоидентичности. В рамках классического психоанализа он ассоциируется с самовлюбленностью, в неофрейдистском трактовании как самоненависть и самодеструктивность. По О. Феничел (1945) нарциссизм связан с уретральным характером, отличающимся чертами амбициозности и состязательности — как защита от стыда за энурез (или за энкопрез). Для «нарцисстической личности» (Кернберг О., 1967) характерно необычайно «раздутое» представление о себе, огромная потребность в восхищении, эксплуататорски-паразитический характер межличностных отношений, уверенность в своих «особых правах», эмоциональная поверхность, холодность и безжалостность, интенсивный «оральный гнев». Дифференциация между шизоидным, пограничным и нарциссическим расстройством проводится (Кохут Г., 1971) по 8 категориям, предусматривающим обоснование наиболее адекватной терапевтической установки.

Среди других нарушений сексуального предпочтения и активности весьма часто встречается эксгибиционизм. Речь идет о периодической или постоянной склонности к демонстрации половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола), в общественных местах (по нашим наблюдениям, предпочтение отдается родильным домам, больничным палатам: вид беспомощных женщин, особенно в момент родовых схваток, усиливает половое возбуждение, завершающееся, как правило, мощным мастурбационным актом). Подобная склонность проявляется в основном в периоды эмоционального стресса или кризиса,

---

<sup>5</sup> Большой обзор на эту тему опубликован в «Клинической психологии и психиатрии»: Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма // Журн. Практического психолога (тематический выпуск). 1999. № 5—6. С.43—84.

чередующаясь с фазами длительного затишья. Вуайеризм протекает по типу склонности (периодической или более постоянной) к подглядыванию за людьми, занимающимися «интимными делами», а также за процессом раздевания выбранного объекта наблюдения. Параллельно с процессом выматривания интимных моментов осуществляется интенсивное онанирование.

Для садомазохизма (F65.5) свойственно предпочтение сексуальной активности в виде трудно преодолимого желания причинить боль или унижение. Если это стремление направлено на собственную персону, речь идет о мазохизме. Если же субъект предпочитает быть самому источником такого воздействия — о садизме. Часто индивидуум получает сексуальное удовлетворение, как от садистической, так и мазохистической деятельности. На практике приходится оценивать степень внешнего вмешательства. В нормальной сексуальной активности иногда существуют слабые проявления садомазохистской стимуляции, включенной в привычную систему сексуальных отношений. Множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6) отмечаются у лиц с несколькими видами половых уклонений (без четкого преобладания одного из них). Наиболее часто встречаются комбинации фетишизма, трансвестизма и садомазохизма. Могут наблюдаться и более редкие, относительно изолированные формы половых девиаций. Сюда относят непристойные телефонные звонки, прикосновение к людям в общественных местах и трение о них для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными, сдавливание кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения, выбор в качестве партнера лиц с теми или иными анатомическими дефектами (например, с ампутированной конечностью).

Ищут своего терминологического определения и такие отдельные виды из эротической практики, как глотание мочи, пачкание испражнениями, укола кожи или сосков у партнера, мастурбационные ритуалы по типу введения предметов в мочеиспускательный канал полового члена или прямую кишку и т.п. Недостаточный объем настоящей работы не позволяет дать клиническую характеристику других форм сексуальных перверсий (гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, некрофилия, зоофилия, и многое др.), поэтому интересующихся этими вопросами можно отправить к пе-

реизданному труду Р. Крафта-Эбинга<sup>6</sup>, не утратившего по многим пунктам своей клинической и казуистической ценности.

Группа «мозаичных» психопатий (смешанных, амальгамных по классификации МКБ—10) входит в рабочую классификацию личностных расстройств О.В. Кербикова (1971). Речь идет о психопатических натурах, имеющих сложную патохарактерологическую картину, в которой не удается выделить доминирующий синдром. Как правило, приходится говорить о сочетании, комбинации аномальных черт, свойственных нескольким типологическим вариантам психопатий. Рассмотрение данного варианта патохарактерологических девиаций имеет для клинической персонологии двойное значение. Прежде всего, позволяет оценить степень их тяжести, уродливости (поскольку клинический опыт свидетельствует о том, что сосуществование ряда синдромов ухудшает динамику и прогноз психопатии, особенно в направлении ее криминогенного поведения). С другой стороны, наличие мозаичной личностной структуры говорит о незавершенности окончательного формирования аномального развития (как известно, именно на первоначальных этапах становления психопатии складывается неустойчивая, противоречивая линия поведения и лишь по мере окончательной «кристаллизации» аномального склада вырисовывается стержневой психопатический синдром). На протяжении последующей динамики отмечается частая смена ведущих, стержневых качеств личности. В зависимости от преобладающей роли соматогенных или психогенных вредностей происходит изменение той или иной линии поведения. Материал структурно-динамического анализа истерической психопатии позволил выделить два варианта возможного «мозаичного» характерологического облика с возбудимым и шизоидным радикалами.

При комбинации возбудимых и демонстративных черт наблюдается очень сложная психологическая позиция индивида на средовые или соматические вредности в рамках истерозобудимого варианта. Помимо «чисто истерических» механизмов достижения желаемого и тем самым возможности как бы «снять» эмоциональное напряжение (экспрессивность, фантазирование, лживость и т.п.) отмечаются

---

<sup>6</sup> Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. М., 1996.

взрывчатость, брутальность, конфликтность, которые препятствуют формированию компенсаторных образований. При варианте истероэпилептоидной психопатии в структуре личности усиливаются черты вязкости, тормозимости, ригидности возбудительного процесса, повышенная готовность к аффективным и двигательным разрядам, психогенным дисфориям. О неблагоприятной динамике такого смешанного варианта истерической психопатии свидетельствует факт усиления именно в этой подгруппе тяжелых общественно опасных действий. При «чистой» истерической структуре личности субъекты являются, скорее, жертвами, чем инициаторами насильственных поступков. Преобладают весьма специфические противоправные действия в виде клеветы, мошенничества, похищения чужих детей, ложные обвинения в изнасиловании, «брызганье кислотой» и т.п.

Подвидом истерической «мозаичной» психопатии является так называемая шизоидная истерия. С детских лет такие натуры характеризуются чрезмерной мечтательностью, экзальтированностью, потребностью в новых и новых впечатлениях, стремлением к «безграничной жертвенности и постоянному исканию подвига», развитой любознательностью, готовностью поделиться своими переживаниями «с первым встречным», правда, с некоторой аутистической окраской эмоциональных переживаний, легкой обидчивостью и капризностью. На более поздних этапах клинической динамики обнаруживаются трудности социальной адаптации: робкие, ранимые, с узким диапазоном приспособительных реакций, они не выдерживают эмоциональных встрясок, перенапряжений, легко отвечают на ситуационные трудности избыточным фантазированием и псевдологией.

Окружающие характеризуют их как тонко и остро чувствующих натур, крайне сенситивных и легко тормозимых (обнаруживается большее проявление дезадаптационных механизмов, чем компенсаторных), однако зачастую проявляющих поразительную для окружающих некоторую «душевную черствость» и равнодушие к происходящим вокруг них значительным событиям. Другой личностной особенностью служит избирательная, нередко труднообъяснимая привязанность (к вещам, людям), парадоксальные увлечения, склонность к иррациональному, мистическому. «Мозаичная» манера реагирования становится особенно заметной в наблюдениях, где обнаруживается еще и третья «составля-

ющая» часть конституциональной основы личности — психофизический инфантилизм (незрелость психики, ювенильная структура интересов, несамостоятельность в повседневной жизни). При «репрессировании» эмоциональной жизни функция фантазирования меняется, становится как бы неподконтрольной воле, размывая грань между воображаемым и реальным миром. Несмотря на гротескно-грубую картину наблюдаемых при этом декомпенсаций катамнестическое обследование не обнаруживает процессуального характера личностной аномалии.

Весьма важен структурно-типологический анализ «мозаичной» психопатической личности: констатация смешения нескольких личностных расстройств целесообразна в тех наблюдениях, где аномальные патологические качества каждого из «составляющих» типов весьма значительна, т.е. достигает психопатического регистра. В соответствии с представлениями о единстве социального и биологического в человеке многие из рассматриваемых феноменов обладают универсальными конституционально-биологическими механизмами реагирования (смещение астенических, циклоидных и инфантильных проявлений). Применительно к истерической патологии можно считать, что чем больше генетический вклад, тем ярче специфические патохарактерологические отклонения индивида, а чем он меньше, тем вариативнее формы ее выражения. Проблема «смешанных психопатий» с этих позиций была затронута П.Б. Ганнушкиным: «в психике каждого человека есть зародыш всевозможных психопатических черт» («нечто маниакальное, депрессивное, истерическое, параноическое и т.д.» — в прекрасной формуле Йельгерсма), поэтому «чистые» формы психопатий нечасты. В мозаичных формах «есть мозаика, но нет рисунка», здесь (как в юном возрасте) связи между отдельными частями не прочны: в результате длительной и интенсивной травмы они нарушаются, и «вырисовывается новая комбинация, новая психика, не похожая на старую».

Особое место в клинической и этиопатогенетической систематике личностных расстройств О.В. Кербикова занимают малодифференцированные формы психопатий: они расположены на периферии предложенных типологических вариантов — имеются в виду клинические проявления аномального поведения, в которых отсутствует «системообра-



зующее» клиническое «начало»; т.е. при наличии всех трех критериев, характеризующих по П.Б. Ганнушкину психопатии, не удастся выделить патохарактерологические специфические качества того или иного круга аномалий. Речь идет об общеспецифических расстройствах поведения, которые не укладываются в рамки известных клинических вариантов психопатий. Этот тип личностного расстройства характеризуется сочетанием упорного диссоциативного, вызывающего или агрессивного поведения (удовлетворяющего общим критериям F 91.0 по МКБ—10) с неблагоприятным психосоциальным окружением. Тяжесть состояния должна быть достаточной для того, чтобы диагностировать уклонения в поведении на всех этапах становления дезорганизованной личности (вне зависимости от возраста и социального статуса).

**Соматопсихическая личность.** Данный раздел клинической персонологии представляет собой относительно новую экстранозологическую область личностных расстройств, проявляющихся в виде соматических функциональных эквивалентов психической патологии — соматоформных расстройств. В современных классификациях психических болезней они выделены впервые (F—45), хотя литература прошлого содержит множество указаний на сложные взаимоотношения и соматического: сошлемся на наблюдения W. Stokes (1855) об «аномальных сердечных сокращениях вследствие истерии» или же описания И. Дежерина и Е. Гоклера (1912) «ложных гастропатов-энтеропатов» с их психопатической и неврастенической основой формирования. Важной особенностью этой группы личностных расстройств психологические свойства индивида и его способность переработки сложных интерперсональных (микросоциальных) конфликтов.

Психосоматические нарушения обусловлены индивидуально-психологическими особенностями индивида и связаны со стереотипами его поведения, личностными реакциями на стресс и способами переработки интерперсоналогическими конфликтами (Менделевич В.Д., 1998). К группе психосоматических заболеваний (называемых «святой семеркой» — holy seven) относят: эссенциальную гипертонию, язвенную болезнь 12-перстной кишки, бронхиальную астму, сахарный диабет, нейродермиты, ревматоидный артрит, язвенный колит (по данным других исследователей, к ним

примыкают гипертиреоз, ишемическая болезнь сердца, миома матки и некоторые другие). В их основе лежит конфликтная ситуация, определяющая, по Александеру, «специфичность клинических проявлений»: в соответствии с пониманием «болезни готовности» (Uexkuell), осуществляется переход эмоций в телесную реакцию с тенденцией к хронизированию и последующей нарастающей активацией органических функций. В отличие от невротических пациентов психосоматическая личность не способна «выговорить» свои проблемы, страдает алекситемией (с невозможностью эмоционального резонанса, обеднением словарного запаса и неумением вербализовать конфликты), испытывает затруднение в адекватной переработке своих переживаний потери объекта.

Как правило, выделяют четыре группы психосоматических расстройств: это прежде всего конверсионные симптомы<sup>7</sup> (как результат вторичного соматического ответа и переработки невротического конфликта); к их числу относят болевые ощущения, рвоту, истерические параличи и т.п.; далее — психосоматические функциональные синдромы (их определяют как системные неврозы, «неврозы органов», вегетоневрозы), затрагивающие различные органы и системы (желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую, двигательную, дыхательную, мочеполовую); в-третьих, психосоматические заболевания или психосоматозы, в происхождении которых роль психического фактора весьма существенна (в основе лежит первично телесная реакция на конфликтные переживания, личностная предрасположенность, облегчающая выбор способов переработки конфликтов и характерологического стиля поведения в напряженных эмоциогенных обстоятельствах), однако в дальнейшем функциональные сдвиги во внутренних органах сменяются явлениями деструкции и болезнь переходит в традиционное русло физического страдания (уже упомянутая «чикагская семерка», по Александеру, 1968); наконец, особенности эмоционально-личностного реагирования и поведения психосоматического регистра,

---

<sup>7</sup> По мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова («Введение в клиническую психологию», т. II, М., 2000), они являются первичными психическими феноменами «без тканевого участия организма», «тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное» (с. 227).

определяющие повышенную склонность к травмам и другим формам саморазрушающего поведения (наркомания, алкоголизм, курение, переедание и т.д.).

Основным признаком соматоформных расстройств следует считать повторяющееся возникновение физических симптомов в сочетании с постоянными требованиями врачебных обследований. Весьма примечательно, что даже при появлении и сохранении симптоматики в тесной связи с неприятными жизненными трудностями и конфликтами пациент обычно сопротивляется стремлениям обсуждать возможности ее психологической обусловленности: «достижимая степень» понимания природы болезни нередко оказывается «разочаровывающей и фрустрирующей» (отсюда некоторая степень истерического поведения — со стремлением привлечь внимание). Развитие соматоформных расстройств значительно больше коррелирует с типом личностного склада, чем с проявлениями личностной дисгармонии (Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999). Наиболее существенны две разновидности конституционального предрасположения — по истерическому стереотипу поведения (эмотивная лабильность, впечатлительность, склонность к драматизму, тревожность и т.п.) и чрезмерной склонности к застойным аффектам (с обстоятельностью, застреваемостью, детелизацией, некоторой монотонностью, тягой к образованию сверхценных переживаний).

К данному типологическому ряду примыкает описанная К. Шнейдером группа соматопатических личностей: речь идет о разновидности астенических натур, которым присущи явления соматовегетативной и симптоматической лабильности; обычно в зрелом возрасте (после 30 лет) у них возникают автохтонные или спровоцированные незначительной патологией и повторяющиеся приступы «ипохондрического раптуса» (с выявлением личностных свойств тревожной мнительности) — с психосенсорным, дисфорическим, фобическим нарушениями, сенестопатиями, системными головокружениями и вегетативно-сосудистыми кризами. При хроническом течении психосоматической патологии возможен вариант личностной динамики по типу психосоматического развития (Коркина М.В., Марилов В.В., 1995): имеет место усиление таких преморбидных характерологических качеств, как тревожность, ранимость, сенситивность, а также появление новых черт (в виде раздражительности, конфликтности, озлоб-

ленности, враждебной направленности на окружающих). В основе такого развития личности следует учитывать невротическую predisposition, темп соматизации аффекта, снижение устойчивости к стрессу и явления «послестрессовой психосоматической беззащитности».

Человеческие болезненные состояния и психосоматическое рассмотрение антропологических проблем ведут к пониманию человека в целом (В. Брайтигам с соавт., 1999), к признанию за определенным типом личности склонности к определенным заболеваниям. Концепция «личностных профилей» Фландерс Данбар (1943) предусматривает установление связи между соматическими типами реакций и постоянными личностными признаками. Так у лиц, имевших повторные несчастные случаи, обнаруживается своеобразный личностный профиль («личность склонная к несчастиям»): это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, склонные к приключениям натуры, живущие одним моментом, а не для будущего, порывистые, не контролируемые свою агрессивность, однако проявляющие тенденцию к самонаказанию (проистекающей из неосознанного чувства вины). Описаны ряд других «профилей», прежде всего «язвенная личность», «артистическая личность», «коронарная личность», а также склонные к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда (выдержанные, способные к деятельности с большим самообладанием, которые в состоянии отказаться «от удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели»).

В современной медицине и клинической персонологии понимание психосоматических расстройств связано с определениями типологии «личностей риска». Наиболее разработаны психологические профили для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А) и противоположного ему типа личности В (в группе которых стенокардия и инфаркт миокарда встречается в 2 раза реже). Для коронарного типа А свойственен высокий уровень притязаний, упорное стремление к конкурентной борьбе, к безусловному достижению поставленной цели, одержимое желание «сделать все лучше и быстрее других», постоянное чувство напряжения, пребывание в состоянии «вечного цейтнота», упорное преодоление усталости (если активность не ведет к успеху, индивид дает соматический «срыв» и реакцию капитуляции). Для «язвенной личности»

в связи с особенностями воспитания в детстве свойственно формирование характера с постоянной потребностью в поддержке, защите и опеке; при столкновении этих устремлений с внутренней тягой к самостоятельности, независимости, силе наступает трудно преодолимый душевный конфликт и развитие язвенной болезни. Для бронхиальной астмы предпочтителен тип личности, формирующийся под влиянием двух противоречивых стремлений — «желанием нежности» и «страхом перед нежностью» (вариант конфликта по типу «владеть-отдать»): ей присущи истерические и ипохондрические черты характера (они не способны «выпустить гнев на воздух», что определяет приступы удушья), сверхчувствительность (особенно к запахам), пониженная аккуратность. При эссенциальной гипертонии отмечено интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами и чувством зависимости (по Александру, гипертония вызвана желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном поведении). Налицо конфликт между нацеленностью на прямоту, честность и откровенность — с одной стороны, и избегание столкновений, вежливость, учтивость — с другой. При нейродермитах соматогенной природы (экзема, псориаз) личность отличается пассивностью, слабой настроенностью на самоутверждение. При язвенном колите наблюдается обострение болезни по типу «катастрофы переживания» или «потери объекта»; характерна пониженная самооценка, сверхчувствительность к неудачам, развитое стремление к зависимости и опеке. При ревматоидном артрите обнаруживается «застывшая и преувеличенная позиция» субъекта с демонстрацией высокого уровня самоконтроля, повышенной готовностью к самопожертвованию (на фоне «агрессивной окраски помощи»).

Естественно, рассмотренные «портреты» психосоматических личностей носят эскизно-схематическое содержание, однако они несут в себе отчетливую клинико-психологическую информацию, облегчающую диагностическую работу, прогностическую оценку и ведение данных пациентов в специфических условиях лечебных учреждений. При этом совокупная оценка самой клинической картины психосоматического заболевания должна учитывать неспецифическую наследственную отягощенность и предрасположенность, особенность психотравмирующего конфликта, структуру личности пациента (прежде всего таких качеств как алексии-

тимия, тревожность, сенситивность, отгороженность, недоверчивость и т.д.), исходный социально-психологический и нейрофизиологический фон, динамику психологических процессов, прежде всего способности к кумуляции аффективного напряжения, тревоги, беспокойства, вегетативной лабильности и т.п.

С клинико-динамических позиций представляет интерес хроническое соматоформное болевое расстройство (F.45.4), определяемое постоянной, тяжелой, психически угнетающей болью, возникаемой в сочетании с эмоциональным конфликтом и психосоциальными проблемами. Итогом такой динамики может быть отчетливое усиление потребности во внимании и поддержки со стороны окружающих. Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) характеризуется жалобами на расстройство той или иной системы или органа, которые находятся в ведении вегетативной нервной системы: психогенная одышка, тремор, сердцебиение, покраснение, а также ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, ощущения раздувания или растяжения. Симптомы вегетативного возбуждения имеют хронический характер и причиняют заметное беспокойство, причем все объяснения и разуверения по поводу озабоченности здоровьем остаются бесплодными.

Современная медицина стремится к тому, чтобы быть наукой доказательной, основанной на стандартах диагностики, реабилитации и превенции. Для успешного продвижения такого рода профессиональной деятельности нужны отчетливые позиции по раскрытию психосоматических взаимоотношений и уяснению роли личностного фактора (как пациента, так и врача). Забвение этих моментов создает парадоксальную ситуацию, о которой писал Д.Д. Плетнев (1928): «Благодаря неумению и нередко нежеланию врачей заняться психологией больных, их переживаниями, последние отходят от них и идут к чародеям ... тем самым культивируют знахарство». Постановка вопроса об эффективном психологическом консультировании, психотерапии и психокоррекции психосоматической личности — актуальнейшая задача практических психологов, персонологов и клиницистов.

## **ГЛАВА 11.**

### **ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Одним из важных инструментов постижения границ между нормальной и патологической личностью является динамический анализ изучаемых явлений. С нерезко выраженными формами личностной и психосоматической патологии встречаются, прежде всего, педагоги, юристы, семейные врачи, психологи, психотерапевты, все те, кто видит конкретного человека на протяжении значительного отрезка времени, давая при этом ответ на вопрос о психическом здоровье данного индивида. Познание закономерностей механизмов формирования личности подводит исследователя к необходимости установления границ — одной от здоровья, другой — от болезни, памятуя при этом о тезисе П.Б. Ганнушкина, что «в области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме; между двумя формами существования человека — здоровьем и болезнью — разница только в том, что при последней нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма, которые наблюдаются в норме». Применительно к задаче изучения личностной динамики П.Б. Ганнушкин выдвинул три постулата: необходимость изучения под одним и тем же углом зрения, одними и теми же клиническими приемами; изучать «как целое, как личность во всей ее полноте, во всем ее объеме»; индивид должен рассматриваться не только в течение отдельных (в том числе и болезненных) этапов его жизни, а по возможности «на протяжении всего его жизненного пути, под знаком «динамики социальных условий жизни».

Динамика непатологических девиаций. В выстроенной нами на примере истерической характерологии валеопсихологической «цепочке» («здоровый истерик» — акценту-

ированная — невротическая — препсихопатическая — психопатическая — психопатизированная, истериформная личности) наиболее сложным и спорным является первый термин. Заслуга по введению в градацию истерической личности понятия «здоровый истерик» принадлежит S. Zisook, R. De Vaul (1978): по сути дела речь идет о взглядах старых клиницистов (Гаупп, Гохе и др.) на истерию как на психическую форму реакции, лишь более или менее прочно покрытую «новейшими характерологическими слоями культуры».

Разграничение личностных невротических и патохарактерологических реакций и развитий с крайними вариантами личностной нормы является малоизученной проблемой пограничной психиатрии, прежде всего в аспекте выделения критериев непатологических («аклинических») и мало дифференцированных, слабовыраженных форм девиаций (психогенные, характерологические реакции). На материале изучения микросоциально-педагогической запущенности (Семке В.Я., 1977, 1980) у учащихся специальной школы для трудновоспитуемых детей и подростков — несовершеннолетних правонарушителей обнаружены проявления поведенческих и характерологических отклонений по типу истериформного личностного варианта МПЗ: в основе его формирования определена важная роль отрицательного семейного микроклимата. Все дети воспитывались в атмосфере постоянных напряженных внутрисемейных отношений, частых конфликтов, ссор, алкоголизации одного или обоих родителей. В силу выраженных дефектов семейного и школьного воспитания у таких истеризированных детей и подростков не формируются устойчивые навыки и умения, а их поведение целиком определяется спецификой микросоциального окружения: непродуманное и неустойчивое отношение к своим обязанностям, экстравагантные выходки и проказы, крикливое и шумное выражение протеста против привычных норм, маятникообразное демонстрирование то «послушания и рассудительности», то неожиданной резкости, утрированной грубости и эгоистичности. Весьма характерной становится капризная изменчивость, неровность в обращении со сверстниками: восторженная привязанность довольно быстро, под влиянием незначительных поводов, сменяется «глубоким презрением» и равнодушием. Обладая способностью легко улавливать преобладающее настро-



ение коллектива, они нередко на короткий срок завоевывают ведущее положение в микрогруппе, выражая наиболее «крайние» взгляды и мнения.

Как реакция на имеющиеся средовые трудности весьма часто выступает тяга к фантазированию<sup>1</sup>, носящая четкий ситуационный генез и психологически понятную связь с микросоциальными вредностями. При столкновении с непосильными требованиями жизни избыточная впечатлительность, мечтательность оборачивается для подростка непреодолимой тягой удовлетворения порыва к красивой, яркой, беззаботной, благополучной жизни за счет безудержного фантазирования, ухода из реального мира, красочно преподносимого псевдологического камуфляжа. Отличие от бредоподобных фантазий у уже сложившихся истерических психопатов состоит в установлении связи с условиями воспитания, в возможности быстрого возврата к истокам фантазий, в способности четко проводить грань между реальной и вымышленной ситуациями.

В личностной структуре подростков из группы микросоциальной педагогической запущенности обнаруживаются, как правило, характерологические качества в виде лживости, наущничанья, бравады, хвастовства, отсутствия чувства товарищества, жестокое обращение с более слабыми сверстниками, эгоцентризм, эмоциональная неустойчивость, податливость негативным средовым влияниям, показная делинквентность (кражи, побеги из дома, выпивки), недостаточная дифференциация своей социальной позиции приводит к поступкам, определяемым узко эгоистическими целями и задачами: желание обеспечить скорый и непосредственный успех, достичь признания наиболее легким путем, «показать себя в выгодном свете», привлечь внимание. Это осуществляется за счет искусственного нагнетания эмоций («самовзвинчивания»), совершения демонстративных суицидальных попыток, фабрикования причудливых вымыслов и оговоров (в изнасиловании, ограблении, попытках шантажа, вовлечения в воровские шайки и т.п.).

---

<sup>1</sup> Осипов Е.Н. (1909) замечает, что счастливый не фантазирует, к фантазиям прибегает лишь неудовлетворенный: «Всякая отдельная фантазия есть выражение желания, исправление неудовлетворяющей действительности».

Наиболее опасным возрастом для всех основных типов отклоняющегося поведения при МПЗ является период от 7 до 12 лет, когда усиливается недисциплинированность, непослушание, неуспеваемость, раннее оставление школы, беспризорничанье (по типу «детей улицы»), неразвитость сдерживающих механизмов, импульсивность в выборе желаний и побуждений, постепенное упрочение асоциальных установок и ценностей, грубость, отказ от повиновения. Среди мотивов противоправных поступков выступают: подражание асоциальности шаблонам старших товарищей, боязнь наказания, «чрезмерное любопытство» к сексуальным проблемам, стремление к материальному приобретению.

Особого анализа заслуживают остро возникающие аутоагрессивные реакции, формирующиеся по механизмам «психической эпидемии»: однотипные попытки к членовредительству сразу у нескольких учащихся (загоняют под кожу иглы, проглатывают металлические предметы или стекло, вскрывают вены. Некоторые из подростков в попытках «обратить на себя внимание» царапают и прижигают кожу, вызывая тем самым нагноение. Такие реакции непатологических натур бывают кратковременными, обычно не рецидивируя и не усложняясь. При педагогической запущенности также отсутствует поэтапное формирование личностных черт: при правильном педагогическом подходе, изоляции от первоначального «индуктора», позитивном микросоциальном воздействии наступает коррекция даже значительных девиаций личности.

В целом дифференциально-диагностический комплекс для отличия истериформного варианта микросоциально-педагогической запущенности от клинически очерченных истерических невротических и патохарактерологических развитий включает следующие признаки:

- а) в этиологическом плане — возникновение истериформных непатологических личностных девиаций в строго определенных неблагоприятных микросоциальных условиях, без участия в формировании аномального склада конституционально-биологических и соматогенных факторов;
- б) в патогенетическом — отсутствие в ходе динамического обследования вазо-вегетативных сдвигов и расстройств нейрорегуляции (патофизиологических, электрофизиологических, нейрогуморальных), а также нарастания аномального реагирования в зависимости от возрастных кризисов;

в) в клинико-динамическом — парциальная выраженность личностных девиаций, отсутствие устойчивого стереотипа аномального поведения и его иррадиации на жизненные ситуации, не имеющие связи с негативной средой, кратковременность протекания личностных реакций, без продолжительной социальной дезадаптации, «чувства болезненности» по отношению к девиантному поведению, более трезвый учет ситуации, целенаправленное корригирование под влиянием позитивного преобразования среды.

Актуальной задачей клинической персонологии следует признать оценку непатологических специфически подростковых реакций, нередко приобретающих затем явно болезненный характер. Их определенная частота и крайние формы проявления обусловлены как социальными, так и биологическими факторами; среди последних важное значение имеет акцелерация. По мнению А.Е. Личко (1977), патологическая реакция от нормального подросткового поведения дифференцируется по следующим показателям: склонностью к генерализации, приобретению характера патологического стереотипа, превышение определенного «потолка» нарушений поведения (никогда не переступаемой в норме), нарастанию социальной дезадаптации. Приведем несколько типов поведенческих реакций как специфических для подросткового возраста (Личко А.Е., 1973, 1977):

1. Реакция эмансипации — проявляется в стремлении высвободиться из-под контроля и опеки старших. Она распространяется на устанавливаемые ими порядок, правила, законы, стандарты и ценности. Ее проявления разнообразны — от побегов из дома и бродяжничества до упорной борьбы за самоутверждение как личности.
2. Реакция группирования — дети почти инстинктивно тянутся к единению со сверстниками. Подростковая группа становится главным регулятором поведения для педагогически «запущенных» подростков: на лидерство претендуют обычно подростки с гипертимными или истероидными чертами.
3. Реакция увлечения (хобби-реакция) весьма специфична: «подростковый период без увлечений подобен детству без игр» (А.Е. Личко), они составляют особую категорию психологических феноменов, структурных компонентов личности. Рабочая классификация типов увлечений, по А.Е. Личко, включает: информационно-коммуникативные, азартные,

эгоцентрические, накопительские, телесно-мануальные, лидерские, интеллектуально-эстетические хобби.

4. Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, отличаются чрезвычайной неустойчивостью и легко могут приближаться к патологическим формам. Некоторые из них затрагивают определенную форму сексуальной активности (онанизм — включая совместный и взаимный, петтинг, промискуитет, переходящий в подростковый гомосексуализм и пр.; другие — внешне не имеют сексуальной окраски (эмоциональный флирт и т.п.). «Сексуальные» проблемы могут быть дополнены другими формами подросткового поведения: так, неудача в любовных привязанностях подводит к суицидальным попыткам, «гомосексуальная паника» — к затяжным депрессивным переживаниям, семейные конфликты — к массивной наркотизации.

Не останавливаясь подробно на «иных» формах уклоняющегося поведения у подростков (прежде всего, реакций оппозиции, имитации, гиперкомпенсации, а также описанных Г.Е. Сухаревой (1959) особых неврозоподобных и психопатоподобных форм реагирования — болезненного мудрствования, ипохондризации, нервную анорексию и дисморфофобию), отметим лишь малую проработанность вопросов их систематизации, типологии, дифференциации и целенаправленной превенции. Американская классификация Дженкинса рассматривает семь типов нарушений поведения: гиперкинетическая реакция, реакция «ухода» (аутистического характера), тревоги, бегства, «необщительная агрессивность», групповые правонарушения. Французская классификация охватывает уже упомянутые выше личностные реакции с учетом вызвавших их побудительных мотивов реакции подражания, отказа, протеста и т.п.). Немецкая группировка (Stutte H., 1960) носит комбинированный характер, сочетающий синдромологический, мотивационный и поведенческий (ложь, воровство, побеги и т.п.) подходы.

Согласно Т. Шибутани (1969), существует, по крайней мере, три типа отклоняющегося девиантного поведения в подростковом возрасте. Прежде всего, в современном обществе возникают социальные группы, чьи картины мира отличаются от взглядов людей, имеющих престиж и власть, присоединение индивида к нормам таких групп делает его правонарушителем. Между тем большинство действий юношеских шаек сами члены не считают плохими: такие маль-

чики необязательно страдают личностными расстройствами, нередко они хорошо приспособлены к своему миру. Их поведение расценивается как отклоняющееся лишь теми, кто не является участником этой эталонной группы. Второй тип — возникает в результате временной утраты самоконтроля, особенно под влиянием сильного возбуждения (так, нередко дезертирство, воровство или насилие совершается импульсивно, вопреки собственным стандартам поведения). Третий, компульсивный тип затрагивает такие расстройства, которые часто являются фиксациями (употребление алкоголя, наркотиков); только этот тип может быть сведен к плохому личностному приспособлению. Рекомендация подвергать всех правонарушителей психиатрическому лечению, по мнению автора, не только не осуществима на практике, но и основывается на ложных предпосылках.

В последние десятилетия почти на всех языках мира имеются слова или выражения, обозначающие поведение подростков, вкусы и поведение которых настолько отличаются от нормальных установок общества, что «возбуждают подозрение, если не тревогу»: это «тедди бойз» в Англии, «нозем» в Нидерландах, «раггары» в Швеции, «блужо нуар» во Франции, «хальб-штаркен» в ФРГ и Австрии, «тапка-роши» в Югославии, «хулиганы» в Польше, «стиляги» в России (бывшем СССР). Социологическое рассмотрение особенностей их поведения, а также некоторых юношей и девушек (хиппи, клошары, битники), по данным западных исследователей, показывает близость проблемы к сфере пограничной психиатрии — как поведенческое проявление патологической формы пубертатного криза. Работа американского социолога Гольджи об особых группах «пограничных асоциальных личностей» дает любопытные данные об обычаях, внешнем и внутригрупповом поведении, мировоззрении, политических и социальных взглядах этих субъектов: их движение «не болезненно», оно вытекает логически из неправильной структуры современного буржуазного общества, детерминированность же поведения двоякая — биологическая (особенности темперамента, характера) и социальная (социопатическое поведение обусловлено внешними двигателями). При этом не исключается, что среди «хиппи» есть немало душевнобольных: об их поведенческой реакции можно сказать словами публици-

та В. Шкловского: «В психоз люди уходят сознательно, как в монастырь».

В переживаниях современной личности преобладает «социальное отчуждение», конфликт, вытекающий из несогласия индивида с господствующими нормами. Это подтверждается наблюдениями психотерапевтов: пациенты, с которыми имел дело З. Фрейд в начале двадцатого столетия, страдали в основном от противоречий между усвоенными моральными нормами и инстинктивными влечениями; современные невротики (по свидетельству Э. Эриксона), больше страдают из-за неясности нормативных предписаний и ищут в психоанализе «убежище от разорванности существования, возврат к более патриархальным межиндивидуальным отношениям». Усложнение процесса социализации и обилие разнородных впечатлений не ослабевают, а усиливают саморефлексию (И.С. Кон). Наша эпоха, по мнению врача и социолога И. Бодамера, «уничтожила ряд добродетелей, которые в прямом смысле слова или же лишь в идеале считались прежде неременным состоянием человека».

Представленные выше непатологические личностные девиации затрагивают в основном юношеский период, т.е. «наиболее уязвимую возрастную группу» (Акерман, 1964). Исследование клинической динамики начальных проявлений пограничной патологии во взрослом периоде позволяет утверждать, что им предшествует появление своеобразных дезадаптационных сдвигов, которые обозначены нами (Семке В.Я., 1988, 1999) как аномальные личностные реакции. В качестве разграничения их от психологических переживаний здоровых обследуемых также от личностных сдвигов в ходе развёртывания уже сформировавшейся патохарактерологической симптоматики был выделен ряд клинических признаков.

Они приобретают свою значимость на самых начальных стадиях формирования личностных расстройств и имеют практическое применение при выборе и проведении превентивных мероприятий. Являясь основным элементом клинико-психологических изменений, возникавших в условиях напряжённых интерперсональных отношений (т.е. на первой стадии развёртывания невротической или невротоподобной симптоматики), аномальные личностные реакции становятся «трамплином» для последующей неблагоприятной динамики, показателем грядущей выраженной и стой-

кой социальной дезадаптации (семейной, трудовой, интимной). В ходе осуществления всесторонней оценки основных «составляющих» звеньев аномального реагирования удаётся предсказать уровень возможного патогенеза личностного расстройства (в первую очередь, невротического или психопатологического), предугадать его синдромологическое усложнение (за счёт «обрастания» факультативными клиническими чертами), определить направление динамики и исхода (благодаря комплексной оценке преморбидных, структурно-динамических и параклинических показателей).

Определение основных механизмов «психологической защиты», а также соотношения саногенетических и патогенетических параметров содействует тонкому улавливанию перехода от состояния здоровья (через этап многообразных донозологических состояний) к инициальному периоду болезненного реагирования, к состоянию болезни, к качественному сдвигу от нормы к патологии. Так, среди патогенетических механизмов, способствующих формированию истерического личностного склада, отмечен последовательный ряд клинических и нейрофизиологических моментов. К ним относятся оценка на корковом уровне возникших конфликтных взаимоотношений; включение соответствующих данной эмоциогенной ситуации того или иного специфически истерического способа реагирования (а иногда и в их комбинации); иррадиация патогенного возбуждения в подкорковую сферу, в которой разыгрываются многие «чисто» истерические процессы; изменение корково-подкорковых соотношений и взаимодействия сигнальных систем, сопровождающееся усложнением клинической картины «истерической болезни»; нарастание дисфункции иммунной системы, появление признаков вторичного иммунного дефицита (Карась И.Ю., 1998); возникновение стойких эмоциональных сдвигов, выраженных вазовегетативных реакций и сексуальных дисфункций; электрофизиологическая дезинтеграция функционального состояния головного мозга; динамические сдвиги в холинергической и серотонинергической системах; нарастающая «соматизация» патологического процесса с появлением «пёстрой» клиники псевдосоматических нарушений. Обратим внимание на общеклинические закономерности становления личностных девиаций в конкретной неблагоприятной социальной обстановке — в направлении постепенного нарастания, утяжеления и стабилизации сим-

птоматики: аномальные личностные реакции («преневроз») — невроз — невротическое развитие личности (с тенденцией к появлению на заключительной стадии «нажитой» «реактивной», «краевой» или приобретённой психопатии).

В целом определение поведенческих «факторов риска» развития психических болезней имеет высокую значимость, ибо общепризнанно, что из всех «составляющих» детерминант современный образ жизни (в отличие от генетической и экологической) может повлиять на относительно коротком историческом отрезке времени на показатели здоровья населения. На современном этапе движения научной мысли осуществляется активный поиск закономерного взаимодействия клинической динамики с выявлением патогенетических механизмов. По сути дела на наших глазах происходит возврат к этиологическому диагнозу, но уже на новом витке знаний; систематизируются факторы риска; определяются патогенетические и саногенетические процессы; уточняются клинические параметры динамики. Всё более очевидным становится вывод, что одно лишь «голое» перечисление возможных факторов риска и предрасполагающих воздействий не является результативным. Однако концепция «мультикаузальности» пока ещё не получила должного широкого выхода в медицинскую теорию и практику<sup>2</sup>. Следует признать правоту О.В. Кербикова (1971), утверждавшего, что для разработки адекватных лечебных и превентивных подходов требуется составление «лестниц валентности» с учётом двух обстоятельств: соответствия явлений, вызываемых вредностью, тем, которые свойственны данному заболеванию; степени полного «созревания» болезни для развития или усложнения.

Донозологические и инициальные формы личностной патологии. Отличительной особенностью пограничной психиатрии является «нечёткость границ» между отдельными клиническими формами и стадиями их развития (реакция — состояние — развитие — «резидуа»), причём переходных и нерезко дифференцирующихся здесь значительно больше, чем в психиатрии «большой». Эта мысль развита В.В. Кова-

---

<sup>2</sup> Более подробное рассмотрение теоретико-методологических аспектов проблемы содержится в нашей работе: Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т., Коробицина Т.В. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. Томск, 1998. 63 с.



лёвым (1973), который выделяет как «непатологические» (аклинические), так и патологические формы, между которыми существует «тесная связь и имеются переходные состояния».

Этап предболезни начинается с аномальных, недифференцированных в своём клиническом содержании личностных реакций, проявления которых отражают ранний, «донозологический» период развития заболевания. В обобщённом клинико-динамическом виде можно говорить о двух типах «предболезненных» состояний. В первом из них имеет место «истинный» вариант предболезни, когда диагноз опережает заболевание и путём интуитивного «схватывания» микросимптомов и моносимптомов удаётся предвосхитить грядущую дезадаптированность личности. Во втором (определяемом как «условный» тип предболезни) — налицо патологические изменения, обнаруживаемые специальными методами дополнительного обследования (например, доклинические проявления церебрального атеросклероза или скрытой коронарной недостаточности, выявляемые лишь в ходе тщательного инструментального исследования). Пограничные личностные расстройства представлены тремя группами динамических образований (реакции, состояния, развития) и типом динамики, понимаемой как «резидуа».

Патохарактерологические реакции выражаются в резком усилении — под влиянием психогенных или соматогенных воздействий — прежних личностных качеств. Эта динамика происходит под знаком резкого усиления привычного способа реагирования, определяемого темпераментом и характером индивида. Происходящие при этом динамические сдвиги не выходят за пределы личностных ресурсов пациента. С учётом динамических показателей выделяют острые, подострые и затяжные патохарактерологические реакции. После устранения психотравмирующей ситуации происходит весьма быстрое восстановление личностного облика и поддержание на исходном уровне психосоциального статуса.

Препсихопатическое состояние отражает нарастание личностной дисгармонии, происходящее под влиянием отрицательных микросоциальных воздействий или экзогенно-органических, соматогенных вредностей. Речь идёт о формирующемся патохарактерологическом облике, отличающемся нестойкостью, изменчивостью личностных черт

(имеется в виду отсутствие одного из трёх критериев П.Б. Ганнушкина, позволяющих уточнить диагностику психопатий). Весьма близки по клиническому содержанию к данному понятию «латентная» или «компенсированная» психопатии. «Срывы» возникают в основном в условиях индивидуально-неразрешимых конфликтных состояний, что приводит к нарастанию аномальных характерологических свойств.

Патохарактерологическое развитие личности (по О.В. Кербинову) возникает под воздействием длительно существующих отрицательных микросоциальных влияний (в первую очередь, дефектов воспитания). В последующей динамике происходит «кристаллизация» аномального способа реагирования, соответствующего прежним этапам (реакция и состояния), а также постепенная стабилизация уже сформировавшейся личностной аномалии, её нарастание (с одновременным утяжелением социально-трудовой дезадаптации, возрастанием нейродинамических сдвигов). На отдалённом этапе динамики наблюдается возникновение соответствующего типа «краевой» (приобретённой) психопатии. Однако при позитивном преобразовании микросреды постепенно достигается благоприятный (в прогностическом отношении) вариант динамики в виде сглаживания, а затем и полного устранения личностной девиации (процесс «депсихопатизации», описанный И.Л. Кулёвым в 1963 году).

В целом «препсихопатический» этап (по Трамеру-Кербинову) служит наглядным примером спектра личностных предболезненных расстройств, понимаемых в клинико-динамическом смысле. Ему свойственны неспецифичность, невыраженность, нестойкость аномальных качеств, зависимость от ситуации, причудливое сочетание синдромов.

Современное представление о болезни как многоступенчатом процессе взаимодействия патогенных и саногенных влияний облегчает постановку функционального диагноза, в котором отражены три аспекта функциональной недостаточности — клинического (патодинамического), психологического и социального. Первый из них предусматривает оценку механизмов и степени компенсации патологических проявлений, а также отдельных соматобиологических параметров (прежде всего, пол, возраст, конституцию, реактивность организма и др.). Второй — диагностику личности пациента, уровень его физической

и духовной зрелости, тенденции формирования. Третий — возможности социального взаимодействия пациента с его ближайшим окружением. Такой многосторонний подход позволяет уловить социальные моменты в динамике болезненного процесса — от состояния психического здоровья к формированию начальных психологических и психопатологических сдвигов. Именно учёт инициальных расстройств облегчает задачи и конечные цели всей системы ранней диагностики и превенции.

Для невротических реакций как наиболее универсального ответа личности на изменение своего социального тающих в развёрнутую картину невроза. В клинико-динамическом плане этим инициальным образованиям свойственно развитие в условиях конкретной психотравмирующей ситуации, острое начало и ограниченность протекания, выраженная эмоциональная лабильность, слабая дифференцированность клинической симптоматики, невыраженность патохарактерологических сдвигов, обратное развитие при неблагоприятном завершении конфликта. При относительно малой дифференциации симптоматики на преневротической стадии удаётся определить три варианта патологии, соответствующих возможному развитию при усложняющейся динамике основным формам невроза — астенический (около 60% случаев с инициальной картиной патологических проявлений), истерический (30%), обсессивно-фобический (10%).

В последние годы пристальное внимание исследователей (особенно англосаксонских) привлечено к так называемым социальным фобиям, распространённость которых весьма высока (на протяжении жизни встречаются, по данным Ж. Коста де Сильва, у 10-16% людей). Их значимость усиливается в связи с возможностью развития вторичных коморбидных состояний, среди которых самыми серьёзными признаются алкоголизм, злоупотребление медикаментами, тяжёлая депрессия и паническое расстройство. Клиническая картина социофобий охватывает страх оценки другими людьми из ближайшего окружения, выраженную и постоянную боязнь новых личностных контактов, трудно преодолеваемое чувство неуверенности (знакомство с новыми людьми, приём посетителей, разговор по телефону, участие в трапезе, необходимость публичного выступления) возникают соматические проявления тревоги: сердцебиение, дрожь,

сухость во рту, чувство жара или холода, головная боль, «посасывание под ложечкой», мышечная напряжённость и т.п. Ключевым элементом социофобии является пугающее представление быть критически оцененным, выглядеть в глазах окружающих униженным, неловким, «глупым», «непонятым», что содействует усилению «избегающего» поведения, ограничивающего профессиональный рост и финансовое положение. Эти пациенты чаще, чем в популяции в целом, хуже образованы, живут без партнёров, менее обеспечены и зависимы, имеют нестабильную занятость, находятся в социальной изоляции, проявляют суицидальные тенденции. С другой стороны, ранняя диагностика и коррекция социальной фобии предотвращают аномальное формирование личности, её социальную дезадаптацию и существенно уменьшают финансовые расходы.

Становление аномальной личности есть сложный и продолжительный процесс. Определены три этапа формирования психопатии: начальный (или препсихопатический) (Кербинов О.В., 1962; Трагер М., 1949); структурирования; стабилизации патохарактерологического облика. Как показали наши исследования (Семке В.Я., 1980, 1981) на начальном, препсихопатическом этапе истерической психопатии клинические проявления отличаются весьма бедной и однообразной формой реагирования на ситуационные погрешности, однако именно в этом периоде намечаются особенности клинической динамики, зависящей от принадлежности к определённой патогенетической подгруппе. Так, при конституциональной («ядерной») психопатии биологическая неполноценность в виде «рассогласованности корки и подкорки» (И.П. Павлов) обнаруживается на ранних стадиях индивидуального развития: в младенческом возрасте — «закатывания до посинения», продолжительный плач, рудименты истерических припадков; позднее (к 2—4 годам) — повышенная двигательная активность, капризность, сверхтребовательность; в дошкольном периоде — появление бурных аффективных разрядов, упрямства, непослушания в сочетании с чрезмерной внушаемостью (подражательные тики, заикание, косноязычие), склонности к паясничанью, фантазированию и псевдологии. Начальный этап становления «краевой» психопатии относится к преддошкольному и раннему школьному возрасту, когда обнаруживается связь аномального реагирования с качественными изменениями окружающей сре-

ды, в первую очередь, с дефектами воспитания: появление весьма устойчивых реакций имитации, протеста или прямого культивирования жажды выделиться, играть «первую роль». Фиксируясь и закрепляясь, они во всё большей степени определяют линию поведения подростка в виде демонстративности, театральности, стремления к превосходству над сверстниками, погони за внешним эффектом и желанием «добиться признания». Среди «органических» психопатов первоначальные аномальные черты возникают довольно рано (в 2—3 года), выражаясь двигательной возбудимостью, непомерной крикливостью, расторможенностью влечений. Несколько позднее появляются астенические симптомы и склонность к псевдологии. Наибольшие трудности в адаптации относятся к моменту обучения в школе (непослушание, яростное сопротивление требованиям дисциплины, некоторая замедленность развития, вызванная быстрым истощением, астенией, рассеянностью внимания). В целом генетические и конституциональные факторы оказывают влияние на время появления первоначальных патохарактерологических черт, длительность формирования аномального склада и его клиническое оформление на первых стадиях психопатии, постепенно утрачивая своё ведущее значение по мере окончательного структурирования и стабилизации психопатического облика. «Мозаичность» аномального склада чаще всего наблюдается в инициальной стадии. В дальнейшем пёстрые и многообразные факультативные качества уступают место облигатным, гомонным патохарактерологическим признакам, определяющим весь последующий способ поведения.

Ранняя диагностика экзогенно-органической и соматогенно обусловленной личностной патологии проводится на основе совместной оценки психопатологических, соматических и неврологических симптомов. Наиболее ранним и «сквозным» синдромом при этом является астенический. Эмоциональная жизнь этих личностей отличается высокой лабильностью, слезливостью, повышенной ранимостью, недержанием аффекта, угрюмой озабоченностью своим «пошатнувшимся здоровьем».

Наличие нерезко выраженной соматоорганической патологии способствует развитию «ипохондрического эгоцентризма» (Семке В.Я., 1974) в виде сосредоточенности на внутренних ощущениях, их агравации и «установочного поведения», а иногда — заострения черт тревожности, мни-

тельности, паранойяльной ипохондрической настроенности. Начальным симптомом психосоматозов (так называемых «психофизиологических расстройств», «болезни стресса», «болезни коммуникации, адаптации и дезадаптации», «патологии психостаза» и т.д.) является тревожность, которая возникает в ответ на длительно существующие стрессоры (подавленность, угнетённость, недовольство собой). Личностные особенности становятся всё более акцентуированными. Среди них в первую очередь амбициозность, сензитивность, неспособность к полному выражению чувств, зависимость от окружающих, а также ипохондричность, тоскливость, угнетённость, ранимость с фобической переработкой болевых ощущений, избыточная пунктуальность, упрямство, ограничение социальных контактов.

