

СПОРНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СТАТЬИ Е.В. СНЕДКОВА
«ЛИЧНОСТЬ В ПРИЗМЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МЕНТАЛИТЕТА»*

Иосиф Зислин

Клиника психиатрии, 9987500, Иерусалим, Израиль, Цур Адасса. Шалмон 7/1, e-mail: jozislina@yahoo.com

Реферат. В статье обсуждаются спорные положения статьи Е.В. Снедкова. Приведены аргументы о необоснованности позиции автора по вопросу о неправомерности применения диагностической рубрики «личностные расстройства» и необходимости вывода ее из списка душевных расстройств.

Ключевые слова: личность, личностные расстройства, психопатии, МКБ-10.

CONTROVERSIAL POINTS OF THE ARTICLE "PERSONALITY
VIA THE PRISM OF PSYCHIATRIC MENTALITY"
BY E. SNEDKOV

Josef Zislin

Psychiatric Clinic, Jerusalem, Israel, ZurHadassa. Shalmon.Str 7/1,
e-mail: jozislina@yahoo.com

This paper aims to discuss a controversial statement of prof. E. Snedkov. Contrary to his view we suggest that diagnostic category "Personality Disorder" really exists and we can use this term in the clinical practice.

Key words: personality disorder, borderline personality disorder, personality, ICD-10.

Статья уважаемого автора может быть охарактеризована как страстная. И как крик — «наболело»! И через свою боль коллега пытается обосновать, а точнее, прокричать свою позицию. Такой личностный, болевой запал достоин всяческого уважения. Но, понимая страстность автора, хочется в некоторых моментах с ним не согласиться.

Автор в своем историческом введении и обзоре бесстрашно критикует авторитеты. Начнем с критики автором Э. Крепелина. Е.В. Снедков приводит цитату из 7-го издания «Психиатрии» для подтверждения своего тезиса [3]. К сожалению, у меня нет под рукой данного издания. Но обратимся к книге того же автора «Введение в психиатрическую клинику». Здесь в пятой главе, озаглавленной, кстати, «Врожденные болезненные состояния», под пунктом 2. — «Патологические личности (психопаты)» Э. Крепелин дает гораздо более осторожные медицинские формулировки, чем приводит в своей цитате Е.В. Снедков. И тут вы не найдете сваливание в кучу пороков и приклеивание им ярлыков. А что же есть? А есть моральные отклонения как **следствия** определенных нарушений: «Если дефектное предрасположение воли соединя-

ется с живым воображением, то, таким образом, создаются условия для появления тех болезненных легунов и мошенников (случай 67), чьи измышления служат не только эгоистическим целям, но и отвечают внутренним эмоциональным потребностям. Способность быстрого усвоения и хорошая память на мелочи обычно способствуют здесь приобретению всестороннего, но чрезвычайно поверхностного знания, которым больные пользуются с большой живостью ума. Вместе с тем наблюдается склонность к мечтательности, к измышлению или разукрашиванию несуществовавших переживаний, радость при уничтожении границ между действительностью и воображением» [1].

Признаем, что сваливание в одну кучу всех пороков и приклеивание им психиатрических ярлыков или объяснение некоторых пороков врожденными, психопатическими чертами, это совсем не одно и то же.

Центральное утверждение автора «Личность — духовное измерение» понятно. Но вывод из такого утверждения — «духовная сфера не может быть объектом научного исследования» (вынесенная автором в абстракт), а следовательно — личность не может быть объектом научного исследования» вызывает некоторое недоумение. Да, «совесть — феноменология духа». А религиозность или поэтический дар, например?

Чувствуя некоторую шаткость своей позиции, автор [3] совершает логическую подмену. Личность — это духовность. Духовность вне области науки, следовательно, и личность вне области исследования науки. Личность — это и духовное измерение, и культурное, и биологическое, и социальное. Но переламываясь в душевном нездоровье, и совесть, и религиозность, и сексуальность, и бродяжничество могут стать **симптомами** душевной болезни. Возьмем, например, любовь. Уж что может быть более духовным и более высоким!?, А, например, бред любовного очарования, конечно,

*Е.В. Снедков «Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича [2]). Часть 1 [3].

