



32. Тхостов А.Ш. Психология телесности: Учеб. пособие / Под ред. А.Ш. Тхостова. М., 2002.
33. Тхостов А.Ш., Виноградова М.Г. Нарушения мышления при истерическом расстройстве личности // Психологические исследования. 2010. № 2 (10).
34. Филатова Е.С., Алексеев В.В., Эрдес Ш.Ф. Болевой синдром при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2011. № 6.
35. Фишман Б.Б., Кочанов И.Н., Хорошевская А.И. и др. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. № 2.
36. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / Пер. М.В. Вульф. М., 2006.
37. Харисова Р.Р. Субъективные обобщения как нормативный способ осуществления мыслительных действий // Психология и педагогика: современные методики и инновации, опыт практического применения: Сб. мат. IX Междунар. науч.-практ. конф., Липецк, 31 июля 2015 г. Липецк, 2015.
38. Царенко Д.Н. Клинико-психологические особенности когнитивных нарушений при расстройствах тревожно-депрессивного спектра: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012.
39. Чебакова Ю.В., Передеряева Л.В. Гендерные факторы психосоматического симптомообразования (на модели соматоформных расстройств) // Психология и психотехника. 2012. № 6.
40. Шимохина Н.Ю. Роль тревожно-депрессивных расстройств в патогенезе острого коронарного синдрома // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 2 (86).
41. Штарик С.Ю., Петрова М.М., Гарганеева Н.П. Некоторые аспекты коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и артериальной гипертензии // Сибирский медицинский журнал. 2009. № 4—2.
42. Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 1.
43. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. СПб.-М., 2002.
44. Abraham K. The influence of oral eroticism on character formation / Ed. K. Abraham. London, 1924.
45. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. N.Y., 1976.
46. Few L.R., Miller J.D., Grant J.D., Maples J., Trull T.J., Nelson E.C., Oltmanns T.F., Martin N.G., Lynskey M.T., Agrawal A. Trait-Based Assessment of Borderline Personality Disorder Using the NEO Five-Factor Inventory: Phenotypic and Genetic Support // Psychol Assess, 2015.
47. Korczyn A.D., Halperin I. Depression and dementia // Journal of the neurological sciences. 2009. № 1.
48. Pfuhlmann B. Differential diagnosis of catatonic psychoses // European Psychiatry. 2010. 25(1).
49. Robinson E.G., Rathbone G.N. Impact of race, poverty, and ethnicity on services for persons with mental disabilities: call for cultural competence // Ment. Retard. 1999. № 37(4).

УДК 616.89

К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Ю.В. Чебакова*

Аннотация. Обоснована необходимость определения психологической структуры расстройства личности для создания комплексной медико-психологической помощи и выделения адекватных психологических мишеней психотерапевтического воздействия при данной форме патологии с позиций дискуссионных вопросов дифференциальной диагностики в современной психиатрии, недостаточности клинико-психопатологического метода для четкой квалификации типа расстройства личности, отсутствия систематизации психологической феноменологии при данной нозологии в иерархическую структуру патопсихологического синдрома. Проанализирована проблема дифференциальной диагностики эндогенных процессуальных и пограничных расстройств и показаны методологические и диагностические возможности структурного психоаналитического подхода. Представлена психологическая структура расстройства личности в рамках интеграции экспериментально-психологической (патопсихологической) и психоаналитической диагностики.

Ключевые слова: расстройства личности, пограничные расстройства, эндогенные процессуальные расстройства, психоаналитический подход, структурный диагноз, патопсихологический синдром.

ABOUT PROBLEM PSYCHOLOGICAL STRUCTURE OF PERSONALITY DISORDER

Yu.V. Chebakova

Abstract. In the article the necessity of determining the psychological structure of personality disorders to create a comprehensive medical and psychological assistance and the provision of adequate psychological targets of psychotherapeutic influence in this form of disease from the standpoint of discussion of issues of differential diagnosis in modern psychiatry, lack of clinical and psychopathological method for a clear qualification such as personality disorders, lack of systematization of psychological phenomenology at this nosology in a hierarchical structure pathopsychological syndrome. Analyzed the problems of differential diagnosis of endogenous process and borderline disorders and shows methodological and diagnostic capabilities of structural psychoanalytic approach. The article presents the psychological structure of personality disorders in the framework of the integration of experimental psychological (pathopsychological) and psychoanalytic diagnosis.

Keywords: personality disorder, borderline disorder, endogenous procedural disorder, psychoanalytic approach, structural diagnosis, pathopsychological syndrome.

Научная специальность 19.00.04 — Медицинская психология

Проблема определения психологической структуры расстройства личности обусловлена тремя основными факторами. Во-первых, один из наиболее актуальных дискуссионных вопросов в современной психиатрии касается дифференциальной диагностики указанной нозологической категории и других непроецессуальных пограничных расстройств, малопрогредиентных форм шизофрении, что определяет различия в системе комплексной медико-психологической помощи. Во-вторых, ограниченность клинико-психопатологического метода рамками феноменологического анализа часто не позволяет дифференцировать различные формы специфических расстройств личности и выделить адекватные психологические мишени психотерапевтического воздействия. В-третьих, в самой традиции патопсихологического синдромного анализа, направленного на выделение иерархической психологической структуры нарушений при той или иной нозологии, модель расстройств личности представляется недостаточно систематизированной.

Сложности определения четких клинико-психопатологических критериев «мягких» форм эндогенных процессуальных и пограничных расстройств возросли как в связи с расширением спектра пограничной патологии, так и тенденцией к «смягчению» форм течения шизофрении, появлению множества переходных, «стертых» вариантов со значительным удельным весом личностных аномалий в картине нарушений по типу «псевдопсихопатий» [5]. В связи с данными факторами дифференциально-диагностические трудности касаются разграничения малопрогредиентного эндогенного процесса и конституциональных расстройств личности, а также патохарактерологических личностных развитий вследствие затяжных психогений.

