

УДК 616.89-008:159.96]-079

Мельниченко В.В.

РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – СИНОНИМЫ ИЛИ ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ?

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В процессе анализа таких сложно структурированных феноменов как расстройство личности и дезорганизация личности возникает острая необходимость их разграничения, поиска точек соприкосновения и отталкивания, что по существу стало плацдармом для формирования и обоснования собственной теоретической конструкции данных понятий.

В целом проблема личностных расстройств до сих пор остается актуальной, потому что данные нарушения мешают поэтапному, благоприятному развитию личности и ее становлению в качестве успешного субъекта социального взаимодействия.

Основные представления о расстройствах личности (до 1999 года употреблялся термин «психопатия») внес П.Б. Ганнушкин – русский психиатр, создатель психиатрической школы. В его трудах были изложены клинические критерии конкретных психопатий, обоснованы три определяющих их признака, которые не потеряли своей значимости и в настоящее время: тотальность патопсихологических черт характера, относительная стабильность их проявлений в течении жизни и социальная дезадаптация [1].

В медицинской психологии изъяны личностного развития изучали В.Д. Менделевич, К. Леонгард, И.С. Витенко, А. Бек, О. Кернберг, А.Е. Личко, Т.Миллон, Б.В. Зейгарник. По их мнению, расстройства личности – это длительные и устойчивые нарушения разнообразных сфер психической деятельности, которые проявляются через дезадаптивные модели поведения и не связаны с соматическими, неврологическими или психическими заболеваниями.

С позиций социальной психологии расстройства личности трактуются как «социально-психологические расстройства» – глубоко заложенные устойчивые модели

поведения, проявляющие себя в форме агрессивности, враждебности, негативизма, которые возникают в процессе коммуникации личности в социуме и приводят к нарушению поведенческих, коммуникативных, адаптивных условий жизнедеятельности [2].

Основным направлением изучения этиологии расстройств личности остается комбинация представлений об их наследуемом или врожденном состоянии с неблагоприятными факторами воспитания и микросоциальной среды.

Структура личностных расстройств весьма размыта и концептуально хаотична. Ряд исследователей выделяют следующую иерархию психологических феноменов в структуре патопсихологического синдрома при расстройстве личности: центральное звено – 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 дезорганизации» (вследствие избыточной опосредованности когнитивных процессов) аффективно заряженными, личностными факторами [3], их «избыточной пристрастности» [4], 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; в сфере поведения – включение компенсаторных стратегий для улучшения социальной адаптации (выделение личностных радикалов, «периферийных» личностных черт) [5].

По мнению Р.Лэнга, в психопатологии расстройство личности понимается как стойкое, врождённое или приобретённое характерологическое расстройство, проявляющееся дисгармоничностью психической конституции личности при общей сохранности психического аппарата и проявляющееся в девальвации межличностных отношений и нарушении социальной адаптации. Причём, количественные изменения ряда психических свойств в совокупности создают качественно новые состояния, проявляющиеся в широчайшем поведенческом, когнитивном и эмоциональном диапазоне. Данные расстройства характеризуются: парадоксальностью, сензитивностью, дисгармоничностью, утратой чувства реальности, деперсонализацией, мозаичностью (фрагментированностью), экстравагантностью и компенсацией в ситуации социальной изоляции [6].

В 1904 году Эмиль Крепелин заложил прочную модель, которая описывает 7 типов «психопатической личности», названия которых были даны согласно сходству с проявлениями основных психических расстройств: шизоидная – напоминающая шизофрению, циклоидная – переключается со знаковыми проявлениями маниакально-депрессивного психоза и так далее [7]. Позже Курт Шнайдер [8] выделил еще 9 типов личностных расстройств, большинство из которых до сих пор присутствуют в той или иной модификации в классификациях расстройств и по сей день.

