

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК: 159.96+616.89-008:355.01+141.32

В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, А. В. Абрамов

### ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Согласно критериям ВОЗ, психические расстройства определяются как степень отклонения взятого за основу понятия «психическое здоровье». Эти критерии рассматривают психическое здоровье как динамический процессуальный феномен, включающий только позитивные качества, характеризующие целостную личность, ее активность и функциональные возможности. Диапазон этих возможностей простирается от уровня оптимально психологически зрелой и полноценно функционирующей личности, реализующей свой потенциал и движущейся к полному познанию себя и сферы своих переживаний, до состояний беспомощности и других дисфункциональных личностных феноменов.

В международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) психическое расстройство определяется как «клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию; изолированные социальные отклонения без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Таким образом, международный диагностический стандарт к обязательным признакам психического расстройства, помимо психопатологических симптомов, относит личностные дисфункции и страдания.

Психопатологические симптомы — это признаки психического расстройства, выявляемые врачом-психиатром. Традиционно, хотя и не совсем обоснованно, эти признаки считаются объективной оценкой психического состояния пациента. Страдания и личност-

ные дисфункции — это составляющие психического расстройства, относящиеся к субъективным переживаниям, структурирующим субъективное жизненное пространство личности (ее внутренний мир). Возможность их объективной оценки, по меньшей мере, сомнительна.

Страдание — особые экзистенциально-фрустрирующие переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, свою сущность, переживания глубокой неудовлетворенности собственной жизнью, утраты способности реализовать потенциал своей личности; это апогей негативных переживаний (пиковых по А. Маслоу): потеря точки опоры, смысла жизни, крушения жизненных надежд, самоотчуждение, социальное исключение, невозможность реализации широкого спектра жизненно важных потребностей, дальнейшего личностного роста, вынужденный отказ от многих приоритетных до болезни ценностей (разрушение ценностно-смысловой системы).

Следует отметить, что страдания, если и не идентифицируются с состояниями личностной аномальности, то, несомненно, феноменологически структурируют ее и лежат в основе личностного дистресса. В этой связи примечательно выражение К. Шнайдера (1928): «психопат (современное — дисфункциональная личность) — это субъект, который вследствие патологии своего характера страдает сам и/или заставляет страдать других». А применительно к проблеме стигмы, страдания из-за тяжелого психического расстройства оформляются в виде самостоятельной диагностической категории, отражающей деформацию личностного развития (хроническое из-

менение личности после психической болезни — F62.1). В связи с этим, при дальнейшем изложении анонсированной проблемы мы не будем специально выделять один из ее аспектов «стигма-страдание», а обратимся, в основном, к анализу субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем и режимов функционирования) у лиц с психическими расстройствами. При этом учитывалось, что образ субъективной реальности пациента с психическим расстройством — это совокупность образов (переживаний), непосредственно связанных (или искаженно связанных) с осознанием реально происходящих событий; они отражают нарушение фундаментальных функций личности, ее дисфункцию.

«Препятствие личностному функционированию» как составляющая психического расстройства по определению МКБ-10 означает нарушение личностного функционирования (личностную дисфункцию), которое в научной литературе не оформилось в качестве общепринятого клиничко-диагностического понятия. Существует многообразие терминов, при помощи которых обозначаются нарушения личности: изменения личности особого типа, деградация личности, дисгармоничность, десоциализация, дезинтеграция, расщепление, снижение уровня личности, деструкция, дефект личности, дезорганизация, диссоциация, специфическое расстройство личности, девиация, дискордантность, деформация. На наш взгляд, эти термины отражают не столько своеобразие клинических проявлений и механизмов личностных дисфункций, сколько понятийные предпочтения автора. Более чем убедительный пример недифференцированного и некритичного употребления этих терминов содержится в руководстве по психиатрии под редакцией А. В. Снежневского [11]: «В картине шизофренического психоза и в непсихотических дефектных стадиях болезни выявляется типичная *дискордантность* психических функций — *рассогласование* и *дисгармоничность* мышления, эмоций, моторики, своеобразное *расщепление*. *Диссоциативность* психических функций придает особую «шизофреническую» окраску всему поведению больных...».