Известный русский терапевт А.Л. Мясников считал, что гипертоническая болезнь «в своих начальных стадиях» представляет невроз, развивающийся у людей деятельных, часто весьма работоспособных, но вынужденных быть «под влиянием чрезмерных повторных, длительных нервных воздействий». Многие из них привыкли под влиянием воспитания тормозить внешние проявления чувств: внешне выглядят собранными, целеустремлёнными, выдержанными, однако именно эти личностные качества несут в себе фактор риска быть подверженным психосоматическим болезням. Механизм формирования личностного преобразования можно представить следующим образом: психогенный (микросоциальный) конфликт создаёт эмоциональное напряжение, при его подавлении двигательные и сосудистые, вегетативные реакции как бы блокируются, вызывая существенные сдвиги в нейроэндокринном аппарате. На первых порах они имеют обратимый, динамический характер, однако при частых и продолжительных влияниях становятся стойкими и малообратимыми.

Стадия структурирования. Одним из существенных недостатков Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра является её статичный характер, поскольку рассматриваемые в ней синдромальные феномены представлены как нечто незыблемое, неизменное, неподвижное, не имеющее своей «истерической динамики» и перспективы. Такой анализ лишает современного исследователя в области клинической персонологии необходимого прогностического подхода, возможности це-

ленаправленной, осознанной превентивной работы, вольно или невольно обесценивает то колоссальное клиническое наследие прошлого, которым по праву гордится отечественная пограничная психиатрия. Между тем, именно динамическая доктрина, заложенная в трудах П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербикова, Е.К. Краснушкина, Г.К. Ушакова и многих других их последователей и учеников, позволяет всесторонне оценить патогенетическую сущность личностных уклонений, создать основу к их систематике, раскрыть содержательную сторону многих клинических состояний, определить реабилитационную и профилактическую тактику, наметить пути к действенной превенции (прежде всего, в широком общественном, социальном понимании). Сошлёмся на гениальный тезис П.Б. Ганнушкина о том, что «степень, сила, жизненное проявление» аномальных характеров в полной мере зависят от внешних социально-средовых условий, необходимых «для духовного развития человека, как воздух для его физического существования».

В предыдущей главе мы обозначили три стадии формирования личностной патологии, каждый из которых имеет свою динамическую специфику, дифференциально-диагностическую значимость и прогностическую характеристику. Начальный, препсихопатический период как бы «прокладывает дорогу» будущему аномальному способу реагирования, черпая своё клиническое «обрамление» из наличного конституционально-генетического фонда и имеющейся социально-средовой обстановки. Проявления «мозаичности» психопатического реагирования определяются в основном неблагоприятными влияниями семейного (или школьного) окружения, носят абортивный характер, отличаясь хорошей регрессиентностью — при малейшем смягчении стрессирующих условий избавляются от невротического или патохарактерологического способа поведения. В сохраняющейся психотравмирующей обстановке постепенно происходит «выбор» предпочтительной линии болезненного реагирования. Чрезмерная эмотивность достигает крайней степени раздражительности и упрямства; повышенная ранимость и чувствительность перерастают в мимозоподобность, тормозимость, замкнутость; впечатлительность и живость — в стремление к импрессивной переработке конфликта, в наклонность к избыточной мечтательности и фантазированию; осторожность и внутренняя обеспокоенность — во враж-

дебность, сверхценную предубеждённость, противодействие любым внешним вмешательствам.

В ходе этапа структурирования происходит дальнейшее усложнение аномального реагирования в ответ на биологические пертурбации и микросоциальные вредности. Поведение подростка принимает дисгармонический характер, распространяясь на многие повседневные ситуации. Продолжительность его оказывается самой большой из всех этапов становления и часто включает моменты относительного смягчения патохарактерологических свойств, перекрываясь на какой-то момент периодами «затишья» или весьма отчётливыми компенсаторными либо невротическими образованиями. Лишь к концу данной стадии наступает «кристаллизация» (выбор) аномального способа реагирования и расширение «ассортимента» клинической динамики (помимо психопатических реакций наблюдаются аффективные фазы, развития, недаром О.В. Кербинов обозначил этот этап как «патохарактерологическое развитие личности»). Характерной является почти полная утрата клинических различий по отдельным патогенетическим подгруппам психопатий, а сама динамика приобретает чрезвычайную яркость и многоплановость (разнообразные варианты ухудшений состояний, по В.Я. Гиндикину [1963], — невротический, характерологический, психотический).

Третий, заключительный этап становления психопатии определяется как стадия окончательной стабилизации аномального личностного облика. Обычно по всем клиническим вариантам психопатий это наступает к моменту завершения пубертатного криза, биологической перестройки организма. Именно в связи с данными обстоятельствами П.Б. Ганнушкин предостерегал от преждевременной (до 16—18 лет) постановки диагноза психопатии. Структурный анализ к моменту стабилизации аномального личностного склада обнаруживает наличие двух симптомокомплексов — облигатного и факультативного. Их клиническая характеристика была дана ранее в разделе типологического изучения личностных расстройств, здесь же остановимся вкратце на содержании облигатной симптоматики одной из самых демонстративных форм личностной патологии — истерической. Как правило, в её клинической картине удаётся выделить 8 основных синдромов: истероневротический, астенодепрессивный, ипохондрический, обсессивно-фобический, патологичес-



кого фантазирования и псевдологии, «Мюнхгаузена», паранойяльный, расстройства влечений. В «ядерной» подгруппе чаще всего встречается астенодепрессивный синдром, далее — патологического фантазирования и псевдологии, паранойяльный (идеи ревности, сутяжничества), несколько реже — истероневротический и ипохондрический. В «краевой» — высокая встречаемость астенодепрессивного, истероневротического, «Мюнхгаузена», реже — расстройств влечений (сексуальные, склонность к самоповреждениям) и ипохондрический. В органической подгруппе распределение основных синдромов примерное одинаковое.

Наиболее частой формой клинической динамики уже сформировавшегося личностного расстройства являются патохарактерологические реакции. Они проявляются резким усилением (под влиянием внешних раздражителей) привычного способа реагирования, не выходящего за пределы прежней личностной структуры. В результате такой динамики происходит временное карикатурное усугубление, заострение гомономных личностных качеств. Согласно концепции К. Ясперса, большинство психогенных реакций имеют отчётливый признак «понятности», прежде всего с точки зрения психологической возможности объяснить её как последствие обусловившего переживания, как проявление определённого смысла и цели (таково «бегство в болезнь» или «уход из действительности»). По П.Б. Ганнушкину, определённую роль наряду с психогенией играет конституциональный фактор, «властно окрашивающий в свои индивидуальные цвета тип, форму, содержание реакции» (отсюда подразделение на характерологический и конституциональный типы реакций). Е.К. Краснушкин делил психогенные реакции на три группы: реакции глубинной личности (обязаны своим происхождением не столько причинным моментам, сколько шоку вегетативных центров), истерические (при которых на поверхность всплывают архаические формы психической жизни) и характерологические (заимствующие свою форму и клиническое содержание из самых верхних этажей психики и личности).

Развитие личности (невротическое, патохарактерологическое, патологическое) отличается относительной стойкостью, малой изменчивостью симптоматики, формирующейся на «канве» уже сложившейся зрелой психопатической личности. Его образование происходит под влиянием дли-

тельного воздействия разнообразных ситуационных вредностей или хронических соматогенно-экзогенных погрешностей. В клинической картине прежнего психопатического облика появляются новые, ранее не свойственные личности аномальные черты. В этом контексте интересно замечание П.Б. Ганнушкина о том, что «принципиальной разницы» между понятиями реакции и развития не существует. Развитие чаще всего «слагается из ряда реакций» и как бы постепенно фиксирует соответствующие клинические явления. При этом можно условно говорить о стойком изменении личности, не имеющем, однако, ничего общего с процессом. Дело не в «мозговых анатомических изменениях, а в закреплении функциональных неправильностей в пределах анатомически неправильного аппарата».

Клинико-динамический анализ патологических развитий личности (на почве резидуально-органических вредностей) обнаруживает сходство патогенетических механизмов вне зависимости от характера повреждающих факторов. Особую значимость приобретают повреждения функционально-структурных образований диэнцефальной области, участвующих в регуляции внутреннего гомеостаза организма, изменяющих формы и содержание личностного реагирования, качество социальной адаптации. Клинически перестройка преморбидной (чаще всего акцентуированной) личности выражается в нарастании в её структуре удельного веса патохарактерологических расстройств как в результате заострения или искажения присущих пациентам черт, так и появления несвойственных ранее форм личностного реагирования (по типу «краевой» психопатии). Исходя из структуры патохарактерологического сдвига, его выраженности, стабильности и влияния на процессы социальной адаптации представляется целесообразным выделение 4 типов патологического развития: эксплозивного, ипохондрического, истериформного, астенического.

Очень частым патохарактерологическим вариантом ухудшений состояний является декомпенсация, при которой наблюдается срыв, нарушение личностного фасада, образовавшегося ранее при активном участии вторичных черт (являющихся компенсацией первичных психопатических свойств). В результате этой формы динамики вторичные компенсаторные черты утрачивают свою приспособительную функцию и превращаются в качественно иное (болез-

ненное) образование. В зависимости от степени выраженности декомпенсации проявляется разный уровень адаптированности к социальной среде. Механизмы саногенеза уступают место механизмам дезорганизации психической деятельности. Дело в том, что почти при всех клинических формах психопатии в зрелые годы отчётливо просматривается тенденция к смягчению, компенсированию прежнего аномального облика. При благоприятных микросоциальных условиях как бы наступает блокирование патогенных внутренних сдвигов с переводом прежнего аномального облика на уровень компенсированности и даже затушёванности (так называемые компенсированные, латентные психопатии).

Чрезвычайное развитие вторичных, компенсаторных личностных качеств создаёт вариант динамики, определяемый как гиперкомпенсация. Эти проявления носят временный, преходящий характер, усиливаясь в затруднительных ситуациях и не сопровождаясь внутренней переработкой. Степень их выраженности, как правило, отражает диапазон приспособительных возможностей личности.

В развитии декомпенсаций решающее значение приобретают сложные, «лигированные» психогении, а также сочетанная «соматопсихическая встречаемость». По своей интенсивности и значимости для личности психотравмирующие (внутрисемейные, бытовые, сексуальные, производственные) ситуации можно подразделить на объективно трудные, неразрешимые и индивидуально неразрешимые. Появлению картины декомпенсации предшествуют признаки субкомпенсации и предварительная «сенсбилизация» организма за счёт незначительных внешних воздействий, что в своей совокупности благоприятствует формированию патологической «почвы». Цепная реакция в развёртывании декомпенсации приводит к полному или частичному устранению уже закрепившихся компенсаторных качеств, гротескному усилению аномального способа реагирования. С возрастом выявляется «автохтонность» их возникновения. С другой стороны, знание структуры аномальной личности и механизмов её «истинной компенсации» облегчает возможность изменения психической травматизации через преобразование системы отношений личности. Только детальное исследование динамики взаимодействия личности со средой и значимых для неё патогенных факторов облегчает поиск методов ресоциализации и повышения качества адаптации к среде.

Определённые трудности в оценке динамики уже сформированной аномальной личности представляют временные ухудшения состояний в виде психопатических фаз (термин, предложенный в 1911 году К. Ясперсом). Обычно под ними понимают спонтанно возникающие, довольно очерченные аффективные расстройства. Чаще всего такие фазы появляются в 20—25 лет и выражаются по преимуществу в депрессивно окрашенных колебаниях настроения, определяют весь психопатический «строй» личности на протяжении болезненного периода, сменяясь иногда лёгким субманиакальным состоянием («циклы-рывки», по выражению одного больного). Клиническая картина депрессивных фаз проявляется нерезким аффектом тоски, подавленности, «хандры», раздражительности, неприятных ощущений в различных участках тела («спирание в груди», чувство удушья, неожиданной слабости), являющихся отправной точкой при формировании астеноипохондрических и обсессивно-фобических реакций. Спустя полторы-две недели (реже через 1,5—2 месяца) аффективные полностью исчезают, не оставляя каких-либо следов в последующей динамике. П.Б. Ганнушкин, на наш взгляд, вполне правомерно выделяет неразвёрнутые аффективные фазы в виде «эпизодов». Речь идёт о кратковременных (несколько часов или 1—2 дня) автохтонно (без видимых причин) возникающих расстройствах настроения по типу дистимии, дисфории, реже — эйфории. Отмечается тенденция к повторению сезонности появления фаз без последующего нарастания личностных расстройств. Для диагностики дистимий (по МКБ-10 рубрика F34.1) необходимо обнаружение не менее трёх из личностных признаков: снижение активности, энергии; бессонница; чувство неуверенности в себе; частая смена слезливости, подавленности, угнетённости; утрата интереса к прежним удовольствиям (включая сексуальные); чувство безнадежности или отчаяния; негативная оценка прошлого и пессимистический взгляд на будущее; некоторая отгороженность; слабая концентрация внимания. Баланс между отдельными эпизодами лёгкой депримированности и относительно нормального состояния весьма переменчивый. Они склонны к мрачным размышлениям, жалуются на внутренний дискомфорт, хотя по-прежнему справляются с основными требованиями повседневной жизни. Дисфории (чаще всего психогенно спровоцированные) наблюдаются по преимуществу у возбуди-

мых, мозаичных и шизоидных психопатов. Имеют место кратковременные нерезко выраженные приступы тревожного и тоскливо-злобного настроения (с отчётливой истерической окраской), также не оставляющих какого-либо следа в дальнейшей динамике личностной картины.

Для утверждения автохтонности возникновения психопатических фаз решающим является факт установления соответствующего конституционального предрасположения. В целом же с учётом имеющихся современных клинических разработок фазовых состояний можно присоединиться к мнению П.Б. Ганнушкина (1933) о том, что вопросы их патогенеза, сущности и динамики «ещё только ждут своей разработки»: автохтонность, спонтанность каждой фазы — факт достаточно условный, обусловленный «теперешним уровнем наших знаний».

Психотический вариант ухудшений состояний у психопатических натур подтверждает взгляд на то, что клиническая картина дисгармонии личности на протяжении длительного отрезка времени является «насквозь динамичной» (Снежневский А.В., 1969). Такая форма течения наиболее присуща истерической психопатии (соотношение ухудшений состояний невротического, характерологического и психотического содержания: 44,2; 30,2; 25,0% при общем числе ухудшений на одного пациента 7,8). Наиболее часто были представлены психогенные депрессии, что совпадает с мнением А.Б. Смулевича (1983), отмечающего такой вариант аффективных расстройств преимущественно у психопатов истерического склада. В основе этой картины имеет место массивное психотравмирующее воздействие, связанное с утратой близкого человека, изменой супруга, крушением семейного благополучия. После острой депрессивной реакции, характеризующейся бурными аффективными вспышками «отчаяния и безнадежности», динамика болезни приобретает подострое и затяжное течение, усложняясь за счёт присоединения конверсионных симптомов, элементов псевдодементно-пуэрильного поведения, выраженных соматовегетативных проявлений. Расстройства восприятия имеют яркую истерическую окраску: зрительные и слуховые обманы, вызывающие «ужас, отвращение, непередаваемую жуть». Они отражают массивную психогенную вредность (яркие сцены совершенного насилия, «встречи» с умершим сыном и т.д.)

Бредоподобные (бредовые) идеи ревности, сутяжничества, ипохондрического содержания в наибольшей степени присущи паранойяльным, истерическим, возбудимым и психастеническим личностям, а из генетических подгрупп — у конституциональных и органических. Среди кратковременных расстройств психики отмечаются психогенные делириозные и сумеречные состояния сознания (более частые у «краевых» психопатов, чем у «ядерных»).

В целом нарушения средовой адаптации (разводы, повторные браки, смена мест работы или профессии, бытовые или семейные конфликты) во многих случаях имеют в своей основе включение механизма «психопатического цикла» (по О.В. Кербикову): примерно пятая часть из общего числа ухудшений состояний. В его ходе ситуация напряжённых интерперсональных отношений приобретает затяжной характер, поддерживаясь непомерными претензиями психопатической личности.

Возрастная динамика личностной патологии. Необходимость эволюционного (возрастного) рассмотрения личностных нарушений диктовалась всем историческим ходом развития естественно научных знаний. Влияние идей Ч. Дарвина нашло своё отражение и в психиатрии. Ещё в 1871 году он отмечал возрастные особенности человеческой психики и призывал исследовать её в направлении от простого к сложному, от изучения психики ребёнка к психической деятельности взрослого. Одним из первых клиницистов обратил внимание на влияние возраста в появлении психических нарушений С.С. Корсаков (1901). Он указывал на то, что «возраст обуславливает особую для каждого периода жизни неустойчивость и ранимость», а с разными возрастными этапами может совпадать развитие соответствующей «психопатической конституции», располагающей к заболеваниям «от известных причин и с известным оттенком». Приступая к изложению динамики психопатий, П.Б. Ганнушкин (1933) указывал на проявления жизненной динамики нормальной личности: «жизненные явления никогда не остаются стационарными, неподвижными, неизменяемыми... человеческая личность, даже на путях своего нормального развития, обыкновенно претерпевает коренные изменения и делается иной раз неузнаваемой». Понимая под «широким подходом» динамики психопатий описание всего жизненного пути аномальной личности, он писал, что лишь «полная

неработанность этого вопроса» не позволяет «наметить некоторый особый тип выражения и течения возрастных изменений». В «программе-максимум» последующих изысканий он призвал исследовать каждый тип психопатии, «во всех фазах и случаях жизни мы должны знать, как протекают возрастные сдвиги данного типа психопатии».

Однако при всей очевидной актуальности возрастная динамика личностных расстройств остаётся недостаточно разработанной. Отмечается, что важным звеном в динамике психопатий, помимо средовых воздействий, являются периоды биологической перестройки организма, во время которых медленные и постепенные изменения, происходящие как следствие возрастного развития организма, прерываются бурными и интенсивными преобразованиями, «возрастными кризисами», причём наиболее важными среди них являются пубертатный и пресенильный. Их быстрое формирование не позволяет организму в должной мере приспособиться к новым условиям существования и ведёт к нарушению душевного равновесия. Наряду с признанием несомненной биологической общности между этими двумя периодами отмечается и существенная разница, на которую указывали старые клиницисты. Так, П.Б. Ганнушкин (1933) считал, что симптоматология инволюционного кризиса значительно беднее, чем предшествующего пубертатного. Нами также подчёркивалось (Семке В.Я., 1965, 1967, 1994) психологическое различие динамики формирования личности по двум сопоставляемым периодам. В пубертатном возрасте происходит превращение неполноценного подростка, опекаемого средой, в полноправного члена общества со всем объёмом предъявляемых ему требований и прав. В пресенильном же периоде на смену полноценной личности приходит этап увядания, угасания творческих способностей и уменьшения физических возможностей.

Психопатии и пубертат. V. Magnan (1892, 1903) отделил значение полового созревания «дегенеранта», когда тот должен сделать выбор карьеры, освободившись от разных опеки, «которые могли защищать и поддерживать его до этих пор в пределах разумного равновесия, он должен войти в свободную жизнь, которая будет не один раз источником опасности для него самого или для другого. Имея отныне право и обязанность управлять самим собой, он как никогда проявляет свою неполноценность». Как видно, взгляды

Маньяна идут дальше положения Б. Мореля (1857) о том, что дегенеративная стигматизация даёт влияние на все эпохи жизни, сопровождая человека «от колыбели до могилы». Th. Ziehen (1905) устанавливает связь психопатической конституции с пубертатным кризом: «Период полового созревания является тем утёсом, о который разбиваются именно те, кто имеет тяжёлую наследственность». Существенная роль пубертатного криза в заострении и выявлении психопатической симптоматики признавалась многими авторами: отмечена «пёстрая шкала» психопатических реакций в периоде полового созревания — от неустойчивости и импульсивности до аутизма и депрессивных фаз с опасностью суицида. После минования этого этапа все перечисленные явления могут исчезнуть, и наступает гармонизация личности. R. Destunis (1959) подчёркивает значимость пубертации как опаснейшей биологической фазы развития, приносящей свой вклад в неправильное развитие характера. Г.К. Ушаков (1987) указывает на возможность выявления психопатических особенностей уже в детском возрасте, среди них стойкую неуверенность в себе, боязливость, ранимость; эмоциональную холодность, тупость; поверхностность, необузданность, слабоволие, фанатичность; причём психопатическая инфантильность может отмечаться весьма рано в виде асинхронного, неравномерного развития.

В динамике «дегенеративной психопатии» как непреложный факт отмечается или очень раннее или слишком позднее наступление половой зрелости (Рыбаков Ф.Е., 1917), наличие так называемых «эволютивных анахронизмов». Именно в этот период у некоторых «кандидатов в психопаты» обнаруживается симптоматическая лабильность и склонность к соматическим реакциям, оцениваемым как проявления невропатической конституции. Под этим термином понимается наследственно обусловленная аномалия нервной деятельности в области чувствительных, двигательных и психических функций без грубых деструктивных изменений, при этом внимание акцентируется не на личностных расстройствах, а на вегетативных дисфункциях. О возможности трансформирования детской невропатии в астеноневротическую акцентуацию писал А.Е. Личко. По мнению Н. Stutte (1967), невропатическая конституция может наряду со специфической неполноценностью органа стать решающим условием для возникновения любого «органного не-



вроза». Описанная Н. Weitbrecht (1979) «психопатическая астения» проявляется соматическими приступами, в которых «выступают рука об руку вегетативные и вазомоторные расстройства» (рассматриваемыми в рамках концепции соматопатий как конституционально обусловленная личностная патология).

Возникновение эволютивных анахронизмов, по Э. Кану (1928), наблюдается на той же конституциональной основе, из которой происходит психопатическая манифестация, отсюда проистекает их тесная связь. Во всех вариантах психопатической структуры раннего периода клиническая картина фрагментарна, слабо дифференцирована и подвижна. Однако позднее (в негативной фазе пубертата) отчётливо сказывается «мозаичность» и взаимозаменяемость психопатических синдромов (стремление к самоутверждению, инфантильность поведения и запросов, эгоцентрическая позиция, тормозимость и сменяемость основной линии поведения), обязанные своим происхождением сложному «перекрёсту» гормональных, вегетативных и психосоциальных воздействий. На фоне биологической недостаточности мозга (асинхронии развития, явления ретардации) возникают сложные социально-психологические сдвиги, закрепляющие и усугубляющие уродливость патохарактерологического облика. С другой стороны, отрицательные влияния микросреды содействуют подвижной и многообразной динамике личностных расстройств. При сохранности патологического «ядра» характера и малой обратимости облигатных качеств появляются новые и усложняются прежние аномальные признаки. Наиболее отчётливой является связь инфантилизма с оформлением отдельных вариантов психопатий, в первую очередь, истерической и шизоидной. По мнению Т.И. Юдина (1926), истерические реакции возникают только у субъектов, остановившихся на инфантильной ступени развития.

Пубертатному возрасту придаётся некоторыми исследователями важная роль в гармонизации психики. После его минования личность, угрожаемая в направлении развития психопатии, приобретает душевное равновесие, «депсихопатизируется» (Кербиков О.В., 1961). Высказывалось мнение о том, что нередко психопатии «проходят с наступлением зрелости организма» (Краснушкин Е.К., 1929). Создание благоприятных условий для коррекции генетической и органи-

ческой неполноценности составляет непреложное условие в формировании гармонии личностной индивидуальности. Имеются попытки (Giel, 1965) формулирования критериев для суждения о здоровье личности: это тот, кто способен сопротивляться «давлению» обстоятельств жизни, может преодолевать разочарования, удовлетворён семейной жизнью, лишён уклонений в сексуальной сфере, продуктивен в работе, не имеет признаков болезней. Безусловно, биологические предпосылки, обнаруживаемые в инициальном постнатальном онтогенезе, служат залогом, как грядущего становления аномальной структуры личности, так и возможной благоприятной динамики и ранней коррекции. При наличии условий для полного развития личности большое число «потенциальных невропатозов и психопатозов может быть переведено в разряд совершенно нормальных людей, нередко большой социальной ценности» (Гиляровский В.А., 1934).

Зрелый возраст и психопатии. В вопросе дальнейшей судьбы психопатической личности в последующие возрастные периоды имеются противоречивые точки зрения. Некоторые авторы (Суханов С.А., 1912; Рыбаков Ф.Е., 1917; Stafford-Clark D., 1952 и другие) указывают на малую изменимость психопатических черт после завершения пубертатного периода. Так, Ф.Е. Рыбаков (1917) утверждал, что явления дегенеративной психопатии проходят через всю жизнь, хотя и встречаются случаи колебания «в смысле устойчивости психического равновесия и наличия отдельных симптомов». Применительно к данному аспекту нормальной персонологии можно использовать парафраз Агаты Кристи — трагедия человека состоит в том, что он никогда не меняется. Между тем в клинической практике весьма частыми являются наблюдения по постепенному смягчению, сглаживанию психопатических проявлений к зрелому возрасту. По мнению В.Е. Осипова (1931), психопатическая личность в зрелые годы может настолько приспособиться к окружающей среде, что «болезненные реакции постепенно ослабевают и даже совершенно прекращаются». D. Henderson (1952) писал о возможном достижении с течением времени спонтанного улучшения, однако психическая зрелость у психопатических личностей наступает в значительно более поздние сроки, чем это бывает в норме.

На материале длительного катамнеза подростков-психопатов R. Kochmann (1963) наблюдал у многих из них в пос-

ледствии хорошую трудовую и семейную адаптацию. Н. Darling (1945), J. Read (1960) относят первые проявления расстройств личности к препубертатному периоду, затем стойко держатся на протяжении длительного времени и имеют тенденцию к сглаживанию после 40-летнего возраста. В работе И. Рида приводятся 20 основных характеристик психопатической личности, причём все они исчезают на четвёртом десятке жизни. Поставив вопрос, почему это происходит, является ли это рождением и смертью аномальной личности или это экзацербация психопатических реакций в периоде созревания и зрелости? — автор оставляет его нерешённым. Е.К. Краснушкин (1928) писал о многолетней длительной компенсации психопатического состояния. F. Fabregues (1954) отмечает значительное повышение числа психопатов в молодом возрасте, а затем происходит снижение симптоматики за счёт достижения известной степени адаптации к окружающей среде (личность «осоциологизируется»), смягчения характера и угасания импульсивных влечений. Gregori (1961) находит объяснение уменьшения числа психопатов после 40 лет в факте достижения зрелости, повышения смертности и длительного пребывания их в тюрьме. По мнению Е. Каhn (1928), многие психопаты, приближаясь к третьему десятилетию, выравниваются, делаются мягче и уступчивей, хотя некоторые из них под влиянием окончательного краха их надежд и жизненных неудач становятся ожесточённой и трудней.

В наших многолетних клинико-динамических наблюдениях (Семке В.Я., 1970-1988) над истерическими личностными расстройствами отмечено, что облигатные истерические симптомы, оставаясь в зрелые годы стержневыми, несколько смягчаются и затушёвываются, перекрываясь вторичными компенсаторными образованиями: умелое моделирование душевности, отзывчивости, выработка чувства ответственности, трезвого расчёта своих сил и возможностей. Формированию относительной социальной адаптации содействует удачный выбор профессиональной деятельности, связанной с воплощением стремления «быть на виду» и использованием основных типологических свойств истерической личности (повышенная обращённость во вне, образное мышление, яркость восприятия, артистизм и богатство перевоплощения). Достижение необходимой личностной «экологии»

ческой ниши» получается за счёт многотрудных выборов и противоречивых поступков по методу поиска «проб и ошибок», однако полная регрессионная динамика в этом возрастном периоде наблюдается крайне редко. Применительно к другим вариантам психопатий О.В. Кербиков (1952) высказал предположение, что они могут совсем исчезнуть при гармонизации направленного соотношения нервных процессов, когда многие психопаты с возрастом «перестают быть таковыми». При благоприятных условиях нерезко выраженные психопатические натуры, по мнению П.Б. Ганнушкина (1933), «значительно выравниваются и ведут до глубокой старости нормальную трудовую жизнь, принимаясь окружающими за вполне здоровых людей».

Пресениум и психопатии. Вступление в поздний возрастной период приводит к значительному преобразованию патохарактерологического облика. Общие психологические характеристики пресенильного возрастного кризиса заключаются в наклонности к депрессивным реакциям с оттенком тревоги, уменьшении творческой активности, некотором потускнении эмоциональных переживаний, сужении круга интересов, нарастании ипохондричности. П.М. Зинovieвым (1959) отмечено активирование патологических черт характера психопатов под влиянием инволюции. Климакс, которому вообще приписывается способность выявления эндогенных свойств личности, особенно отчётливо проявляется у психопатических натур. Эндокринные изменения создают почву для массивных и продолжительных ухудшений состояний.

В пресенильном возрасте резко усиливаются патохарактерологические черты. При меньшей сопротивляемости и стойкости, которыми обладает психопатическая личность, глубина пресенильных изменений становится более наглядной: «чем ярче, выпуклей, красочней психопатия, диагностируемая по нозологическому принципу, тем демонстративнее конституциональная реакция в психозе» (речь идёт о клинике пресенильных психозов, описанных Р.Е. Люстерником [1926, 1928]). В личностном облике истерических психопатов начинают превалировать впечатлительность, капризность, гротескная театральность, эгоизм и эгоцентризм, поразительная незрелость и даже детскость суждений, бросающаяся в глаза несоответствие внешнего бурного выражения эмоций глубине переживаний, их инфантильная ок-

раска, слабоволие. Имеет место преувеличенная психологическая реакция на половое увядание: состояние панической растерянности, тревожности с налётом трагичности («страшно быть дряхлым, беспомощным», «тягостно ожидать мучительного угасания жизни», «не покидает ощущение заброшенности и ненужности»).

Весьма патогномичной в динамике психопатий на инволюционном этапе является ипохондрическая симптоматика, которая варьирует в разных группах личностных расстройств по своей продолжительности — от подострых ипохондрически-фобических и депрессивно-ипохондрических реакций до стойких ипохондрических развитий. В их происхождении существенную роль играют нарушения interoцепции (вследствие массивных эндокринных сдвигов) и церебрально-атеросклеротические изменения. Придавая внимание роли сосудистого процесса, П.Б. Ганнушкин (1933) писал о двухэтапности его действия: вначале обостряет и выявляет, а затем сглаживает «конституциональные особенности личности». А.Н. Бунеев (1930) отмечал у эпилептоидных психопатов под влиянием возрастных и атеросклеротических изменений перерастание сверхценных идей в бредовые (с наличием сутяжного комплекса).

Психогенные воздействия в период пресениума у психопатических натур имеют определённую специфику. Состояния декомпенсации и психопатические реакции возникают, как правило, на фоне нарастающей астенической симптоматики. На передний план выступает повышенная чувствительность к малым по интенсивности, но длительно существующим внутрисемейным конфликтам и бытовым неурядицам. На мелкие житейские затруднения реагируют появлением длительных психогенных депрессий, стойких астенодепрессивных и астеноневротических состояний. У большинства пациентов колебания настроения сопровождаются взрывами слезливости, тревожного беспокойства, приступами озлобленности и отчаяния, суицидальными высказываниями и попытками, сверхценными и бредоподобными идеями ревности.

С момента вступления в пресенильный возраст повышается роль соматогений, служащих зачастую непосредственной причиной декомпенсаций (или выступающих в комбинации с психогениями). Имеет место преувеличенная реакция на существующее соматическое заболевание. По

мере прогрессирования соматических нарушений психогенные вредности отходят на второй план. Сложное переплетение ситуационных и соматогенных компонентов поддерживает затяжное течение ухудшений состояний по типу «порочного круга». Отрицательные средовые воздействия находят своё выражение в обострении имевшихся в прошлом соматических болезней, в манифестации сосудистого процесса. Церебральный атеросклероз, уменьшая подвижность нервных процессов, снижает тем самым возможности адаптации. В стадии выраженной сосудистой патологии отмечается постепенное стирание патохарактерологических качеств, заметное уменьшение внутренних ресурсов личности.

Психопатии и старение. Образ человека на заключительном этапе его жизнедеятельности всегда привлекал внимание своей трагичностью, незащищённостью от различных социальных катаклизмов, беспомощностью и бесперспективностью (вспомним в этой связи психологический портрет короля Лира В. Шекспира).

Человечество всегда стремилось постичь тайны угасания жизни, предпринимало героические усилия к раскрытию механизмов старения. Древнегреческий мыслитель Аристотель в трактате «О молодости и старости» объясняет причину старения постепенным расходом природного тепла, которое содержится в организме человека с момента рождения (впоследствии нашло своё воплощение в представлении о «природном жаре», «жизненной энергии», во взглядах И.И. Мечникова о хроническом отравлении организма особыми кишечными ядами).

В целом поздний период можно разбить на две фазы — инволюционную (у женщин начинается с 45—50 лет, у мужчин — с 50—55 лет), протекающую под знаком физиологической перестройки организма, и этап старческого регресса психики (его начало относится к 70—75 годам), проходящий при решающем влиянии атеросклеротических и сенильно-атрофических изменений. Собственно старческий возраст характеризуется психологической настроенностью на анализ прожитых лет и подведение итогов своей жизни («время собирать камни», «сбора урожая»). Иногда формируются специфические для этого возраста психосоматические реакции, в том числе боязнь «не дотянуть до пенсии», опасение грядущей физической немощи и тяжёлых болезней, чувство покинутости, одиночества, страх ма-

териального недостатка. Вспомним высказывание И.П. Павлова: «Стоит выйти в отставку и тем самым нарушить свой жизненный стереотип, как организм становится несостоятельным».

Среди старческих изменений психики обращает на себя внимание перестройка мышления; оно становится более инертным, малоподвижным, со склонностью застревать на деталях, мелочах. Характерны ригидность, вязкость, консерватизм мыслительной деятельности; неохотно воспринимают новаторские идеи, усматривают в них опасность своему сложившемуся укладу жизни (отсюда частые конфликты, сутяжные проявления, депрессия). Эмоции становятся более тусклыми, блёклыми, палитра чувств меркнет, спектр реагирования на происходящее сужается. Типичен старческий эгоцентризм: подчёркнутая забота о своём благополучии, питании, здоровье.

Однако далеко не всегда старость приносит патологические сдвиги в характере. Эту особенность в старении подчёркивал Бернард Шоу: «Нет старости для людей с живой душой и разумом, вбирающих жизнь всеми пятью чувствами... И если молодость — стихия страстей и эмоций, то старость — стихия мысли, творчества, разума».

Рост невротических и патохарактерологических реакций в старческом возрасте признаётся многими исследователями. Е. Герри (1961) склонен считать их основными заболеваниями этого периода. К наиболее частым болезненным проявлениям отнесены состояния тревоги и страха, неврастенический и астенодепрессивный синдромы, реже — истерия и obsessions. По утверждению П.Б. Ганнушкина (1933), при психопатических формах, характеризующихся односторонним и недостаточным развитием аффективности, «старость дебютирует нередко уродливым выпячиванием на первый план грубого эгоизма, душевной чёрствости, патологической скупости»; в этой связи упомянем об описанном нами ранее «синдроме Плюшкина», имеющем психологическую и психопатологическую интерпретацию (Семке В.Я., 1965, 1980). К. Ясперс (1923, 1959) оценивал душевную конституцию при психопатиях как прирождённую и стойкую, при этом указывал на интенсификацию в старости скрытых предрасположений — подозрительности, жадности, эгоизма. С.Г. Жислин (1965) указывал, что «особое развитие проделывают в старости

некоторые психопатические черты, в особенности там, где вследствие особо благоприятных (семейных и иных) условий они культивировались и углублялись в течение всей жизни», среди них такие, как эгоизм, холодность, безразличие к окружающему, черты лживости, неустойчивости, отвращение к труду.

Весьма показательна динамика личностных расстройств в старости у истерических натур. Нами отмечена значительная нивелировка истерического способа реагирования, утрата прежней живости и многогранности эмоциональных проявлений; аффективные переживания становятся монотонными, колебания настроения не столь резкими, с депрессивной окраской и наличием ущербных высказываний и опасений. Наиболее типичными являются демонстративные реакции протеста с требованиями неукоснительного выполнения всех капризов, объявлениями «голодовок», суицидальными попытками в присутствии родных; в жалобах «сквозит стремление к покою», усталость и безразличие к происходящему, а временами — «отвращение ко всему живому». Существует и несколько иная точка зрения на динамику истерии в позднем возрасте. С.А. Суханов (1912) считал, что истерия редко встречается у стариков, исходя из положения об истерии как болезни «человеческого духа», а в старости психическая эволюция заканчивается (этого же мнения придерживался Ю.К. Белицкий [1911]). С другой стороны, весьма интересно описанное Шнейдом (Schneid K., 1933) своеобразное «сенильное развитие характера» у психопатических личностей, идущее по пути количественного сдвига в личностной структуре. С.И. Консторум (1959) приводит историю болезни истерической женщины, которая «до преклонного возраста... сохраняет в полной неприкосновенности весь облик пышной истеричности: сплошная аффективность, театральность, угрозы покончить с собой, при этом неугасающее желание нравиться».

Клиническая динамика отдельных форм психопатий в позднем возрасте имеет свои особенности в зависимости от участия различных для каждой из них личностных и внешних факторов. Устанавливается определённая корреляция между содержанием патогенной вредности и типом личностного расстройства. На возбудимые натуры наибольшее патогенное влияние оказывают церебральный атеросклероз и сочетанное действие психогений и соматогений; на тор-



мозимые — соматогении и климактерий, а психогении вызывают ситуации, связанные с болезненной ломкой привычного жизненного стереотипа; на истерические — климактерий и психогении; на паранойяльные — психогении и их комбинация с соматогениями. Помимо описанных вариантов динамики психопатий на завершающем этапе жизнедеятельности имеют место и весьма специфические формы её проявления, объясняющиеся фактом «развития личности в её новых условиях» (Ганнушкин П.Б., 1933).

1. Выявление «латентной» психопатии связано с тем, что у многих аномальных личностей тенденция к смягчению патохарактерологических проявлений подвергается в пресенильном периоде серьёзному испытанию. Именно в данном возрасте происходит «выявление во вне» психопатических черт, находящихся длительное время в скрытом, субклиническом состоянии. Такая возможность реализуется в двух вариантах (Семке В.Я., 1965, 1967). В первом из них речь идёт о психопатических личностях, которым в зрелые годы при благоприятно складывающейся микросоциальной обстановке и нерезко выраженной конституционально-биологической предрасположенности удавалось скомпенсировать уже сложившийся аномальный «строй» личности. В новых условиях инволюции способность к компенсации и адаптации заметно уменьшаются, и порог общественных требований оказывается непосильным; это влечёт за собой «срыв», поломку установившегося ранее способа поведения и высвобождение прежних психопатических механизмов. В итоге вступление в пресенильный возраст чревато резким усилением и заострением уже скомпенсированных прежде патохарактерологических черт и появление новых гетерономных (свойственных другим вариантам психопатии) личностных качеств. Наблюдаемые в этом периоде патологические процессы имеют различную клиническую оформленность и стойкость в зависимости от ряда обстоятельств: сложившегося к этому моменту конституционального «строя», темпа эндокринно-вегетативных и сосудистых изменений, психогенных (в первую очередь, социально-психологических) и соматогенных влияний.

Во втором варианте проявление личностных расстройств в молодые и зрелые годы не бывает столь значительным, чем в предыдущих случаях, и не приводит к заметным нарушениям адаптации (отсутствует один из трёх критериев,

определяющих, по П.Б. Ганнушкину, психопатию). В период пресениума под воздействием астенизирующих организменных факторов и при наличии индивидуально-неразрешимых конфликтов аномальное «ядро» разрастается, перекрывая прежние черты и затрагивая всю личностную структуру; психопатия таким образом достигает степени «клинического факта». Данный вариант представляет собой патохарактерологическое развитие личности в инволюционном периоде. Возникнув под влиянием незначительных средовых погрешностей, психопатические реакции приобретают подострое и затяжное течение, способствуя фиксации личностных расстройств.

2. Трансформация психопатического состояния составляет одну из наиболее частых разновидностей клинической динамики психопатий в позднем возрасте (Семке В.Я., 1965, 1967, 1980). Она осуществляется в двух вариантах: при первом происходит как бы перемещение психопатической личности из одного круга в другой. Это достигается за счёт смены в структуре личности облигатных и факультативных симптомов, которые, меняясь местами, коренным образом изменяют аномальный облик. Так, возбудимые или истерические натуры в этом возрасте нередко становятся на путь паранойяльного реагирования, причём новая линия закрепляется и становится постоянной. Довольно часто наблюдается переход возбудимой психопатии в астеническую или истерическую, превращение возбудимой натуры в патологического ревнивца или сутягу, смещение психастенической личности на путь истерического реагирования и т.д. В целом смена одной формы психопатий определяется личностными ресурсами и характером внешней вредности (её интенсивностью и продолжительностью). Поскольку в возрасте обратного развития наиболее отчётливо выступает тенденция к прогрессирующей астенизации организма, то и изменение аномальной личностной структуры идёт в направлении ослабления её стенических компонентов и нарастания астенической и истерической симптоматики (перемещение в плоскость тормозимого реагирования). Наибольшими возможностями такой динамики владеют сильные, стеничные (возбудимые, паранойяльные) личности, наименьшими — астенические, обладающие пониженным конституциональным «фондом».

Трансформация личностного склада во втором варианте наступает благодаря смене линии поведения в пределах со-

хранящейся патохарактерологической структуры. При сохранении облигатных аномальных качеств происходит устранение факультативных и их замена новыми чертами. В пресенильном возрасте этот способ является более частым и характерным, вероятно, потому что в этот период завершено прогрессивное развитие личности и приобретение новых личностных свойств становится затруднительным, а смещение в пределах наличествующих ресурсов удаётся гораздо легче. Так, например, при нарастании соматического неблагополучия возбудимый психопат становится сварливым ипохондриком, паранойяльный — упрямо-раздражительным спорщиком, возбудимая или истерическая личность в условиях «ущемления» её прав, в атмосфере якобы учинённой «несправедливости» приобретает склонность к упорному сутяжничеству. В таких случаях приходится наблюдать конкуренцию и причудливое смешение, наслоение («интерференцию») симптомов различных кластеров личностных расстройств, часть из которых имеет реактивное происхождение, а часть — обусловлена конституциональными факторами.

3. «Поздняя депсихопатизация» описана нами в данной работе ранее, здесь же рассмотрим её в контексте клинической динамики, позволяющей отойти от традиционной точки зрения, что психопатия не имеет «ни начала, ни конца». В известной мере она подтверждает высказанную О.В. Кербиковым (1952) мысль о «конечности» психопатического состояния. Возможность регрессионной динамики психопатий, вплоть до их полного устранения («депсихопатизации») рассмотрена в основном применительно к пубертатному периоду (Кулёв И.Л., 1964; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1971). В наших исследованиях психопатий в позднем возрасте (Семке В.Я., 1965, 1967, 1970) имелись наблюдения, которые можно расценить как стойкое улучшение, определяемое термином «поздняя депсихопатизация», под влиянием благоприятных социально-психологических и внутренних условий.

Анализ факторов, содействующих регрессионной динамике, обнаруживает важную роль нормализации жизненных (служебных, бытовых, внутрисемейных) отношений, подготовленного перехода на пенсию, выравнивания биологического звена (устранение климактерических, эндокринно-вегетативных нарушений, смягчение сосудистых нарушений,

рационализация режима труда и отдыха, привлечение к любимому занятию). Чаще всего обратная динамика выступает на поздних стадиях инволюционного процесса и в старческом возрасте, чему содействует мягко протекающий атеросклероз, растворяющий и нивелирующий прежние патохарактерологические свойства. Процесс «депсихопатизации» совершается не одномоментно, а как бы исподволь, постепенно, являясь итогом всего предшествовавшего благоприятного изменения клинической картины психопатии. Нередко под влиянием различных психогенных или соматогенных вредностей психопатическая симптоматика временно обостряется, но стойкого закрепления аномальных черт не наступает, и они достаточно быстро исчезают.

Устранение прежней аномальной структуры личности определяет последующую устойчивую социальную адаптацию индивида. Момент «поздней депсихопатизации» отчетливей всего выражен среди «краевых» психопатов, т.е. там, где ведущую роль играют средовые воздействия. Наибольшая стойкость основных патохарактерологических свойств отмечена у «ядерных», конституциональных психопатов, в генезе которых определяющее значение принадлежит биологическому фактору. Примерно такое же соотношение имеется среди отдельных психопатических радикалов: быстрее устраняются вторичные, факультативные признаки и медленней, частичной регрессионной динамике подвергаются первичные облигатные патохарактерологические симптомы. Наибольшую стойкость по отношению к действию органического (сосудистого и сенильного) процесса оказывают истерические компоненты личности. Истерический способ реагирования остаётся самым долговечным во всей «жизненной кривой» при психопатии, проявляясь даже в случаях с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами. Личностные изменения при этом бывают весьма незначительными: становятся спокойней, медлительней, появляются несвойственные им прежде расчётливость и экономность, а иногда — однообразно-унылое, стереотипное реагирование на внешние трудности.

Человек вступает в старость всегда неподготовленным, не расставаясь с грузом накопленных в предыдущие возрастные периоды личностных проблем. Старым можно быть и в молодости, но можно и прожить долгую жизнь, так и не познав её. Иногда человек умирает раньше, нежели исчер-

пал свои духовные и умственные силы. Вне сомнения, эпилог определяется прологом. Залог счастливой, спокойной, величественной старости кроется в предшествующем гармоническом, сбалансированном развитии личности. Старость — это не только опыт и знание, но и умение использовать свои душевные ресурсы на пользу себе, окружающим и обществу в целом. А для этого необходим плацдарм всей предшествующей жизни, умелого контролирования своих эмоций, успешного разрешения всех межличностных конфликтов, оздоровления интерперсональных отношений. На этой сложной и многотрудной основе строится превентивная работа по предотвращению возникновения различных характерологических девиаций. Более того, именно в этих условиях срабатывает временной фактор, проявляющий и усиливающий самую суть человека, его зрелость, творческую и нравственную основу. Умудрённость опытом, чувство достоинства, терпеливость и самообладание должны пронизывать весь облик нормальной, гармоничной, сбалансированной личности непередаваемым светом души и ясного ума.

## **ГЛАВА 12.**

### **ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

В области клинической и общей персонологии нет более актуальной и перспективной программы, чем рассмотрение многообразных форм аномального, девиантного поведения личности. На сегодняшний день она приобретает интегративный, многосторонний, междисциплинарный характер, вовлекая в сферу ее компетенции все новых и новых специалистов. О ее значимости свидетельствует неуклонно возрастающее число лиц в популяции, подверженных данной патологии, а также оживленный интерес к психологии личности, имеющей отношение к уклоняющемуся поведению.

Погружаясь в суть клинической характеристики уклоняющегося (девиантного, деструктивного) поведения, неизбежно приходится возвращаться к дефиниции нормы общественной жизни, от которой в ту или иную сторону происходит отклонение. По К.К. Платонову (1986)<sup>1</sup>, она составляет форму группового сознания в виде разделяемых группой представлений и суждений о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его (сюда включаются правовые, нравственные, эстетические нормы). При девиантном поведении поступки субъекта вступают в противоречие с общепринятыми общественными правилами, что проявляется во вне в несбалансированности основных психических актов, нарушении приспособляемости, ослаблении контроля за собственными поступками.

Степень выраженности и клиническое проявление девиаций личности весьма переменчивы, однако общепринято

---

<sup>1</sup> Платонов К.К. Структура и развитие личности. М., 1986. 256 с.

выделение пяти его вариантов: делинкветное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей.

Аддиктивное поведение (addictive behaviour) является одним из частых вариантов аномального личностного реагирования с формированием стремления к уходу от реальности посредством искусственного изменения своего психического состояния вследствие приема психоактивных веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, обеспечивающее появление и поддержание интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990). Элементы аддиктивного поведения в разной степени присущи каждому индивиду, поскольку всем нам приходится в различных ситуациях менять свое состояние, приспособляться к новым условиям; проблема же аддикции возникает с того момента, когда стремление ухода от действительности начинает доминировать в сознании, становится преобладающей в повседневной жизни, приводя в итоге к отрыву от необходимой деятельности. Начиная с этого момента, человек не только приостанавливается в своем духовном развитии, но в известной мере совершает «шаг назад».

Аддиктивному процессу содействуют как биологические факторы (допустим, индивидуальная реакция на этанол), так и психологические (личностные качества, психическая травматизация детского периода), социальные (семейные, межличностные конфликты). Считается, что аддиктивная реализация включает не только само действие, но и мысль о состоянии ухода от реальной действительности.

У личностей с аддиктивной направленностью поведения отмечена пониженная активность в повседневной жизни, причем аддиктивный стимул вносит в эту «скучную», однообразную действительность элемент эмоциональной встряски, преодоления постылой бесчувственности и «серости». Согласно Б. Сегалу (1988)<sup>2</sup>, лицам с аддиктивными формами поведения присущ ряд психологических особенностей: прежде всего сниженная переносимость жизненных затруднений; далее — скрытый комплекс неполноценности (в сочетании с внешне проявляемым чувством превосходства); стремление говорить неправду наряду с казалось бы хоро-

---

<sup>2</sup> Segal B. Drugs and behaviour. N.Y.; L.: Gardner Press, 1988.

шей социабельностью (при внутреннем ощущении боязни перед устойчивыми, теплыми контактами), желанием обвинять других (понимая, что они не виновны); попытки ухода от ответственности в принятии решений; наконец, такие характерологические черты, как стереотипность, повторяемость поведения, зависимость, тревожность.

