

СТРАСТИ ПО ПСИХОПАТИИ
(ПРОДОЛЖЕНИЕ ОБСУЖДЕНИЯ СТАТЬИ В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧА)Евгений Владимирович Снедков^{1,2}

¹Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца, 190121, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 126, e-mail: esnedkov@mail.ru, ²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Реферат. В предыдущих номерах журнала развернулась дискуссия психиатров по вопросам, связанным с медикализацией нравственных выборов и неконвенционального поведения. Данная статья содержит ответы на возражения И. Зислина против выдвинутых мною аргументов об антинаучности концепции «расстройств личности». Приведены дополнительные факты, демонстрирующие теоретическую бездоказательность концепции, недостоверность диагностических критериев и вред, причиняемый применением категории «расстройства личности» в практической психиатрии.

Ключевые слова: психопатология, духовная сфера человека, расстройства личности, ошибочные научные доктрины, стигматизация психически больных.

PASSION FOR PSYCHOPATHY
(CONTINUATION OF DISCUSSION
ON V.D. MENDELEVICH'S PAPER)Evgeny V. Snedkov^{1,2}

¹ St. Nicholas Psychiatric Hospital, 190121, St. Petersburg, Moika River, 126, e-mail: esnedkov@mail.ru,
² I.I. Mechnikov North-West State Medical University, Department of Psychiatry and Addiction, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya street, 41

In the previous issues of the journal psychiatrists' discussion on questions related to the medicalization of moral choices and nonconventional behavior has started. This article contains answers to Dr. I. Zislin objections to the arguments put forward by me about the antisocial concept of "personality disorders." There are additional facts demonstrating the theoretical unprovability of the concept, inadequacy of the diagnostic criteria and the harm caused by the application of the "personality disorder" category in practical psychiatry.

Key words: psychopathology, spiritual sphere of man, personality disorder, erroneous scientific doctrine, stigmatization of the mentally ill.

Освещая казус художника Павленского, профессор В.Д. Менделевич обратил внимание психиатрической общественности на неблагоприятные последствия медикализации неконвенционального поведения и присутствия психологических категорий в номенклатуре болезней [7]. Разделяя эти взгляды, в своём комментарии [8–10] я аргументировал антинаучность медицинской модели «психопатий» / «расстройств личности». В предыдущем номере журнала была опубликована работа нашего коллеги И. Зислина, объявившего выдвинутые мною положения необоснованными [2]. Я благодарен уважаемому оппоненту, ибо убеждён в пользе научных дискуссий — в российской психиатрии, увы, полузабытого, но крайне необходимого для её развития жанра. Собственно, на них я и рассчитывал при подготовке заведомо полемического комментария. Наряду со сказанным, ни с одним из выдвинутых И. Зислиным контраргументов я не согласен в принципе.

Мой оппонент начал отзыв с формулировки Э. Крепелина, которую он счёл убедительной научной дефиницией «патологических личностей». «Людям свойственно издевательски «припечатывать» друг друга словечками, имеющими прямое отношение к психиатрической терминологии» (Ясперс) [33]. Вообразим, что некий блогер заменит в процитированном Зислиным определении Крепелина всего лишь два слова — «лгунов и мошенников» названиями профессий, представителям которых ему захотелось дать уничижительную оценку. В итоге получится: «Если дефектное предрасположение воли [к выбору профессии] соединяется с живым воображением, то, таким образом, создаются условия для появления тех болезненных [писателей и поэтов] ... [психологов и психиатров] ... [журналистов и политиков] ... [и т.п.], 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 [эти воистину] 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».

Итак, для избирательных целей мы располагаем универсальной и почти неопровержимой формулировкой. Нынче стало модно «припечатывать» в подобных выражениях даже целые народы. Но где в этой формуле наука? Где в ней клинические симптомы, указывающие на болезненное состояние психики?

Опытный диагност И. Зислин на расстоянии легко распознаёт, что я чувствую «некоторую шаткость своей позиции», отчего совершаю «логические подмены» и, думая одно, говорю совсем другое. Выходит, я вполне соответствую вышеприведённой формулировке Крепелина. При желании я мог бы с равным успехом адресовать своему оппоненту определение «расстройств личности» из DSM-5: «эти расстройства влияют на познание через искажённое восприятие и неправильное толкование внешнего мира». По причине отсутствия такого желания перейду к ответам по существу возражений оппонента.

Разумеется, к «феноменологии духа» (Гегель) относятся не только совесть, но и многие другие феномены духовного самосознания: познавательные и творческие потребности личности, её мировоззрение, идеалы и приоритеты, креативность и оригинальность, устремления к красоте, к истине, к добру, к справедливости. Путём свободного волеизъявления личность раскрывает себя в социокультурной жизни. Она

содержит в себе черты культуры, к которой принадлежит, но вместе с тем способна созидательно или разрушительно эту самую культуру преобразовать. «Каждый судит о других в меру своей испорченности». Конформная личность использует стереотипы общественного мнения, чьи культурные и социальные нормы весьма относительны и очень изменчивы. «Независимость от общественного мнения есть первое условие совершения чего-либо разумного» (Гегель). На одних только субъективных мнениях диагностика строиться не может. Если неконвенциональное поведение является результатом нравственного выбора личности, то нет равным счётом никаких оснований считать такое поведение проявлением патологического процесса с обусловившими энтропию и регресс психических функций структурными и функциональными изменениями в тканях мозга. Болезненных состояний без патогенетической основы не бывает.