строится на чувстве любви, но превращается в просто симптом в рамках психоза.

Все те качества, которые мы называем «проявлениями духа», могут стать, а могут и не стать патологическими. Но становятся они патологическими совсем не потому, что врач неправомочно оперирует моральными или духовными критериями, а лишь только в контексте душевной патологии. И не любовь как духовная сущность становится симптомом, а патологическая ее переработка. Но становясь симптомом, она, безусловно, не становится причиной (не будем касаться здесь психоаналитических концептов).

Вся духовная сфера была, есть и всегда будет областью научного исследования. Вся психиатрия – не что иное, как исследование личности в ее «сломе». Мне лично симпатизирует определение Дж. Хонигмана «Личность есть культура, отраженная в поведении» [5]. Но это дело профессионального вкуса.

Такое же сочетание страстности и неуверенности в своей позиции приводит автора [3], на мой взгляд вне контекста его рассуждений, к резкой атаке на диагноз педофилии: *«Укажите закономерности течения заболевания, его прогноз и исход. Ответ простой: никакая это не болезнь, это социально опасная форма нравственной распущенности. С какой стати преступлению присвоено медицинское имя с абсолютно иной семантикой?»*. Тут создается впечатление, что автор хочет говорить о психопатиях, но избегает этого и атакует диагноз психопатии со стороны или просто по смежности. Данное утверждение автора перекликается с его же высказыванием, приведенном выше в критикуемой статье: *«В последующих типологиях душевные качества стали классифицироваться по смешанному принципу: одни названия выведены из якобы близких к ним болезней, другие – из паттернов социального поведения. Клинических критериев в них как не было, так и нет»*. Очень резкое суждение. Но! Для его доказательства, по меньшей мере, следует аргументированно разобрать существующие критерии, какими бы несовершенными они ни были.

При этом стоит учитывать и то, что Курт Шнайдер, на которого ссылается сам автор в той же работе, которую он цитирует отмечает: «Типологический учет психопатических личностей следует воспринимать со всеми приведенными здесь оговорками и помня о проблематике, открывающейся за каждым из данных обозначений типов. Тогда подобная типология, несмотря на ее ограниченную, неглубокую познавательную ценность, может быть полезной еще и сегодня. Во всяком случае, с ее помощью можно обнаружить очень много присущего человеку» [7].

Утверждение автора [3] о том, что *«при наблюдении нравственно значимых сцен или при предьяв-*

лении нравственных дилемм у обычных людей происходит активация орбитофронтальной коры (ОФК), являющейся основным нейронным субстратом высших (гностических, эстетических) чувств и нравственных суждений, выбора оптимального решения среди альтернативных вариантов, волевой регуляции (выделено нами – З.И.), мотиваций, аффектов, импульсов – иначе говоря, социального поведения» вызывает серьезное недоумение. Во-первых, активация данной области совершенно не равна локализации в данной области. Во-вторых, орбито-фронтальный синдром, известен и достаточно хорошо описан. Но приписывать этой области мозга столь кардинальные, а по сути все личностные качества, нам кажется несколько преувеличено. Действительно, орбито-фронтальный синдром в некоторых своих чертах – импульсивность, гиперсексуальность, эйфоричность, не критичность и т.п. напоминает симптомы психопатии, особенно, антисоциального типа или пограничного (по американской классификации). И не зря в литературе он иногда обозначается как «псевдопсихопатический» (!) [8, 9]. Но в доступной литературе нам не удалось найти работы, доказывающие связь данной области мозга с эстетическими чувствами и нравственными суждениями. И, кстати, если, по мнению автора, эстетические чувства и нравственные суждения локализуются именно там, то тут то мы и можем начать их исследовать, тут то мы и ловим их в сети научных методов! А это положение прямо противоречит утверждению автора о духовности, как области, лежащей вне научных методов исследования.