Последние классификации - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (DSM 5) и Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11) подвергают сомнению верность предыдущих парадигм и предлагают новый подход, который упраздняет все специфические категории расстройств личности, кроме одной: самого факта наличия расстройства личности. Такие изменения связаны с тем, что у половины пациентов, имевших критерии одного расстройства личности, так же обнаруживаются признаки других личностных расстройств [9]. Часть расстройств личности встречаются слишком редко, в то же время, значимая когорта людей, имеющих серьезные личностные нарушения, не вписываются в критерии ни одного из существующих расстройств личности [10, 11]. Пациенты с одинаковым диагнозом могут разительно отличаться друг от друга, как по личностным качествам, так и

по выраженности их состояния. Кроме того, в настоящее время в МКБ существует дихотомическое разделение популяции на людей с расстройством личности и без него, хотя, на самом же деле, существует и промежуточная категория «акцентуаций характера», которая хоть и была выделена достаточно давно, однако в классификации болезней ей не находилось места. Таким образом, психиатры лишены возможности достоверным образом регистрировать субсиндромальные изменения [9].

Используя следующие критерии, не вдаваясь в категории, специалист устанавливает наличие личностного расстройства [12]:

- Прогрессирующие нарушения в том, как человек чувствует себя, думает о других и окружающем мире, что проявляется в неадекватных способах познания, поведения, эмоциональных переживаниях и реакциях;

- Деадаптивные паттерны сравнительно ригидны и ассоциированы с выраженными нарушениями психосоциального функционирования, что больше всего заметно в межличностных отношениях;

- Нарушения проявляются в различных личных и социальных ситуациях (т.е. не ограничивается конкретными отношениями или ситуациями);

- Нарушения являются относительно стабильными в течение времени и имеют длительную продолжительность. Чаще всего расстройство личности впервые проявляется в детстве и явным образом обнаруживает себя в подростковом возрасте.

Таким образом, расстройство личности является клинической психиатрической категорией, для диагностики которой существуют конкретные критерии [13, с.655]:

1. Паттерн нестабильных и/или интенсивных межличностных отношений, характеризующийся полярными оценками в положительную либо в отрицательную сторону, что отражает доминирующий механизм психологической защиты.

2. Импульсивность хотя бы в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например, трата денег, секс, химические зависимости, переедание.

3. Эмоциональная нестабильность и повышенная реактивность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения в сторону снижения, раздражительности, тревоги, обычно продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

4. Неадекватный, сильный гнев или плохой контроль над гневом (например, частая вспыльчивость, постоянная злоба, нападение на других). Гнев является результатом генетической предрасположенности и влияния среды и может приводить в будущем к актам самоповреждения.

5. Повторное суицидальное поведение, деструктивное поведение и другие виды самоповреждающего поведения.

6. Нарушение идентификации, проявляющееся по крайней мере в двух из перечисленных областей - самооценке, образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке целей, выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, ценностях.

7. Хроническое чувство пустоты (или скуки).

8. Неспособность к интернализации позитивных эмоций в межличностном общении (неспособность интернализировать чувства в самого / саму себя и неспособность к самоуспокоению).

9. Отсутствие толерантности к одиночеству.

10. Отсутствие процессуальности и негативных симптомов. У пациентов с расстройствами личности возможно нарушение чувства реальности (дереализация), но при этом сохраняется способность правильного тестирования (проверки) реальности.

После прояснения основных положений, касающихся расстройств личности, переходим к следующему модусу нашего интереса – дезорганизации личности, которая является субъективным специфичным личностным конструктом, сформированным в процессе жизни пациента с психическим расстройством и отображает общую дисфункциональность индивида.

Применяя принципы системного подхода, отражающего единство естественнонаучного и гуманитарного направлений в изучении психических расстройств:

1) психика человека представляет собой целостную, многоуровневую систему, включающую психофизиологический уровень, индивидуально-психологический уровень (психические процессы) и ценностно-смысловой или личностный уровень;

2) психика отражает внутренний мир человека, субъективное жизненное пространство личности, ее психологический опыт.