Любопытно, что имеет в виду рецензент, говоря о «биологическом измерении личности». Да, этим пробовали заниматься Ломброзо и его последователи, вплоть до идеологов евгеники, расизма и нацизма. Но не мог ли бы И. Зислин просветить нас относительно научных основ оценки личности с помощью биологических методов? Может быть, существуют хотя бы теоретические предположения о том, что такие-то нейронные сети, такие-то лиганды ЦНС обеспечивают жизненную позицию личности, такие-то – добросовестность, порядочность, чувство ответственности, но вот с дисфункцией таких-то систем связаны корыстолюбие, алчность и тщеславие? А значит, психиатры будущего таки обретут биологические методы превращения ананкастов в разгильдяев, нарциссов – в застенчивых самоедов, «врагов общества» – в заядлых филантропов?

Мой оппонент утверждает: *«Вся духовная сфера была, есть и всегда будет областью научного исследования»*. Увы, он не подкрепил столь категоричное утверждение примером хотя бы одного научного достижения в познании духовной сферы. Испокон веков её пытаются осмыслить выдающиеся философы и богословы, именно к ней обращаются великие литераторы. Мы гордимся гениальными творениями этих людей. Однако научных методов получения явных знаний о духовной сфере нет и быть не может. Недаром же в Библии сказано, что человек создан по образу и подобию Божию. Ведущие персонологи признают личность первичной творческой реальностью и высшей духовной ценностью. О каких «расстройствах личности» можно рассуждать, если даже не существует удовлетворительных научных определений – что такое личность? что такое человек? Оттого-то, так и не познав научного прогресса, концепция «расстройств личности» с момента рождения вынуждена подвергаться бесконечным косметическим процедурам. Возраст старушки давно перевалил за сотню.

Настоящим открытием стало заявление И. Зислина: *«переламываясь в душевном нездоровье, и совесть, и религиозность, и сексуальность, и бродяжничество могут стать симптомами душевной болезни»*. Остаётся догадываться, почему он не добавил в свой глоссарий психопатологических симптомов бессовестность, атеизм, пуританство, домоседство... Влечения духа могут угасать вследствие эмоционально-мотивационного снижения, за счёт распада ассоциативных связей или по причине слабоумия. Для иных людей душевная болезнь, наоборот, выступает в качестве необходимого условия творчества или самозабвенного альтруизма. Однако сами по себе духовные проявления никак не могут быть психопатологическими симптомами. «Бред часто проявляет себя в метафизических переживаниях

больного. Переживания этого рода не могут быть оценены в терминах истинности или ложности, соответствия или несоответствия действительности. Религиозное переживание остаётся религиозным переживанием, независимо от того, идёт ли речь о святом, душевнобольном или человеке, являющемся святым и душевнобольным одновременно» (Ясперс) [33]. Врач, избирающий в качестве мишени терапевтического вмешательства содержание переживаний больного – религиозно-мистического, любовного, реформаторского, персекуторного, любого иного характера – совершает ошибку. «Симптоматика при минус-поражениях состоит из двух противоположных элементов: негативного, вызванного болезненным процессом, и суперпозитивного, являющегося результатом деятельности неповреждённых нервных слоёв» (Дж.Х. Джексон). Во время психоза происходит прорыв экзистенциальных желаний, страхов, внутренних конфликтов («эволюция архаических функций», по Джексону). Человек стремится обрести гештальт в новой, искажённой болезнью реальности. Бред – не что иное, как компенсаторное достижение нового отграничения «Я» и внешнего мира, самопоминания, сознания целостности и непрерывности существования [4]. Соответственно, мы лечим не компенсаторное явление, не переживание, как таковое. Путём воздействия на повреждённые болезненным процессом церебральные механизмы мы пытаемся восстановить те нарушения эмоциональных, сенсорных и когнитивных функций, которые обусловили чувственное искажение картины мира (или образа тела, образа «Я») и вторичное формирование аффективно насыщенных представлений. Идея разграничения духовной сферы и психических функций, психологических конструкций и клинической симптоматики была центральной темой моего комментария. Видимо, я не смог высказать её достаточно внятно.

Вынужден разочаровать оппонента: его впечатление, будто бы за диагнозом «педофилии» (F65.4 МКБ-10) я втайне подразумеваю психопатию, глубоко ошибочно. Нет, я подразумеваю «педофилию» статьёй уголовного кодекса с недвусмысленным названием «растление несовершеннолетних», исключая даже намёк на мифическое болезненное состояние. Почему автор отзыва вместо смутных предположений об истинном содержании моих мыслей не привёл обратных доказательств – неизвестно. Почему он упрекает автора комментария в отсутствии детальных обзоров литературы, но в собственном комментарии не утруждает ими себя – неясно. Да, недостатки и упущения в рецензии найдены; их можно было бы отыскать гораздо больше. Только вот ответов на вопросы, в которых путём конструктивной полемики с коллегами хотелось лучше разобраться, нет. Доказательства болезненной природы «психопатий» – в медицинском, клиническом значении слова «болезненный» – не представлены.

Один из подразделов «Общей психопатологии» К. Ясперса называется «Мировоззренческие системы, рядящиеся в научные одежды». В нём на примере фрейдизма Ясперс показал, как «те, кто с помощью психологии стремятся достичь превосходства над другими людьми», испытывают «соблазн возвысить теорию до уровня новой веры и превратить научную школу в некое подобие религиозной секты». Итогом становится перерождение теории в догму [33]. Не имеют ли данные замечания Ясперса самого прямого отношения к концепции «расстройств личности»?

