

**ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ***Цезарь Петрович Короленко, Татьяна Александровна Шпикс**Новосибирский государственный медицинский университет,
630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52, e-mail: tshpiks@yandex.ru*

Реферат. Представлена базисная структура психодинамической спектральной психиатрии с выделением основных спектров психологических состояний и психических нарушений, создающих проблемы объектных, прежде всего межличностных, отношений. Приведены позиции пограничного спектра и проанализировано их содержание. Описан вариант кратковременной и обратимой психотической декомпенсации пограничной личностной организации с субкататоническими симптомами.

Ключевые слова: спектральная психиатрия, спектр психологических состояний, спектр психических нарушений, пограничная личностная организация, психотические декомпенсации.

**PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY OF SPECTRUM
PSYCHOLOGICAL STATES AND MENTAL DISORDERS**

Tsaezar P. Korolenko, Tatyana A. Shpiks

Novosibirsk state medical university, 630091, Novosibirsk,
Krasny prospect, 52, e-mail: tshpiks@yandex.ru

Spectrum-oriented approach of the assessment and the diagnosis of the psychological states and mental disorders were presented. The authors singled out the borderline, spectrum, and its content has been analyzed. The clinical and psychoanalytical analysis of the signs of the borderline spectrum and its psychotic decompensation was provided. The special attention was focused on the sub-catatonic variant of the decompensation of the borderline personality organization.

Key words: psychological states spectrum, mental disorders spectrum, borderline personality organization, psychotic decompensation.

Одним из феноменов постсовременной культуры является тенденция к увеличению числа лиц с проблемами психического здоровья, которые вызывают значительные затруднения в их оценке и диагностике в рамках критериев, действующих в настоящее время классификаторов [4, 6]. Сложность ситуации обусловлена не только тем, что наблюдающиеся клинические проявления во многих случаях не соответствуют критериям нозологической диагностики, но и наличием промежуточных состояний между зонами психического здоровья и психической патологии, где дифференциация между психическим здоровьем и болезнью оказывается крайне затруднительной.

Лица «промежуточной зоны» в настоящее время испытывают объективные трудности в получении необходимой профессиональной помощи. Традиционные психиатры могут отказывать им, так как их состояние не находится в границах невротического, личностного и психотического уровней, или, в другом варианте, психиатры могут пытаться искусственно «втиснуть» обратившихся за помощью в принятые нозологические формы, расширяя тем самым диагностику того или иного психического заболевания. Оба этих варианта имеют свои отрицательные стороны. В первом варианте человек лишается помощи, во втором – помощь является неадекватной и часто имеет отрицательные биологические и социальные последствия.

Альтернативным вариантом является обращение к психологам или к психоаналитикам. Однако в этих случаях существует опасность отнесения психических нарушений в разряд психологических состояний, когда исключительно психологическая и психоаналитическая помощь оказывается недостаточной и необходима психофармакологическая коррекция.

Постсовременная культура бросает вызов классической жестко нозологически централизованной психиатрии, так как многие из ее членов нуждаются в принципиально других превентивных оценочных диагностических и терапевтических подходах. Эти подходы должны быть, очевидно, максимально индивидуализированы, гибки, психодинамически ориентированы. В.Д. Менделевич [3] подчеркивает, что современная психиатрия находится в поисках новой идентичности.

Термин «психодинамическая психиатрия» становится в этом отношении все более популярным [2, 5]. Психодинамические подходы могут применяться к лицам в зоне как психического здоровья, так и психической патологии. Их использование предполагает, наряду с нозологиями, выделение спектров психологических состояний и психических нарушений начиная с зоны психического здоровья и заканчивая отдельными нозологическими формами. Такой спектральный подход был применен при выделении височной личности и височного личностного расстройства [7]. Этот подход нашел отражение в DSM-5 [4], где

впервые выделяется шизофренический спектр нарушений. Следует отметить в этой связи, что применение спектрального подхода объективно ограничивает возможности расширенной диагностики шизофрении как нозологической формы.

На основании клинических наблюдений и психодинамического анализа представляется возможным в настоящее время оперировать следующими спектрами психологических состояний (психологические состояния относятся к зоне психического здоровья) и психических нарушений: аддиктивным, пограничным, нарцисстическим, шизофреническим, эпилептическим, гистрионическим, диссоциативным, суицидальным.