В этом перечне в целом синонимичные понятия (дискордантность, дисгармоничность, расщепление, диссоциация) выступают как особые, имеющие определенную специфику, характеристики психических

функций, практически никак не отражающие сущности субъективных переживаний смысловой целостности личности. Такое произвольное нагромождение терминов, не вносящих ясности в оценку базисных характеристик личностного потенциала пациентов и не раскрывающих сущности и клиничко-психологического содержания аномальных личностных проявлений, значительно затрудняет не только диагностический процесс, но и осуществление целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий. Это делает необходимым использование унифицированного терминологического обозначения этих нарушений с уточнением их феноменологической принадлежности. Наиболее предпочтительным является термин «личностная дисфункция», которым обозначается ряд клинически значимых состояний, являющихся выражением присущего индивиду дезадаптивного стиля жизни и способа отношения к себе и другим.

Личностная дисфункция — обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности или способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности. Критерии личностной дисфункции: нарушение интеграции, целостности и синергичности различных составляющих личности (личностного потенциала, позитивных аспектов психического здоровья).

При разработке классификации и содержательного описания различных видов дисфункциональных состояний личности следует учитывать критерии надежности [8] и адекватной мобилизации [1] психологических ресурсов человека, а также уровень динамического рассогласования [2] возможностей (способностей) личности и «функциональную цену» такого рассогласования [8, 7]. Состояние адекватной мобилизации характеризуется полным соответствием уровня активации (актуализации) позитивных сторон личности требованиям сложившейся ситуации (в частности, ситуации болезни), а состояние динамического рассогласования проявляется утратой целостности и интегрированности различных компонентов субъективного жизненного пространства личности (СЖПЛ). Критерии надежности функционального состояния отражают способность личности быть функциональной — успешно осуществлять свою жизнедеятельность и ис-

пытывать чувство субъективного благополучия. Цена изменившегося функционального состояния (дисфункциональности) — степень истощения личностных ресурсов и возможности их восстановления.

Для исследования дисфункциональных состояний личности и насыщенности их конкретным содержанием необходимо обращение к анализу специфических видов этих состояний. Исходной представляется идея о существовании некоторого упорядоченного множества или континуума состояний функциональности/дисфункциональности. С этих позиций та или иная степень дисфункциональности с соответствующими качественными содержательными характеристиками может быть представлена в виде подвижной точки внутри гипотетического континуума. Акцент при этом должен ставиться на необходимости получения целостного впечатления об исследуемом состоянии в виде специфического личностного дисфункционального синдрома. Важно при этом увидеть за внешне наблюдаемой функциональной мозаикой частных сдвигов закономерные тенденции в характере соотношения между ними.

Критериями изменения функционального состояния СЖПЛ не могут быть динамика отдельных его составляющих или набор «критических значений» для каждого измеряемого параметра, выход, за пределы которого свидетельствовал бы о формировании дисфункциональности. Такой подход не учитывает системных свойств и системного эффекта СЖПЛ. Адекватные критерии личностной дисфункции, на наш взгляд, должны соответствовать принципам эмерджентности и количественным, и качественным характеристикам самореализации и самоэффективности пациента. Именно в этом направлении должен вестись поиск адекватных методических средств для оценки степени выраженности и содержательных характеристик функционального состояния личности и индикаторов ее дисфункциональности.

Говоря о самоэффективности и эффективности деятельности как основном критерии оценки изменения состояния, необходимо точнее определить содержание понятия «эффективность». В широком смысле эффективность характеризует приспособленность системы к достижению поставленной перед ней задачи. Степень приспособленности определяется наличием и использованием внутренних оптимальных средств для реали-

зации деятельности, обеспечивающих полноценное решение задачи при минимальных затратах. Важное значение при этом имеет «гибкость» функциональных систем, включенных в деятельность, позволяющая быстро адаптироваться и действовать в соответствии с меняющимися условиями окружения. Степень адекватности ответа требованиям, определяемым содержанием деятельности и условием осуществления, является одним из показателей эффективности.

Важным при этом является оптимальность способа функционирования каждой из включенной в деятельность систем и согласованности друг с другом. Для того чтобы дать правильную интерпретацию наблюдаемым фактам, надо проанализировать структурные перестройки, происходящие на уровне включенных в деятельность систем, и складывающиеся между ними отношения.

По данным проведенного нами теоретического анализа дихотомии «функциональность/дисфункциональность», к основным онтологическим признакам дисфункциональной трансформации личности относятся:

- нарушение формирования целостных образований психического опыта личности, ее субъектности и ценностно-смысловой организации и восприятия личностью своих включений в ситуации социальной реальности;
- интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности личности, способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности;
- нарушение экзистенции (ядра личности) с отчуждением от бытия, собственной уникальности и неповторимости (деидентификация);
- объективный и рефлексивно осознаваемый распад смыслонаправленности личности — главного стимула человеческой активности;
- изменение функциональных возможностей личности, связанных с формированием дезадаптивных образов этих возможностей;
- рассогласование между смысловой сферой и объективной действительностью, приводящее к нарушению целостности идентичности личности и ее жизненного самоосуществления;
- несоответствие онтогенетически сложившегося индивидуального образа

жизненного мира аномальным переживаниям, интериоризирующимся в ценностно-смысловые структуры личности.