Обозначенная проблема требует расширения арсенала диагностического инструментария с использованием не только клинико-психопатологических, но и психологических критериев оценки. Выделение «мишеней» психодиагностической квалификации клинической фено-

менологии должно опираться и на дополнительные методологические основания, встроенные в логику патопсихологического синдромного анализа и обеспечивающие дифференциацию структуры личности при пограничных расстройствах и малопрогредиентных формах шизофрении. Подобный методологический ресурс можно выделить в психоаналитической теории объектных отношений, реализованный в представлениях о структурном диагнозе, вписанных в традицию исследования различных нарушений самосознания [6], а также внесших важный вклад в пересмотр классификации психических болезней в американском руководстве по диагностике и статистике психических расстройств Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV) [2]. Согласно данным представлениям, основной «мишенью» диагностики становится личность, которая может функционировать на трех уровнях психической организации: относительно здоровом, условно нормативном невротическом, охватывающем спектр пограничной патологии, пограничном и определяющем ее особенности при эндогенных расстройствах психотическом. Диагностические акценты смещаются с клинической картины заболевания на личность в условиях болезни, что включает как ее преморбидную оценку, так и стратегии компенсации и декомпенсации.

Расстройства личности относятся к категории пограничных психических заболеваний и определяются как «клинически значимые, устойчивые поведенческие состояния, выражающие характеристики индивидуального стиля жизни и способа отношения к себе и другим» [3, с. 88]. Специфические расстройства личности возникают в раннем возрасте в процессе индивидуального развития под влиянием конституциональных и/или социальных факторов. В более позднем возрасте могут формироваться стойкие изменения личности, обычно связанные с наличием психотравмирующей ситуации или затяжным течением соматической или психической болезни и выступающие как «заострение» преморбидных акцентуированных черт



личности. Пограничные психические расстройства занимают промежуточное положение между нормой и патологией, что определяет широкий круг теоретических проблем как дифференциации данных расстройств, так и условий подвижности границ между их различными формами, определяемых уникальным взаимодействием личности и окружающей социальной среды, индивидуальными смыслами психотравмирующих обстоятельств [1].

Вопросы дифференциальной диагностики расстройства личности возникают, с одной стороны, как было указано выше, в отграничении данной формы патологии от малопрогрессирующих форм шизофрении, с другой стороны, — в их отделении от более «легких» форм психической патологии невротического регистра. Дифференциация последнего необходима с учетом патоморфоза психических расстройств, тенденции к появлению их более «мягких» форм, при которых декомпенсация психопатий проявляется не в поведенческих расстройствах, а невротоподобных, в том числе, психосоматических симптомах. В данном случае также оказывается диагностически полезным использование структурных психоаналитических критериев для определения уровня функционирования личностной структуры: при декомпенсации расстройства личности будет регистрироваться пограничный уровень, при невротическом расстройстве — невротический, что еще раз указывает на значимость интеграции психоаналитической традиции структурной диагностики в арсенал психодиагностических инструментов патопсихологии.

В заключение определим психологическую структуру расстройства личности в рамках намеченной интеграции экспериментально-психологической и психоаналитической диагностики. Центральным психологическим звеном при расстройстве личности является нарушение организующей роли интеллекта над аффектом, при котором утрачивается свойственное здоровой личности единство аффекта и интеллекта и отмечаются проблемы эмоциональной саморегуляции. В эмоционально-личностной сфере будут регистрироваться структурные неспецифические и специфические феномены нарушения личности, в сфере мышления — феномен «аффективной дезорганиза-

ции» (вследствие избыточной опосредованности когнитивных процессов) аффективно заряженными, личностными факторами [4], их «избыточной пристрастности» [7], актуализации субъективно значимых признаков, предметов и явлений, в сфере памяти — снижение продуктивности как непосредственного, так и опосредованного запоминания, в сфере внимания — феномен пресыщаемости в связи с трудностями произвольной регуляции.

Таким образом, можно выделить следующую иерархию психологических феноменов в структуре патопсихологического синдрома при расстройстве личности:

Первичные феномены, связанные с нарушением организующей роли интеллекта над аффектом:

1) комплекс структурных неспецифических (эмоционально-личностная незрелость, диффузия идентичности, феномен «слипания» Я-реального и Я-идеального) и специфических (выделение типа и уровня личностной структуры, определение «ядерных» личностных черт) феноменов нарушения личности;

2) нарушение мотивационного компонента мышления (феномен разноплановости как «аффективной дезорганизации» с включением субъективно значимых критериев классификации или классификацией по типу эмоционально заряженной «аффективной цепочки»);

3) нарушение мотивационного компонента памяти (пресыщаемость, избыточная опосредованность ассоциативных образов, снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания);

4) нарушение мотивационного компонента внимания (пресыщаемость).

Вторичные феномены, связанные с нарушением операционального компонента познавательной деятельности: актуализация субъективно значимых, эмоционально заряженных признаков предметов и явлений.

Третичные (компенсаторные) феномены: комплекс структурных специфических феноменов нарушения личности, которые выполняют компенсаторную функцию и способствуют улучшению социальной адаптации (выделение личностных радикалов, «периферийных» личностных черт).

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
2. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М., 2005.
3. Классификации болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. М., 2003.
4. Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Эмоциональная и смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей возбудимого и истерического круга // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984. № 12.
5. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 2009.
6. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1990.
7. Тхостов А.Ш., Виноградова М.Г. Нарушения мышления при истерическом расстройстве личности // Психологические исследования. 2010. № 2 (10).