В качестве антипода аддиктивной личности выдвигается облик обывателя. Это хорошо приспособленный к повседневной жизни человек, вполне удовлетворенный устоявшимися нормами взаимоотношений с родными, близкими, друзьями, сослуживцами, действующий в строгом соответствии с общественными традициями и обрядами, достаточно консервативный в своих убеждениях, получающий необходимый эмоциональный стимул в тех небольших «житейских радостях», которые доставляет ему повседневная жизнь. В противовес сказанному, у аддиктивной личности формируется аллергия к заданному ритму жизни, непреодолимая тяга к авантюрному стилю поведения, непредсказуемым жизненным ситуациям, своеобразный феномен «жажды острых ощущений» (В.А. Петровский), а также комплекс различных видов «голода» (Е. Берн) по сенсорной стимуляции, признанию, контакту и физическому поглаживанию, сексуальным действиям, инцидентам и так называемый структурный голод (или голод по структурированию времени). На этой основе возникают психологически объяснимые гиперкомпенсаторные реакции, призванные хотя бы на короткий срок преодолеть заниженную самооценку, чувство неполноценности, выполнять навязанные ей обществом социальные роли. Достигнутая таким путем внешняя социабельность приводит к усилению манипулятивного поведения, сглаженности обычных эмоциональных симпатий и жажде «сверхинтенсивных» переживаний, подмене состояния сопереживания, эмпатии суррогатами в сфере чувств и поступков, фиксации на легких, не требующих больших усилий и мало осуждаемых обществом формах аддикции (азартные игры, переедание, сексоголизм, курение марихуаны, а в последние годы — виртуальная аддикция или нетаголизм).

Хорошо осознавая неохватность всех клинических и психологических проявлений аддиктивной зависимости (по нашему убеждению, вопрос их систематики и патогенетического анализа — неотложная задача современной аддиктологии), остановимся вкратце на двух вариантах — новой



личностной патологии в виде интернет-аддикции (Бурова В.А., 2000)<sup>3</sup> даже относит ее к «патологии XXI века» и старой, как мир, алкогольной зависимости, пропущенных сквозь призму их персонологической характеристики.

Виртуальная аддикция (или «интернет-зависимость» по Гольдбергу) определяется притягательностью в качестве «ухода от реальности» в силу ряда обстоятельств: интернет дает возможность анонимных социальных интеракций; позволяет реализовать свои представления и фантазии с обратной связью; создает широкое поле поиска собеседника, соответствующего поисковым критериям и требованиям; открывает безграничный доступ к информации (так называемый информационный вампиризм), которая становится единственным средством общественной коммуникации. В качестве диагностических критериев отмечают следующие параметры: появление дистресса от использования компьютера; возникновение ущерба личностному статусу, семейному, экономическому, физическому положению (в известной мере эти показатели характерны и для других нехимических зависимостей — работоголизма, гемблинга (патологической игры), сексуальных аддикций и др. Характерна очерченная психологическая и клиническая картина нетаголизма: хорошее (и даже приподнятое) самочувствие за компьютером, невозможность прервать занятие, увеличение проводимого у экрана времени, пренебрежение семейными и приятельскими отношениями, ощущение раздраженности, угнетения, пустоты вне работы за компьютером, появление затруднений в работе (учебе), комплекс соматических признаков (сухость в глазах, боли в спине, мигренозные боли, диссомнические расстройства, навязчивое предвкушение следующего сеанса и др.).

В последние годы британские ученые описывают одно из типичных «зол» XXI века — «синдром компьютерного отказа». На базе тщательного опроса большого числа сотрудников различных компаний было выявлено, что «плохое поведение» электроники способно ввергнуть многих людей в гораздо больший стресс, чем даже разрыв с любимым человеком. По утверждению профессора психологии Манчестерского университета Гарри Купера, «мы становимся все бо-

---

<sup>3</sup> Бурова В.А. Интернет-зависимость — патология XXI века? // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. № 1. С.11—13.

лее зависимыми от этого стоящего перед нами забавного и коварного аппарата».

Профессор Мари Гриффити называет 10 признаков одержимости информацией — инфоголизма: вы провели много часов в поисках информации, хотя собирались ограничиться несколькими минутами; вы дезинформируете людей по вопросу времени своего пребывания у компьютера; чувствуете себя плохо от многочасового сидения у монитора; вы предвкушаете очередной сеанс в интернете; часто возникающее чувство нахождения «всего в одном шаге от информации, которую ищете»; вы возбуждаетесь от того, что говорите через интернет, взяв псевдоним и не видя собеседника; импульсивно проверяете вашу электронную почту в поисках «укола» информации; пропускаете время обеда, свидания или занятия ради возможности войти в интернет; испытание смешанного чувства эйфории и вины за долгое сидение у компьютера; вы испытываете тягу и одновременно симптом отторжения, когда находитесь далеко от компьютера. Оценивая в целом эту новую проблему, согласимся, что перегрузка знаниями и информацией неизбежна: проблема лишь в том, как с нею совладать.

Существует определенная этапность вхождения в полосу физической или эмоциональной зависимости, постепенного перехода от «вредной привычки» к рабскому подчинению всесильному пороку. Начальная стадия отклонения имеет в своей исходной «точке» переживание интенсивного настроения (радости, экстаза, риска, драматизма и пр.) и фиксацию в сознании этой упрочившейся связи (вспомним в этом контексте поэтический образ Роберта Бернса: «О сколь запутанную сеть мы плетем, когда мы впервые обманываем»). Симптомом осознания того, что индивид «попался на крючок зависимости» является констатация факта невозможности избавиться от очередной чашечки кофе, алкоголя или лекарства и пр. Вот неполный перечень видов эмоциональной зависимости, приводимый Коринн Свит: голодание, постоянное желание есть, неразборчивость в еде, трудоголизм, увлеченность оздоровительными системами и спортом, мастурбация при просмотре порнографии, периоды влюбленности и романы с «негодьями», самоистязание, постоянные ушибы, царапины и раны, стремление к сверхприятности, накопительство, игры, стремление к риску, азарт, ложь и притворство, сексуальные фантазии, садома-

зохизм, страсть к сериалам, спешка, постоянная занятость, склонность к насилию и т.д. В этой инициальной фазе важно установить способ и вид активности, что облегчит своевременное включение превентивных мер в попытке «соскочить с крючка», обрести нужную духовность и чувство безопасности. Вторая стадия сопряжена с выработкой аддиктивного ритма: поведение отчетливо коррелирует с затрудненными житейскими проблемами, обстановкой «предсказуемого ожидания», включением новых социальных норм и правил поведения. На этой основе формируются искаженные оценки происходящего вокруг, появляются иные привычки, стереотипы, механизмы ухода от неприятных событий, тягостных ощущений, фрустрации. Третий этап определяется формированием аддиктивного поведения. На практике речь идет о перестройке личностной структуры, ее интегрированного «Я». Постепенно снижаются волевые процессы, возможности выбора путей преодоления «вредной привычки», что приводит к усложнению затруднительных проблем, нескритичности поведения, иллюзии контроля над пагубной страстью. Именно в этой фазе вырисовывается портрет аддиктивной личности и надвигающаяся неотвратимость деструкции прежнего характерологического склада. На «перекрестье» двух стилей жизненного пути (старого и нового) причудливо сосуществуют нормальные и патологические стереотипы социального реагирования; изменяются установки, система ценностей, мотивация, отношения с ближайшим окружением. Прагматические цели подменяются бесплодными раздумьями, надуманными планами и проектами, а фантазии на аддиктивную тематику занимают большую часть свободного времени. Эмоциональный «каркас» личности отчетливо упрощается и обедневает, наполняясь уплощенными, аддиктивными формами психологической защиты. Последующие этапы лишь усугубляют неотвратимый процесс деградации. Так, четвертая фаза отражает полную доминацию аддиктивного поведения («пьянство в одиночку», пассивное подчинение судьбе — «пусть будет, как получится», свертотгороженность от семьи и друзей, забвение прежних связей, о живительной ценности которых в поэтической метафоре писал Мелвилл: «Тысячи нитей соединяют нас с другими людьми, и через эти нити, эту симпатическую связь, наши действия становятся причинами и возвращаются к нам как следствие»). На конечном этапе осуществляет-

ся личностная катастрофа с очевидными явлениями психологической и физической деструкции (поражение внутренних органов и систем, обострение аутодеструктивного процесса, неуправляемость своим социальным статусом — «бомжи», «бичи» и т.п.). Все многообразие печальных последствий аддиктивного поведения Ц.П. Короленко и Т.А. Донских (1990) сводят к «семи ступеням катастроф». Вкратце перечислим эти феномены: химическая аддиктивная зависимость (с ее центральными вариантами алкогольной и наркоманической личности), антисоциальное (асоциальное) поведение (с совершением действий, противоречащих этике и морали), с безответственностью и игнорированием гражданских законов и прав других людей, суицидальное поведение (по Эмилю Дюркгейму, суицид от англ. suicide — «намеренное лишение себя жизни — как проявление иллюзорного выхода из кризиса и вариант аутоагрессии»), конформное поведение (с бросающейся в глаза зависимостью от указаний официального руководства, слабостью собственного мнения, суждений, оригинальности в привычках, взглядах и принципах); нарциссическое (с устойчивой концепцией собственной грандиозности, отсутствием чувства сопереживания и чувствительности в оценке других людей), фантастическое (слепая приверженность какой-либо идее, нетерпимость к другим взглядам) и аутистическое поведение (с явной затрудненностью социальных контактов, оторванностью от действительности, погруженностью в мир мечтаний и фантазий).

Одним из существенных способов скрыть собственные трудности и оторваться от реальности является феномен созависимости. Для созависимой личности (во многом совпадающей с зависимым личностным расстройством) присущи несколько опорных критериев: неспособность принимать решения без помощи со стороны; соглашательское поведение (с неумением отстаивать свою точку зрения и страхом разрыва значимых отношений); невозможность проявлять инициативы и претворять в жизнь свои планы. По сути дела налицо явное стремление манипулировать окружающими и удерживать под контролем отношения с ними. Весьма характерно, что лица с аддиктивным поведением страстно нуждаются в созависимых натурах. Как альтернатива этой позиции служат слова К. Свит: «Невозможно жить чужой жизнью, и не следует даже пытаться делать это».

Формирование алкогольной зависимости (как и злоупотребление другими наркотическими и токсическими веществами, приводящее к «наркотизму», токсикоманическому поведению) имеет отчетливую онтогенетическую специфику. Аддиктивное поведение в подростковом возрасте определяется повышенной устойчивостью к употребляемому средству, повторными безуспешными усилиями прекратить его прием. Прерывание алкоголизации вызывает чувство тревоги, напряженности, состояние физического дискомфорта. Эйфоризирующее действие алкоголя проявляется усилением активности, возрастанием агрессивности, причем алкогольные эксцессы провоцируются компанией, избытком свободного времени, доступностью спиртного в семье. Наряду со стертыми симптомами абстиненции возникают физические признаки (в виде угасания защитных рефлексов на передозировку, повышения толерантности) и проявления социальной дезадаптации. Обнаруживается качественная перестройка иерархии мотивов личности: конструктивные, одобряемые обществом побуждения (обучение, интересы, семья, спорт, общество, хобби) утрачивают свою значимость, на смену им приходят бездумное времяпрепровождение, поиск спиртного, смена подростковой группы с изменением стиля алкоголизации. В дальнейшем (спустя 1—1,5 года) формируется абстинентный синдром, развивающийся одновременно с признаками утраты контроля, анозогнозией, изменением картины опьянения (вместо эйфории начинают превалировать дисфорические симптомы, более выраженные и частыми становятся амнестические формы опьянения, приобретающего неодолимый, компульсивный характер). На этой стадии обнаруживается существенное преобразование личности подростка, как правило, в сторону выраженной психопатизации (по эпилептоидному, возбудимому, истерическому, неустойчивому типам). На конечном этапе становления алкогольной болезни у подростков резко снижается переносимость спиртных напитков, появляются истинные псевдозапой, выпивки «в одиночку», развивающиеся на фоне соматовегетативных признаков и нарастающего парциального слабоумливающего процесса. Изменения в характере носят налет постоянной раздражительности, озлобленности, депрессивно-дисфорического аффекта. Тяжелые проявления пьянства влекут за собой стойкую и выраженную социальную дезадаптацию, отражающую степень асоциального

и даже антисоциального поведения. Подростки забрасывают учебу, порывают связь с семьей, ведут паразитический образ жизни, крадут вещи у родственников, соседей, приятелей, вымогают деньги у прохожих, обкрадывают сокалассников и учителей.

В контексте формирования алкогольной аддикции у подростков представляют интерес полученные нами (Семке В.Я. с соавт., 1982) сравнительные данные по многостороннему изучению девиантного и делинквентного поведения в двух группах обследованных — 386 учащихся спецшколы для несовершеннолетних правонарушителей (1-я группа) и 156 учащихся обычных школ, состоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних (2-я группа). Обнаружена полиморфная, сочетанная патохарактерологическая симптоматика и связанное с нею аномальное поведение в 1-й группе; во 2-й группе отклонения имели более изолированный характер. Степень делинквентности также имела различие по группам. Более тяжелые социальные нарушения (кража личного и государственного имущества, бродяжничество, употребление алкоголя и наркотиков) встречались достоверно чаще в 1-й группе. Сексуальные эксцессы и суицидальное поведение обнаружены с одинаковой частотой в сопоставляемых группах подростков. В известной мере эти результаты свидетельствуют о необходимости знания основных механизмов преодоления стрессов, понимания роли социальных и личностных факторов, а также моделей «поведения риска» (по данным американских авторов). Об аддикции (addiction — с англ. «пагубная привычка», пристрастие, «порочная склонность») можно говорить лишь тогда, когда наряду с психологической зависимостью имеется также рост толерантности и синдром отмены (Haus H., 1964). Алкоголизм и наркомания в ракурсе аддиктивного поведения интерпретируется как эквивалент аффективной патологии и аутодеструктивными тенденциями.

Аффективные расстройства в структуре стержневого «наркоманического синдрома» — патологического влечения к психоактивному веществу — с большим постоянством сопровождают все этапы формирования болезни, нередко предшествуя ему, развиваясь по мере прогрессирования, манифестируя в состоянии отмены, провоцируя рецидивы и обострения, создавая дополнительные мотивации к употреблению патологически «универсальных адаптогенов». Лица с

низкой фрустрационной толерантностью, перманентным дистоническим фоном настроения, гипофорией (отсутствием хорошего настроения) наиболее подвержены риску появления аддиктивной патологии как способу бегства от реальной жизни с последующим формированием депрессивного варианта вторичной (наркотической) психопатизации личности. Зависимость от психоактивных веществ и аффективные расстройства с позиции нейробиологических процессов традиционно рассматриваются как результат снижения выработки церебральных моноаминов (в частности, центральная серотониновая недостаточность описана как один из механизмов появления и поддержания аддиктивной мотивации). Это сопоставимо с представлениями об ответственности за контроль импульсивных влечений, тревоги, агрессивности. С другой стороны, следует иметь в виду формирование в подростковой среде определенной социальной субкультуры, благоприятствующей распространению наркомании, что позволяет отнести подростков-наркоманов к числу самых трудных пациентов конца XX века.

Недостаточный антистрессовый эффект проблемно-разрешающего и социально поддерживающего поведения больных алкоголизмом и наркоманиями предопределяет выбор ими копинг-стратегии избегания. Ее использование приводит к значительному снижению активности, направленной на разрешение не связанных с наркотизацией проблем и поиск социальной поддержки, что, в конечном счете, влияет на закрепление гипертрофированной поисковой моноактивности, подчиненной целям наркотизации. Стратегия избегания позволяет активно или пассивно уходить от проблемных ситуаций, уклоняться от источника стресса. При этом используется как психофармакологический путь редукции эмоционального напряжения, так и механизмы психологической защиты. Оба варианта избегания позволяют на время преодолеть тревогу, неуверенность, социальную неопределенность как следствие дистресса, но оставляют без изменения дистресс-причину, вызвавшую эмоциональное напряжение. Употребление химического вещества облегчает или устраняет тягостное давление социальной среды (с которым не справляются механизмы психологической защиты), создает в сознании доминанту позитивной оценки наркотического опьянения, обуславливает потребность повторной наркотизации. Признание ее в качестве основной

жизненной ценности, имеющей личностный смысл для пациента, ведет к интенсивному вытеснению реальных фактов негативного влияния наркотизации или алкоголизации. Под влиянием систематической наркотизации происходят негативные качественные изменения и резкое уменьшение социальных сетей, их распад и рост нарушенных интерперсональных отношений, смена ориентации поиска социальной поддержки с сетей просоциальных на асоциальные.

Переходя к интегративной оценке личностных качеств при алкогольной зависимости, обратим внимание на динамические характеристики «алкогольной болезни», оценивая ее с учетом биологических, психологических и социальных факторов. Прогрессиентности заболевания способствуют нарушения психофизического развития, делающие менее совершенным «вращение» индивида в общественные, правовые, этнические установки современной жизни, а также наличие психологического «дефекта личности». В этой связи уместно высказывание А.Д. Дембо (1910): «Пьют независимо от характера, но в зависимости от характера пьют по-разному, и по-разному формируется заболевание». По-видимому, сказанное оправдывало многочисленные попытки выделения и описания алкогольной личности. При этом подразумевалось, что алкоголизм возникает лишь у лиц с определенным складом характера, тогда как у индивидов, не подпадающих под эту рубрику, болезнь не развивается (Chafetz M., 1963). В наиболее завершенном виде эта точка зрения нашла свое воплощение при соотношении заболевания с конституциональными особенностями. Э. Кречмер (1930) обратил внимание на разную реакцию и отношение к этанолу у циклотимов и циклоидов, с одной стороны, шизотимов и шизоидов — с другой. К. Pohlisch (1933) выделил следующие варианты личностных аномалий, преморбидно определенных у больных алкоголизмом: гипертимный, депрессивный, возбудимый, неустойчивый и смешанный. Особо велика опасность появления заболевания среди мягких, слабовольных, депрессивных личностей, в то время как циклотимные натуры весьма толерантны к алкоголю. Однако С. Amark (1951) при описании вариантов преалкогольной личности среди других в первую очередь выделил именно циклотимиков. Между тем сам факт вычленения в преморбидной струк-



туре лиц противоположных типов делает сомнительным вопрос о специфичности таких личностных вариантов. П.Б. Ганнушкин (1933) считал особенно предрасположенными к алкоголизму неустойчивых, безвольных психастеников, склонных к дистимиям, и возбудимых лиц с грубым аффектом. С. Г. Жислин (1928) описал синтонных и шизоидных алкоголиков. J. Staehelin (1943) различает следующие группы пьющих: простые, бесхитростные натуры с развитым «стадным чувством»; лица угрюмые, необщительные, стремящиеся разогнать тоску; психопаты, невротики и психически больные люди, живущие в разладе с окружающим миром, стремящиеся подавить в себе тревогу, состояние напряженности, аффекта. По мнению М. Блейлера (1955), лишь 20% больных алкоголизмом можно считать нормальными, а 40% уже до развития болезни были явно больны — ощущали в обществе неуверенность и тревогу, а в одиночестве — чувство неудовольствия и покинутости. Среди них встречались личности импульсивные, инфантильные, с гомосексуальными наклонностями. В 40% случаев состояние квалифицировалось как «пограничное». С другой стороны, R. Fox (1968) не находил сколько-нибудь значимых различий частоты заболевания алкоголизмом в группах с различными характерологическими аномалиями.

В отличие от концепции структурных аномалий личности в преморбиде алкоголизма существует точка зрения на алкогольную болезнь как на своеобразное патологическое развитие личности. Преимущество такой позиции состоит в том, что она позволяет подойти к проблеме психогенеза алкоголизма у преморбидно здоровых в психическом отношении лиц. Такой подход имеет в виду прогрессирующую перестройку структур личности, что выражается в заострении типологических черт и нарастании эмоционально-волевой дисгармонии. Так, R. Wyss (1967) подчеркивает, что не существует единого типа «будущего алкоголика», а когда развивается болезнь, то появляются общехарактерологические признаки в виде пассивности, слабого использования своих возможностей, эмоциональная заторможенность, капитулирование перед трудностями, напряженность и тревога. Н.Н. Иванцом и А.Л. Игониным (1988) составлен перечень типов личности, определяющих преморбид алкоголизма (среди них синтонные, неустойчивые, возбудимые,

астеничные, истеричные натуры) и влияющих на формирование клиники, прогноз заболевания.

В психоаналитической литературе существует крайняя точка зрения, согласно которой психологический фактор является ведущим в этиологии алкоголизма (Freed K., 1978). Употребление алкогольных напитков расценивается как один из способов снятия напряжения при нарушенных адаптационных механизмах, как средство подавить чувство напряжения, страха, вины (Gellinek E., 1960). M. Glatt (1979), изучавшая причины алкоголизма среди врачей, пишет, что длительные эмоциональные и физические нагрузки, разочарования в жизни, необходимость расслабиться побуждают многих врачей прибегать к созданию более привычного комфорта, знакомого со времен студенческой жизни. F. Joung (1983) подтвердили на большом материале теорию Айзенка о большей вероятности развития алкоголизма у интравертов. D. Donovan et al. (1983) при исследовании личностных факторов у лиц, систематически употреблявших алкоголь, обнаружили значимость таких черт, как агрессивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, напряженность. Гиперактивные лица с отклонениями в поведении считаются уязвимыми в плане алкоголизма (Alterman A., Tarter R., 1985). По данным Б.М. Сегал (1970), среди лиц, склонных к систематическому приему алкоголя, имеются следующие группы: дисгармоничные или синтонные натуры, синтонные с гипертимной ориентацией, эксплозивные с бедным внутренним миром, с органическими конституциональными изменениями.

В настоящее время перечень вариантов личности, предрасположенных к алкогольной аддикции, настолько разнообразен, что трудно указать на характерологические черты, которые не обнаруживались бы в преморбидной структуре больного алкоголизмом. Здесь одинаковое значение имеют как несдержанность, аффективная взрывчатость, гипертимность, так и замкнутость, мнительность, сензитивность, «нуждающиеся в коррекции» алкоголем. М.Е. Бурно (1983) приводит 5 личностных типов больных алкоголизмом и описывает новый «простодушный» вариант — это «флегматичные, бесхитростные, покладистые, скромные, слабовольные люди, не способные жить духовной жизнью». Аналогичных взглядов придерживались А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая (1973), которые считали склонных к пьянству лиц прими-

тивными, незрелыми, с низким уровнем психического развития, выпивающих «от скуки, от нечего делать». Э. Бехтелем (1984) описана преалкогольная личность, обозначенная как «аструктурная»; для нее характерно отсутствие стойких интересов, установок, ценностных ориентаций, повышенная конформность и внушаемость, низкий культурный уровень, склонность к пустому времяпрепровождению. По мнению Г.В. Залевского (1984), больные алкоголизмом — это, прежде всего, «амальгамные» личности, в структуре которых представлены черты лабильности, гипертимности, epileptoидности, неустойчивости, истероидности. Ц.П. Короленко (1986) в группе работающих вахтовым методом у злоупотребляющих алкоголем обнаружил интровертов.

По мере развития алкогольной аддиктивной патологии у большинства пациентов обнаруживаются стойкие патохарактерологические изменения. На раннем этапе по типу усиления гипертрофии, шаржирования прежних личностных качеств, а в дальнейшем — по линии деформации или трансформации типологического склада, чаще всего в русле астенического и истерического вариантов индивидуальных черт (Семке В.Я., Голубков О.З., 1974). Рассмотрение алкогольной аддикции под углом патологического развития личности позволяет представить алкогольную болезнь как динамический процесс, движущей силой которого является взаимодействие между факторами личности. Это диалектическое соотношение ведущих патогенетических механизмов опосредуется микросоциальными, ситуационными влияниями. По выражению А.Е. Боброва (1984), «социально-психологическая определенность конкретного человека не только отражается в болезни, но и формирует ее дальнейшее течение». По данным И.Г. Уракова, А.Л. Игонина (1978, 1979), быстрее всего зависимость формируется у лиц, которые начали употреблять алкоголь с целью «компенсировать» личностные особенности. В тех наблюдениях, когда начало болезни связано с психогениями, отмечалась средняя прогрессивность аддикции, если же систематический прием этанола всецело определялся влиянием микросреды, то степень прогрессивности была наименьшей.

Одной из причин формирования и развития алкогольной аддикции является возникающее в результате нарушенной адаптации «психоэмоциональное напряжение» (Королен-

ко Ц.П., Бочкарева Н.Л., 1982). Алкоголь в подобных случаях играет роль фактора, временно ослабляющего эмоциональное напряжение, тревожность, беспокойство в связи с его «дефрустрирующими», «транквилизирующими» свойствами. Экстремальные условия «проявляют», усиливают, заостряют некоторые личностные особенности и тем самым способствуют актуализации связанных с ними тенденций, к которым относится и употребление алкоголя.

В наших исследованиях (Семке В.Я. с соавт., 1992) выявлены с помощью компонентного анализа результатов тестирования методом многостороннего исследования личности (ММРІ) разные варианты эмоционально-личностных особенностей при алкоголизме.

Сочетание различных характерологических признаков сформировало 4 интегральных показателя: личностной дисгармонии, психоэмоциональной лабильности, девиантности и социальной интроверсии. Соответственно им квалифицированы 7 групп больных — дисгармоничных и личностно-адекватных, эмоционально-лабильных и «традиционно алкогольных», асоциальных конформных и социально-интровертированных. Каждая из этих групп характеризуется определенной клинической картиной, различной эффективностью лечебных мероприятий и психологически обусловленной вероятностью рецидивов. Примененный комплексный подход позволил дифференцировать два альтернативных симптомокомплекса — «клинико-социальной стабильности» и «асоциальной алкогольной зависимости», которым соответствуют два вида течения.

Один из них — «социально компенсированный» — характеризуется поздним формированием основных симптомов, замедленным темпом прогрессивности у лиц пикнического телосложения с хорошими адаптационными возможностями и умеренными колебаниями психоэмоционального фона. Другой — «социально декомпенсированный» — отражает выраженную прогрессивность заболевания у лиц астенического соматотипа с хроническим эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией (схема 14).

Абстрагируясь от частных параметров, полученных в результате комплексного обследования, а также исходя из концепции единого биопсихосоциального генеза алкоголизма и опираясь на результаты многомерного статистического

анализа, можно получить мультифакториальную диагностическую модель заболевания как перспективный объект для изучения алкогольной аддикции. Выделенные варианты социально компенсированного и социально декомпенсированного алкоголизма учитывают конституционально-морфологические, социальные и психологические признаки, клиническую симптоматику и прогредийность заболевания.

Диагностика альтернативных вариантов с различной динамикой, интенсивностью симптоматики и терапевтическим исходом с определенными психоэмоциональными особенностями и морфотипической конструкцией дает возможность аргументировано подойти к психокоррекционной и ресоциализационной работе и регулировать этапы превентивных вмешательств.

Представляют интерес данные Ц.П. Короленко, Т.А. Донских (1990) по изучению «алкогольной субкультуры», ядро которой составляют натуры с выраженным алкогольным и аддиктивным поведением. Вокруг этого центра располагаются субъекты с менее выраженными аддиктивными уклонами. У них алкогольные проблемы менее интенсивные, сохраняются связи с микросоциальным окружением. Авторами приводится характеристика основных аддиктивных мотиваций, присущих для данной формы деструктивного поведения: атактическая (прием алкоголя осуществляется с целью смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт); субмиссивная (выделяется тенденция к подчинению, зависимости от других); гедонистическая (употребление с целью ко-эффекта, для получения удовольствия); с гиперактивацией поведения (сочетается с повышенной самооценкой); псевдокультурная (с приданием большого значения атрибутивным свойствам алкоголя).

Алкогольная аддикция (как и очень близкая к ней по генезу и социальным последствиям наркоманическая) является громадной угрозой не только для личности, но и для всей человеческой популяции, для всего общественного уклада. В известной мере можно говорить об алкогольной эпидемии как реальной национальной трагедии россиян, наносящей урон безопасности личности, общества и государства. Уже сейчас алкоголь превратился в основного «убийцу», затронув в разной степени отдельные слои общества, особенно его «маргинальные зоны». Алкогольные проблемы, впрочем, как и вся наркотическая ситуация, нельзя

решать изолированно, без учета социальных, экономических и политических тенденций в обществе, вне радикального преобразования интерперсональных отношений. По нашим данным, в структуре потребителей этанола и наркотиков преобладают подростки мужского пола, представители неполных семей и семей с низким образовательным, с узким спектром познавательной активности, отсутствием выраженных интересов и не оформившихся профессиональных пристрастий. Отметим ряд факторов, способствующих развитию аддикции в развернутую картину заболевания. Это, прежде всего, воспитание в асоциальной семье (особенно во втором поколении), где один или оба родителя злоупотребляют спиртными напитками, где естественные родственные связи искажены жесткими взаимоотношениями, повышенной конфликтностью, опытом пребывания в местах лишения свободы. Этот так называемый «поведенческий мутагенез» лежит в основе быстро формирующейся склонности к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, насилию. К сказанному примыкает и влияние подростковой субкультуры, в которой ведущее место занимает употребление наркотических веществ. Общеизвестен прозелитизм наркоманий: каждый наркоман «заражает» 6—10 человек и тлеющее подспудно, в «единичных случаях», потребление захватывает огромное число подростков.

В целом наркоманическая ситуация в России остается напряженной и трудно предсказуемой. Данные официальной статистики свидетельствуют, что уровень заболеваемости наркоманиями в стране в 1999 году достиг показателя 41,8 на 100 тысяч населения и возрос по сравнению с 1990 годом в 13,5 раза («Медицинская газета», № 15, 26 января 2001 года). Становится очевидным, что одними медикаментозными вмешательствами не обойтись, нужны комплексное лечение и личностная реконструкция, в которых существенное значение имеет социально-психологический аспект: вывести пациента из «патогенного» окружения, расширить круг интересов, обрести достойный уровень человеческой культуры (а значит, и здоровья) и удовлетворение необходимых для конкретной личности [психогенных (needs, по Мюррею)] потребностей (уважения, защиты, избегания неудач, поиска помощи, познания, созидания, признания, независимости, порядка и др.). Формирование надежной стрес-

соустойчивости, мобилизации физических и душевных ресурсов граждан — задача не только медицинского плана, но и многих слоев общества, начиная от сферы народного образования и заканчивая производственным циклом. Требуются совместные усилия для продуктивного взаимодействия общественных, экономических, научных и политических институтов с целью преодоления кризисных ситуаций, улучшения микро- и макросоциального климата, экологической обстановки, поиска средств выхода из кризиса российского общественного здоровья. Объектом пристального внимания должны стать все формы отклоняющегося поведения, начиная с химических зависимостей (в первую очередь, алкогольной, наркотической, табакокурения) и завершая относительно безопасными, «респектабельными» (информоголизм, работоголизм, пищевая зависимость и т.п.).

## ГЛАВА 13.

### ЛИЧНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ЭТНОПСИХОЛОГИИ И ЭТНОПСИХОТЕРАПИИ

Этнопсихология и этнопсихотерапия (как и их новая научная ветвь — транскультуральная персонология) находятся на путях становления и стремительного формирования. На современном этапе их развития научная парадигма новой дисциплины сводится к поиску и пониманию проблем клинической персонологии с учетом социокультуральных особенностей этногенеза, этноса природной среды и специфики адаптации как к экстремальному биопсихосоциальному окружению, так и психофизиологической переадаптации к быстро формирующимся, неустойчивым социально-экономическим условиям. При этом возникающая весьма необычная личностная патология (предпатология и «группы риска») рассматривается как выражение экологического состояния популяции и как проявление нравственных болезней и девиаций этносов, возникающих на почве социальных коллизий и артефактов (Гумилев Л.Н., 1990).

По мнению известного современного психотерапевта Х. Пезешкиана (1996, 2000)<sup>1</sup>, XXI век будет заниматься в основном культуральными проблемами и станет «эрой транскультуральной психотерапии», поскольку монокультуральная терапия «не найдет никакого применения». Россия, как традиционно многонациональная страна, предоставляет «прекрасные возможности» для изучения четких стандартов в единой системе образования для психотерапевтов, обмена научным опытом «развития здоровой эмоциональ-

---

<sup>1</sup> Пезешкиан Х. Позитивная концепция семьи XXI столетия // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. Владивосток, Томск, 1996. С.77—89. Пезешкиан Х. // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. № 1. С.56—57.



ности». Любопытен рецепт оздоровления личности, покоящийся на восточной мудрости: «Если ты подумаешь об одном годе, то посеешь зерно. Если ты думаешь о десятилетии, посади дерево. Если ты думаешь о столетии, воспитай человека». В этом соединении народной мудрости Востока и Запада кроется футурологический прогноз на ближайшее развитие научной транскulturологии, которую известный немецкий исследователь в этой области Эрих Вульф (1995) трактовал как основу психиатрии и клинической персонологии, как предпосылку их существования: «Любая психиатрия является в своей терапевтической сущности этнопсихиатрией».

«Здание человеческое строится Устремлением» — провозгласил известный этнограф и общественный деятель Н. Рерих. С позиций построения новой дисциплины этнопсихологии и этнопсихотерапии (а также ее ветви «клинической персонологии») чрезвычайно важно очертить круг первоочередных и насущных проблем, последующий каркас, включая «крышу» данной научной отрасли. Речь идет, прежде всего о влиянии социально-политических и социально-экономических изменений в общественной жизни отдельных стран и народов, а также в жизни проживающих на этих территориях граждан; о роли многообразных национальных, культурных, религиозных традиций в появлении и динамике нервно-психической (в том числе личностной) патологии; об отношении различных этносов к сложнейшим вопросам психического здоровья и его возможным отклонениям (в первую очередь, невротическим и патохарактерологическим); наконец, об установлении связи этнокультуральных факторов с распространенностью, клинической структурой, динамикой и прогнозом психических расстройств.

Другими «узловыми» проблемами современной этнопсихологии, нацеленными своими главными векторами в третьем тысячелетии, являются культурологические, в их числе соотношение таких понятий, как «культура» и «личность», «аккультурация» (аккультуризация), а также изучение возможностей превенции личностной патологии, предоставляемых данной культурой, определение адаптационных возможностей индивида к социальному окружению. В этой связи укажем на мысль Д. Франкла (1990): «Прошлое связывается с будущим через целенаправленность настоящего. Но если общество и культура представляются лишенными

ми смысла, если люди чувствуют себя чужаками в чужом мире, простирающимся вокруг, то их ... стремление к любви, к самоутверждению притупляется».

В качестве теоретической базы учения о психических сдвигах у представителей отдельных этносов укажем на принципы творческого синтеза традиционно взаимодействующих культур и ареалов, идею динамики культуральных систем и многолинейности развития, дальнейшее совершенствование концепции культурно-экологической адаптации. Практическим объектом для этнопсихологов является исследование влияния географических, культурных и общественных условий, в которых живет народ, нормальных и болезненных представлений, происхождения и частоты психопатологических симптомов и состояний, выбор превентивных форм обеспечения психического здоровья отдельных личностей и всего народа.

Этнопсихология изучает факты, закономерности и механизмы проявления психической типологии, ценностных ориентаций и поведения представителей той или иной этнической общности, живущей столетиями в одном геоисторическом пространстве. Кросскультуральные исследования делают акценты на сравнение психических симптомов и заболеваний у народов и этносов с учетом их социокультуральных паттернов и этнографических данных. Транскультуральное изучение ограничивается, как правило, сравнительной оценкой психических расстройств, выбором лечебных методов, организационных форм, психологического (или психиатрического) обеспечения и других аспектов психической жизни народов на разных континентах. Вполне естественно, что все решает целостность изучаемого этноса — на каком этапе этногенеза находятся обследуемые люди, популяции и народы, какова динамика социального развития, их сохранность в историческом аспекте (в известном смысле сохранение «связи времен»). Традиционные этнопсихологические исследования представляют раздел психологической антропологии — дисциплины, образованной при взаимодействии психологии и антропологии. Исходя из взглядов А.А. Белика (1990), в структуре ее исследований применяются два деления — по методу (психоаналитический, психологический, этологический) и предмету (традиционные, междисциплинарные, проблемно-теоретические исследования).

Многолетние междисциплинарные транскультуральные исследования на обширных сибирских и дальневосточных территориях России, осуществленные сибирскими психологами и психиатрами, позволили создать в 1999 году Международную ассоциацию этнопсихологов и этнопсихотерапевтов, входящую во Всемирную ассоциацию психиатров. Отметим большую поддержку и помощь со стороны тогдашнего президента ВАП профессора Нормана Сарториуса и его исполнительного секретаря Хуана Мезича (США); наиболее деятельное участие во вновь организованной ассоциации (с центром в г. Томске) помимо российских ученых принимают представители Германии, Венгрии, Монголии, представителей стран СНГ. Набирают темпы научные контакты с другими учеными на евразийском континенте. Разработаны устав и практические программы транскультуральных исследований в конкретных странах и регионах, направленные на совершенствование психологического и психотерапевтического сервиса с учетом региональных и социокультуральных особенностей.

В современных социально-экономических условиях кардинальное решение превентивных задач возможно при всесторонней оценке специфики каждого региона, отражающей опыт, культуру, идеологию, свободную от прежних мировоззренческих догм и манипулирования общественным мнением. Положение в современном социуме требует переосмысления нравственных ориентиров и моральных ценностей, отчетливой и надежной стратегии преодоления все более усложняющихся межличностных конфликтов, экономических потрясений, бесконечной череды политических и нравственных «чернобылей», этнических противостояний, локальных войн и столкновений. Альтернативой неустойчивому и разлагающему процессу в общественной жизни должна стать государственная программа охраны и укрепления духовного, психологического здоровья людей, возрождения идей гуманизма и просветительства, утверждения приоритета прав личности и общественной законности.

Транскультуральная персонология и психотерапия представляют собой гуманистическое направление в спектре современных естественных наук с интегративным пониманием в ходе становления личности роли психологических основ культуры, религии, мифологии, традиций и обычаев. При

этом наука и мифы не противоречат друг другу, а содействуют (естественно каждый со своих позиций и методических приемов) успешному преодолению человеком переживаемого им «внутреннего апокалипсиса» (V. Kast), обретению душевного равновесия и целостности. Имея поливалентные связи с медициной и социологией, этнопсихология и персонология позволяют с мультидисциплинарных позиций оценить вклад социальных и биологических факторов в генез, динамику, прогноз и превенцию патохарактерологических уклонений в шкале «нормальная — патологическая личность» как на общественном, так и на индивидуальном уровне. Быть может, в этом контексте следует понимать фразу Ф. Ницше: «Безумие редко поражает отдельных индивидуумов, зато правит целыми группами, нациями и эпохами». Об отрицательной роли «коллективного разума» предупреждал также К. Юнг (1931): «Нам грозят всееляющие ужас массовые войны и революции, которые являются ничем иным, как психической эпидемией».

На качество жизни и психологическом здоровье представителей малочисленных народов России (прежде всего циркумполярных популяций) важное значение оказал пережитый ими на протяжении многих десятилетий аккультуризационный стресс, который рассматривается как популяционный вариант посттравматического стрессового расстройства. Уместно сослаться на высказывание Р. Амундсена (1939): «Мое лучшее пожелание друзьям эскимосам ...чтобы «цивилизация» никогда не коснулась их». Для преодоления негативных влияний научно-технического прогресса требуется использование комплексных социально-психологических технологий реабилитации арктической популяции, поддержания и восстановления утрачиваемых этносами обычаев и традиций.

В течение многих сотен лет районы Северной Азии (циркумполярье), Чукотки, Камчатки, Гренландии и Аляски (20—11 тысяч лет назад) были заселены охотниками на лося в лесу, северного оленя и мамонта в тундре, морского зверя по побережью северных морей. Вызывало и по сей день вызывает восхищение совершенство механизмов адаптации к суровой среде обитания этих аборигенов (коренных жителей, исстари находившихся на данных территориях), их умение сохранять длительный баланс во взаимоотношениях с суровой, но близкой им по духу природной средой. Этот

устоявшийся опыт, личностный стереотип и образ жизни были жестоко «деформированы» с середины XIX столетия со стороны европейского населения. Имеется в виду нарушение традиционных способов ведения хозяйства, бездумное уничтожение самой среды, обеспечивавшей условия поддержания аборигенного этноса. В привнесенной северному человеку цивилизации не нашлось достойного места конкретным этносам. Вспомним, кто представлял культуру «белого человека» на затерянных снежных просторах Северной Азии. Это, прежде всего, представители чиновно-бюрократического аппарата, который всенационален и одинаков во всех странах, во все времена. Это живые, типичные портреты, выпукло нарисованные американцем Р. Кентом (1939) в «Саламине»: живоглот Толлеман, помощник пастора ханжа Самуэль, безымянный губернатор-бюрократ; это и блестящие зарисовки другого «опекуна» эскимосов канадца Фарли Моута (1935). Обернувшаяся для коренного жителя Севера трагедия проникновения европейцев в Арктику явилась новым актом в этноэкологической истории многих народов, самым драматичным моментом которой были болезни (туберкулез, корь, ветряная оспа), довольно благополучно переносимые пришлыми людьми, но вызывавшие высокую летальность у не имевших иммунитета аборигенов. Эту картину дополняет навязанное мигрантами (по механизму «поджега») патологическое влечение арктических монголоидов к алкоголю.

К сожалению, длительная «закрытость темы», своего рода «семейная тайна государства» не позволяла развить многие интересные положения и полученные ранее результаты экспедиционных исследований. Тем более необходимо наверстать упущенные моменты, приумножить накопленное научное богатство, придать комплексным многолетним разработкам превентивный «заряд», нацеленный на восстановление психического здоровья и благополучия. Политика выравнивания и устранения имевшихся «перекосов» в области охраны индивидуального и общественного здоровья должна строиться в аспекте предвидения социально-экономических преобразований, укрепления и возрождения социокультуральных особенностей конкретного этноса, преодоления угрозы «синдрома утомления популяции и этноса» (Казначеев В.П.), эффективного перехода от пустопорожней риторики к действенным мерам

по восстановлению прав личности, а вслед за этим и отдельного народа в целом.

Одной из актуальных проблем транскультуральной психологии является выяснение взаимоотношений психологии индивида и общественной культуры. Последняя рассматривается как двойник, тень, зеркальное отображение психики (Nathan T., 1987). В соответствии с теорией языка симптом рассматривается как зашифрованное, запечатленное в слове культурально-общественное и индивидуально-биологическое содержание (смысл), с учетом которого и строится субъективная личностная оценка. Наш многолетний опыт комплексной эпидемиологической, клинической и нейрофизиологической оценки психического здоровья малых народностей восточного региона страны (север Тюменской и Томской областей, Якутия, Алтай, Тува, Бурятия, Чукотка, Приморье) в сопоставлении с аналогичными показателями наших монгольских коллег (под руководством профессора Л. Эрдэнэбаяра и Доржжадамбы), полученными в ходе реабилитации комплексной совместной научной программы, свидетельствует о безусловном приоритете сложных психосоциальных конфликтов перед природно-средовыми (Семке В.Я., 1994, 1995, 1999, 2000).

В эпоху научно-технической революции (создание территориально-промышленных комплексов, урбанизация, резкое изменение среды обитания, переход к оседлому образу жизни) и происходящей в последний исторический отрезок времени социально-экономической перестройки общественного уклада существенно возрастает удельный вес психотравмирующих переживаний и конфликтов, имеющих высокую личностную социально-культурную избирательность и зачастую приобретающих макросоциальный характер, т.е. оказывающих влияние не на отдельного индивида, а на популяцию в целом. Речь идет в первую очередь о болезненной ломке сложившегося веками жизненного (в том числе производственного) уклада, социокультуральных традиций, утрате прежних промыслов и приобретении профессий, не соответствующих типологическим свойствам аборигена, отрыве с детских лет от семейного очага и т.д. Отсюда происходят частые психодезадаптационные состояния, приводящие нередко к длительным, стойким пограничным и аддиктивным личностным расстройствам. В этой связи остро проявляется морально-этический аспект современной

транскультурологии: насколько оправдана экспансия НТР в культуру этноса? Каковы границы и объемы предполагаемых социокультуральных преобразований?

На обширных сибирских территориях страны в местах проживания коренных и малочисленных народов (алтайцы, селькупы, ханты, манси, нганасаны, долгане, чукчи, эвены, эвенки, шорцы и др.) в настоящее время сложилась крайне неблагоприятная медико-демографическая ситуация с нарастающими негативными последствиями, вызванными социально-психологическими, экологическими факторами. Создавшееся положение оправдывает мнение писателя Еремея Айпина (1993) о том, что «материальную и духовную культуру народов, особенно малочисленных, нужно не только сохранять, но и, увы, восстанавливать». Возникающие сложные психобиосоциальные конфликты должны, на наш взгляд, преодолеваться как эволюционным, так и революционным путем (включая возврат к наиболее значимым для данного этноса элементам патриархального уклада жизни и традиционным промыслам). Мощный антропогенный прессинг на биологические структуры личности инициирует особую остроту экологических воздействий, неблагоприятно сказывающихся на здоровье этносов. Об этом свидетельствуют показатели иммунного дисбаланса у населения, проживающего в техногенно загрязненных ареалах. Помимо чисто медицинских мероприятий требуется срочное изменение неблагоприятных социально-экономических и психологических характеристик, направленных на совершенствование физической и духовной эволюции малочисленных этносов.

Популяционно-эпидемиологический анализ свидетельствует о возрастающей распространенности среди коренного населения восточного региона пограничных личностных и аддиктивных расстройств. Их клиническая картина отличается существенным своеобразием, имеющим свои корни в этногенезе и культурогенезе данного народа. Традиционные критерии диагностики и определения уровня психического здоровья изучаемых этносов имеют относительное значение и должны быть пересмотрены с учетом клинико-динамических параметров, необходимых знаний культуральных, социальных, демографических, этнических и региональных характеристик. Прежде всего, трудности затрагивают отдельные симптомы и состояния («нервность», «раздражительность», «вспыльчивость», «навязчивость»),

их соотнесение с психической нормой и патологией. К их числу можно отнести описанную нами (совместно в В.Н. Судаковым) своеобразную психогенную реакцию, названную хантами «семли» (после завершения подобных аффективных фаз полностью восстанавливается исходный уровень личностного реагирования). Сказанное определяет актуальность пересмотра границ нормы психического реагирования, которая не только глубоко индивидуальна, но и транскультуральна. Нуждается в психологической и клинической ревизии понятие нормативного поведения, не всегда соответствующее европейским стандартам: то, что мы считаем психическим расстройством, с позиций аборигена не всегда является патологией. Затронутая проблема о гранях между нормой и патологией, естественно, не нова. Так, Карен Хорни отмечала, что «люди могут отклоняться от общего образца, не страдая неврозом». Описывая невротическую личность, она указывала на различия в реагировании на психогению нормальной и невротической личности («нормальный человек становится подозрительным, когда чувствует и видит причины для этого; невротик может быть подозрительным все время, независимо от ситуации; нормальный человек может временами испытывать нерешительность, столкнувшись с важным и трудным вопросом, невротик постоянно находится в нерешительности»).

Представляет интерес недавняя попытка<sup>2</sup> найти крайние точки анализа в оценке деятельности человеческой психики — полюса нормы и патологии. Эта позиция облегчает квалификацию в условиях психотерапевтической работы с пациентом соответствующего природным значениям клинического синдрома. Вот некоторые варианты их возможного распределения: тревожный синдром на одном полюсе представлен реакцией, неврозом, на другом — инстинктом самосохранения. Истерический синдром имеет на одном полюсе регистрируемые клинические проявления невроза, на другом — истерические нормативные механизмы реагирования, позволяющие гибко адаптироваться к среде. При депрессивном синдроме клиническим проявлениям депрессии противостоят психологические явления грусти (в свя-

---

<sup>2</sup> Чернышова С.А., Егоров Б.Е. Проблема психологической «нормы» в аналитической терапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. № 1. С.69—73.



зи с потерей или неисполнением желаемого). Астеническому клиническому синдрому нервной слабости на нормативном полюсе соответствует ощущение перегрузки, нехватки времени, сил и эмоционального интереса. При ипохондрическом синдроме переживанию неприятных ощущений со стороны органов и систем на нормативном уровне обнаруживается контроль за деятельностью организма (как самонастраивающегося механизма) и т.д. Сказанное иллюстрирует вывод о том, что в состоянии «нормы» наличествуют аналоги клинических синдромов, играющих существенную роль в эмоционально-волевой и интеллектуальной жизни личности.

Наиболее наглядно процесс становления личностной аномалии от нормальной к патологической структуре просматривается в динамике истерического синдрома, оцениваемого с позиций единства эмоциональной и мыслительной деятельности. Чувственный компонент определяет социогенез и длительность протекания феномена, а интеллектуальный — его формообразование. В этом контексте следует рассматривать важную для этнопсихологии проблему патоморфоза личностного реагирования. Сошлемся на наш опыт историко-социологического анализа «истерической болезни» (Семке В.Я., 1979). В социокультуральной атмосфере средневековья наиболее распространенными были «монашеские истерии», «эпидемии ведьм и бесоодержимости»; в более позднюю эпоху — картины спиритизма и меризма; в девятнадцатом столетии — кликушества и сектантских радений, в начале следующего века — обилие функциональных неврологических расстройств, в середине — рафинированные, «интеллектуализированные» формы личностного реагирования, в последние два-три десятилетия — возвращение к мистическим верованиям и обрядам (развертывающихся на фоне сложных социально-политических перестроек и потрясений), появление «мозаичных» личностных переработок (депрессивных картин, спаянных с полиморфными психосоматическими феноменами). Упомянем в этой связи работу А. Крауза (1999)<sup>3</sup>, ссылаясь на определение К. Ясперсом (1965) основной черты истерической личности в виде механизма «переживать больше, чем

---

<sup>3</sup> Крауз А. Псевдоистерия у больных меланхолией // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. Вып.2. С.51—56.