С онтологической точки зрения дисфункциональность личности, как системообразующего фактора, сформированной в результате болезни субъектности, можно рассматривать многоаспектно, в т. ч. как:

- системную методологию исследования личности как психического конструкта;
- результат аномального функционирования личности как функционального организма;
- интегральную конституирующую основу возникновения и развития большинства психических расстройств;
- нарушение целостности и ценностно-смысловой организации личности;
- нарушение глубинных (экзистенциальных) механизмов регуляции личности;
- гипотетический конструкт и основу нарушений степеней свободы функциональных органов индивида;
- деформацию смысловых дименсиональных единиц;
- возможность унифицированного обозначения сущности и феноменологической структуры психических расстройств с учетом критериев ВОЗ;
- способ существования патологического психического опыта как паттернов дисфункциональных состояний личности.

Приоритетную роль в формировании онтологического содержания и механизмов личностных дисфункций играют нарушения таких психологических конструктов как экзистенция, идентичность и ценностно-смысловая регуляция личности, обеспечивающие интегративные интрапсихические процессы и определяющие целостность и функциональность личности.

Личность как отражение бытия отдельного, уникального и неповторимого человека, по своей сути экзистенциальна. А. Сервера Эспиноза понимает под «экзистенциальным» все то, что в качестве внутреннего и постоянного условия, возможности и предела предшествует свободной реализации личности, независимо от того, лежит ли оно в основе структуры человека, или исторически в силу обстоятельств дается заранее как нечто, оказывающее внутреннее воздействие на сущ-

ность человека, но не вытекающее из нее...» Экзистенциальное — это то, что присутствует всегда в любом человеке, во всяком месте в любое время. Первым моментом бытийности является «заброшенность» человека в мир (М. Хайдеггер). Способность человека «вести» свою собственную жизнь, будучи «заброшенным в мир», подкреплена единством сущности и существования. Фактически это вопрос о специфически человеческих способах осуществления в реальности, которые проявляются в мире человеческую природу. Это вопрос о сути человеческой экзистенции.

Дисфункциональная личность — это личность с нарушенной экзистенцией. Согласно определению психического расстройства в МКБ-10, личностная дисфункция, как обязательная составляющая психического расстройства, сопряжена со страданиями пациента, которые можно расценивать как экзистенциальные проявления дисфункциональности личности или как результат процесса самостигматизации. При этом страдание как экзистенциальное свойство не отражает (не раскрывает) экзистенцию, а апеллирует к ее возможностям.

Экзистенция (страдание) как бытийное ядро личности или особый род бытия, вырывая пациента из привычного мира повседневности, делает неизбежным осознание собственной несущественности и неспособности вести свою собственную жизнь. Дисфункциональность личности (нарушение ее целостности) — это отчуждение от бытия в целом, от собственной уникальности и неповторимости. Именно в этом заключается онтологическое основание дисфункциональности личности и ее страданий. Личность, ее бытие деперсонализируется в силу ограничений самотрансценденции как фундаментального феномена для понимания человека и из субъекта превращается в объект, открывая возможность для манипулирования ею. Нарушение процесса самотрансценденции, т.е. способности выходить за собственные пределы, является единственным механизмом отчуждения от жизненных реалий как следствие самостигматизации больного. Поскольку существовать для человека — значит постоянно выходить за пределы самого себя, то нарушение этого механизма свидетельствует об искажении, деперсонализации его бытия. В содержательном онтологическом отношении речь идет о деструктивных для личности проявлениях, главным из которых является и объективно,

и рефлексивно осознаваемый распад смысло-направленности личности — главного стимула человеческой активности.

Научный подход отождествляет экзистенцию с эмпирическим сущим или с сознанием вообще. Превращение личности в предмет познания и научного исследования предполагает абстрагирование от экзистенции — внутреннего жизненного психического (душевного) опыта. В то же время, согласно К. Ясперсу, единственным способом, каким можно эмпирически охарактеризовать экзистенцию (экзистенциальные переживания), является оценка «экзистенциального проявления» или «экзистенциальной исполненности». В качестве операциональных аналогов этого феномена могут рассматриваться и все составляющие личностного потенциала или базовые способности личности, формально определяемые как «критерии психического здоровья».

