

П. Т. Петрюк, А. П. Петрюк

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков), Харьковская областная клиническая психиатрическая
больница № 3 (Сабурова дача), г. Харьков

К УТОЧНЕНИЮ КЛИНИКИ РЕДКОЙ ФОРМЫ СМЕШАННОГО (ПАРАНОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОГО) РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ*

«Нет людей больших и маленьких, нет — полных или худых.
Есть люди пропорциональные и диспропорциональные.
В этом всё дело!»

Альберт Дюрер

Каждый человек представляет собой личность с уникальным и долговременным сочетанием внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир. Как правило, мы реагируем на происходящее в присущей лишь нам предсказуемой и последовательной манере. Эта последовательность, часто называется чертами личности (*personality traits*), может являться результатом унаследованных характеристик, усвоенных реакций или комбинаций и тех и других. Однако, что очень важно, наша личность отличается и гибкостью. Мы учимся на собственном опыте. Взаимодействуя со своим окружением, мы апробируем различные ответы и смотрим, какие из них оказываются более эффективными. Именно этой гибкостью часто не обладают люди, страдающие расстройством личности (*психопатией*) [1—4].

Под личностью понимают уникальное и долговременное сочетание внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир, которое обуславливают последовательность реакций в самых разных ситуациях.

Расстройство личности (РЛ) — это очень жесткий паттерн (картина) внутреннего опыта и направленных на окружающий мир действий, который отличается от ожиданий общества и приводит к дисфункции. Этот паттерн распространяется на большую часть взаимодействий человека, сохраняется в течение многих лет и отличается от опыта и поведения, как уже отмечалось, обычно ожидаемых от людей. Жесткие черты характера людей с РЛ часто становятся причиной неприятных переживаний, которые могут вызвать психологическую боль и социальные или профессиональные трудности. Как правило, РЛ становятся заметными в подростковом периоде или в ранние годы взрослой жизни, хотя некоторые начинаются еще в детстве [1].

РЛ могут вносить разлад во многие аспекты жизни человека и причинять страдания окружающим его людям. РЛ относятся к наиболее трудноизлечимым психическим расстройствам. Многие из тех, кто ими страдает, даже не подозревают о своих личностных проблемах и не способны понять, что причинами трудностей является их жесткий стиль мышления и поведения [1—7].

Более четкое определение РЛ дает Т. Б. Дмитриева, которая утверждает, что психопатия — это вариант аномальной конструкции, генетически обусловленной и проявившейся в результате средовых влияний через

асинхронию нейроонтогенеза в виде измененной реактивности в отношении внешних и внутренних воздействий, которая обнаруживается на всех уровнях организма — от поведенческого и характерологического до физиологического и морфологического. Такое определение предполагает аномальность психопатической личности не только в психиатрическом, но и в соматобиологическом аспекте. Последнее может обусловить атипичное течение у больных РЛ соматических заболеваний и отклонения в их реакции на лекарственные препараты [8].

Поскольку генетически РЛ — это аномалия конституции, то клинически (феноменологически) выявляемая психиатрами картина психической патологии — это лишь видимая, но, вероятно, не самая большая часть имеющихся у индивида с РЛ нарушений. Такой подход, справедливо подчеркивает Т. Б. Дмитриева, требует, с одной стороны, переосмысления уже имеющихся данных, а с другой, — проведения комплексных полисистемных исследований, в которых большое место должен занять анализ динамики РЛ в свете таких универсальных биологических механизмов приспособления любого организма к окружающей среде, как адаптация и компенсация [8].

Важность РЛ для медицины и психиатрии обусловлена следующими тремя причинами:

1. Внешние проявления внутренних конфликтов часто ведут к столкновению с другими людьми, из-за чего такие пациенты попадают под врачебное наблюдение. Однако отношения у больного с врачом часто не складываются, т. к. больной не способен подойти к ним с должной ответственностью. В итоге врач перестает доверять больному и, в конце концов, отказывается от него.