Опираясь на авторитетные руководства по психиатрии [14], нейропсихиатрии [29], нейропсихологии [11] и последние крупные работы в области нейронаук [15, 45],

попытаюсь более подробно осветить роль орбитофронтальной коры (ОФК) в регуляции эмоций и социального поведения человека. У истоков современных знаний об эмоционально-мотивационной системе мозга стояли У. Кэннон [23], М.И. Аствацатуров [1], А.Р. Лурия [6], А.С. Шмарьян [12] и др.

ОФК филогенетически старше дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК). Морфологически она близка к лимбическим структурам. ОФК служит мостиком между лимбической системой и ДЛПФК, где происходит синтетическое интеллектуальное осмысление ситуации, абстрагирование, планирование сложных форм поведения и самонаблюдение. Основная функция ОФК – контекстно-зависимая интерпретация эмоционально значимых социальных ситуаций, прогнозирование их развития, установление связи лимбических импульсов (эгоцентрических эмоций, инстинктивных желаний) с ожиданиями, гибкий поиск оптимального варианта поведения в соответствии с социально приемлемыми стратегиями и его мониторинг. В отличие от «холодных» метакогнитивных функций, осуществляемых в ДЛПФК, ОФК обеспечивает эмоциональный аспект когнитивных и исполнительных функций в формировании мотивации действий, в выработке решений и в подавлении неуместных подкорковых импульсов (т.е., «социальный интеллект», «эмоциональную логику» поступков). С деятельностью ОФК связаны экспрессивные оттенки эмоций, контроль аффектов, влечений, импульсов, самообладание, манеры поведения, соблюдение внешних правил такта и приличий.

Таким образом, ОФК вместе с лимбической системой представляет собой нейронный субстрат, обеспечивающий эмоционально-мотивационные психические функции. К личности эти функции имеют подчинённое отношение; они управляются личностью, но вовсе не определяют её содержание. За внешним лоском, галантной учтивостью, незаурядным артистизмом могут скрываться благородный интеллигент, беспринципный карьерист, отъявленный мошенник, серийный убийца... Скверными характерами обладали некоторые великие гуманисты... Каждый в своих решениях, действиях и их результатах находит собственную чувственную эстетiku. В повседневной жизни каждый принимает нравственные решения посредством «эмоциональной логики», «по велению сердца». Вербальное «Я» включается в принятие решений лишь в сложных, запутанных ситуациях. Но тогда уже получается тонкий расчёт, который может не совпадать с нравственным вектором «Я» или с общественной моралью. Над всем этим стоит личность. Одним личностям впоследствии приходится долго сожалеть об обдуманных, но принятых вопреки совести решениях, другим – о вышедших из-под контроля импульсивных поступках; третьим угрызений совести попросту не дано.

Итак, утверждение оппонента, будто бы я приписываю ОФК «*столь кардинальные, а по сути, все личностные качества*» – явное преувеличение. Личность и характер – далеко не одно и то же. Нередко они имеют диаметрально противоположный знак. Это совсем разные системы координат. Более того, осмелюсь высказать взыскательному оппоненту личное убеждение, без подкреплений ссылками на чьи-то публикации: нет таких мозговых механизмов, функционированием которых можно было бы объяснить фундаментальные свойства личности. И очень прошу его эту точку зрения аргументированно опровергнуть.

По поводу утверждения коллеги, что функциональная «*активация данной области совершенно не равна локали-*

зации в данной области», я посоветовал бы ему вступить в научный спор с нейрофизиологами. И для начала, по прямой аналогии, попробовать их убедить, что ЭЭГ не позволяет идентифицировать локализацию очага пароксизмальной активности. Конечно, психические функции обеспечиваются деятельностью всего мозга, динамикой их взаимоотношений в системно-уровневой организации мозга, однако специализация находящихся в составе конкретных нейронных сетей конкретных анатомических структур в обеспечении главных компонентов той или иной психической функции общепризнана в нейронауках. В частности, накопленные данные клинической практики и тщательно разработанных научных исследований позволили выделить «синдром метакогнитивной исполнительской дисфункции», связанный с поражением ДЛПФК, и «синдром эмоционально-мотивационной исполнительской дисфункции», связанный с поражением орбито-медиальных отделов префронтальной коры. Эти синдромы могут возникать изолированно друг от друга [15].

Совсем другое дело – необычная функциональная активация той или иной области мозга сама по себе ещё не свидетельствует об её поражении патологическим процессом. Так, если сравнить репрезентативные группы опытных психиатров и опытных хирургов, а priori следует ожидать, что в условиях унифицированного когнитивного эксперимента определённые области мозга будут активироваться у них по-разному. Очень даже вероятно, что за счёт нейропластических процессов, обусловленных спецификой профессиональной деятельности, дополнительно будут обнаружены статистически значимые межгрупповые различия в объёме какой-нибудь структуры. Доказательство патологического процесса – наличие структурно-морфологических изменений, хотя бы на внутриклеточном уровне, и/или устойчивых нейрометаболических аномалий, обуславливающих клиническую симптоматику. Доказательство наличия таковых изменений при «расстройствах личности» нет.

Что касается терминологических изобретений типа «псевдопсихопатический», «псевдошизофренический», «псевдоистерический» и т.п. – их смысловая нагрузка для меня загадочна. «Псевдопсихопатический» – это что? «псевдодиссоциальный»? «псевдопограничный»? «псевдонарциссический»? «псевдоздоровый»? «псевдобольной»?