она в состоянии пережить», автор трактует лигированную депрессивно-истерическую симптоматику как «отчаянный крик человека, нуждающегося в любви», как вариант старого понятия «истерическая депрессия» (Eiserman J., 1977; Spiegelberg U., 1968). Истерическая эмоция всегда «в большей или меньшей степени является частью инсценировки или роли, исполняемой больным» (например, оживление сцен раннего детства). С другой стороны, межличностные аспекты ипохондрических жалоб при меланхолии иные — склонны винить в своей болезни себя, а не других, связывают их с прежними воображаемыми прегрешениями, не проявляя театральности и наигранности в поведении. В целом в происходящем стойком видоизменении клинической картины истерии существенная роль принадлежит социальным факторам, что особенно заметно при «культурсвязанных синдромах» и психических эпидемиях (Пфейфер В., 1994). Проблема дифференциации индивидуумов с «ритуальным состоянием» и больных истерией разрешается в ходе социокультурального анализа. В первом случае субъект хорошо адаптирован в культуре, вызывает его намеренно, целенаправленно, постоянно держит под контролем.

Современная транскультурология диктует пересмотр оказания психологической и психотерапевтической помощи коренному населению циркумполярья — прежде всего в направлении диалектического сочетания принципов централизации и децентрализации (с учетом низкой плотности проживания). Четко вырисовываются теоретическая значимость и практическая ценность выделения «групп риска» и так называемых донозологических состояний, а также прогностических критериев прогрессивности пограничных и аддиктивных личностных расстройств. При разработке предупредительных мероприятий следует учитывать весь комплекс медико-социальных социокультуральных вмешательств, которые должны быть гибкими и не ущемлять прав человека. Особенно это касается народов Северной Азии с учетом их этнокультуральных традиций. Разработка транскультуральных аспектов персонологии несет в себе не только важный теоретический стимул, связанный, в первую очередь, с кристаллизацией биосоциальной парадигмы, но и мощный социотерапевтический, превентивный заряд.

В целом человечество входит в XXI век с тяжелым грузом нерешенных проблем — от спонтанных экономических

реформ (Россия, Монголия, Венгрия и др.) до затяжных межэтнических и межконфессиональных конфликтов (Ирландия, Индонезия, африканский континент). Транскультуральная и кросскультуральная психология, персонология и психотерапия, опираясь на интегративность наук и современные технологии должны безотлагательно решать глобальные негативные проблемы конвергенции (Германия) и дивергенции (Россия, страны СНГ и др.) целых государств и народов. Вследствие психологического дистресса наблюдается стремительный рост пограничных личностных расстройств, аддиктивного и суицидального поведения. При существующей неустойчивой концептуальности и схожести кризисных проблем в различных странах (прежде всего из числа тесно сотрудничающих с Международной ассоциацией этнопсихологов и этнопсихотерапевтов) приходится решать конкретные для каждой из них задачи объективизации психологических и психопатологических феноменов транскультурального спектра. Основной стратегией ассоциации является разработка новых превентивных программ для реабилитации населения в кризисных условиях с соблюдением этнических норм персонологии и психиатрии. Главные принципы ее работы: учитывать интересы этносов и народностей (без нарушения этноэкологического базиса), заботиться о защите жизни, здоровья, облегчении страданий больного. Ассоциация призвана в новом тысячелетии успешно решать новые проблемы: стремясь к земным целям, преодолевать страшные последствия национальной вражды, способствовать разрушению дискриминационных позиций как между странами, так и внутренних. Грядущим поколениям предстоит идти вперед по гуманному пути, объединяющему различные расы и народы в общее гуманистическое сообщество.

Именно через институты трансперсональной психологии возможен качественный «скачок» от эмпирического опыта прошлого к реализации обнадеживающего лозунга «В новое тысячелетие с новыми идеями и приоритетами». Практика последнего времени подтверждает правоту мысли Виктора Франкла: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Поиск новых идей сопряжен с тщательным исследованием и продуктивным использованием богатейшего опыта прошлого, содержащегося в культуре и медицине конкретных этносов. Чрезвычайно полезным может оказаться изучение механизмов личностного реаги-

рования, имеющих тесную связь с так называемым пралогическим мышлением и культурным наследием предков, скрытого в «тайниках» нашего подсознания. Об этом убедительно сказал доктор судебной медицины О. Прокоп (Берлин): «Современная культура оказывается лишь относительно тонким налетом, под которым магия и тайные науки прошедших столетий лишь ждут случая, чтобы вырваться на поверхность». Попробуем рассмотреть эту специфику личностного реагирования с позиций современной этнопсихологии и этнопсихотерапии.

Поведение, обусловленное магическим или мистическим мышлением, расценивается как проявление социальной и профессиональной дезадаптации, как фактор, приводящий к опасным социальным последствиям. При этом магическое мышление рассматривается в рамках мистического, архаического, мифологического, иррационального. Оно, как правило, противопоставляется логическому, рациональному — как более адекватному, конструктивному, реально отражающему объективную действительность. С другой стороны, любая мифология представляет собой форму организации мировоззрения людей в условиях иррационального, эмоционального восприятия окружающего мира. В известной мере прав видный исследователь мифологии Мирча Элиаде, который утверждал, что в духовном наследии многих тысячелетий «Европа корнями уходит в Древний Восток»; более того, он рассматривает шаманство как «общий корень» философии и театрального искусства, обнаруживая «шаманскую модель» даже в «Божественной комедии»: подобно шаманскому, экстатическое путешествие Данте напоминает нам, что есть образец и достоинство веры. Средневековый видовой состав европейской мифологии представлен весьма примитивным ее прагматическим вариантом, который основан на использовании в целях ритуальных действий предметов и явлений внешнего мира — белой магии (для защиты) или черной магии (для разрушения).

В научных публикациях последнего десятилетия нередко ставится проблема изучения механизмов психологической защиты личности (МПЗ) в норме и при психических расстройствах пограничной патологии. При этом интерпретативные концепции исследователей базируются на представлениях о МПЗ, первоначально сформулированных в рамках психоанализа. Согласно разработанной S. Freud

структуре личности психологические защиты рассматриваются как бессознательные, приобретенные в процессе развития личности способы достижения Я компромисса между противодействующими силами Оно и Сверх-Я, а также внешней действительностью. МПЗ направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых Я пытается сохранить интегративность и адаптивность личности (Freud A., 1936). В основе защитной деятельности, направленной на снижение тревоги, психического дискомфорта или на повышение самооценки, находится защита Я посредством искажения отбора и преобразования информации (Grzegolowska H., 1981). Своеобразие личностной структуры у больных истерическими расстройствами проявляется и в особенностях их психологической защиты (их описание содержится в работе нашей сотрудницы О.Э. Перчаткиной). В отечественных исследованиях у пациентов с пограничными расстройствами (в том числе и у больных с истерическими нарушениями) МПЗ изучаются с помощью психодиагностического опросника «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л.И. с соавт., 1998).

В значительно меньшей степени научному осмыслению подвергается проблема психологической защиты, базирующейся на архаических формах мышления, описанных в трудах Дюркгейма, Д. Фрэзера, Л. Леви-Брюля и др. Так, Л. Леви-Брюль, изучавший духовную культуру неевропейских древних народов и особенности их первобытного мышления, показал, что и в психической структуре современного цивилизованного человека одновременно сосуществуют два вида психической деятельности — логическое и пра-логическое. Представления этого ученого свидетельствуют о своеобразии первобытного мышления, качественно отличного от логического мышления современного человека.

По мнению Л. Леви-Брюля, сущность архаического, мистического или пра-логического мышления заключается в совокупности верований и чувств, образующих единую систему и основывающихся на коллективных представлениях. Коллективные представления и ассоциации представлений управляются законом сопричастности и в силу этого безразличны логическому закону противоречия. Базовой особенностью первобытного мышления является также неразделимость представлений с эмоциями. Направленность

архаического мышления, включая внимание, воображение, ощущения, — это «чувствование» присутствия и влияния невидимых сил, которые помогают либо вредят человеку.

Функции самосохранения и защиты в архаическом мышлении осуществляют традиции (т.е. коллективные представления), унаследованные от предков, вера в которые является непоколебимой. Для характеристики психологических особенностей коллективных представлений, которая ярко отражает связь представлений с эмоциями, приведем высказывание эскимосского шамана (цит. по Л. Леви-Брюлю): «Мы не верим, мы боимся... Все наши обычаи исходят от жизни и направлены к ней (они отвечают потребностям практики). Мы не объясняем ничего (нет представлений, вытекающих из потребности знать или понимать). Мы страшимся духа Земли, который вызывает непогоду и заставляет нас с боем вырывать нашу пищу у моря и земли. Мы боимся Сила (бога луны). Мы боимся Таканагапсалук (великой женщины, повелевающей морскими животными). Мы боимся болезни, которую постоянно встречаем вокруг. Мы боимся коварных духов, которые могут помочь злым шаманам причинить вред людям... Вот почему унаследовали мы от отцов древние правила жизни, основанные на опыте и мудрости поколений...»

Несмотря на значительную территориальную удаленность эскимосов и древних славян, последние также использовали магические формы защиты. Как и у других народов, при формировании архаических форм психологической защиты «простым славянам — гармоничным по психике и уровню знаний — надо было и погадать, и избавиться от ночных приведений, и договориться с лешим, чтобы он не пугал пасущийся в лесу скот, и задобрить души предков — навьев». Поэтому, одержав политическую победу, христианство в Древней Руси не смогло справиться с древним мировоззрением, хотя последнее было объявлено суеверием (Гумилев Л.Н., 1993).

Сравнивая варианты проявлений психологической защиты, принадлежащих различным структурным уровням психики (в нашем исследовании МПЗ, изучение которых разрабатывалось в рамках психоанализа, определяются нами как механизмы первого уровня, а защиты, обусловленные первобытным мышлением, — второго уровня), следует отметить, что в обоих случаях защитные механизмы направ-

лены на снижение тревоги или повышение самооценки. Однако защита Я в первом случае происходит посредством в той или иной степени бессознательного процесса игнорирования, искажения или преобразования информации, благодаря которому сохраняются соответствия между имеющимися у индивида представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информации. В случаях действия МПЗ первобытного уровня индивид более осознанно использует продукты коллективного бессознательного в форме верований, суеверий, обрядов и ритуалов.

Развитие понятия о коллективных представлениях или коллективном бессознательном как присущих каждому современному индивиду, как категории, составляющей структурный уровень человеческой психики и содержащей наследственные элементы, реализовано К. Юнгом (1926). Он полагал, что механизмы психологической защиты имеют древнее происхождение и совершенствовались в процессе филогенеза. Они «могут проявляться спонтанно, как в сознательном контексте, так и в сновидениях или фантазиях, указывая при этом на способность Эго к ассимиляции бессознательного материала. Но МПЗ могут быть и частью «магического мышления» (т.е. принадлежать разным формам мышления) в стремлении психического избежать любой ценой опасности дезинтеграции».

В диссертационном исследовании Т.М. Таукеновой (1995) больных неврозами понятия МПЗ и механизмы совладания (копинг-поведения) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Тем же автором проведено сравнительное изучение структуры и выраженности МПЗ (первого уровня) у больных неврастенией, истерическим неврозом и здоровых людей — русских и кабардинцев, проживающих в Кабардино-Балкарии. В исследовании показано, что, вопреки сложившимся представлениям, больные неврастенией и истерическим неврозом в равной степени используют наименее адаптивные МПЗ, включающие вытеснение, отрицание, регрессию, проекцию, а также реактивные образования, что значительно затрудняет осознание собственных внутриличностных проблем. Кроме того, изучение структуры МПЗ у здоровых людей с учетом национальности выявило, что кабардинцы достоверно больше, чем русские, пользуются отрицанием, проекцией, реактив-

ными образованиями, что снижает их адаптационные возможности.

Вообще в мире, где пространственное восприятие все более сокращается, становится очевидным возможное сближение многокультурных миров, их продуктивного сравнительного анализа. Через исследование различных типов мышления и поведенческих стереотипов намечается путь понимания, осознания общего и особенного в структуре западного и восточного вариантов менталитета, а в конечном счете признания их как инструмента к общественному согласию, миру, терпимости и формированию новой общей и этнической психологии, основанной на модели «человека будущего» — человека разумного, человека гуманного, человека ноэтического. В качестве аргумента сошлемся на тезис В.И. Вернадского: «Около сотни поколений сменили друг друга с той поры, как мысль великих греков остановилась перед этим явлением, произведшим на нее впечатление самой глубокой космической тайны. Эта загадка осталась для нас, далеких потомков этих людей, одаренных могучей, проникающей мыслью, столь же неразрешенной, какой была для них». Между тем история учит нас глубине и точности: многие экскурсии в прошлое поражают своей высокой соотносимостью с настоящим и даже будущим. Вспомним высказывание «отца истории» Герадота: «Если бы предоставить всем народам на свете выбирать самые лучшие из всех обычаи и нравы, то каждый народ, внимательно рассмотрев их, выбрал бы свои собственные. Так, каждый народ убежден, что его собственные обычаи и образ жизни некоторым образом наилучшие» (от себя добавим — и образ мышления, способы преодоления социальных препон как в широком общественном смысле, так и в индивидуальных «защитах»).

Извлечем из сказанного несколько выводов, имеющих достаточно обобщающий характер. Прежде всего, стиль жизни и мышление складываются на опыте многих поколений и управляются господствующими в них традициями и обычаями. Далее, эти стиль и образ жизни вполне сравнимы, поддаются оценке и могут быть использованы в разработке форм психологической защиты, психокоррекции, а затем и целенаправленной, патогенетической психотерапии (включая мало разработанные аспекты этнопсихотерапии). Наконец, всякий народ предпочитает свои обычаи всем дру-



гим: эта идея подразумевает признание не только интернационального характера психологических механизмов поведения, но и сугубо специфических, этнических форм реагирования на сходные (для различных этносов) социально-экономические и культуральные ситуации.

Существует вполне объяснимая опасность «соскальзывания» с сути проблемы на дробный анализ многих ее сторон, поэтому было отдано предпочтение (исходя из тезиса Карла Ясперса о том, что «лучше тщательно исследовать одного больного, чем поверхностно многих») рассмотрению особенностей личности «природного целителя», каковыми на протяжении многих эпох и поколений являлись шаманы (в первую очередь сибирские). Сразу же укажем, что для нас более важным представляется попытка постановки вопроса и привлечения к нему внимания других исследователей, чем его радикальное разрешение, что станет возможным лишь по мере накопления современных психологических и психопатологических данных. В настоящее время мы еще не готовы «собирать камни», скорее нуждаемся в синтезе тех сведений, которые получены в различных странах и регионах; хотелось бы отметить наличие достаточно фундаментальных, но противоречивых работ по этой тематике, использованных нами в данном разделе<sup>1</sup>.

Термин «шаман» взят из тунгусо-маньчжурских языков и через русских ученых-исследователей Сибири вошел в мировую литературу (за рубежом широкое признание получила книга французского ученого румынского происхождения Мирча Элиаде «Шаманизм и архаические техники экстаза». Пайо, 1951); быть может, благодаря его таланту и упорству шаманизм переживает в настоящее время в Европе свой научно-естественный ренессанс, сопровождаемый, кстати, возрождением его практических основ на некоторых территориях нашей планеты. Шаманство принято счи-

---

<sup>1</sup> Басилов В.Н. Шаманство у народов Средней Азии и Казахстана. М.: Наука, 1992. 328 с.; Басилов В.Н. Избранные духов. М., 1984. 208 с.; Богораз В.Г. К психологии шаманства у народов Северо-Восточной Азии // ЭО. 1980. Кн.84—85; Давиденков С.Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л., 1947; Легенды и мифы Севера. Вступ. статья А.В. Пошатаевой. М., 1985; Токарев С.А. Ранние формы религии и их развитие. М., 1964; Штернберг Л.А. Первобытная религия в свете этнографии. Л., 1936; Ohlmarks A. Studien zum Problem des Shamanismus Lund; Kopenhagen, 1939.

тать ранней формой религии, возникшей на определенной стадии формирования анимистических верований: несмотря на имеющийся жизненный опыт, член архаического общества испытывал свою слабость, зависимость и неуверенность по отношению к окружающему миру; стремление утвердиться на земле заставляло его одушевлять силы природы, тем самым как бы приближая ее к себе. Таков генез многих фантастических представлений — тотемизма (веры человека в существование тесной родственной связи между его родом и определенным видом животного или растения), фетишизма (веры в сверхъестественные свойства неодушевленных предметов с появлением амулетов и талисманов), анимизма (веры во всеобщее одухотворение природы, в души, духов) и др. Основным признаком шаманства служила вера в необходимость особых посредников между людьми и духами, которых будто бы избирают: в задачу посредника-шамана входило с помощью духов охранять своих соплеменников от бед и болезней, испрашивание у них удачного промысла, хорошей погоды, а после смерти провожать их души в загробный мир.

Шаманское ритуальное врачевание представляет собой архаическую форму психотерапии, в отличие от современного врача шаман в лечебном процессе выступает не от своего имени — за ним стоят высшие силы (духи, божества), более могущественные, чем человек. С целью укрепления веры пациента в способности исцеления весь шаманский сеанс подкрепляется внешними эффектами и обрядами. Многие этнографы (А.А. Попов, Е.Д. Прокофьева) сравнивают процесс камлания с театральным представлением, «шаманской пантомимой» с действием одного актера. Используя все богатство устного народного творчества, шаман вырабатывает свой собственный стиль, чтобы речь его радовала «слух не только людей, но и духов» (Басилов В.Н., 1984).

Любопытно описание Е.Д. Прокофьевой начала камлания у селькупов: «Приникнув головой к внутренней части бубна, шаман тихо запекает. Поет медленно и заунывно. Редко и негромко ударяет по бубну колотушкой. Создается впечатление, что он кого-то зовет. Он собирает своих помощников... Постепенно пение усиливается. Шаман уже не смотрит внутрь бубна, поет во весь голос, а иногда встает. Все духи в сборе... Он сообщает своим духам-помощникам, зачем он их позвал, что им предстоит делать... В зависимо-

сти от цели камлания он отправляется по одной из своих дорог». Умение заставить зрителей увидеть больше того, что предстает взору на самом деле, говорит о владении шаманами гипнозом: присутствующие на сеансе являются не только наблюдателями, но и участниками, входящими в измененные состояния сознания. Вместе с тем основной атрибут сеанса составляет ритуал: он реорганизует опыт индивида, сложный мир переживаний превращает в согласованную систему символов, дает образ простого и упорядоченного мира. Важнейшее следствие такого ритуала — психотерапевтическая компенсация, состоящая в достижении консолидации, объединении людей, облегчении общения, преодолении одиночества, внутреннего разлада, тревожности, отчужденности с укреплением чувства единения с определенной социальной, половозрастной, этнической, конфессиональной группой.

У многих народов мира бытовало представление о наследственном даре шаманской деятельности, ниспосланном свыше («избранники духов»): вызвав тяжкий недуг, духи как бы указывали, кого из ближайшего родственника умершего шамана они хотели бы видеть его преемником. Вот мнение Э. Тейлора (1871) на этот счет: «Люди, склонные по природе к болезненным припадкам, как бы назначены к тому, чтобы быть духовидцами и колдунами». Такая же точка зрения приводится в большинстве из процитированных выше работ: так, В.Г. Богораз писал, что «шаманство — это форма религии, созданная подбором людей наиболее нервно неустойчивых»; Л.Я. Штернберг подчеркивал: «Чтобы сделаться шаманом, необходимо страдать в той или другой степени истеричностью»; по мнению С.А. Токарева, «шаманская профессия усиливает нервно-патологические особенности человека». О. Ольмаркс выводит шаманство из сурового арктического климата, обуславливающего «нервные аномалии, истероидные реакции».

Точка зрения на наличие специфической «шаманской болезни» была поддержана рядом видных ученых-медиков. С.Н. Давиденков (1947) говорит о «культе истерии». Д.К. Зеленин (1935) писал, что здоровый человек не может стать шаманом: только нервнобольной субъект, в которого постоянно «вселяются духи», способен без опасений за собственное здоровье лечить людей: это человек, которому «навязана коллективом рода своеобразная медицинская функция —

воспринимать в себя из больных людей данного коллектива демонов болезни». Весьма категорична позиция С.А. Токарева: «...все наблюдатели в один голос сообщают, что шаман — это прежде всего нервный, истерический человек, склонный иногда к припадкам, иногда эпилептик... Само камлание шамана имеет большое сходство с истерическим припадком» (истеричность, как известно, весьма легко передается по наследству). Л.Я. Штернберг подчеркивал, что «шаманская болезнь», сопровождающаяся обмороками, припадками, галлюцинациями, обыкновенно проявляется в так называемом переходном возрасте, «в период наступления половой зрелости».

В народных воззрениях «шаманская болезнь» обычно изображается как заболевание (психическое или физическое), причиненное духами с целью принудить человека стать шаманом. Поскольку само занятие шаманством считалось обременительным, приобщение к культу шаманства воспринималось как принудительный акт (Басилов В.Н., 1992): в случае отказа духи угрожали погубить или парализовать избранника, а сама болезнь шамана представляла как знак высокого доверия, «посвящения». Одна из самых ярких черт шаманской деятельности, выделяющей его из других категорий жрецов, это экстаз. Он олицетворяет не просто форму ритуального поведения, но прежде всего веру в свое особое избранничество, непосредственную связь с духами. Большинство исследователей экстаз трактуются как разновидность самогипноза с проявлением индивидуальных возможностей в изменении работы органов чувств.

Обратимся теперь к современной оценке психотерапевтической сути шаманского процесса. В настоящее время, когда немедикаментозные методы целительства становятся все более актуальными, когда изменяется социально-психологическая атмосфера, окружающая тот или иной этнос, вновь возрождается культ шаманизма: все больше людей стали обращаться к знахарям, колдунам, экстрасенсам, медиумам. Оживает интерес к давно забытым ритуалам, обрядам. Подтверждением тому является подробное описание в специальной литературе шаманской технологии, которая в определенной мере отражает структуру мировосприятия малочисленных народностей Севера. Вот некоторые из них.

**«Восстановление сил на расстоянии».** Смысл этого ритуала заключается в «возвращении» одного из хранителей, который оберегает человека от болезней, облегчает страдания. Для этого необходимо представить себе больного, пропеть ему свою песню силы. Умственно крикнуть своему хранителю, чтобы он проснулся и помогал вам в излечении больного. Представляя лицо больного, необходимо отправиться «путешествовать» в Нижний мир и отыскать его хранителя, послать его мысленно и эмоционально к больному. Далее следует позвать своего хранителя и, почувствовав много силы вокруг себя, послать часть ее в хранителя больного, чтобы побудить его к танцу. Придерживаться этого, пока не будет видно, что хранитель больного начал вставать и танцевать вокруг его. При этом посылать силу не самому человеку, а образу его животного: избегать посылать собственную энергию, расходуя лишь силу вашего хранителя.

**«Табачные ловушки».** Каждый участник ритуала в маленький кусочек красной ткани кладет щепотку табака (для привлечения духов), «берет» свою проблему и «посылает» в сверток с табаком. Свертки всех участников привязаны к общей веревке. Шаман с трещоткой обходит, стряхивая боль с больных. Затем он поет песню силы, раскладывая веревку по спирали в центре. При этом он может испытывать боль и отчаяние, борясь своей силой. Далее скатывает веревку в клубок и быстро уходит далеко от круга собравшихся, где разматывает веревку и развешивает на дереве, как гирлянду.

**«Становясь пациентом».** После сбора информации о болезни и личности пациента шаман меняется одеждой с больным, танцует с ним вместе, подражая ему и становясь им. Потом он испытывает страдания больного и отталкивает прочь агрессивную силу. При этом необходимо просить своего духа о помощи.

Размышляя об истоках духовной культуры любого народа — будь то русский народ, насчитывающий несколько сотен миллионов человек, или юкагиры, чья численность определяется сотнями представителей некогда многочисленного племени, сыгравшего значительную роль в этногенезе населения севера нашей страны, — необходимо обращаться к народной памяти, заглядывая в самые ее глубины. Чем отдаленнее от нас текст во времени и культуре, тем слож-

нее его чтение и трактовка. Но это важно для того, чтобы постичь специфику мировоззрения, духовные, этические и эстетические устремления современных представителей древнейших культур.

Представленный материал позволяет очертить не только прошлое и настоящее такого социального явления, как считается шаманство, но и заглянуть в будущее. Еще недавно утверждалось, что оно неуклонно вырождается, более того, сошлемся на мнение известного этнографа В.М. Михайловского, который в 1892 году писал: «Шаманство у сибирских народов представляется в настоящее время в состоянии вымирания». Спустя более века, на рубеже нового тысячелетия, приходится признать, что этот прогноз «не состоялся»; более того, удастся констатировать вспышки шаманизма в новых формах — не на традиционной бытовой почве, а на основе увлечения мистикой. Сошлемся на вышедший недавно в переводе на русский язык труд английского писателя Кеннета Медоуза<sup>2</sup> (с характерным подзаголовком «Практическое руководство по современному шаманизму»): «В шаманизме нет лидеров, нет догм, нет организации, объясняющей, что вам делать. Шаманизм не имеет последователей, в нем есть только деятели. Вы должны не верить в шаманизм, а постараться опробовать его на практике». И в соответствии с современной модой охотно используются сведения о шаманизме для подкрепления многочисленных мистических учений о существовании потусторонних сил: оказывается, шаман постиг «особые измерения священного», связан с «духовной энергией Вселенной», с божественным сознанием, «наполняющим природу».

Жизнеспособность шаманизма обычно связывают с поддержанием, сохранением традиционной культуры — утратив многие прошлые традиционные признаки, он оказался способным остаться в религиозном регистре современного общества. Так, по свидетельству председателя Всемирной ассоциации шамановедения Михая Хоппола (Венгрия), успешно исследуются исторические корни шаманизма и деятельности шаманов, создана ассоциация шаманов «Дынгир», призванная исцелять людей народными средствами с помощью различных лекарств, настоянных на травах, с помощью лечебной энергии руки, движения, пляски, пения.

---

<sup>2</sup> Медоуз К. Шаманский опыт. М., 1999.

Притягательность шаманства в современных условиях космополитической цивилизации следует еще детально изучать: скорее всего, речь идет о присущей человеческой психике вере в древнейшие мифы и сказания прошлого, в чудесные, необычайные качества «народных целителей», в способность окружающей среды и природы поддерживать ресурсы человеческого организма. «Надо слушать Матушку-Землю, она не скажет плохого», учит индейский шаман из племени лакота Уоллес Черный Лось. И этот призыв находит широкую поддержку, недаром американский исследователь М. Харнер (1980) пришел к выводу, что шаманский опыт применим в современных условиях. От себя добавим, что он может быть чрезвычайно полезен в будущих попытках познания психологических основ человеческого поведения.

В целом признаем весьма отраднй факт, что психотерапевтическая деятельность (в любом ее преломлении и контексте) становится пристальным объектом изучения многих ветвей фундаментальной науки — психологии, этнопсихологии, социологии, психоллингвистики, этнопсихотерапии. Создаются условия для формирования отдельной отрасли медицинских знаний — клинической психотерапии: она зиждется на весьма устойчивом фундаменте современных представлений о сущности здоровой и больной личности, о системном понимании клиническими персонологами и врачами психологии «пограничного больного», о динамике и диалектическом соотношении саногенных и патогенных процессов.

Полученные данные позволяют прийти к некоторым выводам и положениям, которые, естественно, во многом носят провизорный характер; последнее вполне объяснимо, ибо новые научные дисциплины — этнопсихиатрия и этнонаркология — находятся на инициальном этапе своего развития. Их взаимодействие, взаимопроникновение, интегрирование с другими отраслями науки — дело ближайшего будущего! Прежде всего следует иметь в виду, что в эпоху научно-технического прогресса (урбанизация, создание территориально-промышленных комплексов, резкое изменение среды обитания, переход к оседлому образу жизни) и происходящие в последние годы социально-экономические перестройки общественной жизни, возрастает удельный вес психотравмирующих переживаний и конфликтов, имеющих

высокую социокультуральную избирательность и приобретающих зачастую макросоциальный характер, т.е. оказывающих влияние не на отдельного индивида, а на популяцию в целом. Речь идет в первую очередь о ломке сложившегося веками жизненного уклада, социокультуральных традиций, утрате прежних промыслов и приобретении профессий, не соответствующих типологическим свойствам аборигена, отрыве с детских лет от семейного очага и т.д. Отсюда происходят частые психодезадаптационные состояния, приводящие затем к длительным, стойким пограничным и аддиктивным расстройствам.

Весьма важно, чтобы возникшие сложные биопсихосоциальные конфликты преодолевались, на наш взгляд, как эволюционным, так и революционным путем (включая возврат к наиболее значимым для данного этноса элементам патриархального уклада жизни и традиционным промыслам). Охрана психического здоровья населения региона должна строиться с учетом этнической принадлежности населения, природной среды и особенностей адаптации к новым, неустойчивым общественным преобразованиям, чутко реагируя на изменение демографической ситуации (миграция, брачность, создание новых популяций) и негативные последствия социально-экономической перестройки. Это диктует необходимость развертывания государственных программ в области этнопсихиатрии и этнонаркологии с акцентом на разработку методов как индивидуальной, так и популяционной психопрофилактики и превенции.

Данные, накопленные в ходе «полевых» экспедиционных комплексных культуральных исследований, в области психиатрии и наркологии позволяют провести сравнительное изучение динамики заболеваемости и болезненности населения, эффективности применяемых реабилитационных и предупредительных программ — в зависимости от демографических, этнических, социокультуральных особенностей, традиций, семейного уклада и т.д. Такое сопоставление, проведенное на разных этнических группах больных, находящихся в равных социально-экономических условиях, облегчает оценку роли и места этнокультуральных факторов в распространенности психических заболеваний, их патогенезе и патокинезе, выработке прогностических критериев, определении превентивных, предупредительных воздействий.



С теоретико-методологических позиций целесообразно понять, что познание закономерностей формирования общественного здоровья (в том числе и психического) должно базироваться на концепции сложного переплетения, взаимного наложения биологических характеристик организма и социальных факторов. Влияние последних (прежде всего техногенных изменений и психоэмоциональных нагрузок) на состояние здоровья популяции предполагает реализацию генетической информации в конкретных условиях окружающей среды. Мощный антропогенный прессинг на природные системы инициирует особую остроту экологических проблем, что неблагоприятно сказывается на здоровье этносов. Об этом свидетельствуют, в частности, показатели иммунного дисбаланса у населения, проживающего в техногенно загрязненных зонах. Выдвигаемая нами концепция сочетанного поражения нервной и иммунной систем при пограничных состояниях определяет актуальность разработки комплексных психотерапевтических и иммунокорригирующих мероприятий при реабилитации этих больных,

Проведенный на протяжении большого отрезка времени мониторинг психического здоровья аборигенов, популяционно-эпидемиологический анализ свидетельствует о высокой распространенности среди коренного населения азиатского Севера пограничных нервно-психиатрических расстройств и алкоголизма. Их клиническая картина отличается существенным разнообразием, имеющим свои корни в этногенезе и культурогенезе данного народа. Традиционные критерии диагностики и определения уровня психического здоровья изучаемых этносов имеют относительное значение и должны быть пересмотрены с учетом клинко-динамических характеристик, необходимых знаний культуральных, социальных, демографических, этнических и региональных особенностей. Прежде всего, нуждаются в пересмотре границы психической нормы, понятия нормативного поведения, которые далеко не всегда соответствуют европейским.

С этих же позиций нуждается в преобразовании стратегия оказания психиатрической и наркологической помощи — прежде всего по пути диалектического сочетания принципов централизации и децентрализации (с учетом низкой плотности населения регионов). Четко вырисовывается теоретическая значимость и практическая ценность

выделения «группы риска» и так называемых доболезненных состояний, а также прогностических критериев прогрессиентности пограничных и аддиктивных состояний. При разработке предупредительных мероприятий следует учитывать весь выявляемый комплекс взаимодействующих биологических, психологических и социокультуральных особенностей популяции. Они должны быть гибкими и не ущемлять права человека (особенно это касается народов Северной Азии с учетом их этнокультуральных традиций).

В целом полученные результаты транскультуральных исследований в восточном регионе России свидетельствуют о правомерности выделения превентивных разделов современной этнопсихологии и этнопсихотерапии. Разработка транскультуральных аспектов психиатрии и аддиктологии несет в себе не только теоретический стимул, связанный в первую очередь с кристаллизацией биосоциальной парадигмы, но и мощный социотерапевтический и превентивный заряд. Изменение в позитивном направлении неблагоприятных характеристик психического здоровья малых этносов помимо чисто медицинских мероприятий должно включать неотложное решение комплекса социально-экономических и социально-политических вопросов, законодательно закрепленных в недавнем государственном акте «О гарантии прав коренных — малочисленных народов Российской Федерации» (1999). Для естественной физической и духовной эволюции этих этносов следует придерживаться общественного мнения представителей народов Крайнего Севера, укладывающегося в простую формулу: «Человеку, прежде всего, нужна Земля, нужна Вера, нужна Истина» (Е. Айпин). Мы же, со своей стороны, не должны предавать забвению слова великого Карла Ясперса: «Человек становится тем, что он есть, благодаря делу, которое он считает своим».

## **ГЛАВА 14.**

### **ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ВКЛАД В ПЕРСОНОЛОГИЮ**

Для успешного претворения в жизнь современных инновационных программ в области психотерапевтической практики и науки необходимы усилия, позволяющие работать с «опережением», чтобы не оказаться на обочине все более совершенствующихся техник и форм психологического и психокоррекционного сервиса. Привлекательной задачей может оказаться попытка синтеза психотерапевтических подходов западных и восточных культур (кстати, осуществляемая ныне нашим научным коллективом). Обнадеживающим является высказывание немецкого писателя Томаса Мана: «Верно, что в преодолении животного начала Восток оказывается всегда сильнее, чем Запад, и поэтому мы не должны удивляться, слыша, что согласно восточной мудрости, боги тоже принадлежат к «данностям», которые выходят из души и с нею едины, — сияние и свет души человеческой». Именно через институты транскультуральной психотерапии возможен качественный «скачок» от эмпирического опыта прошлого к реализации дерзкого лозунга «В новое тысячелетие с новыми идеями и приоритетами».

Сближение позиций, прежде казавшихся полярными, чужеродными моделями культур, имеет помимо всего и весомое познавательное значение. Поняв взгляды на привычные вещи и непривычный ход мыслей, оценив продуманность линии поведения человека в схожих жизненных ситуациях, приняв на вооружение наиболее эффективные методики преодоления душевных конфликтов (взятые из «другого мира»), психотерапевт начинает более полно усваивать, реализовывать, познавать близость и оправданность новых для него теоретических концепций и практических приемов врачевания. Уже сам процесс взаимопознания и взаимопроникновения разных куль-

тур содействует расширению творческих связей в сфере психотерапии, что ведет к достижению целостной концепции внутреннего мира человека, преодолению невольной односторонности и любой предвзятости обсуждаемых точек зрения, к успешному дополнению и обогащению друг друга, к соединению «мудрости и интуитивной мысли Востока с новыми психотерапевтическими методами Запада» (Пезешкиан Н., 1992). Разрабатываемая данным автором «позитивная психотерапия» опирается на способности пациента оценить не только болезнь, но и использовать возможность ее преодоления (когда «разум и интеллект ценятся больше, чем фантазия и интуиция»)<sup>1</sup>; это помогает изменить привычную позицию, усвоить иные модели поведения, нежели те, которые только усложняли конфликт. Изучение действующих в данной культуре ценностей, норм, принципов, интересов, перспектив и стилей реагирования облегчает через способность к типизации подойти к плодотворному рассмотрению многочисленных межкультурных проблем. «Каждый видит мир таким, каким он хочет его видеть» — провозгласил пророк Мухаммед. С этих позиций интересна точка зрения автора цитируемых работ, попытавшегося в историческом аспекте оценить возможности психотерапевтической практики — как на Западе, так и на Востоке — на путях совершенствования в области систематизации знаний о механизмах целебного эффекта (в зависимости от динамики личности, социальных условий ближайшего окружения пациента).

Имеются определенные параллели во взглядах современных исследователей и целителей прошлого. Вот яркий пример попыток рассмотрения проблемы изначального страха человека (как реакции на отношение человека к неизвестному): страх перед прошлым возникает из-за ряда несправедливости (лечение его осуществляется прощением и покаянием); страх, испытываемый человеком в настоящем, выражается в боязни одиночества (устранение достигается путем аскетизации) и удаления от мирской суеты; страх

---

<sup>1</sup> Основные работы Носрата Пезешкиана, немецкого врача-психотерапевта иранского происхождения, содержатся в следующих публикациях: Peseschkian N. Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode. Frankfurt, 1977; Peseschkian N. Auf der Suche nach Sinn. Frankfurt, 1983; Peseschkian N. Positive Familientherapie. Tine Behandlungsmethode der Zukunft. Frankfurt, 1980; Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные теории и психотерапия. М.: Прогресс, 1992. 240 с.

перед будущим выражается в утрате смысла и целей жизни (основное лекарство при нем — молитва). Современные психотерапевты также выделяют три типа изначальных опасений, причем страх перед прошлым и настоящим объединяют в понятие «уже в прошлом пережитых», которому противопоставляется экзистенциальный страх перед будущим. Примечательно, что молитва и медитация как средство от страха перед будущим выдержали многовековые испытания, с их помощью человек обретает надежду и доверие. Последнее психологическое состояние очень важно при достижении эффекта выздоровления; достаточно вспомнить высказывание английского писателя Томаса Карлейла: «Надежда — это единственная собственность человека, которой его невозможно лишить». Психотерапевтическая роль молитвы и занятий медитацией (как и высказыванием сходных явлений) «становятся проблематичным, если они вытесняют активную заботу о будущем». Воистину был прав великий Саади (1203—1292), проповедовавший активный демократический гуманизм:

Если тебе причинили горе,  
учись переносить его.  
Через самоотречение и прощенье  
ты освободишься от вины.

Не менее примечательна и актуальна другая поэтическая сентенция цитируемого персидского поэта: «Две вещи омрачают наш разум: Порой мы молчим, когда нужно говорить, и мы говорим, когда нужно молчать».

Среди проблемных ситуаций, общих для обеих сравниваемых цивилизаций и преодолеваемых с помощью «позитивной психотерапии» (от лат. «positum» — реальный, фактический, имеющийся в наличии), встречаются кризис авторитета, трудности взаимоотношений поколений, комплекс неполноценности, моральные сомнения и пр. В целом данное направление психотерапии может рассматриваться в двух ипостасях: прежде всего в качестве системы психологической помощи, ориентированной на целостное представление о человеке во всей совокупности его поведенческих проявлений; помимо этого — как психотерапия в межкультуральной проекции. Первое рассмотрение свидетельствует о близости позиций (в смысле традиций гуманистической психологии, воспринимающей клиента целиком,

во всей полноте его жизненных устремлений, возможностей поступательного развития и самореализации). Имеется в виду намерение «поддерживать и любить самого себя для клиента не менее важно, чем проявлять позитивное отношение к другим» (Peseschkian N., 1979). Второй подход демонстрирует возможности данного метода как варианта транскультуральной психотерапии: человек живет в мире, наполненном противоречивыми культурально-ценностными ориентациями, иногда мирно сосуществующими, иногда конфронтирующими, соперничающими. Человек смотрит на мир «через призму собственного опыта», той системы культуры, в которой он формировался как личность. Эта система ценностей и оценок облегчает соединение восточной и западной психотерапии, всего богатства человеческой мысли, все культурное единство представлено в многообразии как модель «вечного, вневременного» в личностном реагировании (то, что содействовало положительной переработке и осмыслению травмирующих обстоятельств). В современной постфрейдистской психотерапии ставится задача освобождения клиента от эмоционального напряжения на чисто сознательном уровне.

Религиозные верования ряда посланцев Бога (Авраама, Моисея, Будды, Зороастры, Христа, Мухаммеда) видели свое общее предназначение в стремлении привести человечество к духовной зрелости, к противодействию разделению людей по национальному, классовому и религиозному принципам, что еще раз подтверждает мнение о гармонии истинной религии с рассудком и научным поиском. Сошлемся на малоизвестное широким кругам российских читателей учение Заратустры (по гречески — Зороастра). В его основе лежит тезис о постоянной борьбе в мире двух противоположных начал — добра и зла — цель мирового процесса — достижение победы добра над злым началом, а средство индивидуального спасения видится в добром образе жизни, добром слове, доброй мысли, добром деле. Мучительно-трудные поиски правильного пути через «божественное начало» и открытие истинного смысла «сокровенного в человеке» очень выразительно отобразил П.-Ж. Беранже:

По безумным блуждая дорогам,  
Нам безумец открыл Новый свет;  
Нам безумец дал Новый завет —  
Ибо этот безумец был богом.

В контексте этой поэтической метафоры вспомним другой известный призыв, имеющий отчетливое психотерапевтическое звучание: «Честь безумцу, который навеет человечеству сон золотой».

Иисус Христос тоже обращался к человеческому сердцу, звал людей к любви, добру, миру и согласию внутри себя, к отращению верующих от зла окружающего мира, сказав: «Мир лежит во зле, мужайтесь, я победил». Победил не силой оружия, а тем, что стал на сторону униженных и оскорбленных, помог каждому использовать время не для разрушения, а для созидания, для выбора добра вместо зла, увидеть в других доброе, хорошее, светлое, возвращать в себе милосердие и сострадание («Прости нас, как и мы прощаем», «Прощайте — прощены будете»). И теперь, спустя два тысячелетия, свежо и актуально выглядит стремление преодолеть национальные противоречия, пагубные последствия межэтнических конфликтов. Альтернативой этому служит тяга к сближению народов, к достижению веротерпимости и уважения ценностей других культур; в этом видится перспектива продвижения вперед, по гуманному пути, спланивающему разные народы и страны в единое общее гуманистическое сообщество.

Попробуем сравнить ритуалы, запреты и требования ведущих мировых религий, заимствовав некоторые сводные данные из таблицы в одном из номеров «Аргументов и фактов» за 2000 г. (она опубликована под примечательным заголовком «Религий много — Бог один»). Приведем эти параметры по сравниваемым конфессиям в несколько редуцированном и модифицированном виде.

В современной этнопсихологии и этнопсихотерапии используется понятие локуса контроля; оно отображает склонность личности (как представителя данной культуры) приписывать ответственность за важнейшие события в собственной жизни преимущественно себе (интернациональный локус) или внешним факторам (экстренальный локус). Фактически сказанное затрагивает мировоззренческий элемент (представления об управлении миром) и систему самооценок и критериев. В.Б. Миневиц (1995) пишет о двух типах контроля над внешним миром (который изменяет, приспособлявая к своим потребностям) и внутренним. Их модели представляют собой «целостные образования с различными способами мышления, существования, которые

люди выбирают и используют для объяснения испытываемых ими затруднений, всего стиля жизни» (с.18): споры между представителями таких моделей «выглядят как упрёки русскому китайцу, за то, что тот говорит на китайском языке».

Имеются межкультуральные различия в положении врача-психотерапевта в процессе лечебного сеанса. «Западный» целитель предлагает пациенту общение на равных, выступает, по выражению Карен Хорни, проводником в сложном восхождении в гору; часто он не знает самого маршрута, а дает выбор предпочтительного пути, причем ответственность за конечный эффект лечения разделяется поровну. В «восточной» модели психотерапевт играет роль наставника, учителя, «гуру», главного режиссера в полном противоречий лечебном процессе, несущего ответственность за конечный успех терапии. У Авиценны (латинизированное употребление имени Ибн Сины) — знаменитого врача, ученого, философа, представителя восточного аристотелизма — есть прекрасный совет, обрамленный в виде притчи: «Какое бы доверие не проявлял пациент к врачу, тот никогда не должен считать себя всемогущим пророком».

В последние годы предпринимаются попытки выделения кардинальных, «узловых», центральных этнокультуральных особенностей народов и наций, специфических форм реагирования их отдельных, конкретных представителей. Их детальная характеристика наряду с оценкой морально-этических и поведенческих паттернов представляется вполне оправданными, поскольку, опираясь на их положения, можно строить комплексные психотерапевтические и превентивные программы, на местном, региональном и государственном уровнях. Такого рода обобщения были представлены нами (Семке В.Я., 2000) в докладе на XIII съезде психиатров России, а основные оценочные данные сведены в таблицу. В ней учтены мировоззренческие, этнокультуральные, этнопсихологические параметры сопоставления двух моделей (восточной, азиатской и западной, европейской), используемых в процессе психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Мы вполне оцениваем схематизм и условность подобного сравнения этнокультуральных подходов, однако надеемся, что они могут послужить основой для дальнейших дискуссий. Приведенные табличные данные могут быть до-



Конфессия	Православные	Католики	Иудеи	Мусульмане
<b>Обряды</b>				
<b>Богослужение</b>	Литургия: общая молитва; песнопения; молитвы священников в алтаре; вынос Святых Даров; причащение. Всю службу прихожане стоят. Пение каноническое	Месса: то же, что православная литургия + проповедь; причащение — для всех желающих; прихожане сидят, стоя — только общая молитва. Возможна модернизация музыки и текстов, песнопения под гитару	Трижды в день, особая молитва в субботу	Цикл молитвенных поз и телодвижений с одновременным произнесением молитв нараспев в строго определенном порядке, лицом к Мекке
<b>Паломничество</b>	В лавры и монастыри приложиться к мощам Святых	В Рим, Иерусалим и другие Святые места	В Иерусалим к Стене Плача	Раз в жизни — хадж в Мекку
<b>Посвящение в религию</b>	Крещение. В любом возрасте; предпочтительно в младенчестве троекратным погружением в купель	Крещение. В любом возрасте, предпочтительно в младенчестве троекратным окроплением святой водой	Обрезание на восьмой день после рождения	Обрезание
<b>Миропомазание (конфирмация)</b>	Сразу после крещения — в знак приобщения к благодати	В сознательном возрасте (в 12-15 лет) после катехизации	В 13 лет иудея впервые начинают читать Тору	Нет
<b>Покаяние</b>	В строго отведенное время — перед литургией у аналоя — в общем зале священник читает разрешительную молитву	В любое время в закрытой исповедальне: священник дает советы и наставления отпускает грехи	В ходе поста и паломничества	
<b>Причащение</b>	Для покаявшихся и получивших отпущение	Для всех желающих во время богослужения	В ходе поста и паломничества	
<b>Брак</b>	Только между православными	Между любими христианами, а также неверующими	Желательно на человеке своей веры	Мусульманин может жениться на женщине любой веры, мусульманка — выйти замуж только за мусульманина
<b>Елеосвящение</b>	Соборование — молитва о выздоровлении и отпущении всех грехов. Не может совершаться наедине	То же, но возможно общение священника и страждущего наедине	В обеих религиях между человеком и Богом нет посредников. Есть только люди, получившие богословское образование, которые руководят молитвой и знают религиозный закон	
<b>Наказание (епитимья)</b>	Чтение покаянных молитв; зочные поклоны; усиленный пост; отлучение от причастия	Посильное возмещение ущерба, причиненного другим людям; дела милосердия; покаянные молитвы	Практически не применяется	За тяжкие грехи — побивание камнями до смерти. За более мелкие — наказания палками
<b>Женщина</b>	Обладает бессмертной душой, наравне с мужчиной подчиняется заповедям и установлениям; в то же время — второстепенна по отношению к мужчине — «друг», «помощник», «ребро». Не может сделать духовную карьеру		Бережет религиозную чистоту домашнего очага. Евреям может считаться только тот человек, у которого мать еврейка. Молитва — раздельно	«Неполная душа» с неясной загробной жизнью. Не может молиться вместе с мужчинами
<b>Посты</b>	4 многодневных (всего 130 дней) + 3 однодневных + все Среды и Пятницы	Не обязателен	5 однодневных постов	В лунный месяц Рамадан в светлое время суток
<b>Запреты в еде</b>	Только на время постов запрещаются животные белки	Нет	Разрешена только кошерная пища: говядина, баранина, козлятина. Мясо — без крови, рыба — с чешуей и плавниками	Запрещено есть животных, не имеющих шерсти, и рыб, не имеющих чешуи, употреблять алкоголь
<b>Запреты в одежде</b>	Женщинам запрещены брюки и короткие юбки; непокрытая голова; в церкви — то же + короткие рукава; для мужчин в церкви — запрет на головные уборы	В церкви — как у православных; вне церкви — запретов нет	Правоверный иудей во время молитвы обязан иметь головной убор	На людях женщины должны иметь хиджаб; покрывало, скрывающее волосы и фигуру. В некоторых странах — чадру

полнены обобщенными характеристиками особенностей национального типа, своеобразия образа жизни и манеры поведения отдельных представителей народов Европы (для «портретного» описания сугубо условно нами выбраны англичане, французы и немцы с их древней культурой, устоявшимися традициями) и Азии (в качестве объекта для обобщения взяты японцы, китайцы и корейцы, имеющие не менее древнюю историю, уникальную культурную специфику и занимающие лидерские позиции в экономике и политике на азиатском континенте).

Из практически необозримой литературы по данной проблематике мы выбрали для использования два источника: это монографии Э.А. Саракуева, В.Г. Крысько «Введение в этнопсихологию» (1996) и В.А. Сухарева, М.В. Сухарева «Психология народов и наций» (1997). Достоинством этих работ является то, что в них приводятся развернутые психологические портреты отдельных народов на фоне оценки типов общества, в котором они живут, их истории и языка, географической среды обитания, доминирующей религии и психофизиологической природы населения. Мы надеемся, что для российского читателя выбор этих «портретов» покажется адекватным, поскольку Россия, располагаясь на евразийском континенте, по своему геополитическому положению как бы является соединительным звеном между Западом и Востоком.