«На практике постановку диагноза «расстройство личности» обуславливают конкретные обстоятельства, в которые личность угораздило попасть. В частности, без военной службы по призыву число обладателей диагноза уменьшилось бы в разы». Этот пассаж остается совершенно не проясненным. Что автор имеет в виду? Что он имеет в виду под *«конкретными обстоятельствами»*? Существование определенных групп населения с преобладанием определенной патологии? Но если такое преобладание доказано, надо ли считать, что это лишь поветрием или податливостью врачей какой-то моде? Но даже, если это и так, можно ли такое доказательство закладывать на чашу весов против существования самого диагноза?

Изменения в частоте диагностики по времени? Да, частота диагностируемых по таким критериям случаев изменяется по времени. Но такие же изменения во времени присутствуют при диагностике многих психических заболеваний, например шизофрении. Или автор подразумевает, что молодые люди, призываемые на военную службу, симулируют психопатию, а врачи

с легкостью идут симулянтам навстречу? Но это уже выглядит совсем неправдоподобно. Что-что, а симулировать психопатию нет никакого смысла. Скорее уж психопат будет симулировать «голоса» или бред.

«В пожилом возрасте «расстройств личности» и вовсе куда-то испаряются [3]) – тогда как им вроде бы положено «стойко сохраняться на всём протяжении жизни». Что расстройства личности (и даже без кавычек) уменьшаются с возрастом известно давно. Сошлемся снова на Э. Крепелина. «После 25 и особенно 40-летнего возраста эмоциональная возбудимость обычно сильно уменьшается» [1].

А теперь обратимся к ссылке автора на работу «Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder» [6] и работу «Personality Disorder in Later Life: A Community Study» [4]. Е.В. Снедков использует ссылки на них как веское доказательство своего тезиса. В отличие от работы Крепелина более чем столетней давности, данные статьи не столь древние и доступны в интернете. Попробуем их просмотреть заново.

Начнем с публикации Stevenson J., Meares R., Comerford A. [6]. Во-первых, авторы анализируют не все типы личностных нарушений, а только пограничный тип. Во-вторых, выводы авторов касаются только уменьшения импульсивных черт у таких больных, а совсем не «испарения» или исчезновения такого вида нарушений с возрастом. «Older patients with borderline personality disorder showed less impulsivity than younger patients, but there was no difference in terms of affect disturbance, identity disturbance, and interpersonal problems».

К сожалению, и анализ статьи Cohen B.J., Nestadt G., Samuels J.F. et al. [4] также не дает нам возможности согласиться с выводами уважаемого автора. Действительно, в этой работе 1994 года анализируются все типы (все кластеры по американской классификации) нарушений личности. Действительно, авторы отмечают статистическое снижение случаев нарушения личности после 55 лет. Но, во-первых, авторы не рассматривали психопатии в длиннике, т.е. ориентировались только на временный срез, что в принципе не дает возможность, анализируя приведенные данные, говорить о том, что психопатии «испаряются» в течение жизни. Во-вторых, из приведенных в статье данных видно, что при общем снижении частоты встречаемости психопатий после 55 лет, случаи психопатии, принадлежащие к кластеру С даже увеличиваются!

Вообще, данные о частоте психопатий в позднем возрасте достаточно неоднородны, но по нашему впечатлению, нет достаточно веских указаний на то, что они исчезают с возрастом. И те литературные данные, на которые ссылается Е.В. Снедков авторского тезиса совершенно не подтверждают.

«Судя по публикациям, пальму первенства среди американских граждан, титулованных «пограничным расстройством личности», ныне удерживают феминистки. Раньше в статистике лидировали представители других, оставшихся в истории протестных движений». На чем основано такое положение совершенно непонятно. Оставим в стороне определение феминизма, как протестного движения. Автору видней. Но Е.В. Снедков не счел необходимым привести ни одной ссылки, ограничившись лишь туманной фразой: «Судя по публикациям». Каким? Для столь сильного утверждения этого явно недостаточно. Тем более, что автор приводит довольно обширный список литературы. Наша попытка найти такие работы через PubMed по ключевым словам «personality disorder», «borderline personality disorder», «feminism» выдал всего 11 (!) работ и ни одна из них не подтверждает данные, на которые автор ссылается.