Недоумение израильского коллеги по поводу моего замечания о связи эпидемиологии «психопатий» с военной службой по призыву понятно. Дело в том, что в российской армии граждан не может быть освобождён от службы в связи с непригодностью к ней по психологическим качествам. Легитимным основанием является установленный комиссией врачей диагноз болезни или физического недостатка в такой степени их выраженности, которая серьёзно ограничивает возможность исполнения обязанностей военной службы. В мою бытность военным психиатром статьи приказа Минобороны 1973 г. № 185 7-б – «психопатия в стадии неустойчивой компенсации» и 8-б – «стойкое невротическое состояние» были самыми ходовыми диагнозами, применявшимися для увольнения со службы тех солдат, кто так или иначе не мог вписаться в армейскую среду. Главным дифференцирующим признаком являлось преобладание дисциплинарных нарушений или актуальных эмоциональных переживаний. В 2000-х годах новый формуляр позволил признавать негодными к военной службе по диагнозу «расстройство адаптации», благодаря чему число «психопатов» и «невротиков» в нашей стране пошло на убыль. В иных обстоятельствах – например, в израильской армии – вопрос о прохождении службы теми же самыми личностями в большинстве случаев наверняка решался бы вовсе без применения диагноза.

К счастью, в психиатрических учреждениях принадлежность к протестным движениям пока ещё не является учётным признаком. Поэтому не стоит искать научную статистику представительства участников этих движений среди обладателей диагноза «расстройство личности» (РЛ). Зато известно, что среди граждан США, получивших диагноз «пограничное расстройство личности» (ПРЛ), не менее 75% – женщины [13, 48]. И вот почему. Происходившие в 1960–1970-х гг. изменения в гендерных ролях, в сексуальных и семейных отношениях вызвали реакцию консервативной части общества, желающей отстоять патриархальные ценности и вернуть стиль поведения женщин к предписанным викторианской культурой нормам. В качестве противовеса возник феминизм, во всех словарях определяемый как социально-политическое движение, направленное на преодоление сексизма и достижение равноправия с мужчинами в политических, экономических и социальных правах. В ряде СМИ феминизм изображается радикальной, ассоциируемой с маскулинизацией и лесбиянством, а потому угрожающей обществу идеологией. Существует мнение, что проявлением консервативной реакции в психиатрии стали медиализация «ненормативного» поведения женщин, маргинализация «женской болезни» «истерии» и последующая трансформация этого диагноза в «ПРЛ». Врачи-феминистки воспринимают диагноз ПРЛ орудием патологизации форм протеста женщин против своего неравенства, которым охотно пользуются врачи-андроцентристы. Такие же проявления гнева и агрессии, которые считаются допустимыми для мужчин, для женщин – непременно проявление «истерии», теперь уже в обличье «ПРЛ» [20, 36, 39, 51]. Этим и объясняется чрезмерное представительство женщин среди обладателей данного диагноза [31, 43].

Судя по тексту рецензии, её автор противодействует распространённой практике гипердиагностики депрессий и неоправданно широкого назначения антидепрессантов довольно экзотическим способом: путём распознавания «расстройств личности» и у тех, кто сам обратится к нему за помощью, и у тех, кого «притащит» на обследование полиция. Будем считать это делом вкуса. Да, персонализированный подход в медицине крайне необходим. Но, помилуйте, причём здесь диагноз «психопатии»? Что изменится, если И. Зислин вместо того будет распознавать у своих клиентов акцентуации характера? Для решения практических задач упоминавшаяся в моём комментарии концепция акцентуаций характера А.Е. Личко [5] оказалась намного полезнее.

Нелишне напомнить о последствиях диагностической прыти. Так, в судебных процессах по делам о клевете, о семейном и сексуальном насилии показания женщин с диагнозом ПРЛ обычно дискредитируются; вопросы воспитания детей после разводов решаются не в их пользу [21, 30, 32]. Сами психиатры диагноз ПРЛ используют как способ маркировки «трудных» пациентов, позволяющий эмоционально дистанцироваться от них, а при случае легко объяснить свои неудачи в терапии [16, 20–22, 30, 32, 38, 51]. Авторы одного из исследований в числе «наиболее специфичных маркеров ПРЛ» назвали требовательность и «способность вызывать во враче неуместные реакции» [54]. Такими же последствиями оборачивается диагноз любого расстройства личности (РЛ). Исследование G. Lewis и L. Appleby, проведённое среди психиатров в конце 1980-х годов, продемонстрировало стигматизирующее и отвергающее отношение врачей к этим пациентам [35]. Спустя 30 лет D. Chartonas et

al. повторили исследование по той же методике среди нового поколения психиатров и получили аналогичный результат [24]. Но если в 1988 г. Lewis и Appleby пришли к логическому выводу, что «РЛ» – никакой не клинический диагноз; это лишь устойчивое уничижительное суждение, и значит, от псевдонаучной концепции пора бы отказаться, сегодня Chartonas et al. рекомендуют улучшить обучение психиатров тактике «супервизии РЛ». Симптоматично для эпохи, не правда ли? J.G. Gunderson (2009) сетует, что Национальный институт психического здоровья США (NIMH) на изучение одного только «ПРЛ» ежегодно выделяет всего-навсего по 6 млн. долларов, тогда как огромное число граждан с этим недиагностированным расстройством так и остаётся нелеченным. Даже не знаю, кому выразить соболезнования – Гандерсону или американскому народу.