Стало быть, любые изменения психической деятельности вследствие психического расстройства неразрывно связаны с личностью и ее социальным преобразованием. Поэтому, отдавая должное нозологическому подходу в психиатрии, интерпретации психопатологических симптомов как основы диагностики, следует отметить, что такое понимание сущности психического расстройства означает редукцию психической жизни пациента до уровня синдромов, а сам больной оказывается вырванным из социального контекста. Следует иметь также в виду, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные нерациональной организацией психиатрической помощи и ведения больного, что приводит к формированию в нем зависимого (госпитализм, виктимизация, приобретённая выученная беспомощность), аутостигматизирующего чувства существования.

Расширяя рамки мотивационно-динамической парадигмы понимания организации личности, В.Ф. Петренко в «Основах психосемантики» [14] выделил гипотетический конструкт «анализ личности через ее мотивацию», объединив психоанализ и деятельностный подход. Психоанализ исследует противоречия между глубинными бессознательными мотивами и строго продиктованными требованиями общества, конфликт между которыми приводит субъекта к различным формам сублимации глубинных влечений или невротизации личности. Теория А.Н. Леонтьева представляет личность как иерархию мотивов, побуждающих ее к активности. Но если в психоанализе основная активность личности направлена на решение внутриличностных проблем, то в теории деятельности – на расширение сознания человека в его отношении к миру, и мотивационные структуры задаются и формируются обществом. Из этого следует, что мотив более не выступает как предмет потребности, а переходит в психоаналитическое понимание мотивирующей роли психического состояния.

Согласно Д.А. Леонтьеву, современный психоанализ «направлен именно на раскрытие уникальных, часто неосознаваемых личностных смыслов». За этим точным

определением следует что личность является наиболее высшей психической функцией, основной характеристикой которой является произвольность. Мы, придерживаясь методологии антропологического (гуманитарного), личностно-ориентированного подхода, делаем акцент на качественных характеристиках субъективного мира пациента (субъективного жизненного пространства личности), его личностного потенциала, проблеме детерминизма/самодетерминации жизнедеятельности личности, в т.ч. в контексте нарушения ее организации и дисфункциональности психосоциального функционирования.

Специфической методологией гуманитарного, личностно-ориентированного подхода в психиатрии и психологии является методология качественного исследования [15], которая ориентирована не столько на детерминированность человеческой жизни и личности генетическими, средовыми и ситуационными (объективными) факторами, сколько режимом субъективного – самодетерминации, рефлексии, личностного потенциала. Следуя данной логике, можно прийти к выводу, что дезорганизация личности представляет собой недостаточность самодетерминации и саморегуляции, ограничение возможностей человека, его идентичности и субъектности. При этом личностный потенциал, как потенциал саморегуляции, составляющий ядро личности, минимально подвержен влиянию социальной среды и способствует актуализации человеческой индивидуальности. В этой связи субъективное жизненное пространство личности, в т.ч. личности дезорганизованной, можно рассматривать как пространство возможностей для исследования и познания, оно содержит значительно больше информации, чем содержится в клинических заключениях, не учитывающих индивидуальных возможностей личности. Таким образом, в независимости от уровня личностной организации, пациент представляет собой автономную систему жизнедеятельности с индивидуальной степенью динамики и активности, субъект собственных ресурсов клинического и субъективно-личностного восстановления и ответственности за реализацию индивидуальных ресурсов.

Подлинность психической реальности пациента непосредственно отражает

переживание (субъективация образов и представлений человека). Пациент с дезорганизацией личности под действием переживания психического расстройства выбирает один из трех вариантов произвольной регуляции (саморегуляции): 1) игнорировать факт психического расстройства, преуменьшать его значимость и подлинность; 2) сломаться под грузом чрезмерной рефлексивности и болезненных переживаний - переживаний невозможности быть уникальным и неповторимым, реализовать свое Я (идентичность), потенциал своей личности, переживаний смыслоутраты, стигмы, потери идентичности, отчуждения, утраты способности к самореализации, решения проблем; 3) превратить сформированную личностную дезорганизацию в установочную структуру нового аутентичного психологического опыта, познавательный инструмент по примирению с болезненными переживаниями, совладанию с психическим расстройством.