Как уже было отмечено, в основе разнообразных личностных дисфункций у больных с психическими расстройствами лежит процесс внутренней деятельности переживаний стигмы, страданий, обусловленных драматическими событиями «жизни с болезнью». Исходя из того, что широкий спектр функционирования человека охватывают смыслы [9], (в т. ч. смысл действий, смысл деятельности, смысл существования и т. д.), можно предположить, что основной механизм этих переживаний связан с рассогласованием между смысловой сферой и объективной действительностью, приводящим к нарушению целостности идентичности личности и ее жизненного самоощущения [5].

Учитывая, что смыслы являются системообразующим компонентом структуры идентичности [4], а способность человека анализировать и сопоставлять смыслы прошлого и будущего рассматривается как мера целостности идентичности личности [10], правомерно рассматривать механизмы формирования личностных дисфункций с использованием конструкта самокатегоризации или отнесения себя к определенной социальной группе (в данном случае — к стигматизированной группе психически больных) [12]. Стигматизированная дисфункциональная личность теряет способность актуализации Я-концепции личностной идентичности. Это происходит в условиях, усиливающих выраженность у больных процессов групповой самокатегоризации с когортой лиц с психическими расстройствами, что ведет к увеличению воспри-

нимаемого тождества между собой и членами этой группы и деперсонализации индивидуального самовосприятия. Параллельно, через механизмы самостереотипизации, эти пациенты перестают воспринимать себя как уникальных личностей. Определяющую роль в описанной трансформации личности играет осмысление идентификационных объектов, окружающих больного (семья, мед. персонал, пациенты и т. д.) и утраты способности анализировать и сопоставлять смыслы прошлого и настоящего [10]. Из этого вытекает, что смысл (смыслонаполненность жизни) как основа конструирования человека, главный стимул его активности и «точки сборки» человеческой целостности, является одним из механизмов преодоления личностных дисфункций.

Приведенные данные являются теоретической основой для понимания субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (личностно-аномальных синдромов) в контексте научно-методологических подходов, отражающих когнитивно-смысловую дефицит, нарушения целостности и когнитивного опыта личности.

В этой связи открывается возможность на основе когнитивных теорий личности и когнитивно-поведенческой направленности психотерапии, на концептуальном уровне рассмотреть особенности субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов и режимов функционирования в контексте таких взаимозаменяемых понятий как убеждения, схемы, правила, когнитивные паттерны [3].

Сторонники медико-биологических моделей психических расстройств и причинной их связи с нарушениями церебрального субстрата в качестве убедительного, на их взгляд, доказательства этого приводят включение в официальные классификации психических расстройств диагностической рубрики «Органические психические расстройства». В МКБ-10 подчеркивается наличие у этих расстройств «общей четкой этиологии, заключающейся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах и других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции».

Однако факт возникновения этих расстройств при соматических заболеваниях не может однозначно рассматриваться как этиологический фактор. Все заболевания головного мозга проявляются неврологическими симптомами, причинно и клинически

связанными с преимущественной зоной его поражения. Сопутствующие им психопатологические нарушения в виде личностных дисфункций, в той или иной мере охватывающих весь спектр психических и поведенческих расстройств (допущение: психическое расстройство можно идентифицировать как дисфункциональное состояние личности) не может иметь линейную зависимость от церебральной патологии (включая тотальный распад личности при деменциях) хотя бы потому, что личность духовна и находится за пределами здоровья и болезни. Скорее всего, речь в этих случаях идет о том, что состояние «психофизического организма» является не причиной, а лишь непременным условием для полноценного функционирования личности и раскрытия человеческой духовности. Тогда и церебральная дисфункция может рассматриваться как обязательное условие для возникновения психических расстройств, а не как их причина. Истинной их причиной, на наш взгляд, являются нарушения глубинных (экзистенциальных) механизмов психической регуляции и ценностно-смысловой организации личности, ее тотальный или фрагментарный распад, а, следовательно, нарушение возможности к реализации личностного потенциала, переживание невозможности исполнить свою экзистенцию. Церебральные, психофизические процессы в этих случаях, несомненно, связаны с личностью, в определенной мере ее обуславливают, однако не являются причиной личностных дисфункций и не могут оказывать на личность непосредственное влияние. Причиной психических расстройств могут быть только психические (экзистенциально-личностные) факторы, в то время как все прочие факторы являются условиями для их реализации.