Чтобы совершить экскурсию в чуть более отдалённое прошлое психиатрии, рекомендую прочесть увлекательную книгу Алекса Бима «Взлёт и падение американской психиатрической больницы» [18]. В ней на основе интервью с бывшими пациентами, их друзьями и родственниками, с персоналом, а также изучения творческой продукции персонажей журналист освещает страницы истории старейшей психиатрической больницы Бостона. Иллюстративны сами названия некоторых глав: «Общество безумных поэтов»; «Диагноз: «хиппифрения». Молодые бунтари попадали в больницу вовсе не потому, что у них имелись психические заболевания. Это были люди с активной жизненной позицией, с новым восприятием мира, с новым призывом к обществу и с нестандартным способом самовыражения. Символы, стили и манеры их поведения, ненасильственные формы протеста против лицемерия и войн, отстаивание идеалов духовной свободы и раскрытия индивидуальности воспринимались в социуме как вызов традиционным устоям. Психиатры к тому времени уже привычно трактовали любые отклонения от трафаретного образца «патологическими признаками» и не скупилась на диагнозы. Примечательно, что впоследствии многие из этих «больных» стали весьма успешными творческими людьми, а некоторые – знаменитостями. Ну, а в наши дни для любого активиста оппозиционно настроенного к истеблишменту молодёжного движения нетрудно найти подходящее описание в DSM среди типов «РЛ» [37]. Отличная опора для радикальной антипсихиатрии, не так ли?

Существуют ли формы хронических психических болезней, которые, начавшись в юном возрасте, редуцировались бы с возрастом? Как быть с основополагающим диагностическим критерием «РЛ», требующим наличия «глубоко укоренившейся и постоянной модели поведения, проявляющейся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций», «устойчивой к внешним изменениям», «имеющей тенденцию к стабильности во многих сферах психологического функционирования»? Верно, J. Stevenson et al. [47] зарегистрировали возрастную редукцию одной только импульсивности у пациентов с диагнозом «ПРЛ», тогда как черты характера остались неизменными. Но ведь импульсивность обозначена ведущим критерием «ПРЛ». На каком же основании эти люди продолжают соответствовать и этому критерию, и главному критерию диагностики любого «РЛ»? Слава богу, что базовые черты характера у этих людей сохранились. Это говорит о том, и только о том, что их не постигли какие-нибудь разрушительные психические заболевания с изменением или тотальным распадом личности.

Согласен, цитируемая мною работа В.Г. Cohen et al. (1994), где продемонстрировано «испарение» «РЛ» с

возрастом, имеет некоторые методологические ограничения. Наивно считая опору на собственный клинический опыт неотъемлемым авторским правом, каюсь, я и не планировал приводить в формате комментария детальные литературные обзоры. Спешу исправить нелепую ошибку и представляю вниманию уважаемого критика ссылку на работу А.Е. Skodol (2008), анализирующую результаты четырёх строгих крупномасштабных лонгитюдных исследований натуралистической траектории «РЛ». Skodol пришёл к следующим выводам: 1) со временем «психопатология личности» (?) неожиданным и непостижимым, но очень значимым образом исчезает в неизвестном направлении; 2) черты характера намного стабильнее диагнозов «РЛ»; 3) хотя эти «остаточные явления» (?) подчас могут доставлять неудобства окружающим, «выздоровление от РЛ» сопровождается «сокращением личного и социального бремени» [44]. Skodol не одинок в таких витиевато изложенных, но верных по своей сути выводах [25, 27, 50].

Катастрофическое положение дел с низкой выявляемостью «РЛ» среди пожилого населения устраивает далеко не всех. С помощью структурированного клинического интервью (SCID) уже упомянутому J. Stevenson et al. удалось установить, что «критериям хотя бы одного РЛ» соответствуют 60% пациентов психиатрических стационаров в возрасте старше 65 лет (!) [46]. Есть категория диагнозов, которые, наряду с признанием «возрастной редукции большинства РЛ», смогли обнаружить в популяции пожилых людей «значительное возрастание распространённости шизоидного и обсессивно-компульсивного типов РЛ» (!) [17, 28, 40]. Другие поисковики диагнозов трудолюбиво распознают у пожилых «подпороговые» и «субклинические» «варианты РЛ», весело воплощая в жизнь старый анекдот про «слегка беременных». Справедливо критикуя современные классификации за то, что большинство критериев «РЛ» контекстуально обращено к молодому возрасту, учёные агитируют профессиональное сообщество поскорее приступить к разработке диагностических критериев «позднего РЛ» [19, 40, 42, 49, 52]. Мотивировкой служат неудобства, причиняемые окружающим лицами пожилого и старческого возраста: жалобы на отсутствие заботы и внимания от членов семьи, требования надлежащего медицинского обслуживания и связанные с неудовлетворённостью всем этим эмоциональные вспышки [19]. В современном «цивилизованном мире» этакое безобразное поведение неприемлемо. Ему сподручнее проявлять толерантность к улыбочивым представителям секс-меньшинств, нежели к вечно недовольным ворчливым старикам.