Мы начали свой ответ с признания уважения к позиции автора. Нельзя не согласиться с тем, что психиатрия должна знать свои границы и не должна, особенно в своей диагностической части, апеллировать к моральным суждениям. Но нельзя выплескивать ребенка вместе с грязной водой. Автор и сам это подспудно признает. Попытка дискредитировать диагноз психопатии предпринята им серьезная: и отцы основатели совсем не это имели в виду, и страдают таким нарушением (о ужас!), в основном феминистки и с возрастом патология растворяется и т.п. Но вся доказательная база автора проблематична и его попытка представить несостоятельность диагноза, не может быть признана успешной ни в историческом, ни в клиническом плане.

Нормальность пресна. И в жизни всегда есть и Чичиковы, и Ноздревы, и Казановы. Такие черты не вымываются в социуме как, кстати, не вымывается и шизофрения, и другие большие патологии. А остаются неизменно, но в разных пропорциях. В определенных социальных условиях группы акцентированных или психопатических личностей могут выплывать наружу и даже получать власть. При этом медицина не сможет и не должна лечить социальные пороки, присутствующие в каждое время и в каждом социуме. Но психиатрия всегда будет видеть, диагностировать и лечить личностные нарушения, называются ли они «психопатиями», «расстройствами личности» или как то иначе. Но не потому, что врачи приписывают себе те высокие моральные качества, которые отсутствует у пациентов. А потому, что такие люди придут за помощью или их «притащит» на обследование полиция. Да, на обследовании, такие пациенты не будут жаловаться на нарушения в собственной личности. Скорее всего, они предъявят жалобы на депрессию, ощущения пустоты,

тяжесть в общении, раздражительность. Скорее всего, они сами поставят себе диагноз «депрессия» и даже сами попросят лекарство, о котором вычитали в интернете. Но, если врач не отнесет данные жалобы к группе личностных нарушений, то и терапевтическая тактика будет ошибочной. Сегодня мы часто встречаемся с попытками лечить такие состояния с помощью антидепрессантов, благо фармакология дает нам неплохой набор таких средств. При этом, лечение антидепрессантами легко принимается самими пациентами (не важно, что будут ли они менять таблетки и врачей с необыкновенной легкостью). Но такое лечение чаще всего эффекта не принесет, и по очень простой причине - отсутствия депрессии! А как побочное действие, например, мы увидим усиление злобы, раздражительности и импульсивности. **Вычеркнуть диагноз «психопатия» мы можем. Но зачем?** Только для того, чтобы показать свою независимость от шаткого общественного мнения или для того, чтобы не оперировать немедицинскими критериями? Так, у нас достаточно и медицинских критериев, только давайте их правильно использовать.

Вопросов по прочтению статьи остается немало. Но критикуя работу, нам остается надеяться, что такого рода страстные, личностные, болевые работы и далее будут украшать страницы журнала. Означает ли появление работ по психопатологии поворот к психиатрии личностной – во всех смыслах этого слова, покажет время. Хочется надеяться, что да.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику [Перевод с немецкого] // <http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/Kreplin.pdf>
2. Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. №1. С. 4–16.
3. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 1 // Неврологический вестник. 2016. №4. С. 47–57.
4. Cohen B.J., Nestadt G., Samuels J.F. et al. Personality disorder in later life: a community study // Br J Psychiatry. 1994. Vol. 165 (4). P. 493–499.
5. Honigman T. Culture and Personality. NY, 1954. P. 17.
6. Stevenson J., Meares R., Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder // Am J Psychiatry. 2003. Vol. 160 (1). P. 165–166.
7. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.
8. Thimble M. Psychopathology of Frontal Lobe Syndromes // Seminars in Neurology. 1990. Vol. 10 (3).
9. Zalda D., Andreotti C. Neuropsychological assessment of the orbital and ventromedial prefrontal cortex // Neuropsychologia. 2010. Vol. 48. P. 3377–3391.

REFERENCES

1. Krepelin E. *Vvedenie v psixhiatricheskuyu kliniku [Perevod s nemetskogo]* // <http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/Kreplin.pdf> (in Russian)
2. Mendeleevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. №1. pp. 4–16. (in Russian)

Поступила 28.04.17.