Эта точка зрения о соотношении биологического и психологического тем более актуальна при психических расстройствах, не имеющих очевидной (доказанной) связи с церебральной дисфункцией, в том числе при ПТСР. С позиции значимости духовно-душевных (экзистенциально-личностных) аспектов переживания экстремального травматического стресса в жизнеугрожающих условиях, в качестве наиболее вероятных механизмов посттравматических стрессовых состояний можно рассматривать различные варианты (модальности) фрагментации (утраты целостности) личности, разрушения фундаментальных экзистенциальных мотиваций и личностной

идентичности. Дисфункциональность личности, формирующаяся в условиях длительного травматического опыта и клинически обозначаемая как ПТСР, является выражением и системообразующим фактором, изменившейся под воздействием экстремального стресса субъектности как аномальной функциональной системы субъективного жизненного пространства личности. Как интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности, способности быть автономным саморегулируемым субъектом активности, личностная дисфункциональность обусловлена не клиническими или психофизиологическими обусловленными процессами, а непосредственными нарушениями психической регуляции в условиях хронического экстремального стресса.

Дисфункциональность личности (СЖПЛ) как системообразующий фактор сформированной в результате болезни субъектности можно рассматривать многоаспектно, в т. ч. как:

- системную методологию исследования СЖПЛ;
- результат аномального функционирования системы СЖПЛ;
- интегральную конституирующую основу возникновения и развития большинства психических расстройств;
- нарушение целостности и ценностно-смысловой организации личности;
- нарушение глубинных (экзистенциальных) механизмов регуляции личности;
- гипотетический концепт и основу нарушений степеней свободы функциональных органов индивида;
- деформацию смысловых-dimensionalных единиц.

С позиции субъективно-онтологического подхода в основе личностных дисфункций лежат механизмы, обеспечивающие аномальный характер индивидуальных переживаний пациента, создающих препятствие непрерывности целостного образа реальности. В эти переживания оказываются вовлеченными все слои субъективного жизненного пространства (субъективного опыта) личности, включая смыслообразующие конструкты и в целом глубинные структуры образа мира.

Наибольшее значение для понимания глубины и качественных характеристик личностных дисфункций имеет изучение таких механизмов как системная организация личности (целостность), согласованность всех составляющих личностного потенциала (ин-

теграция) и синергичность позитивных личностных качеств, обеспечивающих тот или иной уровень функциональности/дисфункциональности личности. Дисфункциональная направленность этих механизмов лежит в основе блокирования фундаментальных мотивов и ценностей, изменения системы самоидентификации (самостигматизации), невозможности выполнения привычных социальных ролей (смыслотраты, отчуждение).

Диагностика этих состояний, на наш взгляд, должна осуществляться не в терминах, обозначающих нарушение психических процессов, в рамках клинико-психопатологического метода, а с использованием субъективно-личностных, самооценочных методов исследования, отражающих уровень функциональности психического опыта больного, дефицитарность или дезинтеграцию его личностных ресурсов. Диссоциация личности в этих случаях выступает как системообразующий фактор субъектности человека, трансформированной под воздействием травматического опыта и аномально функционирующей системы субъективного жизненного пространства личности.

В качестве одного из механизмов запуска психопатологии можно привести механизм активации ранних дезадаптивных когнитивных схем [18, 6], представляющих собой психологический (личностный) конструкт, отражающий формирующуюся в онтогенезе дисфункциональность базисных когнитивных убеждений и схем, и глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру. По мнению ряда исследователей, развитие таких заболеваний как расстройства личности [15], биполярное расстройство [14], расстройство пищевого поведения [17], тревожное расстройство [13] связано с дезадаптивными когнитивными схемами, сформированными в раннем возрасте, а не с биологическими факторами.

Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструктов, описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе, они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда-либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [16].

Придерживаясь взглядов о том, что материальные (физические, нейродинамические) процессы, протекающие в головном мозге, никак не могут трансформироваться в идеальные конструкты, отражающие ценностно-смысловые аспекты внутреннего мира человека, можно прийти к выводу о том, что этот мир, а, следовательно, и его нарушения не имеют непосредственной связи с нейронной трансмиссией и не может быть выражен исключительно в тех или иных симптомах. Головной мозг как материальная субстанция, подчиняющаяся одним законам существования, не может трансформироваться в иную (субъективную, нематериальную) форму существования, определяемую как целостная личность. Поэтому субъективно-личностные процессы и их изменения (нарушения) могут быть детерминированы только психическими, субстанционально родственными (нематериальными) процессами.