2. Пациенты с тяжелыми РЛ имеют довольно высокий риск злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, аутодеструктивного поведения, сексуальных девиаций, а также конфликтов с окружающими.

3. Эти лица склонны к декомпенсациям в условиях стресса. Как осложнения у них могут возникать психические нарушения, связанные или не связанные с типом РЛ. Например, в условиях эмоционального стресса у истерической личности могут возникнуть конверсионные и диссоциативные симптомы, а может развиваться депрессия с суицидальным поведением [1, 2, 5, 7—12].

Согласно современным данным, РЛ может страдать до 15 % всех взрослых людей. У мужчин РЛ встречаются чаще, чем у женщин. При этом у взрослых это соотношение составляет 2 : 1, а у подростков — 3 : 1, что связывается с учащением диагностики РЛ в период работы призывных комиссий военных комиссариатов. В генезе РЛ имеют, как уже подчеркивалось, значение

* Основные фрагменты данной работы были подготовлены давно, однако она не подавалась к публикации в связи с тем, что продолжалось лонгитудинальное изучение лиц, включенных в группу обследованных, страдающих упомянутой редкой формой смешанного расстройства личности.

врожденные и приобретенные, биологические и социальные причины [1, 5, 9].

Вопрос диагностики РЛ непосредственно связан с проблемой их систематики, которая остается спорной до настоящего времени, поскольку не существует общепринятой классификации бесчисленных типов характера и, соответственно, характерологических вариантов. В истории учения о РЛ предлагались классификации, основанные преимущественно на социально-оценочных критериях (Е. Краепелін, 1904—1915; А. К. Ленц, 1927), на клинических особенностях личностных расстройств (К. Schneider, 1923; D. Henderson, 1944; Е. А. Попов, 1959; Н. Cleckly, 1959; К. Leonhard, 1961), смешанные систематики, при которых учитывались оба эти способа разделения патологических характеров (П. Б. Ганнушкин, 1933; В. Karpman, 1934). Предпринимались попытки классифицировать психопатические личности в соответствии с принципами учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности (И. Ф. Случевский, 1955; А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, 1956; отчасти О. В. Кербиков и Н. И. Фелинская, 1965) [4, 5].

Современные классификации РЛ исходят из представлений об основном расстройстве при патологических расстройствах характера, которыми являются изменения деятельности эмоционально-волевой формы. Эти нарушения при РЛ являются первичными, а все остальные особенности психики у них связаны с нарушениями эмоциональных и волевых проявлений.

Такие «вторичные» особенности психики отмечаются в сфере мышления. Большинству пациентов с РЛ, независимо от особенностей характера, свойственны своеобразные извращения мыслительной деятельности, несмотря на формальную сохранность интеллекта, в виде недостатков прогнозирования своих действий и отсутствия опоры на собственный опыт. У одних пациентов эти изменения проявляются крайней негибкостью умозаключений, односторонностью выводов, у других — поспешностью и легковесностью суждений, легкостью и непродуманностью принимаемых реакций. Для многих характерна аффективная логика, кататимность мышления, особенно заметная в условиях стрессовых ситуаций [4]. Такого рода нарушения дали основания Э. Крепелину (1915) говорить об «относительном слабоумии психопатов», а Н. А. Дубинину (1939) — о парциальном их слабоумии. Нарушения предвидения событий не зависят от глубины характерологических расстройств, но более выражены у истерических и возбудимых личностей, хотя различимы и при иных формах психопатий. Отсутствие способности опираться на собственный, зачастую печальный опыт как ведущее свойство мышления при РЛ подчеркивали исследователи психоаналитического направления (В. Karpman, 1934; М. Schmideberg, 1952; Н. Cleckly, 1959, и другие). Ими был предложен даже термин «*Lack of control*»; — «*утрата контроля*» (над собственной деятельностью) в качестве основной характеристики проявлений РЛ.

Американская классификация DSM-IV (1994) отличает расстройства Оси II (Axis II) — долговременные расстройства, которые обычно начинаются в раннем возрасте и сохраняются в течение взрослой жизни, — от расстройств Оси I (Axis I), более острых расстройств, которые могут начинаться и заканчиваться на определенных отрезках жизненного цикла. РЛ — это расстройство Оси II.