Лично я верю, что гранты NIMH или иных спонсоров не оказывали влияния на озабоченность авторов процитированных работ. Но, чтобы суметь проникнуться их передовыми идеями, мне хотелось бы получить ответы на несколько простодушных вопросов. Учитываются ли в теории и в практике диагностики «РЛ» возрастная динамика психики, психология юности и психология старения, естественная утрата гибкости и снижение адаптируемости, закономерные эндокринные сдвиги и спад уровней центральных нейротрансмиттеров (дофамина, в частности) [53]? Принимаются ли во внимание сильно варьирующие в зависимости от конкретных социальных условий изменения жизненных обстоятельств: вынужденное сокращение занятости, доходов, контактов и активности, физические недуги, одиночество? Далее, критерием исключения диагноза «РЛ» являются органические (например, сосудистые) поражения мозга, с типичным для них заострением преморбидных черт характера. Так почему

же авторы статей уклоняются от серьёзной дифференциальной диагностики? Можно ли рядовым психиатрам брать пример с учёных и тоже игнорировать важнейший диагностический критерий стабильности, гласящий, что «РЛ представляют собой онтогенетические состояния, которые появляются в детстве и подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости»?

Я признателен И. Зислину за чрезвычайно уместное цитирование К. Шнайдера: *«Типологический учёт психопатических личностей следует воспринимать со всеми привнесёнными здесь оговорками и помня о проблематике, открывающейся за каждым из этих обозначений типов. Тогда подобная типология, несмотря на её ограниченную, неглубокую познавательную ценность, может быть полезной ещё и сегодня. Во всяком случае, с её помощью можно обнаружить очень много присущего человеку»* [41]. В самом деле, почему присущее человеку надо считать «болезненным состоянием психики»? Может ли человеческая сущность, при всём её многообразии, при всех её несовершенствах, изъянах и пороках, при всех её грандиозных творческих взлётах за пределы осязаемого трактоваться в медицинских терминах «патологии»? Почему общество направляет финансы и энергию на борьбу не с аномальными социальными причинами, а с порождёнными ими следствиями? С какой стати границу между вариацией человеческой природы и болезнью de facto определяет общественное мнение? Какие ещё диагнозы всецело зависят от культуральных устоев и жизненных обстоятельств? Какие болезни могут компенсироваться исключительно путём изменения этих обстоятельств, обретения смыслов жизни, перестройки системы отношений? Может ли хоть кто-то привести доказательства валидности, надёжности, воспроизводимости критериев и диагнозов «РЛ»?

Случай с Павленским ещё раз показал, что кем-то однажды установленный диагноз «РЛ» фактически невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть. Любая попытка профессионального спора со сторонниками веры в «расстройства личности» сразу же начинает напоминать спор с членами религиозной секты. Кстати, иногда от них приходится слышать такой вот «веский» аргумент: «декомпенсации», которые могут развиваться у «психопатов», требуют лечения; этим и оправдано существование диагностической категории «РЛ». Возражаю. Во-первых, каждая из этих «декомпенсаций» имеет собственное клиническое имя – в основном, среди рубрик раздела МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Во-вторых, хотелось бы знать, чем «декомпенсации психопатий» принципиально отличаются от «декомпенсаций акцентуаций характера», существует ли вообще объективная граница между акцентуациями и «психопатиями», коли на самом деле речь идёт о дименсиях характерологических черт.

Чтобы *«не выплёскивать ребенка вместе с грязной водой»*, в своём комментарии я рекомендовал сосредоточить все полезные разработки в области персонологии в рубрике МКБ-10 Z73.1 «Акцентуированные личностные черты». Жаль, что рецензент не обратил на это внимания. В будущих версиях МКБ название данной рубрики «Акцентуированные черты характера» было бы точнее. Подчёркивая принципиальную разницу между понятиями «личность» и «характер», данный термин предложил А.Е. Личко (1983). Правильная квалификация типа акцентуации и степени её выраженности (скрытая, явная) позволяет прогнозировать наиболее вероятные, в т.ч. протекающие в виде болезненных состояний, формы интеракций «социальная среда – личность», а также

избирать оптимальную психотерапевтическую тактику. Под влиянием среды акцентуации характера могут заостряться, или сглаживаться, или подвергаться трансформации [5].

На каком основании мой оппонент считает, что «и Чичиковы, и Ноздрёвы, и Казановы – это антиподы «нормальности»? По какому такому исключительному праву психиатры могут вешать на них свои диагностические этикетки? Каким именно образом, по мнению И. Зислина, «психиатрия всегда будет видеть, диагностировать и лечить личностные нарушения» подобного рода? Можно подумать, классики мировой литературы, испытывая прямо-таки нездоровый интерес ко всякой «патологии», об одном только и мечтали – как бы посвятить своё творчество составлению дидактических материалов для преподавания «расстройств личности» адептам этого лжеучения.

...Вторая часть книги К. Леонгарда «Акцентуированные личности» целиком посвящена анализу характеров персонажей произведений более тридцати великих писателей: Бальзака, Гоголя, Достоевского, Ибсена, Сервантеса, Толстого, Шекспира и других. Выдающийся клиницист Леонгард не присвоил титул «психопата» ни одному (!) из книжных героев. Он пояснил: «Некоторым критикам персонажи Достоевского представлялись патологическими. Однако это мнение основано на недоразумении: именно в силу того, что Достоевский изображал психологию и поступки людей столь образно, столь захватывающе, им и приписывался патологический характер. На самом же деле поведение всех его героев есть поведение людей совершенно нормальных» [34]. Отметим особо, что ни один из 12 выделенных типов акцентуаций (кроме дистимического) мудрый Леонгард не нарёк именем, созвучным названиям психических болезней.