В процессе нашего теоретического поиска мы пришли к выводу, что дезорганизация личности сопряжена с нарушением личностного потенциала, его составляющих, что приводит к значительным трансформациям бытия и ценностно-смысловой ориентации пациента. Другими словами, компоненты личностного потенциала, на наш взгляд, можно рассматривать в совершенно новом свете: не только в качестве элементов функциональной системы психически стабильного индивида, но и как отдельные элементы субъективного жизненного пространства личности, претерпевшей реструктуризацию ее глубинных переживаний, смыслов, потребностей, целей. Личностный потенциал отражает интрапсихические переживания человека, в том числе аномальные, как индикаторы его индивидуального психического опыта. Стало быть, ресурсы личности выступают как интегративные характеристики личности, проявляющиеся в процессах ее самодетерминации или потери субъектности при психических расстройствах.

Таким образом, расстройство личности и дезорганизация личности существенно различаются по семантическому и теоретическому содержанию, применению в клинической практике психиатрии понятия. Расстройство личности – это самостоятель-

ная медицинская категория специфических аномальных расстройств психики, начало развития которых приходится на детский и подростковый возраст и характеризуется стабильностью личностных отклонений, тотальностью изменений динамики психических процессов, особенно в когнитивной и аффективно-поведенческой сферах, что вызывает выраженный негативный социальным отклик. В свою очередь, дезорга-

низация личности – это реструктуризация свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности. По отношению к пациенту дезорганизация личности выступает специфическим образованием, онтологическим основанием которого является нарушение целостности, идентичности и экзистенциальной исполненности человека.

Мельниченко В.В.

РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – СИНОНИМЫ ИЛИ ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ?

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье проанализированы феномены расстройства личности и дезорганизации личности: их сущность, структура. Установлено, что эти понятия существенно различаются по семантическому и теоретическому, применению в клинической практике психиатрии. Также выяснено, что расстройство личности – это самостоятельная медицинская категория специфических аномальных расстройств психики, характеризующиеся тотальностью патопсихологических черт характера, относительной стабильностью их проявлений в течении жизни и социальной дезадаптацией. В свою очередь, дезорганизация личности – это реструктуризация свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности.

Ключевые слова: расстройство личности, дезорганизация личности, социально-психологические расстройства, личностный потенциал

Melnichenko V.V.

PERSONALITY DISORDER AND PERSONALITY DISORGANIZATION - SYNONYMS OR OPPOSITIONS?

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article analyzes the phenomena of personality disorder and personality disorganization: their essence, structure. It is established that these concepts differ significantly in semantic and theoretical, in the clinical practice of psychiatry. It was also found that personality disorder is an independent medical category of specific abnormal mental disorders characterized by the totality of pathopsychological character traits, the relative stability of their manifestations throughout life and social maladaptation. In turn, the disorganization of personality is the restructuring of the properties, characteristics and resource capabilities of the personality in the process of the existence of the subject in the actual psychopathological reality.

Keywords: personality disorder, personality disorganization, socio-psychological disorders, personality potential

Литература

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Новгород: Медицинская книга; 1998. 128.
2. Коротков П.В. Теоретические аспекты изучения личностных расстройств. Гуманитарный вектор. Серия: педагогика, психология. 2014; 1(37): 154-160.
3. 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: 1815-1822.
4. Тхостов А.Ш., Виноградова М.Г. Нарушение мышления при истерическом расстройстве лич-