Нередко пациент с РЛ страдает также и острым расстройством (Ось I) — случай, называемый коморбид-

ностью (буквально «соблезненность» — наличие двух или более расстройств у одного человека). Возможно, что РЛ предполагают возникновение у человека расстройств Оси I. К примеру, пациенты с избегающим РЛ, которые боязливо уклоняются от всех контактов, могут быть склонны к социальной фобии. И — опять же, вероятно, что некоторые расстройства Оси I создают предпосылки для того или иного РЛ. Какова бы ни была причина этой связи, исследования показывают, что сопутствующее РЛ затрудняет лечение расстройств Оси I и снижает шансы человека на успешное выздоровление [1, 4].

DSM-IV идентифицирует 10 расстройств личности и разбивает их на 3 кластера расстройств: кластер А (The Odd, Eccentric Disorders) — «странные» РЛ с появлением эксцентричности (шизоидные, параноидальные и шизотипические личности); кластер В (The Dramatic, Impulsive, Emotional Disorders) — «драматические» РЛ с проявлением театральности, эмоциональности, лабильности аффектов (эмоционально-неустойчивые, пограничные, антисоциальные, истерические и нарциссические личности); кластер С (The Anxious, Tearful, “Neurotic”, Personality Disorders) — «тревожные» РЛ с проявлением тревоги и страха (уклоняющиеся, обсессивно-компульсивные и зависимые личности) [1, 4, 13, 14].

Анализируя отдельные типы патологических личностей, можно говорить о структуре РЛ как совокупности всех дисгармоничных свойств личности, сцепленных между собой теми или иными патохарактерологическими и конституционально-генетическими связями. Поэтому Б. В. Шостакович (2005) справедливо подчеркивает, что структура (основной психопатический синдром) РЛ — психопатий бывает простой и сложной [4].

При *простой психопатической структуре* проявления расстройств личности не выходят за пределы облигатных, постоянно присущих черт, когда вторичные — факультативные радикалы остаются латентными, невыраженными. Таким лицам свойственна четкая типологическая определенность, однонаправленность реагирования. Примерами преобладания облигатной симптоматики могут быть собственно возбудимые личности с недержанием аффекта или истерические субъекты с ведущим конфликтом между желаемым и возможным, астенические — с повышенной чувствительностью, уязвимостью в самых разных ситуациях.

При *сложной психопатической структуре* основное, облигатное ядро личности сохраняется, но она «обрастает» дополнительными психопатическими радикалами, происходит своеобразное развитие личности, обогащение ее патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования. В качестве примера можно привести истеро-возбудимых, обсессивно-компульсивных и шизоидных личностей [4].

Чистые психопатические типы, «простой психопатический синдром» встречается относительно редко. В рамках каждого типа РЛ наблюдаются смешанные, пограничные варианты, «сложные психопатические синдромы», сложные структуры (т. е. включающие признаки нескольких типов конституциональных аномалий), переходные от одного типа к другому.

Сложные сочетания отдельных проявлений РЛ подчеркивает также Р. Комер. Он, ссылаясь на Zimmerman (1994) и Grove и Tellegen (1991) пишет: «Различные расстройства личности накладываются друг на друга в столь значительной степени, что может оказаться

трудным отличить одно от другого. Фактически клиницисты иногда приходят к выводу, что отдельные люди страдают более чем одним расстройством личности» [1, 4, 5]. В сложностях диагностики он видит недостатки классификации DSM. В доказательство своих сомнений и трудностей в различении психопатических форм Р. Комер приводит интересную таблицу соотношения «главных» и «заметных» особенностей всех десяти РЛ, выделяемых в DSM-IV [1].