Совокупный портрет европейца начнем с жителя «туманного Альбиона». Англичане являются продуктом смешения многих этнических групп (древнейшего иберийского населения с народами индоевропейского происхождения — племен кельтов, германских племен англов, саксов, фризов, ютов, в некоторой степени скандинавов). Отсюда понятна «мозаика» английского характера: англосаксонская практичность с кельтской мечтательностью, пиратская храбрость викингов с дисциплиной норманнов. Первая и наиболее очевидная черта нации — стабильность, основательность и постоянство характера составляющих ее индивидов, а также приветливость, предупредительность (без тени фамильярности), уравновешенность и порядочность. При этом отметим его парадоксы — это странное сочетание конформизма и индивидуализма, эксцентричности и приглаженности, приветливости и замкнутости, отчужденности и участливости, простоты и снобизма. «Умение держать себя в руках», вы-

Параметры	Западная модель	Восточная модель
Доминанты культуры	Рационализм, разум и интеллект как основополагающие ориентиры.	Иррационализм, фантазия и интуиция
Житейские приоритеты	Карьера, престиж, увлеченность работой (вплоть до трудоголизма). Манипулятивность поведения.	Установление эмоциональных контактов, приоритеты группы, семьи
Приоритеты в здоровье и оценка болезни	Сохранение собственного здоровья. Ипохондрический эгоцентризм. Дихотомия психического – соматического.	Поиск смысла жизни. Соматопсихическая нерасторжимость. Преодоление болезни «через страдания».
Доминирующая концепция личности	Холистическое понимание. Социальный контекст личности. Экспрессивность реагирования.	Примат иррационального, интуитивного. Самоуглубленность. Импрессивность реагирования.
Отношение к религии	Сдержанно-умеренное (редко экстатическое). Христианский монотеизм.	Ортодоксальное увлечение конфессиональными обрядами.
Отношение к гражданским функциям	Регулируемый конформизм, патриотизм, часто – космополитизм.	Подчинение установкам группы. Конвенционализм в суждениях
Основные заботы личности	О собственной привлекательности, Забота о благополучии духовном и физическом.	Теплота интерперсональных отношений. Этническая доминанта сознания
Отношение к душевнобольным	Призренческое. Содержание родственников-хроников и пожилых в специальных учреждениях	Семейное содержание. Высокая оценка роли старших по возрасту
Исследование психики	Клинически-ориентированное. Персоналогическая технология. Оценка психологических параметров	Учет архаических представлений. Индивидуализация. Примат «путей освобождения».
Менталитет пациента	Ориентиры на абстрактно-рациональный анализ симптомов причин болезни	Перевес в сторону иррационального. Фатализм. «Несостоятельность без принуждения».
Менталитет психотерапевта	Клиентоцентрический. Социоцентрический. «Синдром перегорания»	Ориентация на общинный, групповой, семейный уклад
Система целительства	Коррекция общественных отношений. Комплексность воздействия. Опора на разум	Акцент на саморегуляции. Опора на чувственный опыт. Принцип нирваны.
Цель психотерапии	Создание новых психотехник. Индивидуализация. Самореализация. Функциональная автономия. Творческая самостоятельность	Постижение наследия прошлого. Использование народных методов. Рост спонтанности, творческого воображения.
Место психотерапевта в лечебном процессе	Позиция партнерства, приоритет психокоррекционных методик	Роль учителя, наставника, «гуру», «управителя» лечебным процессом
Место клиента в лечебном процессе	Стремление к эмпатии. Установка на позитивное отношение врача, его компетентность. Суггестия. Рационализация	Опора на собственные ресурсы. Внутренняя переработка конфликта. Аутосуггестия.
Факторы, обеспечивающие успешность терапии	Снятие напряжения. Принятие проблемного опыта. Когнитивное научение. Корректирующий эмоциональный опыт	Преодоление социальной изоляции. Поведенческая регуляция. Стремление к «самоотторжению» конфликта.

сокий практицизм, трудолюбие, деловитость сочетаются с высокой силой «психологического сцепления», слепым преклонением перед любыми традициями (если американец — раб стандарта, то англичанин — раб своих традиций), многие из которых сентиментальны, а порой нелепы, хотя и

являются безвредными, нейтральными. Обычай возводится в неприкосновенный закон, хотя они и вполне терпимы к чужому мнению. В целом это в высшей степени независимый, самобытный, цельный и оригинальный характер, стойко хранящий печать своей национальности. Французы — одна из старейших и самобытных наций на европейском континенте, отличаются аналитическим умом, богатством воображения, настойчивой пытливостью и смелостью в познании жизни, повышенной чувствительностью и эмоциональной возбудимостью. Динамизм, бурные формы протекания революций в стране объясняются не столько остротой классовых противоречий, сколько особенностями национального характера. Высоко развитое чувство общительности, порывистая воля, импульсивность определяют высокую взаимную внушаемость в коллективе, контрастность отдельных черт доводят их поведение до крайностей (храбрость до дерзости, любовь к свободе до неповиновения, азартная жадность новостей, внезапность решений). Французы общительны, веселы, оптимистичны, остроумны и язвительны, жизнерадостны и искренни, откровенны и хвастливы, страстны, нежны и галантны. В Европе трудно найти менее однородную в этническом смысле нацию (вспомним старую французскую поговорку: «Нужно всего понемногу, чтобы создать целый мир»). На севере страны преобладает классический тип высоких, худощавых и голубоглазых блондинов, на юге — низкорослые, коренастые, смуглые брюнеты. Независимость и достоинство личности нередко покупаются ими ценой душевного одиночества. Немцы имеют в «сердцевине» своего национального характера такие известные всему миру черты, как аккуратность, практичность, добросовестность, предусмотрительность, пунктуальность, точность, трудолюбие в сочетании с философской широтой мышления, глубиной абстрагирования, склонности к систематизации знаний. Отсюда проистекает любовь к практическим ценностям, фактам, расчетам, скромность, домовитость, страсть к методичности, педантичности. Ни один народ не действует так сообща, движется массами, как немецкий; они трудятся одинаково аккуратно, как в начале, так и в конце работы. Особую любовь проявляют к трем вещам — животным, музыке, цветам (женщины, естественно, тяготеют к трем занятиям — детям, кухне, одежде).

Триаду азиатских характеров начнем с японского. В его национальном «стержне» четко выделяются трудолюбие, аккуратность, бережливость, вежливость, приверженность традициям, преданность авторитету, чувство долга, стремление к согласованным действиям в группе, любознательность, сильно развитое эстетическое «начало». Японская поговорка гласит: «Невозможно понять поведение народа, не уяснив своеобразия его мышления». Этнографы выделяют такие психологические особенности жителей «страны восходящего солнца»: приверженность к абстракциям, проницательность, изобретательность в сочетании с рационализмом, медлительностью, малоинициативностью. Во главу угла ставят интересы коллектива, желание и стремление быть ему полезным. На всем протяжении страны отмечается совершенно одинаковая форма семейного и общественного быта, строя понятий, воззрений, наклонностей и желаний. Ее островное положение содействовало долговечности национальных традиций (сравним с Англией). Три религии (синто, буддизм, конфуцианство) наделили японцев чуткостью к природной красоте, чистоплотностью и легендой о своем божественном происхождении; укрепили в народе стойкость к превратностям судьбы; привнесли в основу морали верность, долг признательности старшим и вышестоящим. Из поколения в поколение их приучали к учтивости, умению говорить обиняками, избеганию открытых столкновений мнений («молчание красноречивее слов»). Неписанный кодекс общественного поведения включает смутную смесь чувства справедливости, понимания человеческих слабостей, терпимости и известной доли фанатизма. Японцы — люди особой культуры; все, что делает иностранец, имеет для них значение, рассматривается сквозь призму правил и условностей (при безусловно соблюдаемой ими учтивости и предупредительности).

Китайцы называют свою страну Чжунго («срединное государство»), представляя в глубокой древности ее центром Вселенной. Сейчас Китай — многонациональная страна (всего 56 национальностей и народностей), в которой более 90 процентов населения составляют китайцы. Основными чертами их психологии являются трудолюбие, терпеливость, упорство, выносливость, настойчивость, хладнокровие, выдержка, спокойствие, самоотверженность. Образ мышления можно назвать практическим, чуждым ненужным

сложностям, логика отличается высокой предметностью. В религиозной палитре страны доминирует конфуцианство (с характерным культом предков), в меньшей мере — даосизм (на основе учения древнекитайского философа Лао-цзы), регулирующего духовную и физическую жизнь верующих (с широким использованием техник медитаций, магических заклинаний). В общении отличаются поразительной вежливостью, предупредительностью, умением поставить себя на место другого, скромность, соединенная со стремлением всячески уважить собеседника. Весь жизненный уклад строится на четких правилах и предписаниях (в сочетании с внешней неброскостью, неприязательностью). Азия всегда была церемониальной; это же проявляется и в Китае (в застолье приняты тосты, вино наливают до краев, «пьют до дна — чтобы река не обмелела»).

Корейцы (жители «страны утренней свежести») на протяжении своей долгой истории сохранили национальное своеобразие, верования и культуру. К основным чертам корейцев относят терпеливость, дисциплинированность, трудолюбие, оптимизм, настойчивость (в сочетании с неуступчивостью). В стране тесно переплелись традиционные представления, обычаи, верования с современным прагматизмом, открытостью веяниям как с Востока, так и с Запада — отсюда смешение разных конфессий, в первую очередь буддизма, даосизма, конфуцианства, христианства, видоизменившихся в местных условиях. Корейцы в своей массе являются открытыми, общительными, очень вежливыми и воспитанными людьми, проявляя в деловой жизни отчетливую напористость, агрессивность, однако даже на путях модернизации не растерявших традиционные обычаи и понятия (строгое соблюдение иерархии внутри семьи, сильных патриархальных родственных связей).

В целом приведенная выше сравнительная этнопсихологическая характеристика западной и восточной культур (через призму сопоставления европейской и азиатской «триад» народов) открывает возможности развития «третьего пути», который представляется новой России. Этот вывод формируется при анализе серьезных изменений в базовых ценностях россиян на рубеже XX и XXI веков: интересные, хотя и спорные данные по этой проблеме содержатся в работе Н.М. Лебедевой<sup>2</sup>. Следует признать, что исследование ценностей в настоящее время рассматривается как

наиболее важное и актуальное направление в зарубежной кросскультуральной психологии. Ценности, доминирующие в обществе — главный элемент культуры; ценностные приоритеты индивидов реализуются в основных целях поведения, а опыт повседневной жизни в меняющихся социополитических условиях напрямую влияет на ценности. Речь идет об универсальных человеческих потребностях (биологических нуждах, потребностях согласованного социального взаимодействия и групповой жизни). По методике С. Шварца (1992), профессора факультета психологии Иерусалимского университета, сгруппированы 10 типов ценностей с учетом их главной цели: Власть, Достижение, Гедонизм, Стимуляция, Самостоятельность, Универсализм, Заботливость, Традиционность, Конформизм, Безопасность. Они размещены на двух биполярных осях: открытость к изменениям (ценности самостоятельности и стимуляции) — консерватизм (безопасность, конформизм и традиции); акцент на себе (власть и достижение) — акцент на других (универсализм и заботливость). Исследования Н.М. Лебедевой выявило снижение у молодых россиян таких типов мотивации, как Консерватизм, Равноправие, Гармония при заметном росте иных мотиваций (Мастерство, Иерархия, Интеллектуальная и Аффективная автономия). Таким образом, преобладающими мотивами являются стремление к достижению личного успеха, выбор собственных целей, независимость, благосостояние и установка на социальное неравенство. Люди старшего поколения отрицают ценности индивидуализма (разнообразие жизни, интересная жизнь, наслаждение жизнью, удовольствием). Согласно мнениям западных ученых, ценности Равноправия и Автономии, важные для поддержания демократии, поскольку являются «ценностной и моральной базой социальной ответственности» (с.81). На этом пути россияне ждут культурные потери и приобретения; это напоминает процесс аккультурации этнических меньшинств в доминирующем обществе (с.85). В целом же в мировом масштабе пересиливает психология охотника (первичная основа индивидуализма) над психологией земледельца (основа коллективизма): чтобы не погибнуть, человечество должно сменить психологию растраты на психологию сбережения. Именно в этом направлении надо пытаться «найти связь между прошлым и будущим русской культуры» (с.86).

А теперь попробуем глазами представителя восточного народа оценить портрет современного русского человека. Вот мнение корреспондента китайской газеты «Гуанмин жибао» Ван Сяньцзюя (см. «Аргументы и факты». 2000. № 3), проработавшего в России более 10 лет: среди «десяти признаков россиянина» он подчеркивает непредсказуемость русского национального характера (в полном соответствии с Ф.И. Тютчевым: «Умом Россию не понять, аршином общим не измерить: у ней особенная стать — в Россию можно только верить»). Причина этого качества лежит в истории страны, насчитывающей свыше 1300 лет, ее географии («поистине гигантские размеры»), религии и культуре, мощном творческом потенциале, давшем великое множество одаренных людей (от Ломоносова до современных покорителей космоса). Второй признак — мужество, стремление к победе («их противниками были монголо-татары и турки, французы и немцы, шведы и японцы, и почти во всей войнах русские побеждали»). Третье качество — стремление к лидерству в мире: с 1453 г., после падения Константинополя, Москва пыталась играть ведущую роль в православии, роль «Третьего Рима». Следующая черта — небрежность в малых делах и собранность в больших; при кажущейся беспечности россиянин смело вступает в борьбу, когда решается судьба его страны. «Эта нация имеет огромную силу внутреннего сцепления» и ее не удавалось сломать другим народам, а сама она «способна одолеть любого врага». Далее автором отмечена повышенная возбудимость, необдуманная поспешность в действиях («всегда чересчур спешат решать свои проблемы»); отсюда проистекает нелюбовь к ведению трудных, длительных переговоров и др. Подчеркнут и некоторый однобокий способ мышления («если отрицают социализм, то не хотят видеть в нем ничего хорошего»). Обратим внимание и на другое главное качество русского характера (напомним, что это «взгляд со стороны» непредвзятого китайца, испытывающего симпатию к нашей стране) — любовь к крайностям и противоречивость: он может «восхитить своей образованностью, интеллектом» и при этом вызвать глубокое разочарование «удивительной ленью, любовью к выпивке, беспечным отношением к своим обязанностям». Весьма при-

---

<sup>2</sup> Лебедева Н.М. Базовые ценности русских на рубеже XXI века // Психологический журнал. 2000. Т.21. № 3. С.73—87.



мечательны две черты россиянина — чувство юмора (возможно, связанное с его романтическим характером, высокой степенью образования и культуры характера; даже сейчас, когда жизнь стала «достаточно трудной», он считает, что без юмора жизнь вообще теряет смысл) и чувство собственного достоинства (не раболепствует перед иностранщиной, но иногда это качество перерастает в «слепую заносчивость» и в убеждение об уготованности «особой роли» в мире). Наконец, последний признак — освобождение от гнета — привел к резким изменениям в характере россиянина (умение собраться с силами и вновь начать «готовиться к бою за могучее государство»). Признание ошибок прошлого, их критическое понимание способствуют «самопознанию русских», а завоевание свободы освободило их сознание от предрассудков; не связанные идеологическими догмами, «они поступают теперь, как кому заблагорассудится». При всем субъективизме приведенных «человеком с Востока» признаков национального характера россиянина вновь отметим его полную солидарность с поэтическим образом великого россиянина Ф.И. Тютчева.

Сопоставление культур двух великих цивилизаций (восточной и западной), прежде всего в их этнопсихологическом и психотерапевтическом ракурсах, неизбежно подводит исследователя к установлению общности основных «корней» представлений о человеке, о главных моделях миропонимания и миропознания. Эти сведения целесообразно экстраполировать на общие и частные проблемы медицинской антропологии, поскольку такой подход облегчает постижение целостной картины психических расстройств, в том числе и аддиктивных. К общим вопросам сравнительной наркологии следует отнести раскрытие механизмов формирования наркотической зависимости, к частным — изучение специфики потребления этанола в разных культурах; в конечном счете их комплексное разрешение должно содействовать преодолению, искоренению извечного человеческого зла — алкоголя.

Современная психотерапия коренным образом отличается от тех устоявшихся лечебных приемов (вербальных и невербальных), которыми владели дипломированные и доморощенные целители древности; из сферы искусства (нередко мистического, навеянного суевериями и предубеждениями) она переходит в число научных дисциплин со всеми

присущими им атрибутами. Древний призыв «возлюби ближнего своего, как самого себя» опирается на извечную истину, упрочившуюся во времена раннего христианства: «Избегайте делать своему ближнему то, чего бы вы себе не желали. Это вся тора, все остальное просто интерпретация. Идите и учите». Эти принципы созвучны с мудрыми призывами Платона вершить добро, строго блюсти кардинальные добродетели воздержанности, храбрости и справедливости. Их последовательное претворение в жизнь сделает оправданным вывод И.В. Гете: «Кто познал самого себя и других, тот признает: Восток и Запад отныне неотделимы».

## ГЛАВА 15.

### МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

Процесс психотерапевтического взаимодействия, в который вовлечены с партнерских позиций врач и пациент, очерчен недостаточно (как это имеет место в других медицинских дисциплинах — хирургии, терапии и даже психиатрии), что дает повод к риторической постановке часто возникающего вопроса — является ли психотерапия искусством, наукой, ремеслом или же философским мировоззрением?<sup>1</sup> Не давая на него прямого ответа, обратимся к доводам современного науковедения, указывающего, что 90% успеха в решении научной проблемы зависит от правильной постановки изначальной цели и задачи исследования. «Похвальное слово» философии как научному базису психотерапии прозвучало из уст писателя с мировым именем Томаса Манна, который в своем докладе «Фрейд и будущее» (1936) отметил: «Философия, действительно, стоит впереди и выше естествознания и, что всякая методичность и точность — слуги ее духовной, исторической воли... наука не сделала ни одного открытия, не получив полномочий и указаний философии». Оценивая вклад великого «отца психоанализа» в построение здания психотерапевтической науки, писатель видит в нем «один из важнейших строительных камней, положенных в многообразно создаваемую ныне психологию, а тем самым в фундамент будущего, в дом более умного и более свободного человечества».

---

<sup>1</sup> Данная проблема, правда с несколько с иных позиций, освещена нами в работах: Семке В.Я. Превентивная психиатрия (глава «Инновационные направления в психотерапии»). Томск, 1999, с.358—369; Семке В.Я. с соавт. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии (очерк «Личность психотерапевта: позиция нейтральности или «синдром сгорания» — совместно с А.В. Семке). Томск, 1999, с.120—127.

Современная психотерапия коренным образом отличается от тех лечебных приемов (вербальных и невербальных), которыми владели дипломированные и доморощенные целители древности. Из сферы искусства (нередко мистического, навеянного суевериями и предубеждениями) она постепенно перекочевывает в русло научной дисциплины со всеми неизбежными атрибутами. Движение научной мысли идет по спирали: предыдущий столетний цикл психотерапевтической дисциплины, связанный с именем З. Фрейда, пройден. Сейчас мы вновь стоим перед выбором — техника или слово? В нынешних условиях общественной жизни мы нуждаемся не столько в совершенствовании материально-технической базы, сколько в умелом регулировании душевного равновесия, преодолении состояний кризиса, стресса, фрустрации, способности оградить личность от негативно-го влияния социальных потрясений.

Общественная психотерапия предусматривает овладение человеком действенного «костыля» и надежной опоры в быстро меняющемся мире, направленное воздействие и благополучное разрешение все более усложняющихся микросоциальных конфликтов, обретение нравственных ориентиров и целей. Добавим при этом, что этика, моральные критерии, границы и зоны использования влияния врача на пациента остаются фундаментальной задачей сложного прогресса психологического консультирования, коррекции и терапии. В то время как этнические параметры являются подвижными и зависимыми от социального климата, сам поиск и достижение «базовых» ценностей (таких как справедливость, сострадание, правда, истина, любовь) есть процесс вечный и непреложный — например, противостояние добра и зла, греха и преступления, порока и добродетели.

Апеллирование за счет психотерапевтического вмешательства к сохраняющимся на фоне болезни защитным, адаптационным механизмам социального реагирования означает поддержание и возобновление внутриличностной интеграции биологических, психологических и моральных качеств индивидуума. Древний призыв «возлюби ближнего как самого себя» возвращает нас к извечной истине, восходящей своими истоками к догматам раннего христианства: «избегайте делать своему ближнему то, чего вы себе не желали бы. Это вся тора, все остальное просто ее интерпретация. Идите и учите».

Первые научные попытки психотерапевтического воздействия восходят к началу XVIII столетия, а первый учебник по психотерапии в нашем сегодняшнем понимании был опубликован в 1751 году Иоганном Христианом Болтенем. «Психологическое лечение» («psychologische Kur») определено автором достаточно логично: «Это такое врачевание души, которое проводится в соответствии с законами, проистекающими из природы души». «Психическое явление, — пишет Болтен, — помогает не только при ипохондрии, ностальгии, истерии и булимии, но и при лечении тех чисто телесных заболеваний, где наблюдается повышенное влияние эмоций». Таким образом, Болтен является предтечей идеи психосоматики, хотя само понятие возникает значительно позднее. XIX век знаменует расцвет стационарной психиатрии и рождение парадигмы интеграции позитивных элементов восточной и западной психотерапии. Психиатры-гуманисты определяли психическое здоровье как свободу, а психическую болезнь — как грех, черпающий свои истоки в излишестве себялюбия и других страстей (в итоге приводящее к уменьшению или утрате свободы). С этих позиций психоанализ, отметивший недавно свое столетие, был призван «просвещать пациента о природе его страдания», используя все разнообразие личностных ресурсов психотерапевта. Один работает как просветитель, другой — как учитель, третий — в качестве отца-духовника, который дает прощение, четвертый — как оказывающий человеческую помощь, поддержку в преодолении «дрейфа на аффективной основе» и т.д. На практике речь идет об использовании многовекового опыта предоставления помощи пациенту в осознании комплексов эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций, оказавшихся трудно преодолимыми и неэффективными в прошлой жизни. Достижение лечебного результата может быть осуществлено как при активном участии самого пациента, так и без его осознаваемой помощи (В.Л. Минутко, 1999). В психотерапевтической литературе принято различать три основных подхода (N. Kagasu), сравнительная оценка которых представлена в таблице.

С позиций анализа взаимозависимости и личностного взаимодействия в системе «врач — больной» наибольший интерес составляют характер связей между ними, их концептуальные основы, роли и задачи каждого из объектов взаимоотношения. Личность врача-психотерапевта, по мне-

нию одного из первых сибирских психоаналитиков А.Г. Ципеса (1930)<sup>2</sup>, должна внушать «аффект психического подчинения и успокоения». Особо важно умение тонко разобраться в душевных переживаниях, понять «всякое влияние человеческой личности», «слить интересы больного с интересами общества». Оценивая отдельные компоненты личности психотерапевта, следует стремиться осветить те пути, которыми она идет к своему назначению.

Здесь чрезвычайно важно установить открытый контакт с пациентом, ибо «больная личность особенно чутка к искренности» и работа с нею будет всегда полезной. Интересна дефиниция специальности «психотерапия», в настоящее время официально утвержденной в перечне медицинских дисциплин. «Психотерапия — это искусство обращения с человеческой личностью, так же, как и иное искусство, оно может быть воспитуемо и управляемо». Вместе с тем автор отмечает малую изученность психотерапии, «законы которой трудно уловимы и основы которой строятся частью только на опыте»; это способ лечения «путем психического воздействия, которое может исходить как от другого лица, так и от самого же себя». Весьма целесообразно в каждом конкретном случае определять степень и форму податливости психическому влиянию с попытками использования его в терапевтическом отношении. Отметим в этой связи интересное мнение известного российского психиатра Н.Е. Осипова о том, что «собственно всякий случай психотерапевтического лечения есть акт творческий со стороны врача».

В последние два-три десятилетия по всей стране успешно работают вновь создаваемые кафедры психотерапии и клинической психологии, в программу которых должна входить задача обучения навыкам постижения душевных переживаний пациента, использования различных технологий психотерапевтического сервиса, умения динамично применять в практической работе собственные личностные качества, поставив их на службу своим подопечным. Отправной точкой в активном самосовершенствовании специалистов могут оказаться слова П.Б. Ганнушкина (1924)<sup>3</sup> о своих предтечах на

---

<sup>2</sup> Ципес А.Г. Элементарная техника психотерапии и гипноза. Томск, 1930. 79 с.

<sup>3</sup> Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание. М., 1924: Изд-во Сабашниковых. 52 с.

## Различия психотерапевтических подходов (по N. Karasu)

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа человека	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведёт себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидиозные влечения	Приобретённые стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «Я», расколование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических конфликтов: победа «Эго» над «Ид», т.е. сила «Эго»	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги	Актуализация личностного потенциала: аутентичность и спонтанность
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь-и-сейчас»)
Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействие в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание, систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие	Фасилитатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач-пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель — ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

поприще искусства беседы с больными: «Лучшие наши психиатры Крепелин — немец, Маньян — француз, Корсаков — русский — были большими мастерами, даже художниками в деле разговора с больными ... у каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал в этой беседе самого

себя со всеми своими душевными качествами. Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин был резок, иногда грубоват, Маньян — насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем троиц любить больше всего психически больного человека — больные это понимали и охотно беседовали с ними». Сам П.Б. Ганнушкин, по свидетельству его многочисленных учеников, отличался доброжелательной заинтересованностью, сопереживанием, соучастием в судьбе пациента: «интерес к происходящему в жизни — характерная для него черта» (Кербиков О.В., 1964).

Современный врач-психотерапевт, клинический персонолог, медицинский психолог, социолог и другие участники сложного процесса медицинского консультирования и психотерапии должны отчетливо осознавать всю степень ответственности за своих пациентов, оценивать весь диапазон их личностных свойств и индивидуальных различий — будь то индивидуальная или же групповая терапия. Уходит в прошлое мысль о единообразии психотерапевтических методов и приемов: на смену ему формируется убеждение в творческом характере взаимодействия пациента и его духовного целителя. Понимание закономерностей групповой динамики составляет необходимое условие в управлении лечебной ситуацией. Однако при несомненных успехах современных способов традиционной и нетрадиционной психотерапии (а их на сегодняшний день насчитывают свыше 500) мы не имеем конкретного ответа на вопросы о том, что мы делаем и как мы делаем. Один из классиков психоанализа Карл Юнг (1993) расценивал психотерапию как метод «лечения души и лечения душой» (в этой трактовке личности врача и пациента как бы сливаются, действуют в унисон, имеют одинаковые цели и задачи, одинаковую устремленность). Исцеление достигается, как правило, на путях совместного решения общей проблемы; психотерапевт помогает пациенту преодолеть фрустрирующие ситуации, разрешить индивидуально непереносимые психогении, снять последствия неблагоприятных жизненных кризисов, подвести к осознанию ведущих причин душевного страдания и стимуляции внутренних личностных ресурсов.

Признавая сложный процесс психотерапевтической работы как сеанс партнерства, многочисленные исследовате-



ли подобного процесса взаимодействия обращают внимание в основном на место и роль пациента в этой лечебной среде, оставляя в тени психологическое состояние самого врача и возможные последствия его многолетней психотерапевтической деятельности. Именно поэтому заслуживает анализа позиция врача в этом взаимодействии. По сути дела она сводится к двум альтернативным вариантам — нейтральности (как средства защиты) и «синдрома перегорания» (burnout syndrome) как результата «эмоционального истощения и цинизма». Эти две точки зрения нашли достаточно полное отражение в весьма интересных публикациях, оставленных друг от друга более чем на 20 лет<sup>4</sup>.

В статье Е. Гребена и С. Лассера справедливо утверждается, что имеются серьезные расхождения между тем, что психотерапевты говорят о своей нейтральности, и тем как они реально действуют в клинической практике. Есть, по меньшей мере, три группы позиций и убеждений. Первую из них составляют личности, исповедующие жестко структурированную терапию. Она формирует поведение и взгляды пациента в соответствии с целями, задаваемыми врачом. Психотерапевты второго направления считают эмоциональное взаимодействие между врачом и пациентом самой главной особенностью лечебного сеанса; они акцентируют важность собственных эмоциональных реакций на клиента (такова деятельность гештальт-терапевтов, адептов транзактного анализа). Представители третьей группы склонны как воздерживаться от увещаний, убеждений и руководства, так и от активного проявления своего отношения к пациенту, поскольку спонтанное развитие его эмоциональных реакций, самопонимания и способностей к самореализации обеспечивает наибольшую эффективность и стабильность результатов психотерапии. Однако независимо от принадлежности к какой-либо из рассмотренных групп психотерапевт всегда стремится оставаться нейтральным, прежде всего в плане своих суждений о моральной, политической и социальной стороне пациента.

---

<sup>4</sup> Greben E.E., Lesser S.R. The question of neutrality in psychotherapy // American Journal of psychotherapy. 1976. Vol. XXX, № 4. P.623—630; Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1998. Вып.3. С.19—21.

Понимание «нейтральный» по отношению к позиции психотерапевта означает, что он не выступает в роли арбитра, а стремится осознать пациента, оставаясь нераскрытым в своих вкусах, предпочтениях, собственных проблемах. В этом свете психотерапия оценивается как научное использование влияния одного человека (целителя) на психологические проблемы другого (пациента). Психотерапевтическое взаимодействие будет бесплодным, если, решая задачу возрастания интимности и доверия, не будет включать общность переживаний. С другой стороны, пациент может видеть в терапевте опасного соблазнителя, всемогущего волшебника или просто ригидного догматика. Применительно к психоаналитической практике З. Фрейд предлагает следующее разрешение имеющегося противоречия: «Требование эмоциональной холодности терапевта создает наиболее приемлемые условия для обеих сторон, защищая эмоциональную жизнь аналитика и обеспечивая пациенту максимальную помощь, которую сегодня способен оказать ему аналитик». Психотерапевт должен быть «непрозрачным» для своих пациентов и подобно зеркалу показывать ему только то, что показывает он сам. Установка на объективность помогает двум «партнерам» сформулировать неискаженный взгляд на внутренний мир пациента. Они осознают возникающие чувства уважения, симпатии, привязанности, заботы, взаимности и даже магических ожиданий. Без такого взаимодействия психотерапевтическая эмоциональная атмосфера не может возникнуть — ни тот, ни другой не должны позволять себе избегать осознания гуманности, человечности самой личности целителя.

В исследовании В.Д. Вида и Е.И. Лозинской представлены результаты изучения синдрома перегорания у большой группы медицинских работников психиатрических учреждений — по его различным параметрам, в числе которых выделены скука, эмоциональное истощение, деперсонализация (понимаемая как отстраненность, эмоциональная невовлеченность, защитная реакция избегания тесных контактов с пациентами), личное достижение. В зависимости от профессии респондентов обследуемые были разбиты на 4 группы: биологически ориентированные психиатры, ориентированные психотерапевтически, психологи, медсестры. Степень выраженности синдрома перегорания определяется, главным образом, культуральными особенностями, а

также склонностью представителей психотерапевтической группы более высоко оценивать роль психологических причин, лечебной идеологии (прежде всего рабочему альянсу между врачом и пациентом), наличию удовлетворительной социальной поддержки, возможности «открытого выражения чувств и творческой активности пациентов», возложению на них «определенной ответственности за ход терапии». Ощущение недостаточности личного достижения среди российских медицинских работников (в сопоставлении со шведами и американцами) может быть результатом осознания собственной неспособности «соответствовать стандартам охраны психического здоровья в современных неудовлетворительных условиях, что составляет, по мнению авторов статьи, чисто русскую специфику синдрома перегорания».

В области клинической персонологии и психотерапии существенный интерес представляет индивидуальная характеристика личности психотерапевта. В этой связи сошлемся на недавнюю работу известного психотерапевта страны В.В. Макарова (2000)<sup>5</sup>, который, используя собственный и литературный опыт ведения тренинговых, терапевтических и балинтовских групп, выделяет 7 наиболее частых и типологических вариантов. К типу скромного труженика отнесены профессионалы, принимающие повседневно клиентов и пациентов нередко в крайне стесненных, мало приспособленных условиях. Они используют обычно эклектичную психотерапию, методично создавая свои подходы и системы, открытые для нового опыта и знаний, неохотно делаясь при этом своими профессиональными успехами (зачастую оценивая их как мало значимые). Как правило, это весьма исполнительные и надежные люди, постоянно пребывающие на «рабочем посту». Тип «клинициста» представлен специалистами, опирающимися на парадигмы психиатрии и психотерапии в той области, где они трудятся в настоящее время. Это — односторонние диагностические подходы, широко использующие наряду со словесными подходами (по преимуществу предпочитают директивные методы) биологическое лечение (прежде всего фармакологическое). «Таинственный волшебник» весьма озабочен своим профессиональным имид-

---

<sup>5</sup> Макаров В.В. Истоки: настоящее и будущее психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. № 1. С.5—10.

жем, обстановкой рабочего кабинета, созданием атмосферы своей значимости, таинственности, включая манеру говорить, и внешнего облика. Крайне неохотно раскрывает свои методические подходы, тщательно соблюдает дистанцию с пациентами и коллегами. «Терапевт — пациент» (в западной литературе этот тип определяется как «раненый мыслитель» или «спасенный спасатель») постоянно жалуется на свою неуспешность, на плохое состояние здоровья, испытывающий признаки нарушенной адаптации. Постоянно занят своим самочувствием, охотно подвергается терапии. «Терапевт — бизнесмен» основным приоритетом в работе считает деньги, постоянно соразмеряет степень своих усилий и их денежную компенсацию. Предпочитает директивные методы воздействия, увлекается массовыми сеансами. Профессиональный рост тесно увязывается с суммами гонорара, а сам психотерапевтический процесс преломляется сквозь призму использования денег в качестве стимульного материала. Конгруэнтный профессионал имеет подготовку на уровне, принятом в развитых европейских странах. Он берется за решение только тех проблем, которые можно разрешить у данного конкретного пациента доступными ему методами при адекватной оплате затраченного труда, т.е. занят цивилизованной психотерапией с вовлеченностью в профессиональные сообщества, участвует в балинтовских и супервизорских группах, повышает свой образовательный уровень, придает большое значение этике и разделяет ответственность с пациентами и клиентами. Тщательно заботится о сохранении и развитии своей ментальной экологии, являясь адептом одной из научно признанных школ в психотерапии, иногда не проявляет интерес к смещению концепций и техник разных направлений. «Психотерапевт — совместитель» составляет порождение постсоветской действительности: специалист в другой клинической сфере «подрабатывает» в области ментальной медицины. Это как бы переходный типологический вариант психотерапевта, рано или поздно ему приходится делать выбор в вопросе повышения профессиональной компетентности.

При отмеченном многообразии рассмотренных профессионально-личностных типов выделим нечто общее для всех участников современного психотерапевтического сервиса — это стремление к единению, диалогу, взаимообогащению и взаимопроникновению отдельных школ и направле-

ний, сближению отечественного и зарубежного опыта терапии, развитию и совершенствованию личностных качеств врача-психотерапевта. В этом отношении можно согласиться с мнением В.В. Макарова, что «психотерапия — наука будущего». Используя российский исторический опыт крестьянской общины, в государственном масштабе возникает тенденция к профессиональному сплочению (по модели недавно созданной общероссийской психотерапевтической лиги).

Превентивная персонология и психотерапия в их новом, формирующемся облике неизбежно сталкиваются с проблемами, в которых личность пациента становится центральным объектом лечебного и реабилитационного процесса. По мнению известных французских психотерапевтов И. Дежерина и Е. Гоклера (1912)<sup>6</sup>, конечной целью лечебного вмешательства является перевоспитание личности («моральная ортопедия»), проводимой на основе тщательного анализа особенностей характера, его неустойчивости, излишней эмотивности. Это позволяет прежней личности, находящейся в «полуразрушенном состоянии», восстановиться. «Реконструкция личности больного нередко оказывается невозможной, пока не будет устранено препятствие (это сомнения, угрызения совести и упреки, которые поддерживают состояния «моральной депрессии»)». Психотерапевт берет на себя роль «светского исповедника», облегчающего пациенту возможность «простить себя и забыть ошибки прошлого». И. Марциновский (1913) в работе «Нервность и мировоззрение» основной задачей психотерапии считает перестройку мировоззрения пациента: «Болезнь — это ложная мысль, ошибочная оценка ничтожных пустяков, одним словом, самообман... это тщетная тревога, из-за кучки праха», поэтому надо дать человеку определенную цель — «чем более она будет возвышенной, тем лучше», и лишь тогда он привлечет к себе на службу логику и возможность ею правильно пользоваться. Психотерапевты новой волны иногда используют непрошеную интервенцию внутреннего мира целителя в интимную жизнь пациента, не принимая во внимание необходимость вовлечения больного в сотрудничество на глубоком эмпатийном уровне.

---

<sup>6</sup> Дежерин И., Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией: Пер. с фр. М., 1912.

В ряду социально-психологических вопросов взаимоотношений «пограничного» пациента с медицинским персоналом, широкой общественной средой и ближайшим семейным окружением важное место отводится проблемам стигматизации и комплайенса, успешно рассматриваемых в последние годы М.М. Кабановым (1998)<sup>7</sup>, который справедливо считает, что многим современным клиницистам «до сих пор еще не ясна и даже не приемлема профилактическая направленность системного процесса реабилитации», понимая лишь как «оптимизация лечения». На самом же деле это весьма емкое понятие, связанное с системным видением больного и комплексным воздействием не только на пациента, но и на окружающий его ландшафт. Для пациентов с затяжными, хроническими формами психической патологии весьма значима проблема стигматизации (по М.М. Кабанову, стигма является этикеткой, ярлыком как бы накладываемая на пациента, пользованного психиатром в больничных условиях). Речь идет о паническом страхе не только у пациента, но и у его ближайших родственников перед постановкой на диспансерный учет, боязнь (мнимая или реальная) грядущих негативных последствий психиатрического диагноза. Даже, несмотря на существенные положительные сдвиги в общественном сознании и принятие законов о правах душевнобольных процесс «дезалиенизации» (снятия печати обреченности, безнадежности, неизлечимости психического расстройства), по-прежнему остается приоритетной задачей для клинической и превентивной персонологии и психиатрии.

С опасениями этикетирования, стигматизации тесно связано состояние комплайенса (compliance), предусматривающее осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача. Оно имеет в виду наличие достаточно критического отношения субъекта к содержанию психопатологических переживаний, к режиму наблюдения и реабилитации данного лечебно-профилактического учреждения. Выраженность комплайенса (как и степень стигматизации) зависит от стиля работы медицинского подразделения, «его репутации, профессионализма персонала, психотерапевтических

---

<sup>7</sup> Кабанов М.М. Охраны психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 2. С.58—61.

качеств психотерапевта» (эмпатии, умения общаться и т.д.) и даже от названия учреждения (М.М. Кабанов). Такую функцию выполняют реабилитационные центры, областные или краевые Центры пограничных состояний (Семке В.Я., 1976, 1978), межведомственные центры психического здоровья на базе нашего института, широкая сеть психотерапевтических диспансеров, кабинетов, поликлиник (оказывающих комбинированную консультативную и корригирующую медико-психологическую и социально-психологическую помощь различным категориям пациентов), центров по преодолению аддиктивных расстройств, клубов и служб ранней профилактики, психогигиенического консультирования и т.д. Проблема успешного сотрудничества пациента с врачом (комплаенс) составляет важную задачу по улучшению стиля и качества жизни, по своевременному предупреждению индивидуально неразрешимых психологических проблем и коллизий.

В психотерапевтической ситуации оценки со стороны личности целителя позволяет определять (Р. Кочунас) стиль работы психотерапевта: агрессивный, любящий, не вмешивающийся лидер, «социальный инженер», «техник», холодный (для сравнения сошлемся на типологию основоположника транзактного анализа Э. Берна: делегат, улыбающийся бунтарь, клиницист-пациент, жонглер-фокусник, консерватор, ипохондрик, удивленный в стране). Для участников терапевтической группы наиболее желателен позитивный стиль проведения сеанса, наименее приемлем — агрессивный. Добавим при этом, что групповая динамика обнаруживает самые скрытые, латентные мало осознаваемые стороны личности пациента, облегчает точную диагностику характерологических параметров и степень адаптационных возможностей.

Как проявление социальной и профессиональной дезадаптации в системе «врач — пациент» оценивается (Семке В.Я., Стоянова И.Я., 1999) поведение, определяемое магическим или мистическим мышлением (обычно рассматриваемого в рамках архаического, мифологического, иррационального). Оно, как правило, противопоставляется логическому, рациональному — как более адекватному, конструктивному, реально отображающему объективную действительность. Проблема изучения механизмов психологической защиты (МПЗ) личности особенно важна для выбора

терапевтической тактики; их адекватное включение содействует уменьшению тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, психического дискомфорта и повышению самооценки. При личностных расстройствах истерического круга наиболее частыми являются вытеснение, механизмы перцептивной защиты, подавление, блокирование (задержка, торможение эмоций и мыслей, вызывающих тревогу), отрицание (непризнание, отвержение ситуаций, конфликтов, игнорирование тягостной реальности), а также приемы манипулятивного типа. В целом через исследование различных типов мышления и поведенческих стереотипов намечается путь к формированию новой общей и клинической персонологии, основанной на модели «человека будущего» — человека разумного, гуманного, ноэтического.

Одной из важных методологических проблем клинической персонологии и психотерапии является объективная оценка проводимых психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств. Интересный обзор по данной тематике содержится в работе Е.С. Калмыковой и Х. Кэхеле (2000)<sup>8</sup>. В нем справедливо отмечается, что главная цель всякого психотерапевтического воздействия — помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь, достичь стойкого, продолжительного позитивного эффекта. В данном ракурсе заслуживает внимания ответ на вопрос о том, какая психотехника оказывается наиболее продуктивной и адекватной? Практический психотерапевт часто стоит перед дилеммой выбора эклектического или интегративного подхода, сводимого к единому приему. В области терапевтического влияния принято различать два течения (школ, направлений). Первое связано с психодинамическими и гуманистическими теориями; второе — с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими подходами. Среди общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому вмешательству, выделяются: теплота и поддержка, внимание к пациенту, надежность психотерапевта, некоторая доля суггестии, ожидание улучшения и запрос на него.

В работе М. Лэмберта и А. Бергина (1994) приведены общие факторы, сгруппированные в три категории (поддер-

---

<sup>8</sup> Калмыкова Н.С., Кэхеле Х. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор) // Психологический журнал. 2000. Т.21, вып.2. С.88—99.



жка, научение, действие), связанные с успешным исходом психотерапии (таблица).

Среди «необходимых и достаточных условий» личностного изменения пациента, выявленных в рамках клиент-центрированного подхода (Rogers C.R., 1957), наиболее значимы: эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность (подлинность) врача-психотерапевта. Именно эти характеристики важны при построении терапевтического альянса. Большинство из существующих психотерапевтических приемов ориентировано на создание постоянно функционирующих изменений, а не устранение отдельных симптомов. Это позволяет максимально приблизить лечебную технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и жизненным обстоятельствам.

Методы изучения психотерапевтического воздействия имеют двоякую значимость: прямого — непрямого измерения. Первые из них кодируют или оценивают поведение в ходе сессий или записей (с помощью эксперта или судьи), вторые — опираются на применение опроса (чаще всего сразу после сеанса).

Р. Элиот (1991) предлагает выделять 4 аспекта процесса взаимодействия: содержание (что именно говорится), действия (характер речевого акта), стиль / состояние (как именно говорится, например, осуждающе, с эмпатией и т.д.), качество (насколько хорошо говорится или делается). Весьма распространен структурный анализ социального поведения (Benjamin L., 1974), направленный на изучение взаимодействий между врачом и пациентом; его применение обеспечивает релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных.

На основе клинико-динамического анализа эффективности проводимой нами на базе отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН была разработана строгая система комплексного воздействия на основные звенья патогенетического процесса в зависимости от стадии, тяжести, динамики и прогноза наблюдаемой патологии (последовательное или одномоментное применение психотерапевтического, психофармакологического, психопрофилактического комплексов). Выбор конкретных методов психотерапии определялся типологическим складом личности и тенденцией ее последующего развития. Основными инструментами исследования и объективной оцен-

**Перечень факторов, обуславливающих успешность психотерапии (по М. Lambert, А. Bergin)**

Поддержка	Научение	Действие
Катарсис	Информация	Поведенческая регуляция
Идентификация с психотерапевтом	Аффективные переживания	Когнитивное совладание
Уменьшение социальной изоляции	Принятие проблематичного опыта	Принятие риска
Позитивные отношения Снятие напряжения	Изменения ожиданий относительно собственной эффективности Когнитивное научение	Упражнение Тестирование реальности Опыт переживания успеха
Терапевтический альянс Активное участие во взаимодействии Компетентность психотерапевта Теплота, уважение, принятие, эмпатия, аутентичность терапевта Доверие	Корректирующий эмоциональный опыт Исследование внутренних фреймов Обратная связь Инсайт Принципы	Проработка

ки эффективности применяемых психотерапевтических мероприятий являлись: «Базисная карта стандартизированного описания больного пограничными личностными расстройствами и родственников» (Томск, 1985) и «Шкала оценки эффективности терапии пациентов с пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1981), отражающая 3 основных параметра, оси изучаемого состояния.

Основными критериями оценки степени выздоровления при анализе эффективности проведенного психотерапевтического комплекса (ПТК) являлись: клинико-динамические показатели (степень преодоления болезненной невротической и патохарактерологической симптоматики, достижения определенного уровня социальной адаптации, коррекции нарушенных межличностных отношений); нейрофизиологические сдвиги (экспериментально-психологические, иммунологические, электроэнцефалографические, нейромедиаторные показатели — прежде всего, в серотонинореактивной, холинореактивной, адренергической системах); степень восстановления социально-трудового статуса и социального функционирования индивида.

В итоговой оценке проведенной реабилитационной и превентивной совместной деятельности врача-психотерапевта,

медицинского (клинического) психолога и социального работника вырисовывается конкретная «Шкала выздоровления»: «А» — полное выздоровление (со стойким искоренением психопатологической симптоматики, выравниванием психолого-личностных и нейродинамических показателей, с устойчивым восстановлением социального и трудового статусов); «В» — практическое выздоровление, при котором наблюдается восстановление параметров психического здоровья (клинических, нейрофизиологических, социально-трудовых), однако для поддержания и закрепления нейродинамического гомеостаза, требующего проведения эпизодических, в основном, социотерапевтических мероприятий; «С» — неполное выздоровление (с наличием отдельных слабо выраженных и остаточных клинических проявлений прежней болезни, нерезких нейрофизиологических сдвигов, некоторым ослаблением адаптационных способностей и социального функционирования); «D» — незначительное выздоровление с элементами заметного ослабления эмоционально-волевых нарушений, довольно торпидной нейрофизиологической динамикой, частичным восстановлением социально-трудовой деятельности; «O» — отсутствие выздоровления по всем трем группам критериев, что свидетельствует о необходимости пересмотра терапевтической тактики, ее качественной «перестройки» и интенсификации.

Подчеркнем, что предлагаемая нами шкала оценки эффективности терапевтического вмешательства при пограничных расстройствах личности (невротических, патохарактерологических) отражает сложный патогенетический процесс с учетом сочетанного взаимодействия саногенных и патогенных механизмов. Это, прежде всего, шкала выздоровления, которая предусматривает поэтапную градацию перехода от болезненного состояния к различным вариантам клинического и социального улучшения, вплоть до полного выздоровления (реституции). Тем самым предлагаемая ступенчатая квантификация лечебного эффекта в клинике пограничных состояний принципиально отличается от критериев оценки терапии в области «большой» психиатрии (например, шкала ремиссий М.Я. Серейского для эндогенного процесса), где речь идет лишь об улучшении, смягчении психопатологической симптоматики, а не об ее полном устранении.

В соответствии с использованным подходом в оценке комплексной, поэтапной, дифференцированной терапии личностных расстройств в условиях межрегионального центра пограничных состояний ежегодные показатели функционирования данного специализированного научно-практического звена психологического и психиатрического сервиса оказались достаточно высокими: наиболее полное, устойчивое клиническое выздоровление (А + В) имело место в невротической подгруппе (93%) и соматогенно обусловленных пограничных нарушений (88%), менее устойчивое — при психопатиях и патохарактерологических развитиях личности (87%).

В целом для успешного претворения в жизнь современных инновационных направлений и программ в области психотерапевтической науки и практики необходимо предпринять ряд совместных усилий, позволяющих работать «на опережение» с тем, чтобы не оказаться на «обочине» все более совершенствующихся терапевтических техник и форм психологического и психиатрического сервиса. Речь идет о функциональном единстве теоретиков и практиков в сфере общей и клинической персонологии, медицинской психологии, социологии, психиатрии и психотерапии. Привлекательной задачей может оказаться попытка синтеза психотерапевтических подходов западной и восточной культур (осуществляемая ныне нашим научным коллективом). Вспомним высказывание Томаса Манна: «Верно, что в преодолении животного начала Восток оказывался всегда сильнее, чем Запад, и поэтому мы не должны удивляться, слыша, что согласно восточной мудрости, боги тоже принадлежат к «данностям», которые выходят из души и с нею едины, — сияние и свет души человеческой».