- ности. Психологические исследования. 2010; 2 (10). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 19.09.2019). 0421000116/0011.
5. Чебакова Ю.В. К проблеме психологической структуры расстройства личности. Психологические науки. 2015; 3: 92-94.
 6. Лэнг Р. Расколотое «Я». Антипсихиатрия. М.; 1995: 45-51.
 7. Бурцев А.О. Возникновение и развитие понятия «психопатия»: отечественные и зарубежные исследования личностных расстройств в XIX столетии. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014; 3: 9-27.
 8. Tyrer P., Reed G. M., Crawford M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 2015. Т. 385. №. 9969: 717-726.
 9. Kring A. M. et al. *Abnormal psychology*. New York: Wiley; 2007: 359-401.
 10. Verheul R., Bartak A., Widiger T. Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of personality disorders*. 2007. Т. 21. 4: 359-370.
 11. Verheul R., Widiger T. A. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. 2004. Т. 18. 4: 309-319.
 12. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2006. Т. 188. 1: 13-20.
 13. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. М.: Медицина; 1998. 1. 1100.
 14. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. Смоленск: Изд-во Смол. гуманитар. ун-та; 1997. 395.
 15. Улановский А.М. Качественные исследования: подходы, стратегии, методы. Психологический журнал. 2009; 2: 18—28.

References

1. Gannushkin P.B. *Klinika psikhopatii: ikh statika, dinamika, sistematika* [Clinic of psychopathies: their statics, dynamics, systematics]. Novgorod: Meditsinskaya kniga; 1998. 128 (in Russian).
2. Korotkov P.V. *Teoreticheskie aspekty izucheniya lichnostnykh rasstroistv* [Theoretical aspects of the study of personality disorders]. *Gumanitarnyi vektor. Seriya: pedagogika, psikhologiya*. 2014; 1(37): 154-160 (in Russian).
3. Kudryavtsev I.A., Safuanov F.S. *Emotsional'naya i smyslovaya regulyatsiya vospriyatiya u psikhopaticheskikh lichnostei vzbudimogo i istericheskogo kruga* [Emotional and semantic regulation of perception in psychopathic personalities of an excitable and hysterical circle]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 1984; 12: 1815-1822 (in Russian).
4. Tkhostov A.Sh., Vinogradova M.G. *Narushenie myshleniya pri istericheskom rasstroistve lichnosti* [impaired thinking in hysterical personality disorder]. *Psikhologicheskie issledovaniya*. 2010; 2 (10). Available at: <http://psystudy.ru> (accessed: 19.09.2019). 0421000116/0011 (in Russian).
5. Chebakova Yu.V. *K probleme psikhologicheskoi struktury rasstroistva lichnosti* [To the problem of the psychological structure of personality disorder]. *Psikhologicheskie nauki*. 2015; 3: 92-94 (in Russian).
6. Leng R. *Raskolotoe «Ya»*. *Antipsikhiatriya* [The Shattered “I”. *Antipsychiatry*]. Moscow; 1995: 45-51 (in Russian).
7. Burtsev A.O. *Vozniknovenie i razvitie ponyatiya «psikhopatiya»: otechestvennye i zarubezhnye issledovaniya lichnostnykh rasstroistv v XIX stoletii* [The emergence and development of the concept of “psychopathy”: domestic and foreign studies of personality disorders in the XIX century]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie*. 2014; 3: 9-27 (in Russian).
8. Tyrer P., Reed G. M., Crawford M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 2015. Т. 385. №. 9969: 717-726.
9. Kring A. M. et al. *Abnormal psychology*. New York: Wiley; 2007: 359-401.
10. Verheul R., Bartak A., Widiger T. Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of personality disorders*. 2007. Т. 21. 4: 359-370.
11. Verheul R., Widiger T. A. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. 2004. Т. 18. 4: 309-319.
12. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2006. Т. 188. 1: 13-20.

13. Kaplan G.I., Sedok B.Dzh. Klinicheskaya psikhiatriya [Clinical Psychiatry]. Per. s angl. Moscow: Meditsina;1998. 1. 1100 (in Russian).
14. Petrenko V.F. Osnovy psikhosemantiki [The basics of psychosemantics]. Smolensk: Izd-vo Smol. gumanitar. un-ta; 1997. 395(in Russian).
15. Ulanovskii A.M. Kachestvennye issledovaniya: podkhody, strategii, metody [Qualitative research: approaches, strategies, methods]. Psikhologicheskii zhurnal. 2009; 2: 18—28(in Russian).

Поступила в редакцию 28.10.2019