Касаясь динамики РЛ, следует подчеркнуть, что традиционно выделяемые формы — реакции, фазы, развития в современных систематиках и, в частности, в МКБ-10 [15] рассматриваются в качестве сборной группы вне раздела «Расстройства личности». Большая часть реакций — шоковые (F 43), диссоциативный ступор (F 44.2), посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), относятся к самостоятельным болезненным расстройствам. Фазы в соответствии с МКБ-10 почти целиком отнесены к разряду аффективной патологии (аффективные расстройства — F 32, F 33, F 38.1), либо к отдельным рубрикам в пределах невротических расстройств (F 40 — F 48). И, наконец, ряд вариантов патологических развитий с формированием сверхценных симптомокомплексов отнесены к хроническим бредовым расстройствам. При этом вклад РЛ в формирование психопатологических проявлений интерпретируется как фактор, способствующий манифестации тех или иных болезненных симптомокомплексов, модифицирующих проявления психопатологических образований или сказывающийся на их стойкости к терапевтическому воздействию [7].

А. Б. Смулевич, Б. В. Шостакович (2001) отмечают, что основные тенденции динамики психопатий формируются в рамках коморбидных соотношений с психическими расстройствами (невротическими, аффективными, а иногда и проявлениями более тяжелых регистров).

Необходимо подчеркнуть, что структура взаимодействия психических и характерологических расстройств может быть представлена в виде целого спектра вариантов. Клиническое значение таких коморбидных соотношений различно и иногда несет информацию о противоположных по закономерностям динамики РЛ (компенсация-декомпенсация) процессах. В рассматриваемом аспекте авторы предлагают выделять три типа динамики: первый — в форме развития личности, второй — в форме ассоциированных с расстройствами личности квазипсихозов; третий — в форме трансформации характерологических расстройств в психопатологические [7].

Следовательно, приведенные данные свидетельствуют о недостаточном изучении клиники и динамики редкой формы смешанного (параноидно-эпилептоидного) расстройства личности.

Целью нашей работы явилось уточнение клиники редкой формы смешанного (параноидно-эпилептоидного) расстройства личности.

Под наблюдением находилось 18 больных со смешанным (параноидно-эпилептоидным) расстройством личности (7 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 19 до 60 лет, находящихся под длительным наблюдением врачей-психиатров в период с 1993 по 2007 годы. Большая часть данного контингента проходила обследование и наблюдение в условиях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабурова дача). Для уточнения клиники упомянутых расстройств использовались анамнестический,

клинико-психопатологический, патопсихологический и катамнестический методы. По социальному положению обследованные лица распределились следующим образом: студенты — 3, рабочие — 5, учителя — 3, инженеры — 4, врачи — 1, ученые — 2. У всех пациентов имелись признаки нескольких расстройств из F 60-, но без преобладания симптоматики, которая произвела бы более специфическую диагностику. Специфическое РЛ (F 60), не объясняющееся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другими психическими расстройствами, удовлетворяло следующим критериям МКБ-10 [15]: а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни; в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций; г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости; д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени; е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

У всех обследованных упомянутых лиц нами выявлено 2 основные группы психопатологических расстройств — параноидный (паранойальный) и эпилептоидный радикалы, которые имели место у каждого пациента.

Центральными характерными признаками параноидного радикала являлись подозрительность и сенситивность. Даже составляя только малую часть всей личности, они приносили *недоверчивость*, которая выходила далеко за рамки обычной осмотрительности, и сенситивность, порождающую резкую реакцию отпора, что наносило ущерб социальным отношениям. При этом РЛ подозрительность проявлялась по-разному. В одних случаях пациенты были постоянно насторожены, ожидая со стороны окружающих попыток взять над ними верх, обмануть или подстроить им какую-то неприятность. Зачастую они сомневались в преданности других людей и просто были не в состоянии никому из них довериться. В результате они становились обидчивыми и подозрительными. Некоторые *требовали от подчиненных доносительств* на своих коллег, партнеров по работе вплоть до отчета о домашних телефонных разговорах с ними. Такие лица с трудом заводили, а точнее не заводили друзей и стремились избегать общения в группе. Например, «друзьями» они считали только нужных им для карьеры людей и тех, кто проявлял активность в доносительстве. Попадая, к примеру, в один вагон поезда со своими коллегами, такие лица избегали обычного общения, совместного ужина или профессионального общения, отдавая предпочтение молчаливому присутствию в соседнем купе вагона. Окружающие обычно считали их скрытными, неискренними и чрезмерно самонадеянными. Создавалось впечатление, а в большинстве случаев так и было, что у них *слабо развито чувство юмора* или что они почти не наделены способностью получать удовольствие.