Поставьте мне задачу, мотивируйте меня, предоставьте достаточный объём объективной информации и возможность полтора-часового общения – торжественно обещаю, что сумею изобразить «психопатом» любого желающего или сопротивляющегося. А потом своё же заключение смогу не менее убедительно опровергнуть.

Основной, специально выделенный вопрос уважаемого коллеги: «Вычеркнуть диагноз «психопатия» мы можем. Но зачем?» Отвечаю. Затем, чтобы психиатрия наконец-то преодолела свою «детскую болезнь», осознала пределы своей компетенции и своё равное место среди прочих клинических дисциплин. Затем, чтобы психиатрия, отказавшись от лженаучных теорий, наконец-то перестала стигматизировать людей диагностическими ярлыками и дискредитировать профессию. Затем, чтобы психиатрию наконец-то стали понимать и врачи других специальностей, и общество, чтобы созданные ею мифы и бездоказательные догмы перестали быть идейной основой антипсихиатрического движения. Затем, чтобы ресурсы здравоохранения направлялись во благо больных, а не ради удобства здоровых; чтобы врачи занимались лечением, а преступники сидели в тюрьмах. Затем, чтобы человек избавился от иллюзий запрограммированности судьбы «неисправными генами» и «патологическим мозгом», чтобы он в полной мере осознавал своё предназначение в жизни и личную ответственность за нравственные выборы. Затем, чтобы восторжествовала свобода творческого самовыражения личности, без которой человечество никаких благоприятных перспектив не имеет.

Отзыв оппонента хорошо иллюстрирует, насколько субъективны мы бываем в интерпретациях чужих чувств и мотивов. Коллега воспринял мою статью как «страстный крик». Открою маленький секрет: при её написании меня

разъедал грустный скепсис. В конце концов, глупо выкрикивать свою позицию куда-то в пространство, даже если «наболо». Имеющие уши гораздо лучше воспринимают членораздельную речь, а ещё лучше – когда в ней есть какой-то здравый смысл. Если и в самом деле единственное достоинство моего комментария состояло в страстности, при полной околесице научных положений, – нет, подобные статьи не могут «украшать страницы журнала», тем более такого солидного издания, каким является «Неврологический вестник».

«Время покажет» – вот в этом я полностью солидарен с уважаемым автором рецензии и сердечно благодарен ему за предоставление возможности дополнительно прояснить своё понимание предмета и задач психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аствацатуров М.И. Современные неврологические данные о сущности эмоций // Сов. невропсихиатрия. 1936. №1. С. 41–47.
2. Зислин И. Спорные положения статьи Е.В. Снедкова «Личность в призме психиатрического менталитета» // Неврологический вестник. 2017. №2. С. 71–74.
3. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. 493 с.
4. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды Института им. Ганнушкина. М., 1940. С. 5–147.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 256 с.
6. Лурья А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – 3-е изд. М.: Академический проспект, 2000. 512 с.
7. Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. №1. С. 4–16.
8. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 1 // Неврологический вестник. 2016. №4. С. 47–57.
9. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 2 // Неврологический вестник. 2017. №1. С. 69–77.
10. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 3 // Неврологический вестник. 2017. №2. С. 61–70.
11. Тонконогий И., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб, Питер, 2007. 528 с.
12. Шмарьян А.С. Мозговая патология и психиатрия. Т.1. М.: Медгиз, 1949. 352 с.
13. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
14. Andreasen N.C. Black D. W. Introductory textbook of psychiatry. – 3rd ed. American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. 834 p.
15. Ardila A. There are two different dysexecutive syndromes // J Neurol Disord. 2013. Vol. 1. P. 114.
16. Aviram R.B., Brodsky B.S., Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications // Harvard Review of Psychiatry 2006. Vol. 14(5). P. 249–256.
17. Balsis S., Woods C.M., Gleason M.E., Oltmanns T.F. Over and under-diagnosis of personality disorders in older adults // Am J of Geriatr Psychiatr. 2007. Vol. 15(9). P. 742–753.
18. Beam A. Gracefully insane: the rise and fall of America's premier mental hospital. New York, Public Affairs, 2001. 273 p.
19. Beatson J., Broadbear J.H., Sivakumaran H. et al. Missed diagnosis: The emerging crisis of borderline personality disorder in older people // Aust N Z J Psychiatry. 2016. Vol. 50(12). P. 1139–1145.