С позиций транскультуральной психотерапии представляется возможным избавление от индивидуальных и групповых страхов, опасений, социальных конфликтов. Весьма перспективным является опыт позитивной психотерапии (успешно разрабатываемый Х. Пезешкианом). Исходной точкой зрения в подобном изучении служит восточная мудрость: «Сравни нации мира с членами одной семьи. Семья — это нация в миниатюре. Расширь круг домашнего хозяйства и ты получишь нацию. Увеличь круг наций и ты получишь все человечество». Воспринимая и оценивая одни и те же проблемы с позиций разных культур, люди и целые семьи

научаются успешно преодолевать их, что помогает «раздвинуть горизонты понимания мира», преодолеть комплексы и восстановить коммуникации. Познавая отдельные принципы преодоления невротической и аддиктивной патологии (о патогенетической общности этих клинических проявлений мы говорили ранее), пациент постигает ценность и правоту древнекитайского изречения: «Пришло счастье — будь бдителен; пришло горе — будь стоек».

Обзор многочисленных психотерапевтических подходов и техник не составляет предмет нашего изложения. Упомянем лишь некоторые моменты, содействующие их эффективному выполнению: это особый настрой пациента на обучение нужным упражнениям; определенная системность; последовательность выработки необходимых ритуалов; растянутость во времени достигаемого результата, его личностное закрепление и переработка. Описывают несколько вариантов «копинг»-поведения (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993): стратегии, направленные на изменение реальной ситуации («поиск социальной поддержки», «разрешение проблем»); сознательный контроль происходящих событий, видоизменение, ослабление психотравмирующего обстоятельства; стратегии «избегания», представляющие пассивный уход от проблемы, уклонение. В современной культуре существует (К. Хорни) четыре приема избегания тревоги: рационализация, отрицание (ее устранение из сознания); наркотизация; избегание всех ситуаций, вызывающих тревогу. Как основные способы защиты от такой базальной тревожности описывают подчинение общепринятым традиционным взглядам, религиозным ритуалам; желание любви; тенденция к подчинению; стремление к власти и успеху; бегство от мира. Несколько отличную от европоцентрической психотерапии описывают С.И. Кулибани и Е.В. Заика (1993) африканскую модель народного целительства, рассматривающую болезнь как тотальное проявление дисгармонии (в основном из-за нарушений людьми запретов, влияния злых духов и т.п.) и требующего такого же всеобъемлющего психосоматосоциотерапевтического воздействия (устранение нарушений в работе тела, душевных потрясений и социальных дисфункций). Согласно В.Н. Цапкина (1992), в психотерапевтическом процессе переkreщиваются идеи «как минимум трех мифологических систем: профессиональной мифологии психотерапевта, личностных мифоло-

гий пациента и психотерапевта... психотерапия, в конечном счете, всегда есть ремифологизация, а не демифологизация». Отсюда понятен призыв апологетов прагматических моделей психотерапии: «Давайте действовать так, как будто так и есть на самом деле».

Один из важных постулатов этнопсихологии и этнографии гласит: нет больших и малых народов — в смысле их культурной ценности, значимости — ибо все культуры сложны и уникальны; в любой экзотизации какого-либо этноса присутствует элемент расистской оценки, скрытый дух неокOLONиализма, отбрасывающий напрочь идею равенства, братства, партнерства. Тема контакта и взаимопроникновения культур не нова: достаточно вспомнить позицию О. Шпенглера<sup>9</sup>, обсуждавшего наличие так называемых «культурных кругов», подобных живым организмам, обреченным в итоге на старость и смерть. По его утверждению, каждый из них обнесен незримой стеной и убрать ее означает разрушение самой культуры: нам не дана возможность понять древнюю культуру эллианов, а современный араб никогда не поймет китайца. Можно лишь позаимствовать технические навыки и знания (названные О. Шпенглером цивилизацией, противостоящей культуре как духовному целому). Однако несмотря на все теоретические конструкции и положения (например, о «культурных коалициях» Т. Померанца [1989], обладающих самостоятельными религиозно-философскими традициями; допустим, Византия в союзе с обращенными в православие соседними государствами; Тибет с Монголией; древний Китай и Индия), на практике происходит взаимопроникновение (и, естественно, взаимообогащение) культур. В последнем случае речь не идет о насильственно насаждаемой аккультурации (изменениях, происходящих в культуре каждой из контактирующих групп), имевших место в советский период. Усваивая внешнее, чуждое (как выпреннее) человек воспринимает происходящее как самоотчуждение, как состояние эмоционального диссонанса. Наедине с собой он живет в прежней, родной культуре, а в условиях окружения — новой, иной, чужеродной (отсюда нередкие внутриличностные конфликты). Стереотипы «врастания» в иную культурную сис-

---

<sup>9</sup> Шпенглер О. Закат Европы. Очерки морфологии мировой истории. Т.1. Гештальт и действительность. М.: Мысль, 1993. 663 с.

тому содействуют разрушению традиционного уклада, обычаев, привычек.

Несколько иная ситуация создается у беженцев в местах их временного пребывания; возникающая у них социально-психологическая дезадаптация зависит от политической ситуации в стране проживания, языковых и иных этнокультуральных различий, условий проживания — возможностей активной трудовой деятельности, оказания антикризисной психологической помощи (Дмитриева Т.Б. с соавт., 2000). Другой проблемой современной транскультурологии является динамическое рассмотрение социальной модели общества через формирование девиантных субкультур, способных влиять на идеальную и реальную культуру народного уклада — через систему норм поведения, путем «диффузии» (Пятницкий Н.Ю., 2000). «Оппозиционная» культура существует в социальной изоляции от основной культуры и создает собственную систему норм. По данным западных социологов (Spenser M., 1979), в XX веке важнейшей культурной тенденцией становится смещение девиантных форм поведения (преступные, развращенные, аморальные) в категорию психических болезней (сексуальное отклонение, пристрастие к наркотикам), что приводит к изменению критериев диагностики и поиску новых форм коррекции и терапии.

В современных условиях чрезвычайно уметь достичь общей, согласованной позиции по преодолению имеющегося всеобъемлющего, «вселенского» кризиса. Как недавно сказал Норман Сарториус, по-китайски, «кризис» обозначается двумя иероглифами — опасность и возможность (желание) его преодолеть. На практике речь идет об использовании широких возможностей неопределимого богатства западной и восточной медицины, ибо «великие мысли везде одинаковы». Не нужно быть большим пророком, чтобы прогнозировать бурное развитие в третьем тысячелетии наиболее важных разделов науки о человеке; скорее всего, крупные революционные события ожидают нас в сфере валеопсихологии, этнопсихологии, этнопсихологии и молекулярной генетики. Культ духа, который провозгласил великий мыслитель прошлого Махатма Ганди, должен оплодотворить новые ростки стремительно развивающейся этнопсихологии и этнопсихотерапии. Чисто схематически можно представить исторический путь становления этих дис-

циплин: обособленные модели западного и восточного (в первую очередь, шаманство) целительства — это их давнее и не очень далекое прошлое параллельное, а в отдельных моментах пересекающееся развитие культур Запада и Востока — реальное настоящее действенная интеграция наилучших концепций, теорий, приемов и техник двух научных школ, направлений — задача ближайшего будущего, а в более отдаленной перспективе — их окончательное слияние, с преодолением существующих противоречий.

Укажем на одну из характерных особенностей менталитета в области психотерапии, подмеченную В.В. Макаровым (2000): «Мы — коллективисты с глубокими корнями», идущими от старой крестьянской общины, членами которой были наши предки. В это связи ставится вопрос о современности перехода в современных условиях к убеждению всего общества в особой важности психотерапевтической деятельности, превентивной миссии в стране. Чрезвычайно актуально, чтобы заинтересованные в развитии психотерапевтической науки профессионалы (целители и сообщества) мобилизовали свои ресурсы на создание новой саморазвивающейся, саморганизующейся профессии, содержащей внутри себя механизмы развития и потенцию прогресса.

Возникает настоятельная потребность преодоления существующего в психотерапии «вавилонского смешения языков», создания психотерапевтической компаративистики, т.е. дисциплины, сходной со сравнительным языкознанием или религиоведением (Цапкин В.Н., 1992). Психотерапия предоставляет уникальную возможность исследования измененных состояний сознания: их индукция у пациентов «является неспецифическим универсальным элементом любой психотерапии» в ее любой культуральной модели, вызванное целителем (гипноз, психодинамическая психотерапия, голотропное дыхание) или обученным пациентом (аутогенная тренировка, медитация). Подчеркнем необычность самой психотерапевтической ситуации, создание в эксперименте особого вида реальности, в которой можно сообщать все, что возникает в поле сознания (психоанализ), изображать любое действие (психодрама), делиться переживаниями с прежде неизвестными людьми (групповая психотерапия) и т.д. Другой задачей психотерапии может быть возвращение человека к способности действовать в обыден-



ной реальности, пробуждение «от собственного транса или миража». В дзен-буддизме подобный момент называется пробуждением или сатори. В течение гештальт-терапии пациент переживает множество малых пробуждений, приходя в чувство, он чаще видит мир ясно и ярко (Ф. Перлз). Стремление к восстановлению актуального переживания настоящего отражено в психотерапевтическом принципе «здесь и теперь».

## **ГЛАВА 16.**

### **НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТИ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ РАКУРСЕ**

Развитие современного общества, переживающего на рубеже смены эпох и тысячелетий качественный всплеск новых идей и оптимистических ожиданий, неизбежно сталкивается с проблемой всестороннего, гармонического психического, духовного, нравственного здоровья населения, стоящего перед угрозой ядерного гомицида, всемирного голода распространения наркотиков, изменения системы ценностей всего человечества (Д. Карлтон). Значимость происходящих в общественном сознании сдвигов усугубляется рядом объективных и субъективных обстоятельств, имеющих напрямую отношение к «узловым» вопросам общей и клинической персонологии. Укажем лишь на некоторые из составляющих частей этого «глубочайшего всепроникающего кризиса». Прежде всего, речь идет о пугающем нарастании поляризации политических сил и общественных направлений, жесткой политизации социальной жизни, отдельных слоев и общества в целом, социально-экономической неустроенности, усиливающимся межличностном отчуждении, нарастающем по всем основным регионам страны процессе депопуляции, сопряженным с этим негативным явлением повсеместное загрязнение окружающей среды и почти неуправляемые миграционные потоки. Происходящий в настоящее время небывалый рост пограничных и аддиктивных расстройств, по-видимому, сопряжен с этими сложнейшими социально-экономическими преобразованиями в общественной жизни, приводящими к характерному всплеску формирования так называемых «ноогенных неврозов» и необычных вариантов личностных девиаций, что подтверждает известный тезис: «Каждая эпоха имеет свою психиатрию» (добавим от себя — свою персонологию и социальную психологию).

На фоне огромного числа негативных оценок настоящей общественной жизни страны и не меньшего количества пугающих предсказаний мрачного будущего выделяются предвидения крупного сибирского исследователя В.П. Казначеева (2000)<sup>1</sup>, связанные с тревожными показателями психического здоровья личности и всего общества.

Речь идет, по убеждению ученого, о разрушении этнической основы страны в результате социальной несостоятельности, «обезлюживания» ее восточных регионов, экологической и демографической катастрофы; «Россия как глобально-исторический феномен исчезает», истощается интеллект, культура, наука, «историческое целополагание в преемственности поколений», гибнет репродуктивный потенциал (резерв нации), а ее историческое здоровье «балансирует» на краю пропасти, идет своеобразный социальный геноцид. Проблемы «сфинкса XXI века» заключена в настоятельной необходимости и выживания российского суперэтноса, в реализации строительства в России «новой формы цивилизации», в формировании перспективного геополитического центра планеты. С позиций восстановления базисного, культурного, научного, технического и нравственного единства проблемы человека становятся важной исторической, государственной задачей.

Общественное психическое здоровье составляет важный показатель духовного развития страны, отражающий оптимальное протекание всех процессов жизнедеятельности личности в обществе; он выражается через функционирование всей социальной системы и высокий личностный тонус, степень удовлетворенности индивида различными аспектами своего бытия. В условиях урбанизации, нарастающего ритма жизни, информационных перегрузок, механизации, компьютеризации и автоматизации производства качественно изменяется социально-биологический стереотип личностного реагирования на усложняющиеся интерперсональные конфликты, предъявляющего повышенные требования к довольно консервативному биологическому «каркасу» личности, в основном нервно-психическим процессам, к природным (приспособительным) адаптационным механиз-

---

<sup>1</sup> Казначеев В.А.П., Поляков Я.В., Акулов А.И., Мингазов И.Ф. Проблемы «Сфинкса XXI века». Выживание населения России. Новосибирск: Наука, 2000. 232 с.

мам человеческого организма. Биологический базис как бы вступает в противоречие с социальными качествами личности. Именно в этой связи проблема контаминации (очищения) морального климата в микросоциальной среде, усиления и утверждения нравственных сил каждого индивидуума, устойчивой направленности на доброту, отзывчивость, эмпатию сегодня становится особенно важной как никогда.

Центральной проблемой клинической персонологии может стать детальная разработка теории здоровья, действенной системы его количественного и качественного определения, построение на этой основе прогноза личностного благополучия — индивидуального и общественного. Понятие «здоровья» (прежде всего психического) включает способность индивидуума приспосабливаться к окружающей среде, своим возможностям и потребностям, успешно противодействовать многообразным внутренним и внешним влияниям, расширять и увеличивать потенциал полноценной жизнедеятельности. Основными показателями уровня общественного здоровья и социальных недугов являются: социальное качество жизни, нравственный смысл жизни, здоровый образ жизни. От здоровья общества зависит и здоровье конкретных индивидуумов, а сам процесс приспособления личности в новых, меняющихся условиях жизнедеятельности отличается чрезвычайной вариабельностью. Во многом масштабы его проявления определяются силой потенциально дестабилизирующего воздействия, исходным состоянием психических и соматических «защитных сил» индивида (предиспозиция) и его типологическими особенностями. При появлении у конкретной личности напряженных межперсональных проблем способность приспособления в субэкстремальных условиях заметно сужается, что неизбежно приводит к «углублению» прежних характерологических дефектов и присоединению к ним новых качеств, к качественному снижению общей резистентности организма, к возможному обострению дотолерантных или же компенсированных форм хронической соматической патологии.

Все вышесказанное оправдывает акцентуацию нашего внимания на относительно новом разделе клинической персонологии — превентивном. Определение стратегии адаптации личности к меняющейся общественной среде является основной целью превентивной персонологии, учитывающей социальный и личностный статус человека, его типологи-

ческие особенности «впечатывания» в ближайшее непосредственное микросоциальное окружение. Данные современной экологической генетики показывают, что внешние (средовые) факторы действуют на формирование пограничной личностной патологии двояко: напрямую — как провоцирующее реализацию генетической предрасположенности воздействие; косвенно — через конституционально-биологические особенности, преформируя их, модифицируя и определяя норму-реакцию.

Здоровье как ключевое понятие клинической персонологии и валеопсихологии предусматривает его трактовку с позиций возможности личности к самосохранению и саморазвитию, поддержанию и укреплению содержательной жизни во все более усложняющейся, нередко весьма неблагоприятной среде обитания. Речь идет о приоритетном изучении «психического здоровья здоровых лиц», что несет в себе несомненный предупредительный, превентивный заряд. Изменение стиля и образа межличностных отношений в современном обществе заставляет по-новому рассматривать, казалось бы, устоявшиеся понятия в таких дихотомиях, как «норма — патология», «здоровье — болезнь», «гармоническая — психопатическая личность» и т.д.

Синтетический взгляд на превентивную концепцию психического здоровья облегчает: исследование взаимодействия саногенных и патогенных факторов (восстановление нарушенных коммуникативных отношений, создание «экологической ниши», достижение устойчивого гомеостаза); объективную оценку нормальных и патологических процессов (в нормологических и патопсихологических аспектах); осуществление на практике возможности «шкалирования» генетически гомогенных нозоцентрических образований. Такая технологическая попытка осуществлена нами в последнее время применительно к «истерической болезни». Количественное измерение определенных качественных признаков (симптомов, синдромов, состояний) облегчает тонкое улавливание «переходных» явлений, углубленный анализ сложных оттенков личностного реагирования.

Общественная, жизненная установка личности представлена тремя основными психологическими блоками, формирующими в своей совокупности стиль жизни, способ взаимодействия с ближайшим окружением: познавательный (накопленный индивидуумом эмпирический опыт, взгляды,

мировоззрение); эмоциональный (со всеми нюансами отношения субъекта к себе и близким: переживание уравновешенности чувств, внутреннего комфорта, эмпатии, сострадания и т.д.); поведенческий (главенствующий стереотип линии поведения, используемый для поддержания равновесия, достижения поставленных целей, адаптивных механизмов реагирования). Современная общественная жизнь ставит личность перед необходимостью неизбежного выбора — либо расширение кругозора своих мировоззренческих взглядов, «ассортимента» потребностей и возможностей, направленности на общечеловеческие ценности; либо осознанное ограничение творческих способностей, сужение понимания своей нужности и полезности для общества, уход в мир собственных интересов и непродуктивного самоанализа, отказ от соучастия в сложных процессах социального преобразования. Первый вариант выбора жизненной позиции присущ нормальным, гармоническим, сбалансированным личностям; второй — девиантным, дисгармоничным, психопатическим натурам. Третье (промежуточное между психическим здоровьем и психической патологией) состояние в последние годы стремительно пополняется все новыми, весьма сложными по генезу и структуре валеопсихологическими феноменами. Это широко наблюдаемые в населении психологические и соматопсихические отклонения в виде неумения приспособиться к суровым реалиям сегодняшней действительности, достойно выжить и продуктивно трудиться, не испытывая при этом психологического дискомфорта. Из этой зоны рекрутируются субъекты с многообразными формами невротических состояний и аддиктивного поведения.

Разграничение понятий здоровой и больной личности вновь приближает нас к необходимости оценки так называемой психологической нормы (от лат. «погта» — образец, мерило, установленная мера, количество чего-либо). Наиболее часто сложной проблемой установления граней между нормальной и патологической личностью приходится сталкиваться в практике пограничной психиатрии и психотерапии. Достаточно полно эту позицию отобразил гениальный З. Фрейд (1917), отмечавший, что «здоровый человек» по сути своей является «потенциальным невротиком»: «Если подвергнуть более строгому анализу его жизнь в бодрствовании, откроется то, что противоречит этой видимости...

мнимо здоровая жизнь пронизана несметным количеством ничтожных, практически незначительных симптомов». Карен Хорни (1937) говорит о психоаналитиках, имеющих повседневно дело с невротиками, как о психотерапевтах, теряющих представление о том, что «в нашей культуре существуют также и нормальные люди». По ее мнению, каждая культура «придерживается веры в том, что присущие ей чувства и стремления являются единственным нормальным выражением «человеческой природы».

Жизнь в обществе предъявляет к личности ряд требований по соблюдению традиций, норм, обязанностей, прав, активному участию в непосредственном взаимодействии и сглаженности людей. Ни сама личность, ни то, что она делает и переживает, не может быть понята, если абстрагироваться от такого участия. Трагедия и счастье личности заключаются в том, что она не может оставаться хотя бы на короткое время наедине с собой, когда она переставала бы смотреть на себя со стороны (по мнению Т. Шибутани, японская женщина должна следить за собой каждую минуту, как бы смотреть на себя глазами мужчины). Социальность составляет основу человеческой природы, и бегство от одиночества постоянно сопутствует ей. В условиях разобщенности возникает гнетущее чувство тоски, растерянности и тревоги. Групповые роли и нормы составляют продукт коллективного приспособления к условиям общественной жизни. Для сохранения своего социального статуса личность обязана вести себя так, чтобы обеспечить сохранение сложившихся взаимоотношений, своей репутации в глазах окружающих, внутреннюю гармонию и душевный комфорт.

Первичные идеалы, нравственные нормы универсальны: выживание микрогруппы как первичного звена человеческого сообщества зависит от того, насколько ее члены могут полагаться друг на друга. Авторитет и безопасность в первичной группе для личности зачастую важнее, чем успех в широком мире. Одни внешне равнодушны к взглядам окружающих, другие не могут помыслить о том, чтобы не оправдать их доверия. Несоблюдение предначертанных группой чревато расстройствами душевного здоровья; об этом хорошо сказано К. Юнгом (1929): «Унаследованные коллективные предрассудки, с одной стороны, и мировоззренческая и нравственная дезориентация — с другой, как раз в нашу эпоху очень часто оказываются глубокими причинами серь-

езных нарушений душевного равновесия». Другой известный психоаналитик Альфред Адлер в книге «Понять природу человека» (1923) пишет: «Критерии, по которым мы судим о той или иной личности, определяются ценностью этой личности для человечества в целом. Мы сравниваем личность индивидуума с идеальным образом личности, которая выполняет свои задачи и преодолевает лежащие перед ней трудности с пользой для общества в целом, личности, чье социальное чувство высоко развито».

В социальной психологии общения весьма актуальна проблема лидерства; в стихийных сообществах она решается стихийно (как это имеет место в мире животных), в организованном человеческом коллективе она выступает со всей очевидностью: даже у однояйцовых близнецов, казалось бы равноправных партнеров, обычно один — лидер, другой — ведомый. Современный тип лидера — это человек, «ориентированный на других», ситуационный флюгер, авторитет момента. Больше шансов на лидерство имеет тот, кто способен полнее и всесторонне учесть разнообразные интересы, кто лучше умеет предвидеть поведение других, учесть энергию и инициативу других людей. По статистическим выкладкам западных социологов, наиболее удачливыми руководителями становятся старшие дети больших семейств, а протест и бунтарство — удел младших. Отмечено, что при властном отце и мягкой матери растут активные, агрессивные сыновья, а дочери пассивны; при сверхактивной матери сыновья, как правило, слабовольны и мало инициативны, а дочери активны. Чрезмерно опекаемые дети, не участвующие в групповых играх, часто в последующей жизни испытывают затруднения в межличностных отношениях; шаблоны чувств из раннего детства могут быть перенесены в другие возрастные периоды.

С позиций социально-психологического анализа личностного реагирования весьма важно определить степень адаптированности к ближайшему окружению, умение оптимально воплотить в жизнь заложенные в субъекте потенциальные способности и получать при этом «удовольствия, которые ему может предложить жизнь» (З. Фрейд). Диалектика становления личности предусматривает по мере ее взросления усвоение накопленной обществом информации, воплощаемой затем в «готовых», заданных социальных ролях, знаниях и нормах. Об этом хорошо сказано Э. Эриксоном в книге



«Идентичность: юность и кризис» (1976): «Здоровая личность активно строит свое окружение, характеризуется определенным единством личности и в состоянии адекватно воспринимать мир и саму себя». С другой стороны, слишком жесткая, единообразная система общественного воспитания, основанная главным образом на внешней дисциплине, нивелирует личность. В целом «приспособление» и «утверждение» составляют взаимосвязанные явления социальной жизни, естественно дополняющие друг друга. Заметим, что жесткий, авторитарный тип личности плохо переносит неизбежные в условиях высокого темпа общественной перестройки информационные перегрузки и микросоциальные катаклизмы.

Каждый человек вырабатывает в себе особый способ подхода к миру, и этот индивидуальный стиль связан с личностями его близких. Это созвучно с философскими воззрениями древнегреческого мыслителя Фалеса Милетского (625—547 гг. до н.э.): «Кто счастлив? Тот, кто здоров телом, одарен спокойствием духа и развивает свои дарования». Много столетий спустя эту проблему пробует решить Э. Фромм (1955): «Психическое здоровье характеризуется способностью к любви и созиданию, освобождением от кровосмесительной привязанности к роду и земле, чувством тождественности... осознанием реальности вне нас и в нас самих, т.е. развитием объективности и разума». В этот же период Броуди (1956) с помощью интервью, кинематографа и анкет установила разные типы обращения с детьми. Обратим внимание на порядок рождения в семье: старший ребенок имеет тенденцию к взрослой ориентации (серьезен, легко общается, послушен, любит компании взрослых, уверен в себе), второй — обычно более спокоен, дружелюбен, бодр, но упорный и непослушный, за ним легче присматривать, при этом родители более снисходительно относятся ко второму ребенку. В каждой семье существует стойкая озабоченность определенными проблемами (страх потери контроля, смерти, эксгибиционизм и др.), определенное сходство между дедами и внуками, даже в тех случаях, когда их контакт весьма ограничен. При перекрестном сочетании социальных и биологических субструктур в конкретном индивидууме достигается реальное равновесие здоровой, сбалансированной личности, о котором писал ранее К. Юнг (1932): «Личность — результат наивысшей жизненной стой-

кости, абсолютного приятия индивидуально сущего и максимально успешного приспособления к общезначимому при величайшей свободе выбора и собственного решения». Характерно следующее высказывание автора: «Личность, как совершенное осуществление целостности нашего существа — недостижимый идеал... идеалы — не что иное, как указатели пути».

Исследование причин формирования девиаций личности позволило ряду авторов (Г. Биндер, Вербек, Грегори) акцентировать роль врожденных задатков, полагая, что окружающий мир имеет лишь патопластическое значение, ибо внешняя среда лишь в отдельных случаях порождает психические аномалии. Другие исследователи (Р. Дженкинс, Л. Мишо, К. Грей и Х. Хатчинсон) рассматривали социальную среду как первостепенный по значимости фактор в генезе личностных уклонений. Датчанину Хансену принадлежит перефразировка известного выражения: «Дайте мне хороших матерей, и я сделаю мир счастливым!» Обнаружение качественного соответствия формирующейся патологии личности условиям ее развития подтверждает подвижный, динамичный характер граней между здоровьем и болезнью, нормой и патологией. Эта тенденция была ранее показана французским клиницистом П. Дюбуа (1912) на примере психоневрозов, составляющих «переходную ступень» от нормального состояния к душевным заболеваниям. Он весьма образно объяснял причины нашего душевного состояния: «Наше счастье зависит не столько от внешних обстоятельств, сколько от нашего внутреннего состояния — от наших моральных качеств... Главная причина наших несчастий лежит в нас самих, в наших бесчисленных недостатках, в особенностях нашей психики, в большинстве случаев мы сами кует наши страдания».

Влияние общественной жизни на психическое здоровье конкретной личности неоспоримо: в здоровом социальном обществе с его гарантированными просвещенными правами на свободу и волеизлияние не должно быть массовых психопатологических проявлений. И напротив, большое социальное окружение с его тоталитарными формами государственного правления, тайными и явными подавлениями инакомыслия и свободомыслия порождает, как круги по воде, расширяющуюся и проникающую во все слои пограничную личностную патологию, в основе которой лежат еще

недостаточно изученные механизмы аномального реагирования. Среди последних видное место занимает внушение, которое по В.М. Бехтереву (1908)<sup>2</sup>, является тем психологическим фактором, который «играет немаловажную роль не только в жизни каждого отдельного лица и в его воспитании, но и в жизни целых народов». Для подкрепления этой точки зрения вновь сошлемся на авторитетное мнение Поля Дюбуа (1912): «Человеческая внушаемость громадна, она оказывает то или иное влияние на все наши поступки, придает ту или иную окраску нашим ощущениям, нарушает правильность наших суждений, служит источником постоянных иллюзий, предохранить себя от которых является крайне трудной задачей даже при всем возможном для нас напряжении ума».

Прошедшие за короткий исторический период небывалые общественно-экономические преобразования, смена социальных векторов, идеологических воззрений и человеческих ценностей ставят Россию на пороге нового тысячелетия перед ответственным выбором путей дальнейшего развития. В научной среде все более популярным становится лозунг: «В новый век — с новыми приоритетами в медицине». Практическим ориентиром в этих поисках истины и правоты может служить тезис Клода Бернара: «Когда появляется факт, противоречащий господствующей теории, нужно признать факт и отвергнуть теорию, даже если таковая поддерживается крупными именами и всеми принята». Если мы желаем упрочить позиции клинической персонологии как новой научной дисциплины в ряду других учений о человеке, то следует придать ей деятельный характер, упрочить теоретический фундамент, помочь обрести свое практическое «лицо» и расширить зону применения в различных областях знаний.

Повторим еще наше убеждение, что базисом прогрессивного развития персонологии может служить синтез валеопсихологии и превентивной психиатрии. Именно на этой основе она может утвердить свое место и роль в системе

---

<sup>2</sup> Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. Спб, 1908. 175 с. Наша собственная позиция по данному вопросу отражена более подробно в очерке «Человек в поисках истины, веры и здоровья, Или мифы, которые мы выбираем» // Семке В.Я. с соавт. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск, 1999. С.110—119.

человековедения. Для личности, стремящейся идти по пути прогресса и цивилизации, важен вывод К. Ясперса: «Человек становится тем, что он есть, благодаря делу, которое он делает своим». Необходимость всестороннего изучения социальных, биологических, личностных механизмов, закономерностей, формул становления многих психологических и психопатологических феноменов, сопряженных с поиском личностью веры и истины, с разграничением добра и зла, выбором рациональных (или иррациональных) способов реагирования, приобретает междисциплинарный характер, «иначе целый ряд исторических и социальных явлений получает неполное, недостаточное и частью даже не соответствующее освещение» (Бехтерев В.М., 1908). Присовокупим к сказанному слова современного пастыря и проповедника митрополита Сурожского Антония: «Человек настолько глубок, велик и таинственен, что он может до конца соединиться с Богом, не переставая быть человеком... Нам надо постепенно внедрить в сознание людей абсолютную ценность личности — не индивида как фрагмента человечества, а именно личности, которая может творчески соотноситься с другими личностями, не теряя ничего и вместе с тем давая все».

Преодоление кризиса в любой сфере политической, общественной, культурной и идеологической жизни возможно лишь за счет совместных усилий, включая политиков, деятелей науки и искусства. Близость и даже общность этих сторон общественной деятельности признается всеми: для многих памятны пламенные призывы «к штыку приравнять перо», образное определение писателей как «инженеров человеческих душ». Еще раньше русский поэт Н.А. Некрасов предрекал судьбу личностей, вносящих свою лепту в дело процветания своего народа: «Правдивое признание заслуг, честь и благодарность ожидают всякого совестливого труженика мысли. Но горе и стыд тем, кто приносит истину в жертву корысти и самолюбию». Масштабы бескорыстной деятельности политиков и деятелей искусств соизмеримы лишь с размерами угроз человечеству перед лицом планетарной катастрофы, страхом пребывания на пороге гибели. На эту тему хорошо сказано академиком Д.С. Лихачевым: «Нельзя не учитывать и то, из какой бездны приходится выкарабкиваться нашему обществу». Однако, как говорится, нет худа без добра. Не зря некоторые «лихие

головы» предлагают в качестве психологической встряски и для более высокой оценки личностью жизни подтаскивать ее время от времени к краю пропасти. «Знание прошлого должно давать иммунитет от истерии, но не должно внушать самодовольства», — утверждает известный американский политолог Артур Шлезингер. Для выяснения сущности сложного соотношения проблемы «личность в политике и искусстве» попробуем рассмотреть некоторые ключевые термины и понятия, а среди них и те, которые как бы возникли «из небытия» и наполнились новым социологическим содержанием (например, «электорат», «олигархия», «элита», «клан» и др.).

Политика (от греч. *politike* — искусство управления государством) есть род общественной деятельности, направленной на защиту классовых интересов, на завоевание, сохранение и укрепление господствующей власти того или иного класса или на создание благоприятных условий для борьбы за власть в государстве («Словарь иностранных слов». М., 1954. С.508). Как видим, в данном определении просматривается негативный оттенок, связанный с классовыми расслоениями и социальными предпочтениями, отдаваемой какой-либо одной части общества («создание благоприятных условий»). Во-вторых, явно усматривается насильственный, «навязанный» характер действий («борьба»). Для иллюстрации последней позиции сошлемся на недалекое прошлое из нашей истории. По мнению известного политического деятеля Льва Троцкого, политическая борьба должна быть «свирепой и беспощадной... элемент фанатизма целителен». Талантливый политик не должен «покорно подчиняться безрассудной воле толпы, а сам давать ей направление» (Н.И. Лажечников), обладать даром предвидения, особенно в обстановке размытости контуров социального будущего, их неопределенности (ибо верно подмечено, что специалистов по будущему мало, зато — изобилие спецов по прошлому). В известной мере сохраняет актуальность для настоящего политика духовное завещание детям Владимира Мономаха (1125): «Не пост, не монашество спасет Вас, но благодеяния. Не забывайте бедных, кормите их и помните, что все, что вы имеете, принадлежит Богу... не давайте сильным обижать слабых. Не оставляйте больных, делайте им добро, чтобы они молились за вас Богу». Интересные мнения на данную тему содержит

работа Эрнста Кассирера «Техника политических мифов» (1946)<sup>3</sup>, в которой сразу с самого начала выражается мысль, что современные политические мифы не содержат в полной мере ничего нового. Ссылаясь на теорию «культа героев» Карлейля, вся история может быть идентифицирована с жизнью великих личностей («нет свершений без вершителей»), «светских святых», без которых мы жить не можем. В спокойное, мирное время, в периоды стабильности и безопасности рациональная организация поддерживается и функционирует, в критические моменты «человеческой социальной жизни» эти рациональные силы «не уверены в себе» и возвращаются мифы (т.е. персонифицированные желания групп). Необходимо тщательно изучать истоки, структуру и технику политических мифов, «чтобы видеть лицо врага, которого мы надеемся одолеть».

Искусство представляет собой «попытку создать другой, более человечный мир» (Андре Моруа). В этом понимании отчетлив гуманный подход к созданию позитивных условий для человеческого существования, приоритет человеческих ценностей над всеми остальными. «Невозможно всегда быть героем, но всегда возможно оставаться человеком» (И. Гете); знаменитому мыслителю прошлого также принадлежат весьма примечательные слова, имеющие отношение к миру искусства: «Поведение — это зеркало, в котором каждый показывает свой лик».

Культура (лат. *cultura* — возделывание, обрабатывание) охватывает все то, что создано человеческим обществом благодаря физическому и умственному труду людей, в отличие от явлений природы. В более узком смысле она отражает идейное и нравственное состояние общества, определяемое материальными условиями жизни общества и выражаемое в его быте, идеологии, образовании и воспитании, в достижениях науки, искусства, литературы. В классовом обществе культура неизбежно имеет классовый характер.

Электорат (лат. *elector* — избиратель, выборник) становится неизменным понятием в политической борьбе: именно от его демократического решения зависят последующие

---

<sup>3</sup> Cassirer E. The myth of state. London, 1946. Перевод на русский язык: Кассирер Э. Техника современных политических мифов // Независимый психиатрический журнал. 2000. № 2. С.6—16.

после выборов (референдума, плебисцита и т.д.) шаги российской государственности. В попытках заполучить голоса своих избирателей все чаще используются отработанные приемы психологического воздействия на людей, разнообразные рекламные трюки, формы подкупа отдельных выборщиков, а также многочисленные, все более изощренные виды так называемых «грязных технологий». Девизом такого рода деятельности может служить лозунг Р. Декарта: «Мало иметь хороший ум, главное — хорошо его применять». Естественно, подобная работа помимо своего собственного опыта развивающегося, набирающего силу политика нуждается в совместных, командных действиях «службы поддержки». Теперь постараемся переключить наше внимание на личностные портреты и проблемы тех, «кто нами правит».

Элита (фр. *elite* — лучшее, отборное, избранное) составляет верхушку общества, той или иной социальной группы (так, военная элита — отборные войска). По мнению известного итальянского социолога и экономиста, впервые введшего данный термин в 1902 году в научный обиход, понятие «элиты» предусматривает лучших представителей какой-либо части общества, группировки. Американский социолог Р. Миллс в книге «Властвующая элита» относит к этой группе общественных деятелей, занимающих такие социально-политические позиции, которые дают возможность возвыситься над средой обыкновенных людей и принимать решения, имеющие весомые последствия. Наличие власти и богатства предполагает определенные характерологические качества у людей, претендующих на звание элиты (искусство управления, происхождение, личное достоинство и т.д.). Элите должно быть присуще творчество (А. Тойнби), определенное интеллектуальное и моральное превосходство (Х. Ортеги-и-Гассета), наивысшее чувство ответственности. Ее формирование является, как правило, следствием естественного отбора наиболее способных, достойных представителей общества, выдающихся личностей.

Феномен личности — в его политическом проявлении — подводит нас к использованию в психологическом обиходе многих терминов, вновь обретших свой смысл и значимость. Каста (порт. *casta* — род, поколение) представляет общественную группу, ревниво оберегающую свою замкнутость, обособленность и свои сословные или групповые

привилегии. По этому принципу строятся многие открытые и закрытые акционерные общества (состоящие из узкого круга лиц, нередко тяготеющих к криминалу): они облегчают раздел экономического пространства в выгодном варианте, подталкивают к переделу сфер влияния, к поочередной смене политических группировок. Клан (кельт.) составляет замкнутую группировку людей, считающих себя «избранными, лучшими в каком-либо отношении»; он формируется на принципах родства, землячества, протекционизма, профессиональных предпочтений (в последнее время господство клановых интересов является тяжелым недугом многих стран на территории бывшей советской империи). Иногда клан модифицируется, превращается в касту; главная опасность этих политических преобразований заключена в попытке убедить народ, что их цели и задачи — это цели всего общества. Клика (франц. *clique* — толпа, банда) — это группа людей, объединившихся для корыстных и низменных целей (например, клика финансовых дельцов, придворных льстецов и т.п.). Нередко речь идет о правящих группах, незаконно захвативших власть или обладающих ею без правовых и демократических оснований<sup>4</sup>. Это специфические социальные образования, сплоченность которых основана на корпоративном сознании. Клика, по С.А. Эфирову, объединяет сообщников для достижения любыми средствами неблагоприятных, корыстных целей. Наличие группы людей, правящих страной, позволяет говорить об истеблишменте, т.е. о верхушке правящего класса в обществе. В мире чистогана, где деньги — это власть, а власть — это деньги, к управлению государством нередко прорываются беспринципные люди, начисто забывшие святые истины о любви, вере, преданности, чести, человеческом достоинстве. К их характеристике весьма приложима максима Талейрана: «целые народы пришли бы в ужас, если бы узнали, какие мелкие люди властвуют над ними». Олигархия (греч. *oligarchia* — власть немногих) означает политическое и экономическое господство, правление небольшой кучки людей — капиталистов, финансистов, дельцов (Словарь иностранных слов. М., 1954. С.453). За последние несколько лет угроза их проникновения во власть существенно возросла, что вызвало

---

<sup>4</sup> Современная западная социология. Словарь. М., 1990. С.130.



вполне естественное негативное отношение многих слоев общества.

Лидер (англ. leader — ведущий, руководитель) означает главу, руководителя политической партии, общественной организации (профсоюза и др.): это личность политика, того, кто впереди, возвышается над другими и определяет в известной мере направления государственной деятельности. В силу объективных или субъективных обстоятельств он вынужден осуществлять функции управления, взвешенно и последовательно проводя согласование интересов основных социальных групп и добиваясь упорядоченного, подходящего большинству устройства жизни и правопорядка. Для нормального развития личностного склада лидера нужна социальная стабильность, исключая калейдоскопическую сменяемость политических фигур. Как стать лидером, как войти в историю значимой личностью? — вопрос очень сложный и не всегда корректный, многое зависит от эпохи и субъективных оценок современников. Иногда это понятие подменяется терминами, имеющими определенную национальную специфику — у нас вождь, в Германии — фюрер, в Италии — дуче и др. Для появления такого рода лидеров нужна соответствующая политическая обстановка в стране (вспомним движение перонизма в Аргентине, появление зловещей фигуры Пиночета в Чили, в нашей истории ореол «вождя революции» В.И. Ленина и т.д.), а также индивидуальные, личностные предпосылки (конституциональные, типологические качества личности: обаяние, ораторский талант, доводящий до гипнотического транса, популистские устремления, обстоятельность и даже фанатизм в выбранном поле деятельности). В известной мере это «портрет, составленный из пороков всего нашего поколения в полном их развитии» (М.Ю. Лермонтов).

В ракурсе социологии личности в последнее время рассматривается психологическое понимание ряда терминов, имеющих отношение к проблеме враждебности (безусловно отличающейся от содержания агрессивного поведения)<sup>5</sup>. В мировой литературе понятие «враждебность» (англ.

---

<sup>5</sup> Содержательная сторона вопроса квалифицированно и подробно представлена в обзоре С.Н. Ениколопова, А.В. Садовой «Враждебность и проблема здоровья» Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. № 7. С.59—64). Вкратце сошлемся на некоторые извлечения.

hostility) оценивается как длительное, устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемая к окружающим людям, предметам, явлениям (Buss A., 1961); «агрессия» — как инструментальная поведенческая реакция, носящая характер наказания; «гнев» — эмоциональное состояние, имеющее побудительную силу. На практике все три понятия отображают разные стороны целостного психологического феномена, включая когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Из них когнитивная «составляющая» содержит негативные убеждения в отношении природы в целом (недоверие, подозрительность, враждебные атрибуции); аффективная — комплекс взаимосвязанных эмоций (гнев, раздражение, обида, негодование, отвращение и др.); поведенческая — разные формы поведения (иногда скрытые) по типу избегания общения, сотрудничества, негативизма, агрессии и т.п. В целом враждебность понимается как личностная черта, приводящая к восприятию других людей как возможный источник фрустрации, обмана, провокации. Отсюда ощущение субъектом своей оппозиции к окружающим, желание им зла (активного или пассивного). Последствием гнева и враждебности является формирование тяжелых соматических заболеваний (в первую очередь, сердечно-сосудистых), в основе которых обнаруживаются несколько механизмов этих взаимосвязей: психосоциальной уязвимости (с акцентом на психосоциальных факторах); психофизиологической реактивности (с ведущей ролью эндокринной системы); трансактных связей (является синтезом двух предыдущих): враждебные люди не просто более активно реагируют на стрессовые ситуации, но и часто сами провоцируют их появление за счет специфической системы поведения в виде нарочитого цинизма, утрированной подозрительности, недоверчивости, упорного негативизма. Отмечена связь враждебности с посттравматическим стрессовым расстройством (Ursano R. et al., 1995), ипохондрией (Kellner R. et al., 1985), депрессией (Jesavage J.A., 1983), симптомами панического расстройства с агорафобией (Fava G. et al., 1993). Попытки обнаружить генетическую обусловленность враждебности не увенчались успехом, что вполне объяснимо; ее отдельные характеристики (подозрительность, избегание общения и т.п.) зависят от множества факторов, как биологических (возраст), так и социокультуральных.

Соотношение нормы и патологии отражено в любопытном типологическом сопоставлении «филофобии» и «фобофилии», осуществленном Алексеем Слаповским («Известия», 1 ноября 2000 г.). Филофоб — это человек, который боится любить; фобофил — тот, кто любит бояться. Мотивы поведения индивида, боящегося любить, психологически вполне объяснимы, понятны (выбор друзей, подруг, семьи надолго откладывается из-за опасения их возможной утраты; точно так же поиск работы происходит таким образом, чтобы «не было жалко, если вдруг уволят»). Единственное, что тревожит субъекта, «как бы не полюбить свою боязнь что-то полюбить», однако и это чувство весьма умеренное, «не клиническое». Второй тип людей («которые любят бояться») в новых условиях нашей жизни становится все более распространенным. Чем больше пугающих факторов, тем больше встречается этот новый тип личности. Они превращают ненависть в любовь, «боятся одухотворенно, смело, не закрывая глаза на страшное» — напротив, с упоением ищут все новые поводы и причины бояться, упорно стремятся наполнить жизнь «непреходящим благоговейным ужасом». При относительной условности и ироничности малой рубрификации важным является, по нашему мнению, желание найти в новой действительности психологические переживания, составляющие сущность личностной переработки современной общественной жизни.

Приведем несколько примеров, иллюстрирующих высокую встречаемость фобических проявлений даже среди «великих мира сего», причем возникающих в самых неожиданных условиях и по пустяковому поводу. Так, по свидетельству современников, Сергей Эйзенштейн боялся сглаза, верил в приметы, ничего не начинал в пятницу (особенно в «черную») и в это время не выходил на улицу. П.И. Чайковский боялся привидений и мышей. Английский историк и философ Томас Карлейль смертельно боялся публичных выступлений, слушательской аудитории. Павел I и Аракчев боялись быть отравленными. Баварский король Людовик II не выносил направленных на него взглядов и из-за этого страха почти не бывал на публике. А.Н. Островский в старости считал, что его идеи воруют молодые литераторы и тщательно прятал свои рукописи. Этот «пестрый» список может быть умножен за счет массы других примеров, однако общая «канва» этих наблюдений одна — чаще всего труд-

но провести грань между «нормальными» и «патологическими» страхами (точно так же, как весьма трудно на первых этапах проявления недоверия отделить «физиологическую ревность от болезненной, патологической»).

«Познав себя, никто уже не остается тем, кто он есть», — писал Томас Манн. В наше время крепнущих, как снежный ком, бесчисленных угроз и непредсказуемых опасностей проявляющие филофобию (или фобофилию) люди не впадают в панику и растерянность, смело смотрят в лицо бедам, а зачастую стремятся найти отдохновение в особом стиле жизни, в поиске мистических, религиозных или оккультных идей и действий. Мистика (от греч. *mysticos* — таинственный) представлена религиозной практикой переживания в экстазе непосредственного общения с Богом (речь идет о совокупности теологических и философских доктрин, объясняющих такую практику). Распространение мистицизма в определенные исторические эпохи отражает регресс индивидуального и общественного сознания на архаические уровни, стремление с помощью такой «психологической защиты» избавиться или ослабить воздействие социального и (или) духовного кризиса. Признаем, что в динамике жизни и болезни границы между духовным и душевным чрезвычайно подвижны и трудно определимы. Религия и психиатрия, каждая по-своему, стремятся раскрыть сущность человека, а «вера и разум — это два крыла, на которых человеческий дух возносится к созерцанию истины» (папа Иоанн Павел II).

В заключение главы попробуем отыскать социально-психологические основы тех новых клинических феноменов и проявлений, которые поставляет нам общественная жизнь последних десятилетий. В обиход все шире входит понятие «хроницид» (по аналогии с «геноцидом», «экоцидом», «суицидом» и т.д.)<sup>6</sup>. По мнению М. Эпштейна (2000), в содержание этого неологизма включается такое явление, как время. Именно оно явилось первой жертвой революции; расправившись со временем, она затем обрушилась на людей (гомицид) и опустошила среду обитания (экоцид). Одной из первых жертв (в духе современной виктимологии) оказалась интеллигенция, которая во все времена «не мог-

---

<sup>6</sup> Эпштейн М. Хроницид. Пролог к воскрешению времени // Октябрь. 2000. ? 7. С.157—171.

ла у нас жить в настоящем, она жила в будущем, а иногда в прошедшем» (Николай Бердяев). Отмечена специфически отечественная аномалия времени: «Мы растем, но не зреем (П. Чаадаев); «Мы хорошо родились, а выросли очень мало» (В. Розанов). Отсюда любопытный вывод: Россия — это одновременно и молодая и старческая страна, незаметно минувшая стадию зрелости. Для русского религиозного сознания существовали ад и рай, но не было чистилища; в культурной жизни «настоящее отмечено слабо» (оно понимается в двух смыслах): как «теперешнее» и как «подлинное, истинное, действительное», а подменяется утопической одержимостью будущим («счастье грядущих поколений»), прошлым (ностальгическая охваченность «великими традициями») или постмодерновой замороженностью настоящим («исчезновение времени»). На смену прежним перестроечным мотивам и действиям должна прийти диктатура возможностей — потенциократия (новая историческая модель по типу развития от реального к возможному, когда из множества возможных проектов выбирается один, но умеренно нацеленный в будущее). Политика — не только искусство соразмеряться с реальностью, но и «овозможнить» ее, придавать «условный характер». В известной мере наши нормативные суждения должны быть созвучны «категорическому императиву» Э. Канта: «Поступай согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом». Любое событие сначала выступает как будущее, потом как настоящее, наконец, как прошлое, т.е. разыгрывается в трех временных регистрах, ипостасях. Отсюда известный агностицизм по отношению к любым футурологическим изыскам: «Мы не знаем о будущем решительно ничего. Будущее есть всегда великое «Х» нашей жизни — неведомая, непроницаемая тайна» (философ С. Франк, «Непостижимое»). Отсюда следует признать оправданным старый рецепт великого И.В. Гете: «Смотреть ни в даль, ни в прошлое не надо; лишь в настоящем счастье и отрада». Его использование на практике — путь к гармонической, сбалансированной личности.

В свете отмеченных нами социологических сдвигов в общественном сознании народа чрезвычайно важно определиться со строгим психотерапевтическим и психокоррекционным ориентированием в области клинической персо-

нологии. «Альфа» и «омега» современной психотерапевтической концепции состоит в признании приоритетов направленного преобразования искаженных межличностных отношений, в пробуждении социальной энергии пациента, в формировании партнерской позиции с установлением атмосферы добра, тепла, чувства обретенной свободы — как поворотного пункта в сложнейшем процессе лечебной реконструкции аномальной личности. С учетом структуры социокультурной системы (норма, образ жизни и религии, социальная сет, службы здоровья, социально-экономические ресурсы и пр.) важно целенаправленное усиление положительных влияний (социальная интеграция, климат на работе, обучение, социальная безопасность и т.д.) и смягченно-отрицательных (нездоровый образ жизни, нестабильная религиозность, стрессы, социальная изоляция и др.). Основные перспективы развития, совершенствования психотерапевтической науки и практики в стране представлены следующей краткой схемой.