Такие личностные особенности нередко служили благодатной почвой для ревности.

Это люди особого склада, своенравные, неоткровенные, лишенные, как уже отмечалось, чувства юмора, капризные, раздражительные, с односторонними, но стойкими аффектами, берущими верх над логикой и рассудком. Для них характерна нередко повышенная активность, связанная преимущественно с их личными интересами или интересами близких людей, чрезмерная аккуратность, нетерпимость к несправедливости, в т. ч. и к чужому мнению. Как правило, они ригидны, склонны к «застреванию», фиксации на определенных представлениях и идеях, чему в значительной степени способствует большая эмоциональная напряженность значимых для них переживаний. Их отличают узость кругозора, односторонность и ограниченность интересов. Они чаще не ставят перед собой больших задач, зато малозначимые проблемы могут заслонить для них весь мир. Суждения их незрелы, чересчур прямолинейны, крайне конкретны, примитивны и не всегда последовательны. С. А. Суханов (1912), относивший таких лиц к группе «логопатов», подчеркивает характерную для них с юношеских лет склонность к резонерству и изъянам мышления в виде обилия односторонних и логически неправильных (паралогических) умозаключений [5].

Лиц с таким радикалом отличают повышенное самомнение, обостренное чувство собственного достоинства, сочетающееся со «сверхчувствительностью» к неудачам, к негативной оценке со стороны окружающих. Особый смысл и значение для параноика приобретает все, что так или иначе связано с его собственной личностью, затрагивает его интересы. К явлениям вне сферы «притяжения» своего «Я» они глубоко безразличны, попросту исключая их из области активного внимания.

Постоянное противопоставление себя окружающим, восприятие мира как явления противоположного и даже враждебного проявляется у параноиков такими чертами, как «сверхбдительность» (постоянный поиск угрозы извне, готовность к ответу на любой тревожный сигнал) и *недоверие к людям*. Зачастую на первом плане — опасения посягательств на их права, их собственность, их супруга, члена семьи или сексуального партнера. Такая недоверчивость к намерениям других легко переходит у этих личностей в подозрительность. Возникают мысли о том, что окружающие относятся к ним несправедливо, без должного уважения, завидуют или даже хотят унижить, оскорбить; под них «подкапываются», ущемляют их интересы и авторитет. Любой пустяк, не имеющий к ним прямого отношения, может трактоваться как проявление недобрых намерений, отрицательного или даже враждебного отношения окружающих (чаще родственников или сослуживцев).

Самым типичным, по П. Б. Ганнушкину [2], свойством параноиков является склонность к образованию сверхценных идей, во власти которых они потом и оказываются. Сверхценные идеи подчиняют себе всю личность, определяют поведение индивидуума; не параноическая личность управляет своими мыслями, а мысли управляют ею.

Основы клинической типологии параноической психопатии заложены в работах О. Bumke (1924), Т. И. Юдина (1926), Е. Kretschmer (1930), Н. Binder (1967). До настоящего времени эта типология не завершена, но представляется правомерным выделение (так же

раздельно, как и в группе шизоидов и психастеников) по крайней мере, двух полярных вариантов параноической психопатии: экспансивного и сенситивного. Такая дифференцировка в известной степени совпадает с предложенным S. Ahhtars (1996) разделением параноической конституции на 2 подтипа: 1) более сильный, активный, вызывающий, гневный, сутяжный; 2) слабый, пассивный, скрытный, обидчивый [5].