20. Becker D. Through the looking glass: women and borderline personality disorder (new directions in theory and psychology). Westview Press, 1997. 224 p.
21. Becker D. When she was bad: borderline personality disorder in a posttraumatic age // *Am J Orthopsychiatry*. 2000. Vol. 70(4). P. 422–432.
22. Bilderbeck A.C., Saunders K.E., Price J., Goodwin G.M. Psychiatric assessment of mood instability: qualitative study of patient experience // *Br J Psychiatry*. 2014. Vol. 204. P. 234–239.
23. Cannon W.B. The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory // *Amer J Psychol*. 1927. Vol. 39(2). P. 106–119.
24. Chartonas D., Kyratsous M., Dracass S. et al. Personality disorder: still the patients psychiatrists dislike? // *B J Psych Bulletin*. 2017. Vol. 41. P. 12–17.
25. Clark L.A. Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies // *J Pers Disord*. 2005. Vol. 19(5). P. 524–532.
26. 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.
27. Cohen P. Child development and personality disorder // *Psychiatr Clin N Am*. 2008. Vol. 31(3). P. 477–493.
28. Coid J., Yang M., Tyrer P., Roberts A., Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain // *Br J Psychiatry*. 2006. Vol. 188. P. 423–431.
29. Concise guide to neuropsychiatry and behavioral neurology / Jeffrey L. Cummings, Michael R. Trimble. American Psychiatric Press Inc.; 2nd Revised edition, 2008. 304 p.
30. Gunderson J.G. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis // *Am J Psychiatry*. 2009. Vol. 166(5). P. 530–539.
31. Henry K.A., Cohen C.I. The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder // *Am J Psychiatry*. 1983. Vol. 140. P. 1527–1529.
32. Houck J.H. The intractable female patient // *Am J Psychiatry*. 1972. Vol. 129. P. 27–31.
33. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1965. 748 s. / Ясперс К. *Общая психопатология*. М.: Практика, 1997. 1053 с.
34. Leonhard K. *Akzentuierte Personalitäten*. Berlin: Fischer, 1976. 328 s. / Леонгард К. *Акцентуированные личности*. М.: Феникс, 1989. 558 с.
35. Lewis G., Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike // *Br J Psychiatry*. 1988. Vol. 153. P. 44–49.
36. Madison G., Aasa U., Wallert J., Woodley M.A. Feminist activist women are masculinized in terms of digit-ratio and social dominance: a possible explanation for the feminist paradox // *Front Psychol*. 2014. Vol. 5. P. 1011.
37. Martin B. Activists and «difficult people» // *Social Anarchism*. 2001. №30. P. 27–47.
38. Newton-Howes G., Weaver T., Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams // *Aust NZ J Psychiatry*. 2008. Vol. 42. P. 572–577.
39. Rosser S.V. Is there androcentric bias in psychiatric diagnosis? // *J Med Philos*. 1992. Vol. 17(2). P. 215–231.
40. Schuster J.P., Hoertel N., Le Strat Y., Manetti A., Limoson F. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013. Vol. 21(8). P. 757–768.
41. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950. / Шнайдер К. *Клиническая психопатология* / Пер. с нем. Киев: Сфера, 1999. 236 с.
42. Segal D.L., Hersen M., Van Hasselt V.B. et al. Diagnosis and assessment of personality disorders in older adults: A critical review // *Journal of Personality Disorders*. 1996. Vol. 10. P. 384–399.
43. Shaw C., Proctor G. Women at the margins: A critique of the diagnosis of borderline personality disorder // *Feminism & Psychology*. 2005. Vol. 15 (4). P. 483–490.
44. Skodol A.E. Longitudinal course and outcome of personality disorders // *Psychiatr Clin N Am*. 2008. Vol. 31(3). P. 495–503.
45. Stalnaker T.A., Cooch N.K., Schoenbaum G. What the orbitofrontal cortex does not do // *Nature Neuroscience*. 2015. Vol. 18. P. 620–627.
46. Stevenson J., Datyner A., Boyce P. et al. The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011. Vol. 26. P. 981–987.
47. 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.
48. Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *J Pers Disord*. 1990. Vol. 4. P. 257–272.
49. Tummers J.H., Derksen J.L., van Alphen S.P. [Instability of personality characteristics and personality disorders during the lifespan: effects for assessment in older adults]. [Article in Dutch] // *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010. Vol. 41(2). P. 87–95.
50. Tyrer P., Seivewright H. The stability of personality disorders // *Psychiatry*. 2005. Vol. 4(3), 1. P. 29–31.
51. Ussher J.M. Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology // *Feminism & Psychology* 2013. Vol. 23(1). P. 63–69.
52. van Alphen S.P., van Dijk S.D., Videler A.C. et al. Personality disorders in older adults: emerging research issues // *Curr Psychiatry Rep*. 2015. Vol. 17(1). P. 538.
53. Volkow N.D., Gur R.C., Wang G. et al. Association between decline in brain dopamine activity with age and cognitive and motor impairment in healthy individuals // *Am J Psychiatry*. 1998. Vol. 155. P. 344–349.
54. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L. Discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders // *Am J Psychiatry*. 1990. Vol. 147. P. 161–167.

REFERENCES

1. Astvatsaturov M.I. *Sov. nevropsikhiatriya*. 1936. №1. pp. 41–47. (in Russian)
2. Zislis I. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №2. pp. 71–74. (in Russian)
3. Krepelin E. *Vvedenie v psikiatricheskuyu kliniku*. Moscow: BINOM. Laborato-riya znaniy, 2004. 493 p. (in Russian)
4. Kronfel'd A. *Trudy Instituta im. Gannushkina*. Moscow, 1940. pp. 5–147. (in Russian)
5. Lichko A.E. *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov*. Leningrad: Meditsina, 1983. 256 p. (in Russian)
6. Luriya A.R. *Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lo-kal'nykh porazheniyakh mozga*. - 3-e izd. Moscow: Akademicheskii prospekt, 2000. 512 p. (in Russian)
7. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. №1. pp. 4–16. (in Russian)
8. Snedkov E.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. №4. pp. 47–57. (in Russian)
9. Snedkov E.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №1. pp. 69–77. (in Russian)
10. Snedkov E.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №2. pp. 61–70. (in Russian)
11. Tonkonogii I., Puante A. *Klinicheskaya neiropsikhologiya*. St.Petersburg: Piter, 2007. 528 p. (in Russian)
12. Shmar'yan A.S. *Mozgovaya patologiya i psikiatriya*. Vol.1. Moscow: Medgiz, 1949. 352 p. (in Russian)

Поступила 26.06.17.