При описании психологических состояний и психических нарушений в различных спектрах мы используем термин «позиция», а не стадия, так как привычный биомедицинский термин «стадия» предполагает возможность перехода в другую более тяжелую стадию. Термин «позиция» не исключает как длительное сохранение состояния или нарушения на мало изменяющемся уровне, так и возможность обратного развития, т.е. процесс может иметь обратимый характер. Отметим, что термин «позиция» в этом ракурсе был использован М. Klein [8]. Автор выделяла в психическом развитии первого года жизни младенца шизоидно-параноидную и депрессивную позиции.

Пограничный спектр в зоне как психического здоровья, так и психических нарушений имеет большее распространение в популяции. Об этом свидетельствует распространенность пограничного личностного расстройства (одной из позиций пограничного спектра), которая, по данным Kreisman, Straus [9], составляет 2–4% в популяции. Лиц с пограничной личностной организацией (другой позиции пограничного спектра), очевидно, еще больше, хотя подобная статистика отсутствует в связи с тем, что пограничная личностная организация не входит в нозологические формы, приводимые в современных классификаторах.

Пограничный спектр включает эмоционально лабильную личность (зона психического здоровья), пограничную личностную организацию, пограничную личностную организацию с кратковременными декомпенсациями психотического уровня, пограничную организацию с суицидальными тенденциями, пограничное личностное расстройство.

Симптомы пограничной личностной организации выделяются и анализируются в литературе более детально, чем симптомы пограничного личностного расстройства. В последнем случае акцент делается на необходимости установления не менее пяти симптомов, которые входят в реестр современного классификатора DSM-5 [4]. Термин «пограничная личностная организация» не входит в официальные классификаторы, хотя широко используется в теоретических и клинических исследованиях. В психодинамических подходах к диагностике и анализу погра-

ничной личностной организации выделяются прежде всего плохая переносимость тревоги, отсутствие баланса между первичным и вторичным процессами. Акцентируется особое значение таких психологических защит, как расщепление (диссоциации), комплекс всевластия, перенос и проективная идентификация. При пограничной личностной организации обнаруживается хроническое состояние «свободно плавающей тревоги», не достигающей не только психотического, но и невротического уровня. На этом исходном фоне лица со «свободно плавающей тревогой» крайне чувствительны к «дополнительной» тревоге, возникающей под влиянием внешних и внутренних триггеров.

Лица с пограничной личностной организацией демонстрируют предрасположенность к легкому изменению баланса между первичным и вторичным процессами. В стрессовых ситуациях первичный процесс начинает преобладать над вторичным, что приводит к отрыву от реальности, преобладанию аутистического мышления над рационально-логическим, усилению фантазирования, «мечтаний по желанию». В процессе преобладания первичного процесса происходит регресс на ранний превербальный уровень развития, во время которого возможна реинтеграция эго с первичными объектами, прежде всего с материнским началом. Характерно отсутствие интеграции между положительными и отрицательными объектами. Происходит однозначное выделение «абсолютно хорошего» или же «абсолютно плохого» объекта без каких-либо компромиссных переходов между ними. Ранее идеализируемый объект полностью обесценивается, легко сменяется объектом с абсолютно отрицательными качествами.

Лица с пограничной личностной организацией проявляют большую склонность к переносу, т.е. на другой объект (в том числе на психотерапевта) они переносят все свои плохие качества. В этом процессе пациент/пациентка с пограничной личностной организацией идентифицирует себя с объектом, на который происходит перенос. В результате такой проективной идентификации объект, на который передаются отрицательные компоненты психики, начинает эмпатизировать происходящее, и у него также появляются контрпереносные агрессивные чувства к объекту отрицательного переноса. Это сопровождается ожиданием мести как реакции на отрицательный перенос, что в результате приводит к образованию порочного круга взаимно усиливающих друг друга отрицательных эмоций.

В рамках диссоциации между «абсолютно хорошими» и «абсолютно плохими» объектами эти лица защищают собственную положительную оценку, противопоставляя ее отрицательной оценке других. Проекция ими собственных отрицательных качеств на других людей носит защитный характер, освобождая их от трудно переносимого состояния напряжения и тревоги.

Лица с пограничной личностной организацией способны приспосабливаться к ситуациям и людям, с которыми им приходится встречаться и контактировать в течение длительного времени. Тем не менее их состояние может резко ухудшиться при изменении привычной обстановки или появлении новых незнакомых для них людей. Это связано с фактором влияния, возникающей при этом «дополнительной» тревоги, с которой они уже не в состоянии справиться.