*Схема*

### Перспективы развития психотерапии



Взгляд на психотерапию в России XXI века вполне сопоставим с тенденциями мировых стандартов: идет отчетливая эволюция в направлении сближения и творческого взаимообогащения. Новое тысячелетие заметно обогащается све-

жими идеями и приоритетами, облегчающими успешное преодоление идеологических и философских предубеждений. Ширится поле взаимодействия с психологическими и медицинскими службами сервиса, научного обогащения для «всех и каждого», кто заинтересован в личностном развитии и совершенствовании. У конкретного человека имеется свой индивидуальный (семейный, бытовой, профессиональный, жизненный опыт), преломляющийся сквозь призму исторических событий своего времени. Обозревая этическое поле современной психотерапии, неизбежно возникает вопрос о его взаимодействии с иными пространствами лечебного процесса — теоретическим, практическим, философским. Вспомним, как великий З. Фрейд структурировал этику как психический, социальный и религиозный феномен; это способствовало восприятию «этического» в аутентичной манере, в интеграцию феноменологии этического чувства, этической совести, чувства вины, а также в жизненный выбор и решение. Как свидетельствует Антонио Ламбертино, психоанализ имеет уже свою этику, поскольку является искусством и наукой, интерпретирующее человеческое и помогают личности созреть на основе свободы и самоубеждения. Психотерапия помогает патологической личности облегчить исследователю не всю психическую деятельность, а лишь некоторые аспекты, секторы и признаки, которые через «мыслительные инструменты» подвергаются направленной реконструкции. В этой связи можно говорить о психотерапии как этической практике, нацеленной на запуск процесса освобождения и автономии личности, а саму этику фактически рассматривать как науку, которая учит быть в согласии с собственной природой (в унисон со взглядами Аристотеля и стоиков). По сути дела интегративная психотерапия призвана найти подвижные и эффективные формы для оптимизации лечения и восстановления здоровья в более короткие сроки. Подобно бильярдной игре, в которой один шар приводит в движение другие, психотерапевтическая работа в локальном конфликте может провоцировать дальнейшие и глубокие изменения личности пациента даже после окончания лечения. Психотерапия становится частью социальной психиатрии, комплексно воздействуя на ближайшее микросоциальное окружение пациента: креативность целителя украшается эмоциональной окраской психотерапевтического процесса, эмпатией, состраданием и дру-

гими позитивными чувствами. Перспективное видение фигуры психотерапевта нашло отражение в высказывании У. Петерса (Германия): «Будущее психотерапии — это Доктор, соединяющий высокотехническую биологическую и клиническую медицину, философию и персональную терапевтичность».

Завершая краткий экскурс в сложную и весьма спорную область социологии личности (в той ее части, которая ответственна за аспект индивидуального и общественного психического здоровья), отметим лишь слабую проработанность перечисленных выше проблем, открывающих дорогу выработке стратегии сохранения, укрепления и приумножения всех «составляющих» компонентов гармонического развития личности. Ведь именно в период затяжных, трудно преодолимых кризисов здравый смысл народа гораздо надежней любых идеологических концепций и теоретических построений. При достижении поставленной цели у России возникает надежный шанс стать процветающей и демократической страной. Для этого весьма важно формирование у каждого члена общества гуманистического начала, а у ученых и практиков, решающих вопрос повышения физического, интеллектуального и духовного здоровья россиян, приумножения нравственного потенциала нации.



## **ГЛАВА 17.**

### **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ**

В основе личностных расстройств лежит комплекс факторов неблагоприятного микросоциального воздействия и недостаточность конституционально-биологического аппарата (в пределах функциональных поломов и тонких биохимических, нейрофизиологических, вазовегетативных, психоэндокринных сдвигов), подготавливающий «основу» болезненного реагирования — прежде всего за счет неполного развития компенсаторных механизмов, их хрупкости и незавершенности. Отсюда проистекает отчетливая непереносимость многих патогенных или предрасполагающих к аномальному реагированию средовых и соматогенных погрешностей. Наличие дуалистического подхода в оценке психогенных и эндогенных механизмов личностного реагирования определяет необходимость использования сочетанных способов лечения и коррекции характерологических девиаций, предусматривающих возможность сглаживания и даже полного устранения личности. Конкретные способы и методы такого сложного взаимодействия психотерапевтических и фармакологических влияний подробно изложены во многих специальных руководствах и справочниках, мы же остановимся на стратегических принципах и методических подходах к коррекции личностных расстройств. Будущее психиатрии, а по большому счету и клинической персонологии, связано с развитием эффективных, патогномичных, быстро действующих и свободных от побочных эффектов основной и поддерживающей терапии личностных расстройств разного уровня поражения ЦНС и различного генеза. Одной из перспективных стратегий в этом направлении является неуклонное повышение качества жизни и, следовательно, улучшение психического здоровья конкретного индивидуума.

Со времен Гомера психфармакология широко использовалась в различных целях — терапевтических, эйфоризирующих, религиозных. Christodoulou (1998), ссылаясь на «Илиаду» и «Одиссею» как богатые источники применения психофармакологических средств и их эффекты. Современная эра фармакотерапии нервно-психических расстройств началась с исторического десятилетия (1950—1960 гг.) XX века, когда были внедрены хлорпромазин, ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты. Однако приоритет психофармакотерапии в нормализации биологических процессов в организме человека недоучитывает применение личностных и социальных факторов в генезе и динамике пограничных состояний. В этой связи терапевтическая практика последнего времени наряду с гармонизацией и устранением нейромедиаторного дисбаланса (как функции психофармакотерапии) предусматривает использование многообразных социотерапевтических, психотерапевтических и коррекционных методик. На смену прямолинейного противопоставления фармако- и психотерапии нами выдвигается концепция их сочетанного применения в рамках трех взаимосвязанных комплексов — психотерапевтического (ПТК), психофармакологического (ПФК) и психопрофилактического (ППК).

Традиционная оценка психотерапии и психофармакологии воспринимается как взаимно исключающие способы терапии. Эта позиция может быть поддержана теоретически, хотя клинический опыт показывает неадекватность этого тезиса. J. Alexandrowich (1997) выделил несколько положений, определяющих это разногласие: а) различие между миром биологических, материальных феноменов и психосоциальных; б) логическое недоверие медицины, особенно биологически ориентированной, к социопсихологии и психотерапии; в) использование психотерапии и других психосоциальных воздействий парапрофессионалами и психологами общего профиля без медицинского образования; г) социоэкономическое соревнование между психотерапевтами и традиционными врачами, в компетенцию которых входят формальные права постановки диагноза и предписание лекарств. С. Ferrali (1996), исследуя интеграцию психотерапии и психофармакологии, выделяет взаимовлияние феноменов биологического и ментального как дополнительный источник терапевтических ресурсов. Исследования

М. Cardine, J. Guyotat, J.L. Terra (1996), объединивших взаимодействие психотерапии и психофармакологии, подчеркивают необходимость определения поля интеграции и разработки основных дефиниций в многочисленных пересечениях этих направлений.

I. Treves, S. Fennig, N. Hoesn (1997) отмечают на протяжении последнего десятилетия огромный рост психофармакологических знаний. Однако этот процесс сопровождается снижением эффекта новых медикаментов для расстройств и беспокойств, которые традиционно лечатся психотерапией. Внедрение новейших медикаментов на современный рынок услуг создало новую ситуацию, когда психотерапевт не может игнорировать клинические, этические позиции: при отсутствии должного медицинского образования он вынужден обращаться за помощью к клиницистам. Точка зрения J.T. Thome (1996) заключается в том, что для психиатров основная цель научных исследований — найти биологические маркеры для психических расстройств, и только некоторые исследователи также включают в свою работу психологическую идеологию. Лишь концепция G. Ammon (1976) — гуманистическая структурная модель динамической психиатрии — отражает оптимальное взаимоотношение психо- и фармакотерапии.

В целом же точки зрения различных авторов не являются противоположными: категорических суждений, полного отрицания взаимодействия этих направлений не отмечается, можно только определить нечеткость этого взаимодействия. Более того, сочетание психотерапии с психофармакологией является необходимостью. Во-первых, это снятие нервной напряженности, субдепрессивных, аффективных расстройств (чтобы пациент и психотерапевт имели доступ к ресурсным состояниям, в результате этого процесса разрушается синдромальное ядро, смягчаются личностные проявления). Во-вторых, психофармакологическая коррекция оптимальна для снятия тревожности, агрессивности, хотя в ходе психотерапевтического воздействия использование farmпрепаратов нежелательно, излишняя седация затрудняет когнитивные и реконструктивные процессы. Психологические проблемы нужно решать во вторую очередь, вначале следует воздействовать на собственно психическое здоровье: при органическом поражении ЦНС — снять цефалгии, нормализовать ликвородинамику, стабилизировать

вегетативные реакции; при психопатиях — провести психофармакологическую коррекцию поведения (купировать вспышку, первичный аффект). Невротические реакции можно купировать и без вмешательства препаратов, но острые невротические расстройства хорошо лечатся малыми транквилизаторами. При затяжных невротических реакциях рационально назначение психофармакологических средств, а также в случаях, когда предыдущий опыт психотерапии был неудачным.

Необходимо разделять понятия тревоги и психотерапевтической резистентности. Р.Ф. Галиев (1998), изучая психотерапевтическую резистентность, выделил клинические и социальные факторы, способствующие развитию этого состояния (длительность заболевания с полиморфной симптоматикой, психологическая ригидность, высокая эмоциональная тревожность, патохарактерологическое развитие, конфликтные отношения родителей, особенно холодность и подавляемость матерью, неудовлетворенность образованием, семейным положением, поздняя социализация и дезадаптация в детстве).

Отсутствует должный терапевтический эффект при психотерапевтическом воздействии без психофармакологических средств при социофобиях. Как показал наш опыт, выраженные астенические проявления в ходе психотерапии следует дополнять стимуляторами, преимущественно растительного происхождения. Депрессивные проявления требуют назначения антидепрессантов и массивной психотерапии (причем легкие случаи депрессивных расстройств требуют преимущественной психотерапии, средняя депрессия лечится при комбинированном сочетании психо- и фармакотерапии, при выраженных депрессиях необходима целенаправленная фармакотерапия). В терапевтических стационарах в случаях с психосоматических заболеваний наблюдается ориентация на медикаментозную терапию и трудно идет осознание соматической реакции организма на неразрешенную психологическую проблему. В последнее время актуализировалось применение сочетанной фармако- и психотерапии при шизофрении. Ставя под сомнение возможности психотерапии в течение психотического периода врачи и психологи нередко отмечают эффективное использование психо- и фармаковоздействия в ходе ремиссии и при поддерживающей терапии.

В геронтологической практике психофармакология является облигатной: органическая отягощенность, ригидность, вязкость, сосудистые нарушения, возрастная тревога, сниженные когнитивные функции в своей совокупности отягощают психотерапевтический процесс, особенно при проведении суггестивных техник.

В детской практике психотерапия идет без фармакологического вмешательства, так как ресурсные возможности детей шире, способность к обучаемости — выше. Однако, несмотря на этот тезис, психотерапевты приводят единичные случаи применения психофармакологических средств (антидепрессанты при энурезе, соннапакс при гиперкинетических состояниях, транквилизаторы при агорофобии, краткосрочные курсы приема транквилизаторов (на примере либракса) при адаптационных реакциях и труднопреодолимыми конфликтными ситуациями). Как оптимизацию психотерапевтического воздействия на ребенка врачи предлагают седативную фармакологическую терапию для родителей. Врачи с большим стажем практической и научно-исследовательской работы однозначно определяют комплексное комплексное воздействие этих методов: фармакотерапия релаксирует, расслабляет, позволяет настроить пациента на психотерапевтический процесс. Психотерапевтическое воздействие всегда усиливается, когда подкрепляется материальным субстратом (применение плацебо-эффекта), ярким примером этого служит эффект «святой воды».

Психотерапевты без психиатрической практики (индивидуальные психологи в системе здравоохранения) полагают, что психофармакотерапия при психотерапевтическом процессе не является строго обязательной, т.к. у человека достаточно «внутренней аптеки» — эндорфинов, энкефалинов, вызывающих эйфорию, радость, хорошие ощущения. Эти мощные наркотики, вырабатываемые эндогенно, через опиоидные рецепторы стимулируют волны головного мозга. Такие состояния возникают у человека при проведении гипнотерапии, глубоких трансовых методик. Психофармакология возможна лишь только тогда, когда истощены физические возможности человека и нет ресурсов нервной системы, причем применение средств возможно только в микродозах (что соответствует нормальному физиологическому уровню аналогичных соединений в организме).

Психологи без медицинского образования помимо психотерапевтического воздействия прибегают к седативной или стимулирующей фитотерапии (лучше специфические сборы трав, направленные на один симптом) или рекомендуют гомеопатические препараты. Фитотерапия не вызывает нежелательных эффектов при психотерапии и помогает в купировании таких симптомов как тревога и диссомнии. Отмечено положительное воздействие ароматерапии (опыт нашей сотрудницы Е.Н. Поповой). Психологи, работающие вне системы здравоохранения, как правило, имеют дело с «проблемными» людьми, а не с пациентами, у которых произошла декомпенсация в результате нерешенных проблем. Психофармакология — это удел медицины и, конечно, каждый случай применения лекарственного воздействия должен обязательно сочетаться с психотерапией. Психотерапия должна быть методом профилактики психических расстройств и психологической культуры общества.

Каждый случай личностной патологии весьма индивидуален и сочетание психофармакотерапии с психотерапевтическими методиками определяется континуумом, где на одном полюсе находятся начальные формы психических расстройств, как правило, это регистр пограничных нервно-психических расстройств и его донозологических проявлений (психоадаптационный и психодезадаптационный синдромы), и данные состояния могут купироваться применением только психотерапевтических техник, на другом полюсе — тяжелые психические расстройства, экстремальные состояния, требующие строго направленной психофармакотерапии. Не вдаваясь в полемику относительно возможности сочетания фармако- и психотерапии, мы попытались найти способ эффективного сочетанного применения фармако- и психотерапии. Поставленная цель достигалась в ходе применения лекарственного препарата кассадан, который назначают с 1-го по 14-й день, затем проводят курс психотерапии в течение последующих 10—14 дней. Для выявления эффективности лечения использовали 4 группы больных: с «чистой» фармакотерапией; с «чистой» психотерапией; с фармакотерапией (кассадан); фармакотерапия с последующим курсом психотерапии.

Проанализирована динамика симптомов тревоги (табл.) по шкале Гамильтона (объединив в группы симптомы психической тревоги, соматической тревоги и нейровегетативных проявлений).

## Динамика симптомов тревоги у больных с пограничными состояниями

	При поступлении						7-й день терапии						14-й день терапии						21-й день терапии					
	О	П	С	В	О	В	О	П	С	В	О	В	О	П	С	В	О	П	С	В	О	П	С	В
<b>1</b>	17,2 ±0,8 100	12,1 ±0,6 100	4,4± 0,28 100	3,4± 0,35 100	11,7 ±0,7 64	7,9± 0,63 62	3,22 ±0,3 33	2,9± 0,32 85	4,8± 0,81 27	3,48 ±0,9 28	2,3± 0,63 52	1,83 ±0,1 53	3,2± 0,7 18	2,61 ±0,5 21	1,9± 0,4 43	1,6± 0,11 47								
<b>2</b>	21,6 ±0,9 100	11,3 ±0,8 100	6,78 ±0,5 100	4,5± 0,64 100	18,3 ±0,3 84	10,0 ±0,8 88	5,3± 0,45 78	4,2± 0,21 92	13,2 ±0,7 61	8,61 ±0,3 76	1,6± 0,16 23	3,2± 0,21 70	7,7± 0,96 35	7,7± 0,41 68	-	-								
<b>3</b>	19,3 ±0,9 100	13,8 ±0,6 100	5,2± 0,27 100	3,1± 0,36 100	12,1 ±1,0 62	7,11 ±0,2 51	4,34 ±0,2 83	3,6± 0,6 86	6,22 ±0,9 32	4,3± 0,83 51	-	2,1± 0,11 58	4,3± 0,21 22	3,3± 0,11 24	2,1± 0,2 40	1,9± 0,17 41								
<b>4</b>	18,7 ±0,7 100	12,3 ±0,5 100	5,2± 0,48 100	3,71 ±0,4 100	12,0 ±0,6 64	7,25 ±0,5 58	3,88 ±0,4 74	3,3± 0,33 88	5,2± 0,71 27	4,2± 0,73 34	2,1± 0,6 40	1,3± 0,13 61	1,1± 0,11 6	1,1± 0,11 6	-	-								

Примечание. Симптомы тревоги: О — общая тревога; П — психическая тревога; С — соматическая тревога; В — вегетативные проявления; 1 — фармакотерапия (n=55); 2 — психотерапия (n=14); 3 — одновременная психо- и фармакотерапия (n=10); 4 — последовательное применение фармако и психотерапии (n=18), далее процент первоначальной величины симптомов.

В группе пациентов, получающих только фармакотерапию, наблюдается снижение общей тревоги за счет симптомов психической тревоги (тревожное настроение, напряжение, страх, бессонница, снижение интеллектуальной продуктивности, депрессивное настроение). К третьей неделе терапии при значительном количественном снижении симптомов формируется психовегетативный комплекс (симптомы психической тревоги связаны с нейровегетативными проявлениями высокими корреляциями  $r=0,6—0,8$ ;  $P<0,05$ ), которые часто служат основой для формирования затяжного течения заболевания.

Анализируя анамнез пациентов, обнаруживаются (47%) значительные психотравмы в прошлом (в частности, потеря близких людей, с которыми сформированы зависимые отношения); сексуальные травмы (7%); военные психогении, полученные в результате природных катастроф (13%); конфликтные отношения с близкими родственниками в течение длительного времени (18%); материальные потери — потеря квартиры, разорение предприятия и утрата средств к существованию (15%); проблемы миграции и устройства на новом месте жительства (2%) пациентов. Решение данных вопросов было возможно только психотерапевтическим путем. В группе пациентов, получавших только психотерапию, снижение симптомов тревоги проходит в более медленном темпе. Если сравнивать группы больных, которые получали психотерапию и фармакотерапию одновременно и психотерапию и фармакотерапию последовательно в течение первых двух недель, то становится очевидным, что динамика была одинакова, а в последующие недели группа пациентов, у которых фармакотерапия была отменена, дала больший терапевтический эффект. Это объясняется тем, что дополнительная седация затормаживала воздействие психотерапии. У пациентов последней группы при проведении психотерапии наблюдалась эмоциональная вовлеченность, большая свобода ассоциативных процессов. Психологические проблемы прошлого легче решались и успешно прививались методы саморегуляции. Пациенты проявляли большую самостоятельность к редукции своих психопатологических проявлений, более конструктивно решали вопросы психогенных конфликтов, социально быстрее адаптировались. Таким образом, в группе пациентов, у которых применялась фармакотерапия (кассадан) с последующей пси-



хотерапией, терапевтический эффект достигался быстрее и был более продолжительным.

Способ позволяет повысить эффективность лечения за счет последовательного назначения фармакотерапии (кассандан), снимающей тревожно-фобические расстройства, а затем применения психотерапевтических техник, корректирующих личностные расстройства, связанные с глубинными психотравмами.

Многолетние исследования исхода истерии убедили нас в целесообразности смещения акцента в дифференциальной диагностике с рассмотрения специфики клинической картины в русло углубленного, комплексного патогенетического изучения. В этом отношении мы разделяем позицию Вернера фон-Гольста (1901), предлагавшего вести поиски разграничительных критериев не в симптоматологии, а в патогенезе истерии. Патогенетическое понимание сущности истерической болезни дает возможность проведения превентивных, риадаптационных и ресоциальных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев нейрофизиологического аппарата, коррекцию и предупреждение патологических сдвигов. В соответствии с этим результаты терапии напрямую зависят от выполнения комплекса патогенетического воздействия: при наличии глубоких и продолжительных ухудшений состояний прочный лечебный эффект достигается лишь при сочетанном применении ряда терапевтических комплексов — ПТК + ПФК +ППК.

Весьма важным является соблюдение принципов строгой индивидуализации, поэтапности, комплексности, дифференцированности проводимых при истерии психотерапевтических и медикаментозных воздействий — с обязательным учетом личностной структуры, возрастного фактора, стадии динамики, глубины и продолжительности нейрофизиологических нарушений. В итоге нейродинамические и клинико-динамические параметры впервые сведены в единую «цепочку» континуума истерического пограничного синдрома, учитывающего реакцию пациента на ближайшее микросоциальное окружение, личностные особенности, роль ведущих патогенных и предрасполагающих факторов, а также возможности региональных лечебно-профилактических учреждений (с обязательным взаимодействием централизованных и децентрализованных звеньев лечебного процесса).

Центральным звеном лечебного влияния на истерическую симптоматику является ПТК, включающий разнообразные психотерапевтические приемы: одномоментное или последовательное применение рациональной, гипносуггестивной (индивидуальной или групповой — проводимой как в дневное время, так и в вечерние часы) терапии, наркопсихотерапии, модифицированного нами варианта аутогенной тренировки, разработанного ранее Г.С. Беляевым и А.А. Мажбицем (1968). Последний технический прием успешно применяется при наличии в клинической картине истерических состояний стойких ипохондрических, астенодепрессивных, обсессивно-фобических, гипосомнических нарушений. Включение в программу самовнушения ободряющих, тонизирующих фраз, направленных на стремление к реализации позитивных планов и замыслов, к преодолению эгоцентризма, облегчает концентрацию внутренних психических ресурсов на смягчение и устранение тягостных ипохондрических, вазовегетативных, псевдосоматических и прочих нарушений. Сочетание гипносуггестии и аутотренинга существенно усиливает психотерапевтический потенциал за счет стимулирования активности пациента, уверенности в собственных силах, осознанного участия в мероприятиях по ресоциализации.

В целом социально ориентированные формы психотерапевтического комплекса направлены на преодоление, разрушение аномальной структуры личности (коррекция эгоцентризма, незрелости мышления, инфантилизма, паранойяльной настроенности и т.п.), создания атмосферы доверия к врачу, достижение шаг за шагом чувства ответственности, вовлеченности в сложный, поэтапный психотерапевтический процесс. На более отдаленных его этапах производится усиленная тренировка резервных волевых ресурсов (умение проявлять сдержанность, благоразумие, трезвый учет возможностей) с акцентом на чувстве прагматизма и рационализма, избегании страха перед реальными или мнимыми трудностями. Основной философией такого рода работы является партнерская позиция (в рамках разъяснительной, корригирующей, заместительной психотерапии): достижение растущего понимания, научение пациента навыкам эмпатии, устойчивых социальных контактов, увлеченности в каком-либо трудовом процессе (выбранном с учетом типологических свойств личности). Постепенно осуществляется конструктивный переход от индивидуальной к групповой психотерапии с

направленным преодолением, нивелировкой прежних характерологических девиаций. На заключительном этапе этой кропотливой работы достигается формирование положительных эмоционально-окрашенных мотиваций, перестройка отношения к окружающим, рациональное трудоустройство, создание компенсаторных установок, «определенной насыщенной идеалами установки к жизни» (Консторум С.И., 1959).

С учетом возрастных особенностей в детском и подростковом периодах проводятся корригирующие медико-педагогические воздействия (устранение дефектов воспитания, формирование трудовых навыков, развитие самообладания и контроля чувств); при достижении лечебного эффекта оказывается необходимым поддерживающее социотерапевтическое воздействие до полного устранения невротической и патохарактерологической истерической симптоматики (процесс «ранней депсихопатизации» — по И.Л.Кулеву, 1963). В зрелом возрасте находят применение варианты «социотерапии» (О.В.Кербиков) в комбинации с биологическими методами. В позднем возрасте, на фоне психогений весьма скрытого содержания (переживание биологического увядания, снижение активности, потеря близких, страх одиночества, тяжелого заболевания, смерти) и хронических соматогений, требуется комплексное лечение: наряду с применением разнообразных вариантов психотерапии (компенсирующей, корригирующей, разъяснительной, гипносуггестивной, аутогенной) весьма целесообразным оказывается массивное общеукрепляющее лечение, направленное изменение микросоциальной обстановки.

Подводя итоги возможностям и перспективам патогенетического лечения больных с истерическими состояниями (как и других вариантов личностных девиаций), очевидно, следует подчеркнуть необходимость соблюдения основных принципов терапевтического вмешательства. Они разрабатываются в последнее время с позиций учета специфики регионального пограничного психиатрического и валеопсихологического сервиса, осуществляющегося в условиях проведения методик «интенсивной психотерапии» (речь идет об ускоренном лечении пациентов из отдаленных, преимущественно сельских населенных пунктов):

- а) прежде всего, имеется в виду обязательный совместный учет клинических и нейрофизиологических параметров, отража-

- ющих степень эмоционального реагирования и функциональное состояние головного мозга больных истерией (электрофизиологическое, иммунологическое, биохимическое, экспериментально-психологическое, генетическое обследование, топоселективное картирование, выявление функциональной асимметрии мозга и др.);
- б) весьма важна строгая индивидуализация (клиническая и нейрофизиологическая) каждого случая истерических нарушений. Этот принцип совпадает с мнением В. фон Гольста (1901) о том, что «ни в одной области практической медицины не бывают столь малоуместными шаблонные правила терапии, как в борьбе с истерическими расстройствами». Здесь наряду с традиционными психотерапевтическими приемами все большее применение находят новые технологии (нейролингвистическое программирование, эриксоновский гипноз, валеопсихологический «рефреминг», транзактный анализ, иглорефлексотерапия, элементы восточной медицины), связанные со вскрытием и осознанием психологических причин болезни, стереотипов и моделей поведения;
  - в) далее, весьма целесообразно проведение поэтапности, последовательности сложных психотерапевтических и медикаментозных мероприятий по социальной реадaptации и ресоциализации больных — с оценкой типологической личностной структуры и продолжительности нейродинамических сдвигов. В последние годы на повестку дня выдвигаются задачи овладения новыми валеопсихологическими технологиями, создания универсальных превентивных программ, анализ их эффективности в различных лечебно-профилактических учреждениях, открытых тренинговых больших и малых группах;
  - г) помимо этого необходимо обеспечение комплексного влияния на отдельные звенья патогенеза истерии — систему межличностных отношений, социально-психологическую и конституционально-биологическую основу личности. Его выполнение наиболее полно осуществляется в специально организованных службах психотерапевтического сервиса (Центр пограничных состояний, поликлиника неврозов, психотерапевтический диспансер, передвижная психотерапевтическая бригада и другие). Для их успешного функционирования нами разработаны оригинальные режимы наблюдения и ведения «пограничных больных» — «кризисный» (или «острый»), «базисный» (или «стационарный»), «регрессиентный»: они рассматриваются сквозь призму «терапевтической среды», понимаемой как система направляемых взаимоотношений между пациентом и его

- непосредственным отношением. Режимы представляют не статичную, а динамичную картину, которой свойственны взаимные переходы и взаимопроникновения;
- д) в ходе комплексной терапии соблюдается дифференцированный подход к устранению имеющейся истерической симптоматики с использованием психотропных средств, направленных на укрепление слабых звеньев нейрофизиологического аппарата, предупреждение обострений и декомпенсаций;
  - е) в процессе терапии важен учет сопутствующих и предрасполагающих патогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, способствующих фиксации отдельных болезненных проявлений, с последовательным корригированием выявленных расстройств;
  - ж) наконец, при оценке клинической динамики и прогноза истерической патологии обязательной представляется оценка возрастной, эволютивной стадии. Так, для профилактики истерии важно предусмотреть последовательное восстановление социального взаимодействия (в семье, школе, на производстве), коррекцию дефектов воспитания и создание позитивных мотиваций; существенное значение приобретает хотя бы временная изоляция детей и подростков с формирующейся истерической патохарактерологической структурой от лиц с аномальной гомономной формой поведения. Для оказания лечебно-профилактической и социально-психологической помощи на завершённом этапе жизнедеятельности необходимы службы пограничной гериатрической поддержки, за создание которых мы усиленно ратуем в последнее время. Их формирование на практике замкнет онтогенетический цикл научного изучения пограничных состояний.

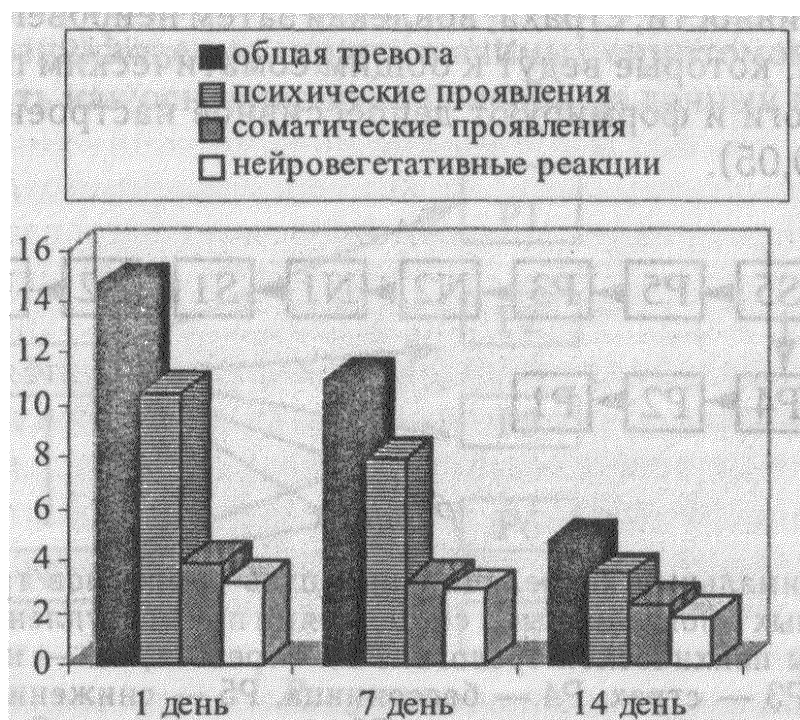
Внедрение новых технологических систем и приемов комплексной диагностики, лечения и реабилитации привело к весьма высоким результатам. Так, на примере терапии затяжных полиморфных истерических нарушений полное, устойчивое клиническое выздоровление («А» + «В») имело место среди больных истерическим неврозом в 84,9% случаев, истерическими реактивными психозами — в 89,2%, при психопатии в несколько меньшей мере — 49,3%. При этом соотношение психотерапевтических и биологических методов определяется преморбидным характерологическим фоном, типом клинической динамики и направленностью нейродинамических показателей. При обнаружении в структуре личности экспрессивных истерических качеств предпочтение отдается разъяснительным, корригирующим вли-

яниям в сочетании с малыми транквилизаторами, нейролептиками, бромкамфорой; при импрессивных — активирующим, тонизирующим психотерапевтическим приемам, подкрепляемым дачей психостимуляторов и антидепрессантов.

Рассматривая сквозь призму новых системообразующих методологических подходов и технологических приемов наиболее дискуссионные проблемы истерии, убеждаешься, что не все из них достигли степени желаемой ясности и разрешенности. Однако по многим «узловым» магистральным направлениям знания и успехи современной медицины все же вполне ощутимы. Предстоит проделать серьезные шаги на пути дальнейшего раскрытия механизмов истерического реагирования и патогенетических основ «истерической болезни», поиска критериев раннего прогноза и адекватной психотерапии. Можно констатировать, что элюзивная, ускользающая, трудно постигаемая сущность истерии в последние годы приобретает более отчетливые контуры. На пороге нового тысячелетия появляется реальная возможность с позиций возрождающегося психоанализа в России творчески прочесть и развить гениальный «роман об истерии» З. Фрейда. Также вполне определенно можно прогнозировать успех в деле многосторонней превенции пограничных (в том числе и истерических) состояний. Однако для этого необходимо предпринять колоссальные совместные усилия медиков и всех лиц, ответственных за охрану и укрепление психического здоровья россиян.

Возвращаясь к современному моменту существования альтернативных подходов в коррекции личностных расстройств (выбор фармакотерапии или психотерапии), отметим непродуктивность их противопоставления: имеется в виду весьма сложный многоуровневый характер соотношений психических функций и биологических процессов адаптационных и дезадаптационных реакций как у гармоничной («здоровой»), так и дезинтегрированной («аномальной») личности. На смену концепции синдромов-мишеней о динамическом принципе терапии, подразумевающей изменение показателей и методик лечения в соответствии с закономерными сдвигами в клинической картине и течении заболевания в ходе сочетанной терапии. Клиническая динамика очерчивает особенности личности в ходе лечебного воздействия (Maruta N., 1997; Semke V., 1998), позволяя с позиций количественной характеристики применения того или иного препарата (в качестве модельного бензоди-

азепинового средства нами был выбран кассадан — препарат фирмы Asta Medica, Германия) оценить его вклад в сочетанный терапевтический процесс (Куприянова И.Е., 1998, 1999). Кроме клинического описания (рис.), выявлен уровень тревожно-фобических расстройств с помощью шкалы тревоги Гамильтона; при анализе соотношения симптомов был выбран метод максимальных корреляционных путей (Выханду Л.К., 1994), позволяющих судить о большом количестве показателей в целом.

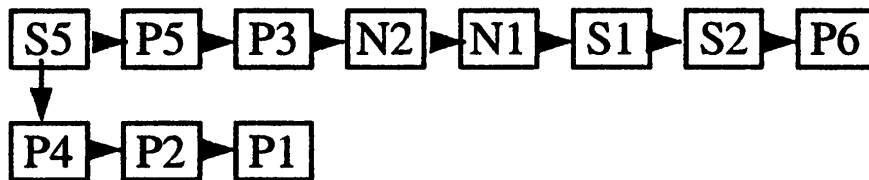


*Рисунок.*

Динамика симптомов тревоги у больных с пограничными состояниями в ходе терапии кассаданом.

Как видно из графика, некоторые симптомы психической тревоги (например, инсомнии) полностью исчезали, стабилизировалось настроение, общий уровень тревоги снижался при всех проявлениях: тревожная составляющая — до  $3,48 \pm 0,93$  балла, соматическая — до  $2,3 \pm 0,63$ , нейровегетативная — до  $1,83 \pm 0,13$ . К 14 дню терапии снимались психосоматические проявления тревоги, проявлялся интерес к окружающей жизни, возрастала интеллектуальная продуктивность; к 21-му дню болезненные проявления в основном исчезали, а имеющаяся психопатологическая симптоматика (истерического, тревожного спектра) определяла профиль личности. Пациенты становились контактными, социально активными.

Анализируя корреляционные связи симптомов, можно увидеть, что при поступлении у пациентов наиболее высоко коррелируемы были симптомы бессонницы и гастроинтестинальных проявлений ( $r=0,94$  при  $P<0,05$ ). Далее корреляционные связи (рис.) идут по двум путям: первый — от бессонницы к напряжению, затем к тревожному настроению, заканчивая кардиоваскулярными симптомами ( $r=0,81$  при  $P<0,05$ ); второй путь начинается с гастроинтестинальных симптомов, через симптомы снижения интеллектуальной продуктивности, страха, вовлекая затем нейровегетативные реакции, которые ведут к общим соматическим проявлениям тревоги и формируют депрессивное настроение ( $r =0,6$  при  $P<0,05$ ).



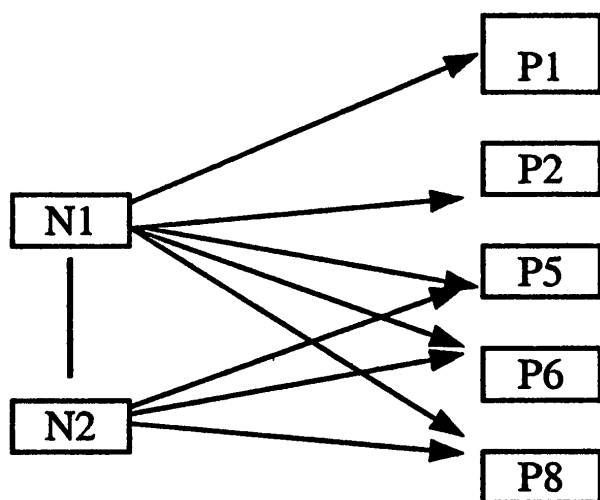
*Рисунок.*

Максимальный корреляционный путь симптомов тревоги у больных с пограничными состояниями при поступлении. Симптомы психической тревоги: P1 — тревога, P2 — напряжение, P3 — страх, P4 — бессонница, P5 — снижение интеллектуальной активности, P6 — депрессия. Симптомы соматической тревоги: S1 — мышечные симптомы, S2 — соматическое недомогание, S3 — кардиоваскулярные симптомы, S4 — респираторные симптомы, S5 — гастродуоденальные симптомы, S6 — урогенитальные симптомы. Нейровегетативные симптомы: N1 — нейровегетативные проявления, N2 — тревожное поведение.

К концу первой недели терапии пространственное соотношение меняется, корреляционный путь изменяет свою конфигурацию, и на первый план выходят другие симптомы. Максимальные корреляции образуются между нейровегетативными проявлениями и симптомами психической тревоги, причем первая и вторая ветви корреляционной цепи замыкаются и образуют круг симптомов, в который входят нейровегетативные реакции, страх, напряжение, депрессия. Первая корреляционная ветвь по ниспадающей корреляции через симптомы психической тревоги (страх, бессонница) ведет к симптомам соматической тревоги (мышечным симп-



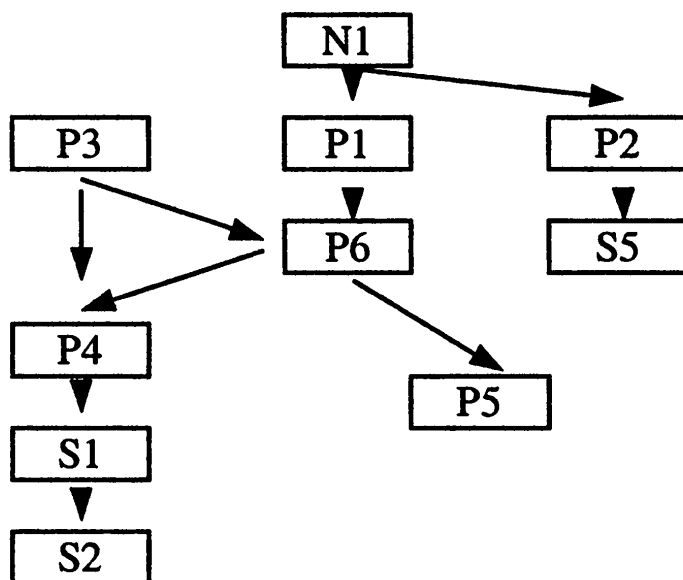
томам и симптомам общего соматического недомогания). Вторая корреляционная ветвь формируется только исключительно из симптомов психической тревоги: напряжение, затем депрессия, далее падение интеллектуальной продуктивности. Третья ветвь через напряжение ведет к соматическим проявлениям (гастроинтестинальным симптомам). Анализируя взаимоотношение симптомов после недельного терапевтического воздействия, можно отметить, что происходит переформирование взаимосвязей симптомов, размежевание, построение новых коротких корреляционных цепочек. Возникновение «круга значимых симптомов» можно трактовать как основное ядро болезни на данный период.



*Рисунок.*

Структура симптомов тревоги у больных с пограничными состояниями в ходе терапии кассаданом (7-й день). Обозначения те же, что и на предыдущем рисунке).

На 2-й неделе терапевтического воздействия кассадана (рис.) нейровегетативные проявления являются определяющими и взаимосвязаны с тревожным настроением, психическим напряжением, снижением интеллектуальной продуктивности, депрессивным настроением и только один соматический симптом — чувство соматического недомогания — остается актуальным и имеющим высокую корреляцию с нейровегетативными симптомами. Причем корреляции имеют вид сети, в которой связаны только 2 показателя ( $r=0,82—0,84$ ,  $P<0,05$ ), а не характерной линии с ниспадающими показателями корреляции. Следовательно, корреляционная динамика показывает разрушение связей между несколькими симптомами, оставляя лишь двухсимптомную корреляцию.



*Рисунок.*

Структура симптомов тревоги у больных с пограничными состояниями в ходе терапии кассадамом (14-й день).

К 3-й неделе терапии болезненные проявления в основном исчезали. Оставались единичные неактуальные симптомы нейровегетативного плана и смазанные симптомы психической тревоги, которые иногда носили характер опасения, что вновь возникнут болезненные симптомы. Корреляции между симптомами единичны и не образуют никаких структурных образований. Имеющаяся психопатологическая симптоматика (истерического, тревожного спектра) определяет профиль личности. Пациенты становятся контактными, социально активными, что способствует формированию адекватного продуктивного настроения на выздоровление и восстановлению адаптации на более зрелом личностном уровне с опорой на внутренние ресурсы личности.

Таким образом, в процессе терапии у больных с симптомами тревоги выявляется позитивная обратная динамика клинической симптоматики, заключающаяся в исчезновении симптомов тревоги как невротического так и соматического регистра, стабилизации гомеостаза организма через выравнивание нейровегетативных проявлений. Анализ симптомов тревоги выявляет не только их снижение, но и изменение пространственного взаимоотношения. Если до терапевтического вмешательства симптомы психической, соматической и нейровегетативной тревоги коррелируют по линейному типу, то к 7-му дню терапии кассадамом начинают образо-

ываться круговые корреляции между симптомами психической тревоги и нейровегетативными реакциями. К 14-му дню при нарастающем снижении количественных характеристик всех симптомов образуется «сетчатая» взаимосвязь между нейровегетативными характеристиками и проявлениями психической тревоги. Симптомы образуют прочные взаимосвязи с одновременным существенным снижением психопатологической симптоматики. Предполагается, что даже при минимальной стимуляции какого-либо из симптомов произойдет активизация психонейровегетативного комплекса, что приведет к активизации патологического процесса. Возможно, что этот симптомокомплекс является основой при затяжных типах течения пограничных состояний, когда налицо снижение всех симптомов, но качественного выздоровления не наблюдается. К 3-й неделе терапии кассаданом наблюдается энергизирующее, тимолептическое воздействие с седативной, анксиолитической направленностью, что является определяющим в терапии пограничных нервно-психических расстройств с ведущими симптомами тревоги.

Кассадан назначался в дозировке 0,75—1,5 мг в сутки (по 0,25 мг—0,5 мг три раза в день) на фоне традиционной медикаментозной программы кризисной интервенции больного при алкогольном абстинентном синдроме (гемодез, витамины групп В, С, тиосульфат натрия, мочегонные препараты). При легкой и средней степени выраженности токсических эффектов препарат назначался в качестве монотерапии. Препарат получали больные алкоголизмом мужчины ( $n = 24$ ), средний возраст  $36,4 \pm 0,6$ , у которых диагностировалась II стадия заболевания.

Контрольную группу составили 20 больных второй стадией алкоголизма (стандартизованные по отношению к основной группе по клиническим и социально-демографическим характеристикам), терапия которых осуществлялась по обычной реабилитационной программе алкоголизма и не включала применение препарата кассадан. Оценивая эффективность действия препарата клинически верифицируется мягкое вегетостабилизирующее действие (55% случаев), с нормализацией сердечного ритма (терапевтическая эффективность регистрируется в 36% случаев). В 75% случаев удается добиться гипотензивного эффекта и нормализации показателей артериального давления. Чувствительны к действию кассадана болевые проявления в структуре кардио-

васкулярных расстройств (60% случаев): кардиалгии удаётся купировать на 3-й день абстиненции. В группе контроля подобный эффект достигнут на 7-й день терапии. В общем комплексе сомато-вегетативных расстройств (иначе именуемых как симптомы «соматического недомогания») особенно восприимчивы к действию кассадана церебральные (цефалгии, астения, головокружения) и гастроинтестинальные расстройства (55 и 38% эффективности соответственно).

В коррекции и предупреждении личностных нарушений (неврозов, патологических формирований характера и схожих с ними девиаций) большое, если не решающее значение приобретают психоортопедические мероприятия — упорная работа над своими характерологическими «дефектами», исправление неправильных жизненных установок, сложившегося аномального стереотипа поведения. Великий психолог всех времен и народов Ф.М. Достоевский призывал: «Исполни сам на себе прежде, чем других заставлять, — вот в чем вся тайна первого шага». Самая тяжелая война — это борьба с самим собой, а самая счастливая и радостная победа — это торжество над своими недостатками. Независимо от клинических проявлений личностных расстройств важно качественно изменить содержание, ритм и темп жизни, график труда и отдыха, спектр прежних увлечений, «хобби», которые весьма часто при ближайшем рассмотрении вполне включаются в разряд аддиктивных (мы уже давно указываем на клиническое и генетическое родство так называемых пограничных и аддиктивных состояний).

Неврозы и психопатии в своем болезненном проявлении глубоко затрагивают само «ядро» личности, ее адаптационные и компенсаторные механизмы. Поэтому помимо уже рассмотренных выше медикаментозных и психотерапевтических воздействий важна упорная, целеустремленная социотерапевтическая и коррекционная работа: умение своевременно и радикально разрешать внутренние конфликты, устранять (изживать) мучительные душевные переживания и противоречия, полновесно освобождаться от бремени накапливающихся отрицательных эмоций, обрести возможность трезво и спокойно смотреть в будущее. В результате осознанного отношения к своим болезненным проблемам появляется понимание содержания и причин возникновения ранее непереносимого личностного конфликта.

Через сложный процесс научения, познания и овладения необходимыми навыками, приемами и знаниями, через собственную внутреннюю активизацию пациент освобождается от всего, что сковывало его инициативу и предприимчивость, омрачало его судьбу, препятствовало радостному и полнокровному восприятию окружающей жизни. Как утверждал Франсуа де Ларошфуко, «мало обладать выдающимися качествами, надо еще уметь ими пользоваться». Сказано это было применительно к здоровой, гармоничной, организованной личности, во сто крат это более значимо при работе с индивидами, личностная структура которых аномальна и дезорганизована. Отправная позиция в этом реконструктивном процессе — создание благотворной семейной, производственной (школьной) атмосферы, обретение надежного партнера, который соответствует требованиям эмпатии, сопереживания, нравственного единодушия и живого участия.

Законов воспитания и перевоспитания личности — неисчислимое множество, большинство из них еще не освоены в полном объеме и не познаны в научном смысле, однако от этого они не перестают существовать. Более того, мы находимся на пути их научного применения и раскрытия. В частности, клинические психологи и психотерапевты все чаще обращаются к творческому наследию К.С. Станиславского, А.С. Макаренки, Сухомлинского, используя его в комплексе психоортопедических, лечебно-педагогических воздействий; создаются центры групповой терапии и психокоррекции, научно-исследовательские клиники (в Москве, Санкт-Петербурге, Томске и других городах). Известный гигиенист Ю.П. Лисицын пишет: «Здоровье человека составляет неотъемлемую часть общественного богатства, и от общества зависит, как распределяется это богатство, как оно сохраняется, используется и воспроизводится». Другое дело, что мы не имеем всеобъемлющей, глобальной, а главное, хорошо финансируемой государственной программы по реализации имеющихся больших научных и практических наработок, отвечающих на вопросы «как жить», «для чего жить», «чем владеть» и «для чего владеть» (Фромм Э., 1986).

С древних времен бытует мнение, что врач должен владеть тремя «орудиями» — «словом, растением, ножом» («растение» олицетворяет современную лекарственную терапию, «нож» — искусство хирургического вмешательства,

«слово» — умение воздействовать на защитные силы организма с помощью внушения). Классик русской медицины М. Мудров указывал, что есть «психические лекарства, которые врачуют тело»: это «специфически человеческая» (в отличие от ветеринарии) часть терапии болезней. Лечить человека — значит воздействовать на личность пациента; отсюда один из основных принципов коррекции патохарактерологических уклонений — строгая индивидуализация проводимых мероприятий с обязательным учетом типологических особенностей пациента, его позиции по отношению к возникаемому заболеванию и социальному окружению. Проблема межличностных «совместимостей» настолько важна, что без сомнения требует незамедлительного решения (прежде всего с учетом меняющегося в последнее время микросоциального уклада и модуса интерперсональных контактов), в первую очередь, в рамках «семейной психотерапии». В молодых семьях, у людей, бесспорно любящих друг друга, зачастую возникают подспудно «трудные» вопросы, непонимание, обиды, скандалы со слезами и взаимными упреками (задача клинического персонолога, семейного врача — обучить молодых супругов тактике взаимного уважения и уступок, без которых мир в семье будет неполным, а значит сохранится «почва» для грядущих невротических конфликтов и раздоров).

Другим важным принципом в преодолении неврозов и психопатических декомпенсаций является этапность осуществления психокоррекционных и психотерапевтических приемов. Одно дело, когда врач (или персонолог) сталкивается с начальными личностными уклонениями, другое — когда болезнь приобретает затяжное, длительное течение. В последнем случае оправдано и необходимо последовательное воздействие на микросоциальную среду (оздоровление взаимоотношений в семье, с родственниками, сослуживцами), на конституционально-биологическую основу личности (медикаментозное изменение реактивности организма, подавление чрезмерной эмотивности и нервной слабости и т.д.), на личностную переориентацию невротика в его отношениях к болезни и своей позиции в обществе.

Имеется определенная этапность и в реконструкции аномального личностного склада. На первой стадии кропотливой и «ювелирной» работы клинический психотерапевт и персонолог добиваются постепенного «разрыхления» сло-

жившегося патологического стереотипа поведения и его «развенчания» в глазах индивида (через демонстрацию «невыгодности» прежних форм взаимодействия с родными, близкими, сослуживцами и преимущество новых моделей отношений). На более отдаленных стадиях усиленно тренируются резервные волевые ресурсы и нивелируются прежние патохарактерологические черты. На завершающем этапе психокоррекционной работы осуществляется закрепление выработанных (при активном участии личности) компенсаторных механизмов, установление новых, позитивных межличностных контактов, создание «насыщенной идеалами установки к жизни» (С.И. Консторум).

Необходимо соблюдение еще одного возможного принципа коррекции «болезней личности» — комплексного лечебного воздействия на имеющуюся патологию. Во многом он проистекает из обнаруживаемой в последние годы тенденции к хронизации невротических (неврозоподобных) состояний. В большинстве случаев они приобретают подострую и затяжную динамику. На практике речь идет о применении разработанных нами психотерапевтического (ПТК), психофармакологического (ПФК), психопрофилактического, превентивного (ППК) комплексов, а в ряде случаев лечебно-физкультурного (ЛФК), физиотерапевтического (ФТК), санаторно-курортного лечения.