Таким образом, сами по себе материальные объекты не содержат в себе каких-либо субъективно-ориентированных конструктов, хотя между головным мозгом, психическими явлениями и личностью есть определенная связь. Но это не причинно-следственная связь. Эта связь может рассматриваться как отношения (взаимная связь разных величин, предметов, явлений), связь, но не зависимость, связь по типу отношений, которые позволяют представлять целостную личность в ее биопсихосоциальном контексте. Эта связь может создавать для формирования духовности человека, его личности, но она не в силах на нее влиять и быть ее источником.

С другой стороны, болеть может только психофизический организм (головной мозг и связанные с ним элементарные психические процессы), а не духовная личность, находящаяся за пределами здоровья и болезни (В. Франкл). Личность не может заболеть, она может утратить целостность, способность

к самореализации, идентичность и т. п. Поэтому все попытки говорить о патологически (болезненно) измененной личности не могут быть конгруэнтны представлениям о личности как совокупности качеств человеческого духа, т. е. нематериальной субстанции. Дисфункциональная личность страдает, а не болеет.

Однако следует все же отметить, что для раскрытия и функционирования человеческой духовности в качестве обязательного условия требуется работоспособный психофизический организм, т. к. дух и тело неотделимы друг от друга, т. е. дух обусловлен психофизическим организмом как его носителем (В. Франкл). из этого можно сделать вывод о том, что при большинстве психических расстройств, включая ПТСР, духовная личность страдает (не заболевает) только при условии функциональных психофизических нарушений, которые делают невозможным личности самовыразиться и реализовать свой потенциал. Другими словами, в основе личностных дисфункций лежат психофизические механизмы, которые, сами по себе, не являются причиной психического расстройства, а лишь создают непереносимые условия для их возникновения. Непосредственной причиной психического расстройства (аномального функционирования личности) является, на наш взгляд, ее неспособность как духовной сущности самовыразиться, выразить свою самость (свое «Я»), сохранить целостность.

Наиболее показательны представления о связи между психофизическим и личностным при так называемых органических психических расстройствах, в частности, при деменциях. В качестве примера можно привести болезнь Альцгеймера, которая является первичным дегенеративным церебральным заболеванием неизвестной этиологии с характерными нейропатологическими и нейрохимическими признаками. Клиническая

картина этого заболевания характеризуется, прежде всего, неврологической симптоматикой (дисфазии, апраксии и т. п.), поэтому оно в МКБ-10 включено в раздел «нервные болезни». Что касается психопатологии (деменции), возникающей, по данным МКБ, «при болезни Альцгеймера», то, во-первых, приставка «при», а не «вследствие», сама по себе, означает относительную автономность (недетерминированность) деменции по отношению к основному заболеванию, во-вторых, сущность деменции с позиции целостного человека проявляется не столько в клинически определяемом когнитивном распаде, сколько с холистической точки зрения в тотальной дезорганизации целостной личности.

Что же тогда является непосредственной причиной деменции (прогрессирующего и тотального распада личности), наступающей как сказано в МКБ-10 «вслед (!) за любым органическим заболеванием мозга»? Если ориентироваться на органические (неврологические) изменения и сопутствующие им клинико-психопатологические признаки, охватывающие в основном распад когнитивной системы (высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык, суждения), то это, по-видимому, причинно связанные явления. Но если представлять деменцию как тотальную дезорганизацию личности, разрушение ее целостности, идентичности, способности к саморегуляции и самореализации, то есть, как экзистенциально ущербную личностную конструкцию, то эти онтологические (бытийные) характеристики, которые по определению не могут быть рассмотрены с точки зрения их причинной связи с дегенеративными процессами в мозге. Другими словами, детерминированность личностного распада органическим атрофическим процессом в принципе недоказуема.

*В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, А. В. Абрамов*

## **ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Личностная дисфункция — ряд клинически значимых состояний, являющихся выражением присущего индивиду дезадаптивного стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Это обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности или способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности.

Для исследования дисфункциональных состояний личности и насыщенности их конкретным содержанием необходимо обращение к анализу специфических видов этих состояний. Та или иная степень дисфункциональности с соответствующими качественными содержательными характеристиками может быть представлена в виде подвижной точки внутри гипотетического континуума. Акцент при этом должен ставиться на необходимости получения целостного впечатления об исследуемом состоянии в виде специфического личностного дисфункционального синдрома. Адекватные критерии личностной дисфункции должны соответствовать принципам эмерджентности и количественным, и качественным характеристикам самореализации и самоэффективности пациента.