Декомпенсации психотического уровня могут возникать у лиц как с пограничным личностным расстройством, так и с пограничной личностной организацией. Развитие этих декомпенсаций происходит под влиянием стрессовых факторов, обычно связанных с пребыванием в другом городе, стране, в связи с длительной поездкой, в аэропорту, на вокзале в новой непривычной обстановке. Кратковременные психические нарушения по своей клинической картине могут быть схожими с выделяемым в DSM-5 [4] «кратковременным психическим расстройством». Однако, в отличие от предьявляемых по отношению к последнему критериям длительности (от одного дня до одного месяца), они обычно непродолжительны – от нескольких часов до нескольких дней. В структуре этих психических расстройств могут возникать галлюцинации, бредовые идеи, изменения речи и поведения, вплоть до развития кататонических симптомов.

Нами описана форма декомпенсации, не входящая в DSM-5 [4], определяемая термином «синдром отказа» [1]. Наблюдаемое расстройство развивалось очень быстро, почти внезапно и характеризовалось резким изменением поведения с выраженным желанием уединиться, прилечь или присесть. Пациентки в таком состоянии становились малоподвижными, гипомимичными. Их глаза были открыты. Они не реагировали на вопросы или отвечали лаконично: «Да», «Нет». Попытки как-то их активизировать приводили к кратковременным, злобным реакциям с высказываем грубостей, ругательств. Пациентки в этом состоянии были ориентированы в собственной личности, месте и времени. Такое состояние заканчивалось также внезапно. Пациентки вставали, приводили себя в порядок перед зеркалом. Характерной особенностью являлось активное нежелание каким-то образом объяснить свое состояние и вообще говорить о нем. В условиях доверительного контакта удавалось выяснить, что подобное состояние воспринималось ими как резко отличающееся от всех других психических состояний, и переживалось как что-то такое, что нельзя описать словами. Пациентки стыдились этих эпизодов, считали, что они их дискредитируют в глазах окружающих, которые могут видеть в них признак психического заболевания. Психическое нарушение при синдроме отказа, очевидно, можно рассматривать как особую форму кратковременного кататонического субступора. Его динамика, как и другие психотические декомпенсации, приближается к нарушениям шизофренического спектра.

Среди лиц с пограничной личностной организацией выделяется группа с суицидальными идеациями,

суицидальными фантазиями и суицидальными реализациями. Последние, как правило, возникают на фоне тревоги, обусловлены стрессом, связанным с потерей отношений с особо значимым в жизни человеком. В психодинамике суицидального поведения обнаруживается значение дуалистического мышления с представлениями соответственно модели «все хорошо» или «все плохо».

Завершающей позицией пограничного спектра является пограничное личностное расстройство, признаки которого приводятся в DSM-5 [4].

Выделение различных позиций пограничного спектра значительно расширяет возможности оценки и диагностики состояний и нарушений, создающих серьезные проблемы в межличностных отношениях, в семье и профессиональной деятельности. Развитие дифференцированных терапевтических подходов, включающих психотерапевтическую, психоаналитическую и психиатрическую помощь является актуальной задачей сегодняшнего дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. СПб: Питер, 2009. 400 с.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. 536 с.
3. Менделевич В.Д. Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. 2015. Т. XLVII, вып. 2. С. 5–16.
4. American Psychiatric Association «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». Fifth Edition American Psychiatric Publishing. Arlington, VA, 2013. 947p.
5. Gabbard G. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington: American Psychiatric Press, 1990. 506 p.
6. International Classification of Diseases (ICD-10-CM). Tenth Revision / Instruction manual, WHO. Printed in Malta, 2011. 195p.
7. Korolenko Ts., Shpiks T. Temporal Lobe Personality as the component of the spectrum of the epileptiform states // XIII Internationaler Medizinischer Kongress "Euromedica-Hannover". 4-5. Juni, 2013. P. 118–119.
8. Klein M. Die Psychoanalyse des Kindes. Vienna: Internaler Psa. Verlag, 1932. 323 p.
9. Kreisman J., Straus H. Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder. Wiley & Sons, 2004. 256 p.

REFERENCES

1. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Lichnostnye rasstroistva*. St.Petersburg: Piter, 2009. 400 p. (in Russian)
2. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Addiktologiya: nastol'naya kniga*. Moscow: Institut konsul'tirovaniya i sistemnykh reshenii, Obshcherossiiskaya professional'naya psikhoterapevticheskaya liga, 2012. 536 p. (in Russian)
3. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2015. Vol. XLVII, № 2. pp. 5–16. (in Russian)

Поступила 25.06.15.