Наиболее распространенным и эффективным методом словесного лечения пограничных состояний является рациональная психотерапия. Основатель этого метода французский психотерапевт П. Дюбуа противопоставляет его гипнозу, действующему на личность не через разум, а минуя его: «Что касается меня, то я всегда полагал, что психотерапия должна представлять собой «перевоспитание», и что следует прибегать к тем же приемам, что и при воспитании, т.е. нужно развивать и укреплять ум больного, научить его правильно смотреть на вещи, умиротворить его чувства, меня вызвавшие их умственные представления. Для этого нет иного средства, кроме убеждения посредством диалектики, которое можно бы назвать сократовским методом». Воздействие на мировоззрение пациента выражается призывом к терпению и мужеству, со ссылкой на философию Сенеки, утверждавшего: «Человек несчастен постольку, поскольку он сам в этом убежден». Рациональная психотерапия через посредство мышления оказывает действие на

различные психические процессы, позволяет человеку осознать характер болезни, ее прогноз, план осуществляемой реконструктивной работы: «какие счастливые надежды зажглись бы в наших сердцах, если бы высокий разум присутствовал на каждом шагу, при каждой малости, при каждом вздохе» (М.М. Зощенко). В ходе содружества врача и больного облегчается поиск актуального конфликта невротической личности с окружающей средой: при неврастении — это требования социума и возможности субъекта; при истерии — чрезмерные претензии пациента и реальные условия среды; при неврозе навязчивостей и психастении — внутренний конфликт желаемого и морально допустимого и т.д.

Воспитание сознательного отношения к своему здоровью, в том числе и к психическому, предусматривает участие в этом процессе всего общества и каждого его члена в отдельности. Здоровье отдельного индивида — не самоцель, а средство развития личности и коллектива; существенное значение в этом процессе имеет воля человека. Как пишет С.Л. Рубинштейн, «волевые качества личности принадлежат к числу самых существенных. Во всем великом и героическом, что сделал человек, величайших его достижениях, его волевые качества всегда играли значительную роль». Любое преодоление внешних трудностей есть преодоление самого себя. Мобилизация воли позволяет личности достичь небывалых вершин, возвыситься над самым тяжелым телесным недугом, преодолеть физические слабости путем интенсивной тренировки психических процессов. «Победа над самим собою — естественное торжество, в котором удача не имеет доли», — отмечал Р. Шеридан.

Эпоха научно-технического прогресса налагает все более заметный отпечаток на деятельность современной личности. Бурные темпы жизни, нарастающие потоки информации, жесткий дефицит времени заставляют вплотную подойти к прежде неактуальной проблеме — «психическое здоровье здорового человека». Как верно отмечал В.Г. Белинский, у души, как и у тела, есть своя гимнастика, без которой душа чахнет. Иногда кратковременный отдых в состоянии релаксации приводит к восстановлению энергии и работоспособности: при разумном использовании механизма самовнушения и релаксации он с полным правом становится «полководцем человеческой силы».



Борьба с собой должна быть упорной и повседневной, причем, чем глубже патология характера, тем больше требуется комплексная психокоррекция и реконструкция, перестройка эмоционально-волевого аппарата. Ж.Ж. Руссо говорил: «Все страсти хороши, когда мы владеем ими; все дурны, когда мы им подчиняемся». Китайская пословица гласит: «Мудрый ищет погрешности в себе, немудрый — в других». Трудолюбие, уравновешенность, требовательность к себе, терпимость к мнению окружающих, определяющие «стержень» личности, воспитываются в ходе упорной работы над собой. Тренировка на «крылатость», самостоятельность, ответственность за свои дела и поступки также помогают сохранить индивидуальность. Психическое здоровье, этот божий дар каждому человеку, во многом зависит от его умения организовать свою жизнь. Очередная победа над собой, над отдельными слабостями и недостатками создает высокий эмоциональный фон, отражающийся на последующих действиях и образе мышления личности.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

## ФЕНОМЕН ЗДОРОВОЙ И БОЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ В НОВОМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ

Трудна дорога от правды  
к истине.

*Сергей Довлатов*

Каждая дорога начинается  
с порога твоего дома; плохо,  
если она на нем кончается.

*Махатма Ганди*

На протяжении многих поколений психическое (психологическое) здоровье всегда было в фокусе внимания великих мыслителей и общественных деятелей, расцениваясь как главнейшее достояние природы и социума, как источник прогресса и благосостояния. На протяжении многих поколений, эпох и тысячелетий человечество пытается раскрыть содержание внутреннего мира личности (здоровой и больной), определить основные пружины и механизмы ее поведения, жизненный путь и перспективы поступательного, эволютивного развития. Предмет клинической персонологии связан с изучением всего многообразия личности — как в естественных, повседневных условиях ее существования, так и при «стесненных» болезнью жизненных обстоятельствах. Известный немецкий психиатр прошлого Вильгельм Гризингер (1875) подчеркивал, что самым частым проявлением психической болезни является трансформация личности: «В огромном большинстве случаев душевная болезнь сопровождается изменением настроений, чувств, склонностей, стремлений и суждений больного, новым содержанием его душевной жизни. Больной является совершенно другим человеком... Противоположность здесь часто бывает поразительна». Однако если это положение вполне применимо в области «большой» психиатрии, имеющей дело с развернутыми картинами психозов, то в сфере «малых», пограничных личностных расстройств контрасты между здоровьем и болезнью не столь разительны — даже более того, на практике они трудно определимы и уловимы.

Современная психологическая и психиатрическая наука обнаруживает отчетливую тенденцию переключения внимания

исследователей с узко прагматических аспектов в оценке психического здоровья конкретного индивида к более широкому и многостороннему изучению обследуемого с позиций оценки его личностных и социальных особенностей (жизни, суждений, оценок, житейских успехов или неудач и т.п.), влияющих на динамику болезни, ее исходы и прогностические выводы. Это направление включает и широкий аспект рассмотрений общественного благополучия, выяснения уровня социального функционирования и воздействия различных систем значения в мультикультуральных обществах на качество оценки жизни. Согласно мнению Н. Сарториуса (1997), оно появилось как «важный критерий для оценки успеха вмешательств и, следовательно, определяющий предмет исследования для общего руководства службы здравоохранения».

Диагностика психологического (и психопатологического) своеобразия, индивидуального склада, структуры и уровней личности — процесс сложный, многоступенчатый, длительный. При всей сложности определения ее структуры, можно выделить такие качества, как темперамент, тип нервной системы, характер, познавательные способности, потребности, одаренности, мировоззренческие установки. Познавая отдельные компоненты этой структуры, можно весьма полно и объективно раскрыть сложную архитектуру конкретного индивида.

С помощью интеграции научных подходов изучения личности (прежде всего в рамках социального, культурного и исторического пространств) удастся углубить наши знания о социально-психологических, клинко-динамических, структурных, типологических характеристиках — в целостном клиническом и социальном контексте развития индивида, в аспекте оценки его внешнего и внутреннего мира. Данная «научная точка зрения» отражена в работах видного современного персонолога Гордона В. Оллпорта (1998): каждый человек уникален, в мире невозможно найти людей, абсолютно идентичных друг другу; каждый индивид, обладая специфическим набором черт, демонстрирует в различных ситуациях определенное постоянство в своих действиях, мыслях, эмоциях (независимо от течения времени, событий и жизненного опыта). В этом контексте представляется целесообразным привести краткую дефиницию «личности», объединяющую клинические и психологические взгляды автора на «ядерные» проблемы современной персонологии: это «динамическая

организация тех психофизических систем в индивидуе, которые определяют его поведение и мышление». Ценным в данном определении является мысль о единстве в личности телесного и психического, а также примечательный тезис: «Характер — это оцененная личность, а личность — это не оцененный характер».

Одним из несомненных достоинств в области клинической персонологии является всесторонняя динамическая характеристика здоровой и аномальной личности (П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков, В.Н. Мясищев, Г.К. Ушаков и др.), ее рассмотрение с позиций постоянного развития, изменчивости, зависимости от социума. Для российской психологической мысли характерен непредвзятый интерес к содержательному миру человеческой личности, к ее деятельности на всем жизненном пути, к духовному изменению ее сущностных параметров. Сошлемся на известный тезис Л.С. Выготского: «Наше слово в психологии: от поверхностной психологии — в сознании явление не равно бытию. Но мы себя противопоставляем и глубинной психологии. Наша психология — вершинная психология (определяет не «глубины», а «вершины» личности)»<sup>1</sup>. Приступая к реализации новых идей в психологии, медицине и естествознании в новых исторических условиях (с учетом неизбежной смены научных парадигм и векторов знаний), примем это высказывание нашего знаменитого психолога как «руководство к действию»: необходимо расширение представлений о личности с определением ее общепсихологических и клинических (психопатологических) характеристик, интенсификация и потенцирование одновременных усилий всех ученых и практиков, работающих в области клинической персонологии. Изучение теоретических основ учения о личности непосредственно связано с насущными проблемами практики. Речь идет об общественно-социальной значимости стоящих перед наукой задач (индустриализация общества, роль научно-технического прогресса, негативные последствия экологических катастроф, межэтнических конфликтов, экстремальных кризисных влияний и т.д.).

---

<sup>1</sup> Выготский Л.С. Собр. Сочинений: В 6 томах. М.: «Педагогика», 1982. Т.1. С.166.

Практическая направленность клинической персонологии послужила стимулом бурного, интенсивного развития и прогресса во многих разделах этой относительно новой научной дисциплины — консультативном, терапевтическом, психокоррекционном, превентивном. Происходящие в современном обществе социально-экономические преобразования послужили мощным стимулом, своего рода стрессором для развития и прогресса в такой сравнительно молодой отрасли знаний, каковой является психология здоровой и больной личности. Необходимы координация усилий различных направлений и школ в данном направлении, переход на новый уровень взаимодействия и оценки совместных конкретных результатов исследований.

Суровая действительность последних десятилетий в жизни всего человеческого сообщества обнажила не совсем оправданный оптимизм экспертов всемирной здравоохранительной организации, выветив, тем не менее, наболевшие проблемы и возможные перспективы формирования индивидуального и общественного здоровья в разных регионах земного шара. Прежде всего становится все более очевидной ответственность каждого члена сообщества перед собой, ответственность за собственное здоровье и благополучие, а также безусловная ответственность современного государства перед новыми поколениями, которым предстоит жить в новом тысячелетии. Требуется системное образование в направлении разностороннего развития личности, придание ей высокого динамизма и оптимальной социальной активности, самоактуализации, благополучной адаптации, содействующих в своей совокупности потенцированию резервов здоровья и счастливого долголетия сограждан страны.

Актуальной задачей является мобилизация всех биосоциально-психологических «факторов устойчивости» (по выражению И.В. Давыдовского), которые обеспечивают максимальное усиление личностных ресурсов индивида. Достижение желаемого результата возможно при комплексном, дифференцированном, индивидуальном (в первую очередь с учетом возрастных, половых, социокультуральных особенностей) влиянии на биологическую и социальную основу

---

<sup>2</sup> Семке В.Я. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности. Новосибирск: Наука, 1991. 237 с.

личности в зависимости от ее динамической характеристики — речь идет о последовательном или одновременном включении терапевтических, реабилитационных, ресоциализационных и превентивных мероприятий, направленных на реконструкцию личности.

Три главных параметра в оценке современной цивилизации — безопасность, здоровье, благосостояние — нуждаются в постоянной заботе и контроле со стороны государства, всего социального общества. При этом имеются в виду охрана и поддержание этих компонентов как на индивидуальном уровне, так и в широком макросоциуме. Их многофакторная обусловленность делает проблему оценки психологических и клинических показателей конкретной личности, его ближайшего социального окружения и экологической среды проживания крайне актуальной и животрепещущей, подталкивая к ускоренному исследованию всех «биопсихосоциальных составляющих» этого процесса, с использованием новейших психологических и нейрофизиологических данных, получаемых «на стыке» различных наук, в том числе персонологии, психологии, социологии, этнологии, демографии, антропологии, биологии, гигиены, психотерапии и др. Прогноз тенденций изменения всех трех указанных выше показателей должен стать неременным условием в ходе разработки проблем предупреждения и коррекции психопатологических процессов человека и его потомства.

Состояние психологического и физического здоровья может служить важнейшим индикатором развития индустриальных регионов страны, динамическим и прогностическим параметром сложной экологической обстановки и социальной напряженности в общественной жизни. Таким образом, сопоставление полученных в ходе социально-психологических и клинико-динамических исследований теоретических выводов и созданных на их основе практических рекомендаций в области клинической персонологии приобретает несомненную новизну и привлекательность в мало разработанном разделе данной дисциплины — превентивном.

Естественно, его развитие возможно лишь в условиях демократического, раскрепощенного общества, ибо неблагополучная в экономическом и нравственном отношении социальная среда не может служить основой для формирования гармонически зрелой личности, а в конечном счете — и для

повышения интеллектуального, нравственного потенциала нации. Идея плодотворной разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности многим может показаться иллюзорной и неосуществимой. Однако любая новая теория (и особенно ее практическая реализация) долгое время считалась иллюзивной, ускользающей, полной противоречий и недосказанностей, а на каких-то этапах еретической и трудно постижимой до тех пор, пока не овладеет сознанием большинства людей. Именно на современном этапе наших знаний о человеке и обществе успехи в области психологии, персонологии, биологии и социологии делают возможным постановку вопроса об индивидуальном и общественно здоровье реальной и осуществимой.

Национальные приоритеты опираются на многовековые стратегии обеспечения семейного и личностного благополучия, духа коллективизма, нравственных ценностей и традиций. Между тем своеобразие человеческой психологии определяется тем, что люди мучительно медленно, неохотно расстаются с созданными ими же мифами о «светлом прошлом» и робко, неуверенно, с опаской заглядывают в грядущее. Дело в том, что специалистов по предвидению новых идей и приоритетов значительно меньше, чем знатоков и интерпретаторов уже свершившихся событий. Очевидно, в связи с поливариантностью возможных прогнозов социального развития общества отчетливо просматриваются их неоднозначность и непредсказуемость. Сумеют ли лучшие представители молодых поколений нового российского менталитета воспользоваться шансами успешного послекризисного преодоления политических, экономических и идеологических «завалов» — зависит, в первую очередь, от них самих, т.е. от конкретных лиц, работающих в сфере науки, экономики и политологии (применительно к деятельности персонологов и клиницистов сохраняется положение Андре Моруа, в котором сказано: «И жизнь врача останется такой же, как и сегодня: трудной, тревожной, героической и возвышенной»). Требуются вполне реалистичные ответы на сложные вопросы, предусматривающие осуществление неотложного Дела, непосредственно следующего за Словом. Сами вопросы («кто виноват?», «что делать?», «как быть?» и т.д.) уже давно разрешались великими умами российского общества. Попробуем вдуматься лишь в некоторые положения из

нобелевских лекций наших общественных и научных деятелей последнего времени. Вот, к примеру, пророчески-тревожное, полное безысходности мнение видного писателя А.И. Солженицына, автора знаменитого проекта «Как нам обустроить Россию»: «Оказался наш XX век жесточе предыдущих, и первой его половиной не кончилось все страшное в нем. Те же старые пещерные чувства — жадность, необузданность, взаимное недоброжелательство, — на ходу принимая приличные псевдонимы вроде классовой, расовой, массовой, профсоюзной борьбы, рвут и разрывают наш мир. Заливает мир наглая уверенность, что сила может все, а правда — ничего». Этому тезису вторит другая научная посылка академика А.Д. Сахарова: «Люди сталкиваются с очень серьезными проблемами. Среди них — тяжелые последствия урбанизации, изнуряющая гонка моды и сверхпроизводства, безумный темп жизни, рост числа нервных и психических заболеваний, упадок морально-этических устоев общества. На этом фоне — рост преступности, алкоголизма, наркомании, терроризма». В сопоставлении с этими точками зрения более оптимистична и конструктивна позиция еще одного российского нобелевского лауреата М.С. Горбачева (первого президента бывшего СССР): «Все члены мирового сообщества должны избавиться от привычек выискивать друг у друга слабые места и использовать их в собственных интересах. Не баланс сил, а баланс интересов, не поиск выгод за счет других, а поиски компромиссов и согласия, не претензии на лидерство, а уважение равенства — вот элементы, которые могут лечь в основание всемирного движения вперед». А вот краткие извлечения из «человеческого интервью» (по собственному определению последнего российского нобелевского лауреата физика Жореса Алферова в «Аргументах и фактах». 2000. № 42): «У нас и наука, и страна в очень тяжелом положении... наше общество крайне политизировано... однако радости в науке очень много... стремление быть в том, что ты делаешь, лидером, первым, это прекрасно... к старости, может, и становишься немножко философом или вообще еще хуже — лириком». Последняя фраза, скорее всего, не более, чем шутка, однако она как бы невольно прокладывает «мостик» между двумя извечными «лагерями» российской интеллигенции, призванной по большому счету внести свой посильный вклад в общественно-научную жизнь страны.



Интеллигентность — это прежде всего защитная реакция здравомыслящей части общества на абсолютно алогичное, саморазрушающее поведение власти всемогущих и беспринципных политиков, создающих у своих сограждан еще один мифологический способ реагирования — уход от окружающей действительности, массовое погружение в мистический мир пустопорожних увлечений, в атмосферу страха и аутизма, полного отказа от оригинальных свежих идей и возможности реалистического и конструктивного решения трудных проблем. Важно проявить волю, способность к осознанной самозащите, уверенность в собственных силах, заставить работать на будущее неистребимый российский интеллект, избавляясь от пут страха, нерешительности и малодушия. Рецепт такого рода раскрепощения был дан другим нобелевским лауреатом Уильямом Фолкнером, призывавшим творческих работников «понять, что страх — низменное чувство и, поняв это, навсегда забыть о страхе, убрать из своей мастерской все, кроме правды сердца, кроме старых и вечных истин: любви, честности, жалости, гордости, сострадания, самопожертвования, без которых любое произведение эфемерно, обречено на забвение». Нужны новые, свежие, жизнеобеспечивающие идеи, проекты, приоритеты, которые бы действительно работали даже в условиях, о которых сказано Экклезиастом: «Умножающий знание умножает печаль»: сквозь тернии к звездам; через преодоление многочисленных преград к достижению всеобщего благоденствия, мира, согласия, здоровья и процветания; от безликого существования, наполненного бессмысленными конструктами и мифотворческими суррогатами, к осознанному выбору трудного, но светлого пути, дающего возможность Человеку реализовать себя, постичь всю полноту честного и открытого миропонимания; и да, как говорилось в старину, «дорогу осилит идущий!». Нельзя лишать целые поколения людей надежды на лучшее, обеспеченное, гармоничное существование и будущее.

Основное содержание данной работы видится в синтезе исторических и современных позиций на теоретические и практические разделы науки о личности (персонологии). Осмысляя ситуацию современных и будущих взглядов на судьбу человечества, все более проникаешься необходимостью их оценки с многосторонних, мультидисциплинарных

позиций по всей полноте индивидуальной и общественной характеристик. Предпринимаемые попытки сделать эту судьбу счастливой, плодотворной и полезной обществу опираются на совместные усилия многих специалистов, ведущая роль и заметное место среди которых по праву принадлежит психологам, ориентированным на изучение личности во всем ее многообразии, с позиций оценки ее здоровых и аномальных структур — клинических персонологов, облегчающих гарантирование развития личности на пользу человечеству (Bandura A., 1977), жить полноценно и понимать других людей. Междисциплинарный подход в сфере проблем личности предусматривает взаимодействие клинических персонологов, социальных психологов, социологов, антропологов, этологов и др. В не очень отдаленном будущем персонология распространится на многие сферы общественной жизни, всего социума, создавая действенную интеграцию многочисленных направлений в русло единой теории, всеобъемлющей картины личности. Формирование теоретической базы клинической персонологии должно происходить с учетом постижения структуры личности, ее природы и сущности. Это молодая и перспективная область человековедения: ее идеи и достижения имеют решающее значение в прогрессе общества. Будущие исследователи должны опираться на весь богатый опыт предшествующих научных направлений — психологических, нейрофизиологических, биохимических, генетических и др. Именно этот путь позволяет надеяться на постижение природы человеческой личности.

Рекомендуемая книга о здоровой и больной личности имеет свои истоки в желании привлечь внимание заинтересованного читателя к многогранной, чрезвычайно сложной, но в сущности малоизученной области психологии и патопсихологии индивидуума. Взаимосвязь и взаимообусловленность биологического и социального в жизни субъекта была хорошо подмечена Карен Хорни: «Самооценка измеряется не только тем, как человек оценивает сам себя, но и тем, как его успех оценивают другие». С этих же позиций может быть рассмотрена проблема отношения к терапевтическому аспекту в оценке индивидуальных способностей противостоять неблагоприятным средовым влияниям: «Размышления о себе, своих жизненных целях — все это является решаю-

щим при сопротивлении стрессу» (Kabasa S., 1986). Продуктивным видится диалектическое изучение взаимодействия саногенных и патогенных факторов в жизненной судьбе конкретной личности.

Несколько заключительных замечаний по структуре и содержанию предлагаемой заинтересованному читателю книги. Путь к ней оказался для ее автора достаточно длинным: десять лет назад мы подошли к заинтересовавшей нас проблеме клинической персонологии с научно-публицистических позиций (Семке В.Я., 1991)<sup>2</sup>. Более поздние идеи, проекты и задумки, взгляды были «оплодотворены» в ходе реализации раздела «Психическое здоровье человека в Сибири» (в рамках региональной программы по Сибири и Дальнему Востоку), повседневной клинической работы в отделении пограничных состояний, а также педагогической деятельности в двух вузовских коллективах — на кафедре психотерапии и медицинской психологии Сибирского медицинского университета и кафедре патопсихологии и психотерапии Томского государственного университета. Естественно, в данной благодатной научной и учебной аудитории, при непосредственном постоянном общении с молодыми, творчески мыслящими коллегами по работе шлифовались наиболее спорные, дискуссионные положения и гипотезы. Автор, в свою очередь, питает надежду на поддержку и продолжение научной молодежью высказанных идей по диагностике, коррекции и прогнозированию многообразной личностной патологии, искренно желает всем вставшим на гуманный путь нравственной поддержки и целительства людей с личностными отклонениями и проблемами, облегчения душевных страданий душевнобольных и их ближайших родственников.

Настоящий труд задуман как руководство для студентов и врачей; оно призвано, по нашему мнению, пусть в эскизном изложении, дать теоретико-методологические, семиологические, клинико-динамические и превентивные аспекты общей и клинической персонологии. С этих позиций мы оцениваем наши усилия по привлечению внимания читателей и коллег по работе к многогранной, трудно постигаемой, чрезвычайно сложной и, в сущности, мало разработанных приоритетов в области клинической психологии и психопатологии.

Персонология на наших глазах приобретает ускоренное развитие, позволяющее ей смело рассчитывать на видные перспективные позиции в ряду других человеческих наук. Особенно актуальной должна стать попытка заполнения «вакуума» наших знаний на стыке представлений о здоровой и больной личности, раскрытия сложных механизмов индивидуального поведения, познания внутренней картины мира каждого человека — мира такого ранимого, такого неповторимого и трудно постигаемого.

## ОБЩАЯ БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

- Абрамова Г.С.* Практическая психология. М., 1997. 368 с.
- Айпин Е.* Северная книга. Томск, 1993. С.3.
- Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа. М., 1995.
- Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976. 272 с.
- Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М., 1994. 399 с.
- Амбрумова А.Г.* Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 4. С.14—20.
- Андреева Г.М.* Социальная психология. М., 1996.
- Анохин П.К.* Избранные труды. М.: Наука, 1978. 400 с.
- Асмолов А.Г.* Психология личности. М., 1990.
- Белик А.А.* Культурология. Антропологические теории культур. М., 1998.
- Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911. 60 с.
- Бехтерев В.М.* Внушение и его роль в общественной жизни. СПб, 1908.
- Блейхер В.М., Крук И.В.* Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986. 279 с.
- Блум Г.* Психоаналитические теории личности. М., 1988. 301 с.
- Боев И.В.* Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999. 362 с.
- Брайтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М., 1999. 376 с.
- Братусь Б.С.* Аномалии личности. М., 1988. 301 с.

---

<sup>1</sup> Приведены наиболее часто цитируемые источники (по преимуществу последних 10—15 лет), помимо этого часть из них содержится также в подстрочных сносках.

- Брунер Дж.* Психология познания: за пределами непосредственной информации. М., 1977.
- Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.* Общая психопатология. Ростов-на-Дону, 1998.
- Галактионов О.К., Дорофеева Л.И., Семке В.Я.* Этнонаркология арктических монголоидов // Психиатрия в контексте культуры. Вып. 1. Томск, 1994. С.101—126.
- Ганнушкин П.Б.* Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Современная психиатрия. 1908.
- Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. М., 1964. 292 с.
- Гиляровский В.А.* Старые и новые проблемы психиатрии. М., 1946.
- Гиндикин В.Я.* Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967. С.152—182.
- Гиндикин В.Я., Гурьева В.А.* Личностная патология. М., 1999. 266 с.
- Гумилев Л.Н.* География этноса в исторический период. Л., 1990.
- Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я.* Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994. 310 с.
- Давыдовский И.В., Снежневский А.В.* О социальном и биологическом в этиологии психических заболеваний // Социальная реадaptация психически больных. М., 1965. С.7.
- Дежерин Ж., Гоклер Е.* Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией. М., 1912.
- Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия как самостоятельный раздел общей психиатрии // Психическое здоровье населения России. Москва; Ижевск, 1994. С.3—7.
- Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 1994. № 4. С.39—49.
- Дюбуа П.* Психоневрозы и их психическое лечение. СПб, 912.
- Залевский Г.В., Семке В.Я.* Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. Красноярск, 1990. С.69—71.
- Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986. 288 с.
- Зурabашвили А.Д.* Стержневые проблемы персонологии и патоперсонологии // Проблемы личности. М., 1970. Т.2. С.45—47.
- Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В.* Современное состояние проблемы наркоманий в России // Журнал невропатологии и психиатрии. 1997. № 9. С.4—10.

- Кабанов М.М.* Экология человека и социальная психиатрия // XII съезд психиатров России: Материалы съезда. М., 1995. С.72—73.
- Казначеев В.П.* Очерки теории и практики экологии человека. М., 1983. 260 с.
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1998. 505 с.
- Карвасарский Б.Д.* Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.; М., 1990. 573 с.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 303 с.
- Катков А.Л.* Теория и практика формирования психического здоровья населения. Кустанай, 1998. 267 с.
- Кербигов О.В.* Микросоциология, конкретно-социологические исследования и психиатрия // Вестник Академии мед. наук. 1965. № 1. С.7—16.
- Кербигов О.В.* Избранные труды. М., 1971. 312 с.
- Кербигов О.В., Гиндикин В.Я.* К учению и динамике психопатий в связи с проблемой их профилактики и лечения // Вопросы профилактики нервно-психических заболеваний. Л., 1962. С.61—73.
- Клиническая систематика, принципы ранней диагностики и психопрофилактики состояний психоэмоционального напряжения: Методические рекомендации / Семке В.Я., Судаков В.Н., Лишманов Ю.Б. и др. Томск, 1988. 19 с.
- Ковалев А.Г.* Психология личности. Л., 1963.
- Кон И.С.* Социология личности. М., 1967. 383 с.
- Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. М., 1959.
- Коркина М.В., Марилов В.В.* Личностные особенности и характер психических нарушений // Журнал невропатологии и психиатрии. 1982. Вып.11. С.1692—1695.
- Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.* Психиатрия. М.: Медицина, 1995. 608 с.
- Короленко Ц.П.* Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л.: Медицина, 1978. 231 с.
- Короленко Ц.П., Донских Т.А.* Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.
- Корсаков С.С.* Курс психиатрии. М., 1901. Т.1—2.
- Коул М.* Культурно-историческая психология. М., 1997.
- Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991.
- Кречмер Э.* Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс, 1995. 608 с.

- Кулев И.Л.* К клинической динамике т.н. органических психопатий // Журнал невропатологии и психиатрии. 1964. Вып.5. С.730—734.
- Лазурский А.Ф.* Очерк науки о характерах. М.: Наука, 1995. 271 с.
- Лакосина Н.Д.* Клинические варианты невротического развития. М., 1970. 222 с.
- Лапланиш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу. М., 1996.
- Левитов Н.Д.* Вопросы психологии характера. 2-е изд. М., 1956.
- Леонгард К.* Акцентуированные личности: Пер. с нем. Киев, 1981. 390 с.
- Леонтьев А.А.* Психология общения. М., 1997.
- Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. 256 с.
- Личко А.Е.* Подростковая психопатия. Л., 1985. 416 с.
- Лищук В.А.* Стратегия здоровья. М., 1992. 13 с.
- Лищук В.А.* Научные основы здоровья // Вестник РАМН. 1994. № 4. С.55—59.
- Майерс Д.* Социальная психология. СПб, 1997.
- Макаров В.В.* Клиническая психотерапия сегодня // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С.298—299.
- Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд. М., 2000. 432 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ. на рус. язык под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: АДИС, 1994. 302 с.**
- Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998. 592 с.
- Мерлин В.С.* Очерки интегрального исследования индивидуальности. М., 1986. 256 с.
- Минутко В.Л.* Справочник психотерапевта. М., 1999. 360 с.
- Мицкевич С.И.* Мэнэрик и мерячение. Формы истерии в Колымском крае. Л., 1929.
- Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960. 427 с.
- Немов Р.С.* Психология. В 3-х т. М., 1995.
- Немчин Т.А.* Состояние нервно-психического напряжения. Л., 1988. 166 с.
- Норакидзе В.Г.* Типы характеров и фиксированная установка. Тбилиси, 1966.



- Овсянников С.А.* История и эпистемология пограничной психиатрии. М., 1995. 206 с.
- Овчаренко В.И.* Психоаналитический глоссарий. Минск, 1994.
- Оллпорт Г.В.* Личность в психологии. СПб, 1998. 345 с.
- Панченко Т.Г., Панченко А.Л.* Модули совершенства, гармонии, здоровья и успеха. Барнаул, 1993. 145 с.
- Пезешкиан Н.* Психотерапия повседневной жизни. М., 1995. 336 с.
- Пезешкиан Х.* Позитивная концепция семьи XXI столетия // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. Владивосток-Томск, 1996. С.77—89.
- Платонов К.К.* Структура и развитие личности. М., 1986. 256 с.
- Положий Б.С.* Культуральная психиатрия: взгляд на проблему / / Российский психиатрический журнал. 1997. № 3. С.5—10.
- Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М., 1997. 496 с.
- Психология личности (тексты). М.: Изд-во МГУ, 1982. 288 с.
- Роджерс* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1964.
- Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии (В 2-х т.). М., 1989.
- Рудестам К.* Групповая психотерапия. СПб, 1998.
- Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. М.: Медицина, 1988. Т.1—2.
- Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент, 1985.
- Салливан Г.С.* Интерперсональная теория в психиатрии. СПб, 1999. 347 с.
- Самохвалов В.П.* История души и эволюция помешательства. Сургут, 1994.
- Сарториус Н.* Охрана психического здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи // Журнал психиатрии и невропатологии. 1990. Вып.3. С.150—152.
- Сарториус Н.* Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Русский психиатрический журнал. 1998. № 4. С.4—7.
- Святоц А.М.* Неврозы. М.: Медицина, 1982. 368 с.
- Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.
- Семичов С.Б.* Предболезненные психические расстройства. Л., 1987. 184 с.
- Семке В.Я.* Клинический и нейродинамический аспекты истерии: Дис. ... докт. мед. наук. М., 1980.

- Семке В.Я.* Об имитации геморрагических расстройств при истерии // Терапевтический архив. 1981. № 9. С.95—98.
- Семке В.Я., Нохрина Л.Я.* Динамика основных форм неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии. 1986. Вып.11. С.1662—1667.
- Семке В.Я.* Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 222 с.
- Семке В.Я., Положий Б.С.* Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск, 1990. 207 с.
- Семке В.Я.* Экологическая психиатрия: настоящее и будущее / / Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т.2, вып.3. С.1922.
- Семке В.Я., Галактионов О.К, Мандель А.И. и др.* Алкоголизм: региональный аспект. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. 221 с.
- Семке В.Я.* Экологические проблемы современной психиатрии: региональные аспекты // Вестник РАМН. 1994. № 2. С.12—17.
- Семке В.Я., Аксенов М.М.* Пограничные состояния (региональные аспекты). Томск, 1996. 184 с.
- Семке В.Я., Карпов Р.С.* Клиническая динамика и лечение кардиофобических состояний // Сибирский медицинский журнал. 1996. № 1. С.9—12.
- Семке В.Я.* Старые и новые спорные проблемы истерии: Актовая речь. Томск, 1997. 26 с.
- Семке В.Я., Гирич Я.П., Красильников Г.Т., Коробицина Т.В.* Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических заболеваниях. Томск, 1998. 64 с.
- Семке В.Я., Красноперов О.В., Бабушкина Л.В.* Этюды о сне. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1998. 246 с.
- Семке В.Я.* Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. 403 с.
- Семке В.Я.* Транскультуральные проблемы современной психологии и психиатрии // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С.33—34.
- Сидоров П.И., Ганжин В.Т.* Общественное здоровье и социальные недуги. М., 1995.
- Сидоровы П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию. М., 2000. Т.1—2.
- Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: Медицина, 1987. 240 с.
- Смулевич А.Б.* Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // Журн. психиатрии и неврологии. 2000. Вып.6. С.813.

- Современные технологии психиатрического сервиса: Сб. трудов / Под ред. В.Я. Семке. Томск, 1997. 136 с.
- Солсо Р.Л.* Когнитивная психология. М., 1996.
- Стефаненко Т.Г.* Этнопсихология. М., 1999. 320 с.
- Судаков К.В.* Системные механизмы эмоционального стресса. М.: Медицина, 1981. 231 с.
- Суханов С.А.* Патологические характеры. СПб, 1912.
- Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Самара, 1996.
- Токарский А.А.* Терапевтическое применение гипнотизма. М., 1980.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.
- Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с. 1987. 304 с.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990. 368 с.
- Фрейд З.* Избранное. М.: Внешторгиздат, 1989. 448 с.
- Фромм Э.* Иметь или быть? М., 1986.
- Фулфорд Б.* Философские основы этнических стандартов в психиатрии: раскроем русскую матрешку // Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы. М., 1997. С.54—66.
- Фурст Д.* Невротик, его среда и внутренний мир. М., 1957.
- Хананашвили М.М.* Информационные неврозы. Л.: Медицина, 1978. 143 с.
- Холл С., Линдсней Г.* Теории личности. М., 1999. 592 с.
- Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.
- Хэзлет М.* Психиатрия. Львов, 1998. 624 с.
- Хьелл Д., Зиглер Д.* Теории личности. СПб, 1997. 608 с.
- Шибутани Т.* Социальная психология. М., 1969.
- Шпет Г.Г.* Психология социального бытия. М., 1996.
- Шульц Д.П., Шульц С.Е.* История современной психологии. СПб, 1998.
- Экология и психическое здоровье // Сборник трудов / Под ред. В.Я. Семке. Кемерово; Томск, 1998. 333 с.
- Эпштейн А.Л.* Невропатическая конституция (общая часть). Л., 1927. 127 с.
- Юнг К.Г.* Психологические типы. М., 1995. 716 с.
- Якубик А.* Истерия. Методология. Теория. Психопатология: Пер. с польского. М.: Медицина, 1982. 342 с.
- Яроцкий А.И.* Идеализм как физиологический фактор. Юрьев, 1908.
- Ясперс К.* Общая психопатология. М., 1997. 1056 с.

- Abelin Th.* Positive indicators in health promotion and protection / / World Health Rep. 1986. V.39, № 4. P.353—364.
- Adler A.* The practice and theory of individual psychology. New York, 1929.
- Ahrens St.* Die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur-Faktum oder Fixion? // Fortschr. Neurolog. Psychiatry. 1983. Bd 51, № 12. S.409—426.
- Albee G.W.* Revolutions and counterrevolutions in prevention comment // Amer. Psychol. 1996. V.51, № 11. P.1130—1133.
- Alexander F.* Studies in psychosomatic Medicine. New York, 1948. P. 562.
- Allport G.W.* Personality: A psychological interpretation. New York, 1937.
- Allport G.W.* The person in psychology. Selected essays. Boston, 1968.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4-e (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association: Treatments of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC, ARA, 1989. Vol.3.
- Armfield F.* Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations // Mil. Med. 1994. Vol.159, № 12. P.739—746.
- Bandura A.* Social learning theory. New York, 1977.
- Bateson G.* Steps in the ecology of mind. New York, 1972.
- Berg M.* Borderline psychopathology. On the frontiers of psychiatry // Bull. Menninger Clin. 1982. Vol.46, № 2. P.113—124.
- Birnbaum K.* Die psychopathischen Verbrecher. Leipzig, 1926. P. 287.
- Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. 3 Aufl. Berlin: Springer, 1920. P. 539.
- Brady J.P.* Social skills Training for Psychiatric Patients. 1: Concepts. Methods and Clinical Results // Amer. J. Psychiatry. 1984. Vol.141, № 3. P.287—296.
- Brady J.P.* Social skills Training for Psychiatric Patients. 2: Clinical Outcome Studies // Amer. J. Psychiatry. 1984. Vol.141, № 4. P. 412—422.
- Bräutigam W.* Reaktionen — Neurozen — Abnorme Persönlichkeit, Stuttgart, 1978.
- Bronisch T., Witchen H., Krieg C.* Depressive neurosis // Acta Psychiatr. scand. 1985. V.71, № 3. P.237—248.

- Cancro R.* (1979). P.341.
- Carr D.B., Sheenan D.V.* Panic anxiety // *J. Clin. Psychiatry.* 1984. V.45, № 8. P.323—330.
- Chodoff P.* The diagnosis of hysteria: An overview // *Amer. J. Psychiatry.* 1974. Vol.131, № 10. P.1073—1078.
- Cloninger C.R.* Major psychiatric disorders. New York, 1982. P.169—178.
- Cloninger C.R.* A systematic method for clinical description and classification of personality variants // *Arch. Gener. Psychiatry.* 1987. Vol.44. P.573—588.
- Cobb J.P., Liberman S.* The grammar of Psychotherapy. A descriptive account // *Brit. J. Psychiatry.* 1987. Vol.151. P.589—594.
- Cochrane R., Stopes-Roe M.* Women, marriage, employment and mental health // *Brit. J. Psychiatry.* 1981. Vol.132. November. P.373—381.
- Cohen J.* Personality dynamics: Eyewitness series in psychology. Chicago, 1969.
- Crisp A.H.* Psychoneurosis in the general population // *J. Int. Med. Res.* 1977. Vol.5, № 4. P.61—80.
- Crisp A.H., Priest R.C.* Psychoneurotic profiles in middle age // *Brit. J. Psychiatry.* 1971. Vol.119, № 5. P.385—392.
- Dahl A.A.* Diagnosis of the borderline disorders // *Psychopathology.* 1985. Vol.18, № 1. P.18—28.
- Dahl A.A.* Prognosis of the borderline disorders // *Psychiatry Clin.* 1986. Vol.19, № 1—2. P. 68—79.
- Dalgard O.S.* Epidemiology as basis for preventive intervention // *Act. psychiatry belg.* 1986. Vol.86, № 4. P.470—475.
- Destunis G.* // *Psychiatrie, Neurologie, med. Psychologie.* 1959. № 6. P. 189—190.
- Diagnostic criteria from DSM-III-R. American psychiatric Association. Washington, 1987.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. 3 Ed. Substance use disorders // *Amer. Psychiatry Ass.* 1980. Vol.5.
- Dupre E.* Pathologie de l' imagination et de l' emotive. Paris, 1925. P. 501.
- Erikson E.H.* Identity: youth and crisis. New York, 1968.
- Ernst K.* Die Prognose der Nevrosen. Berlin, 1959.
- Ernst K.* Praktische Klinikpsychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal. Berlin, 1981.
- Esser R.* Searching for prevention // *Acta Psychiatry Scand.* 1987. Vol.76. Suppl.337. P.64—82.

- Eysenk H.* The structure of human personality. London, 1971.
- Eysenk H.J.* Ed. Anides for personality. Berlin, 1981. 287 p.
- Fenichel O.* The psychoanalytic theory of neurosis. New York, 1945.
- Frankl V.E.* Der Wille zum Sinn. Bern-Stuttgart-Toronto, 1987.
- Fromm E.* The anatomy of human destructiveness. New York, 1973.
- Gelder M., Gath D., Mayou K.* Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 1983, 1989.
- Glatzel J.* Autochtone Asthenie // Fortschr. Neurol. Psychiat. 1972. Bd 40. S.596—619.
- Glatzel J.* Forensische Psychiatrie. Stuttgart, 1985. 232 S.
- Goldstein W.H.* DSM-III and the diagnosis of borderline // Amer. J. Psychotherapy. 1983. Vol.37, № 3. P.312—327.
- Guide to Clinical Preventive Services // Report of the US Preventive Services. Baltimore, 1993.
- Gunderson J.G., Elliot G.R.* The interface between borderline personality disorders and affective disorders // Amer. J. Psychiatry. 1985. Vol.142, № 3. P.277—288.
- Hall C.S., Lindzey G.* Theories of personality. Second Ed. New York, 1970.
- Höck K., König W.* Neurosenlehre und Psychotherapy. Jena, 1979.
- Hoff H.* Lehrbuch der Psychiatrie. Bd III. Basel, Stuttgart, 1956. 922 S.
- Horney K.* Feminine psychology. New York, 1926. 1967.
- Horney K.* The neurotic personality of ourtime. New York, 1937.
- Horney K.* Self-analysis. New York, 1942.
- Hogan R.* Personality theory: The personalogical tradition. New York, 1976.
- Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1965. P. 748.
- Kaplan H.J., Sadock B.J.* (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams et Wilkins, 1989. Vol.1—2.
- Karacan J., Jalis P., Williams R.* Clinical disorders of sleep // Psychosomatics. 1973. Vol.14. P.77—88.
- Kelly G.* A theory of personality : The psychology of personal constructs. New York, 1963.
- Kendell R.E.* The role of diagnosis of psychiatry. Blackwell, Oxford, 1975.
- Kempinski A.* Psychopatie. Warszawa, 1977. P. 163.
- Kreindler A.* Nervosa astenica. Bucuresti, 1962.
- Kuhn T.* The structure of scientific revolutions. 2-nd ed. Chicago, 1970.
- Lazarus R.S.* On the primacy of cognition // American Psychologist. 1984. Vol.39. P.124—129.

- Lipowsky Z.S.* Somatization: the conspect and its clinical application // Amer. J. Psychiatry. 1988. № 11. P.1358—1368.
- Ljinberg L.* Hysteria: A clinical, prognosis and genetic study // Acta psychiatry scand. 1957. V.112. P.162.
- Mak F.L.* Psychosocial aspect of preventive psychiatry // Bibl. Psychiatry. 1994. Vol.165. P.1—7.
- Marks J.* Fears and phobias. New York: Academic Press, 1969.
- Mental health of refugees. Geneva: WHO, 1996. P. 134.
- Merskey H.* Too much pain // British Journal of Hospital Medicine. 1984. V.30. P.63—66.
- Michaux L.* Les troubles du caractere. Paris, 1964. 231 p.
- Miller L.S.* Primary prevention of conduct disorder // Psychiatr. Q. 1994. Vol.65, № 4. P.273—285.
- Mitsuda H.* Clinical genetics in psychiatry. Problems in nosological classification. Osaka, 1967.
- Moreno J.* Psychotherapie de groupe. Paris, 1965.
- Murphy B.M., Puffett A.* Pathways to suicide prevention // Brit. J. Hosp. Med. 1995. Vol.54, № 1. P.11—14.
- Nathan T.* Za folil des autres. Trate d'ethnopsychiatrie clinique. Paris, 1987.
- Noack H.* Concepts of health and health promotions // Measurements in health promotion and protection. Copenhagen, 1987.
- Novac A.* The pseudoborderline syndrome. A proposal based on case studies // J. nerv. ment. Dis. 1986. Vol.2. P.84—91.
- Perls F.* Gestalt therapy verbatim. Lafayette, Californ., 1969.
- Petrowitsch N.* Abnorme Personlichkeiten. Basel-New York: Karger, 1960. 211 S. 3 Aufl. 1966. P. 178.
- Pfeiffer M.* Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme // Z. Auflage. Stuttgart-New York, 1994. P. 252.
- Post F.* The clinical psychiatry of late life. New York: Pergamon press, 1965.
- Psychiatric interventions for prevention of mental disorders. A psychosocial perspective / O.S. Dalgard, T. Sorensen, I. Sandanger, J.I. Brevik // Int. J. Technol. Assess. Health Care. 1996. V.12, № 4. P.604—617.
- Richter H.-E., Beekmann D.* Herzneurose. Stuttgart-New York, 1986. P. 206.
- Roschlau G.* Zur Klassifikation und Haufigkeit alkoholischer Leberschaden // Deutsch. Gezundh. Wes. 1977. Bd 32. P. 721—724.
- Rogers C.R.* // J. of consulting Psychology. 1957. Vol.21. P. 95—103.
- Rouillon F.* Epidemiologie des itats anxieux et nevrotiques // Sem. Hop. 1985. Vol.61, № 45. P. 3129—3133.

- Rodieze C., Lemperiere O.L.* The nosophobias // Sem. Hop. Paris, 1985. Vol.61, № 45. P.3134—3141.
- Sullivan H.S.* The interpersonal theory of psychiatry. New York, 1953.
- Sartorius N., Jablensky A., Reder D.A.* et al. Sources and tradition of classification in psychiatry. Toronto: WHO, 1990.
- Schiltz J.H.* Grundfragen der Neurosenlehre. Munchen, 1973.
- Schneider K.* Klinische Psychopathologie. 9. Aufl. Wien, 1950. 124 S. 10 Aufl. Stuttgart, 1973.
- Scott P.D.* Psychopathy // Postgrad. med. J. 1963. Vol.39, № 447. P.12—18.
- Semke W.Ja.* // Psychiatric Praxis. 1992. Vol.2. P.35—38.
- Semke W.* Ökologische probleme der modernen Psychiatrie // Psychiatrie in Russland Jestern und Heute. Sankt Petersburg, 1994. P. 165—173.
- Semke W.* Valeopsychology as a scientific technological bsis of preventive psychiatry // VI World Congress Association for Psychological Rehabilitation. Hamburg, 1998. P.177.
- Soldatos C.R., Lugares E.* Nosology and prevalence sleep disorders // Semin. Neurolog. 1987. Vol.7, № 3. P. 236—242.
- Stromgren E.* Psychogene Psychosen // Nervenarzt. 1986. V.57, № 2. P.85—95.
- Strotzka Y.* Einfbhrung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg, 1965.
- Sullivan H.* The interpersonal theory of psychiatry. New York, 1953.
- Sulz S.K.* Behavior therapy of cardial phobia // Psychiatry Praxis. 1986. № 1. P. 10—16.
- Tolle R.* Diagnose der Herzphobie // Deutsche med. Wochenschr. 1970. Bd 95. S.1450—1452.
- Tramer M.* Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4 Aufl. Basel, Stuttgart, 1964. P. 549.
- Turns M.D.* Epidemiology of photie and obsessivecompulsiv disorders among adults // Amer. J. Psychotherapy. 1985. Vol.39, № 3. P. 360—370.
- Uexkull Th.* Lehrbuch der Psychosomatischen Medicin. Munchen, 1979. P. 844.
- Vaillant G.E.* Adaptation to life. Boston, 1977.
- Vaillant G.E., Perry J.* Personality disorders // Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, 1980. P. 2201—2229.
- Ware J.E.* Standards for validating health. Definition and content / J. Chron. Diss. 1987. № 6. P. 473—483.
- Weibrecht H.J.* Psychiatrische Fehldiagnose in der Allgemeinpraxis. Stuttgart, 1966. P. 251.
- Woods M.D.* Psychiatry pre tast self — assesment. New York, 1995.



- Word J.A.* Alterations of sleep patterns in psychiatric disorders // Canad. Psychiatry Assoc. 1968. Vol.14, № 3. P. 244—251.
- Wulff E.* Socialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? // Pfafflin: Der Mensch in der Psychiatrie. Berlin: Springer, 1988.
- Zimmerman M., Coryel. W.* // Arch. gener. Psychiatry. 1989. Vol.46, № 8. P. 682—689.
- Zilboorg G.* Hystory of medical psychology. New York, 1941. P. 299.

*Учебное издание*

*Валентин Яковлевич  
СЕМКЕ*

## **ОСНОВЫ ПЕРСОНОЛОГИИ**

Компьютерная верстка *Щукин А.С.*  
Корректор *Макарова А.В.*

Изд. лиц. № 04050 от 20.02.01.  
Литературно-издательское агентство  
«Академический Проект» (Москва)  
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3, стр. 4  
Гигиенический сертификат № 77.99.6.953.П.4044.7.99 от 05.07.99

Изд. лиц. № 01103 от 01.03.00  
Издательство  
«Профессиональная Психотерапевтическая Лига»  
113184, Москва, ул. Пятницкая, 34

Налоговая льгота — общероссийский  
классификатор продукции  
ОК—005—093, том 2; 953000 — книги, брошюры.

Подписано в печать с готовых диапозитивов 20.08.01  
Формат 84x108/32. Гарнитура Антиква. Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 24,8. Тираж 1500 экз.  
Заказ № 385.

Отпечатано с готовых диапозитивов  
на ГИПП «Уральский рабочий»  
620219, Екатеринбург, ул. Тургенева, 13.

ISBN 5-8291-0129-7



ISBN 5-94250-005-3