Приоритетную роль в формировании онтологического содержания и механизмов личностных дисфункций играют нарушения таких психологических конструктов как экзистенция, идентичность и ценностно-смысловая регуляция личности, обеспечивающие интегративные интрапсихические процессы и определяющие целостность и функциональность личности.

Приведенные в статье данные являются теоретической основой для понимания субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов (личностно-аномальных синдромов) в контексте научно-методологических подходов, отражающих когнитивно-смысловой дефицит, нарушения целостности и когнитивного опыта личности.

Истинной причиной психических расстройств являются нарушения глубинных (экзистенциальных) механизмов психической регуляции и ценностно-смысловой организации личности, ее тотальный или фрагментарный распад, а, следовательно, нарушение возможности к реализации личностного потенциала, переживание невозможности исполнить свою экзистенцию.

С позиции субъективно-онтологического подхода в основе личностных дисфункций лежат механизмы, обеспечивающие аномальный характер индивидуальных переживаний пациента, создающих препятствие непрерывности целостного образа реальности.

Придерживаясь взглядов о том, что материальные (физические, нейродинамические) процессы, протекающие в головном мозге, никак не могут трансформироваться в идеальные конструкты, отражающие ценностно-смысловые аспекты внутреннего мира человека, можно прийти к выводу о том, что этот мир, а, следовательно, и его нарушения не имеют непосредственной связи с нейронной трансмиссией и не может быть выражен исключительно в тех или иных симптомах.

Другими словами, в основе личностных дисфункций лежат психофизические механизмы, которые, сами по себе, не являются причиной психического расстройства, а лишь создают непременные условия для их возникновения.

**Ключевые слова:** психическое расстройство, субъективный, дисфункциональные личностные паттерны.

*V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, A. V. Abramov*

### **MENTAL DISORDER AS A SUBJECTIVE SPACE OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITY PATTERNS**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University»  
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Donetsk, Russian Federation*

Personal dysfunction is a number of clinically significant conditions that are an expression of an individual's inherent maladaptive lifestyle and way of treating oneself and others. This is a generalized term reflecting variable violations of the semantic integrity of a person and its resources; violation of the integrity (identity) of a person or the ability to be an autonomous, self-regulating subject of activity.

To study the dysfunctional states of personality and the saturation of their specific content, it is necessary to turn to the analysis of specific types of these states. One or another degree of dysfunctionality with corresponding qualitative content characteristics can be represented as a moving point within a hypothetical continuum. The emphasis should be placed on the need to obtain a holistic impression of the condition under study in the form of a specific personal dysfunctional syndrome. Adequate criteria for personal dysfunction must comply with the principles of emergence and the quantitative and qualitative characteristics of self-realization and self-efficacy of the patient.

Violations of such psychological constructs as existence, identity and value-semantic regulation of personality, providing integrative intrapsychic processes and determining the integrity and functionality of personality, play a priority role in the formation of the ontological content and mechanisms of personal dysfunctions.

The data presented in the article are the theoretical basis for understanding the subjective space of dysfunctional personality patterns (personality-abnormal syndromes) in the context of scientific and methodological approaches reflecting cognitive and semantic deficits, violations of the integrity and cognitive experience of the individual.

The true cause of mental disorders are violations of the deep (existential) mechanisms of mental regulation and value-meaning organization of the personality, its total or fragmentary disintegration, and, therefore, a violation of the possibility of realizing personal potential, the experience of the inability to fulfill one's existence.

From the standpoint of the subjective-ontological approach, personality dysfunctions are based on mechanisms that ensure the abnormal nature of the patient's individual experiences, creating an obstacle to the continuity of a holistic image of reality.

Adhering to the views that the material (physical, neurodynamic) processes occurring in the brain can never be transformed into ideal constructs reflecting the value-meaning aspects of the inner world of a person, one can conclude that this world, and, consequently, its disorders, have no direct connection with the neural transmission and cannot be expressed exclusively in certain symptoms

In other words, personality dysfunctions are based on psychophysical mechanisms, which, in themselves, are not the cause of a mental disorder, but only create indispensable conditions for their occurrence.

**Keywords:** *mental disorder, subjective, dysfunctional personality patterns.*

### Литература

1. Александрова Л. А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2014.
2. Анцыферова Л. Г. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. Психологический журнал. 1994. 1. 3-16.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: Практикум по психотерапии. СПб.: Питер; 2002. 544.
4. Григорьева Е. В. Идентичность личности как детерминанта смыслоценностных ориентаций и проблемной сферы. Вестник интегративной психологии. Журнал для психологов. 2007. Вып. 5. 80-81.
5. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). Томск: Томский государственный университет; 2005. 174.
6. Коцюбинский А. П., Еричев А. Н., Клайман В. О., Шмоница О. Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2017. 1. 81-88.
7. Леонтьев Д. А. Личность как преодоление индивидуальности: основы неклассической психологии личности. Психологическая теория деятельности: вчера, сегодня, завтра; Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл; 2006. 134-147.
8. Лушин П. В. Личностные изменения как процесс: теория и практика. Одесса. Аспект. 2005. 334.
9. Мясищев В. Н. Психология отношений. М., Воронеж: Институт практической психологии; 1995. 356.
10. Серый А. В. Система личностных смыслов: структура, функции, динамика. Кемерово: Кузбассвузиздат; 2004. 272.
11. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. М.: Медицина. 1983. Т. 1.
12. Тэрнер Дж. Структура социологической теории. Прогресс. 1985.
13. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G., Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. L'Encephale. 2004.
14. Hawke L. D., Provencher M. D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2012. 136. 803-811.
15. Jovev M., Jackson H. J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004. 18. 467-478.

16. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992. 2. 45-63.
17. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2010. 51. 5. 269-292.
18. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide. *Counseling Psychology Quarterly*. 2014. 17.1. 1-11.

### References

1. Aleksandrova L.A. Psihologicheskie resursy adaptacii lichnosti k uslovijam povyshennogo riska prirodnyh katastrof: Avtoref. dis.... kand. psihol. nauk. M., 2014 (in Russian).
2. Ancyferova L.G. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh uslovijah: pereosmyslivanie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita. *Psihologicheskij zhurnal*. 1994. 1. 3-16 (in Russian).
3. Bek A., Frimen A. Kognitivnaja psihoterapija rasstrojstv lichnosti: Praktikum po psihoterapii. SPb.: Piter; 2002. 544 (in Russian).
4. Grigor'eva E.V. Identichnost' lichnosti kak determinanta smyslocennostnyh orientacij i problemnoj sfery. *Vestnik integrativnoj psihologii. Zhurnal dlja psihologov*. 2007. Vyp. 5. 80-81 (in Russian).
5. Klochko V.E. Samoorganizacija v psihologicheskikh sistemah: problemy stanovlenija mental'nogo prostranstva lichnosti (vvedenie v transspektivnyj analiz). Tomsk: Tomskij gosudarstvennyj universitet; 2005. 174 (in Russian).
6. Kocjubinskij A.P., Eriчев A.N., Klajman V.O., Shmonina O.D. Biopsihosocial'naja model' shizofrenii i rannie maloadaptivnye shemy. Chast' 2. Rannie maloadaptivnye shemy u bol'nyh shizofreniej. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*. 2017. 1. 81-88 (in Russian).
7. Leont'ev D.A. Lichnost' kak preodolenie individual'nosti: osnovy neklassicheskoy psihologii lichnosti. *Psihologicheskaja teorija dejatel'nosti: vchera, segodnja, zavtra*; Pod red. Leont'eva D.A.. M.: Smysl; 2006. 134-147 (in Russian).
8. Lushin P.V. Lichnostnye izmenenija kak process: teorija i praktika. Odessa. Aspekt. 2005. 334 (in Russian).
9. Mjasishhev V.N. *Psihologija otnoshenij*. M., Voronezh: Institut prakticheskoy psihologii; 1995. 356 (in Russian).
10. Seryj A.V. *Sistema lichnostnyh smyslov: struktura, funkcii, dinamika*. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat; 2004. 272 (in Russian).
11. Snezhnevskij A.V. *Rukovodstvo po psihiatrii*. M.: Medicina. 1983. T. 1 (in Russian).
12. Tjerner Dzh. *Struktura sociologicheskoy teorii*. Progress. 1985 (in Russian).
13. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G., Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *L'Encephale*. 2004.
14. Hawke L.D., Provencher M.D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012. 136. 803-811.
15. Jovev M., Jackson H.J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. 2004. 18. 467-478.
16. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992. 2. 45-63.
17. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*. 2010. 51. 5. 269-292.
18. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide. *Counseling Psychology Quarterly*. 2014. 17.1. 1-11.

*Поступила в редакцию 01.09.2023 г.*