В изученной группе лиц встречался только экспансивный вариант параноического радикала. Экспансивные параноические личности — это патологические ревнивцы, сутяги, лица, склонные к конфликтам, правдоискательству и реформаторству. С детских лет они *лживы, мстительны*, часто клеветают и жалуются, замечают недостатки у других, но не признают их у себя. Они всегда довольны собой, неудачи их не смущают. *Убеждены, что только они владеют данной специальностью*, только они понимают все в совершенстве. Они не желают подчиняться, ограничиваться скромной ролью, обычно борются со своими личными врагами, используя для этого все дозволенные и недозволенные средства, а не за общее дело. Посвятив себя научной деятельности, они, *в сущности, не любят науку, занимаются ею только для того, чтобы посрамить своих врагов*. Борьба с противниками и утверждение своей значимости заполняет их жизнь. Они не отличаются высоким интеллектом. Как правило, это стеничные и даже экзальтированные личности с ускоренным темпом психической деятельности и постоянно повышенным фоном настроения. Они энергичны, подвижны, подчас суетливы, не знают, что такое усталость, не испытывают потребности в отдыхе. Нередко у коллег, работающих вместе с такими личностями, развиваются различные психосоматические расстройства.

Характерными признаками для параноидного радикала, по определению ВОЗ, является чрезмерная чувствительность к препятствиям, злопамятность, подозрительность, тенденция к искажению опыта посредством истолковывания нейтральных или дружественных действий как враждебных или презрительных, а также агрессивное и упорное отстаивание своих прав. Может наблюдаться склонность к патологической ревности либо *чрезмерное подчеркивание собственной важности* и отнесение происходящего на свой счет [13], что было также отмечено нами у обследованных больных.

Лица с параноидным радикалом внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее, *самодостаточность является лишь фасадом*, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда озабочены тем, что другие думают и чувствуют в отношении них. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определенным видам ситуаций; к определенным лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная *тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки*, неудачи, просчеты и несоблюдение каких-либо условий. *Ответственность отбрасывается от себя и приписывается другим*. Для людей с параноидной идеацией характерно отрицание неприемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний, включающих в себя и сексуальные. Социально дискриминирующие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Для таких лиц характерна постоянно присутствующая *враждебность к окружающим*, носящая неуправляемый характер. Враждебность

они также проецируют на других, ссылаясь на ее вторичность, хотя на самом деле она является всегда первичной [11].

Лица с параноидным радикалом не относятся к категории суцидоопасных, чаще они склонны к анти-социальным действиям. Как правило, суцидальные действия предпринимаются ими в тех случаях, когда другие средства «борьбы за идею, справедливость» или «с беспорядками» не давали желаемых результатов. В этих случаях суцид выступал в роли последнего аргумента и метода воздействия на окружающих. У этих лиц преобладали истинные суцидальные попытки. Повторные суцидальные попытки могут приобретать характер попыток манипулятивного типа.

Л. Н. Юрьева [16] выделяет *личностные характеристики, потенцирующие суцидальное поведение* у этой категории лиц: 1) склонность к возникновению сверхценных идей эгоцентрической направленности; 2) повышенная чувствительность к препятствиям и отказам; 3) тенденция быть постоянно недовольным кем-то, категорический отказ прощать нанесенные обиды; 4) подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружественного отношения к себе другим, которое принимается за враждебное и презрительное; 5) обостренное осознание своих личных прав и воинствующая, упорная готовность отстаивать их, неадекватная реальной ситуации; 6) периодически возникающие неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера; 7) гипертрофированное самомнение, завышенная самооценка, эгоизм; 8) склонность соотносить любые факты и явления действительности с собственной личностью.

Автор также выделяет *психотравмирующие факторы, оказывающие суцидогенное воздействие*: 1) ситуации, в которых «несуцидальные» средства «борьбы за идею, справедливость» или «с беспорядками» не дают желаемых результатов; 2) ситуации, в которых представления о собственной значимости поколеблены; 3) подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера «подтверждаются» [16].

В этих случаях возможны не только суцидальные, но и гомоцидные акты. Анализ содержания предсмертных записок показывает, что лица с параноидным радикалом чаще пишут о ненависти к противникам «идеи», обвиняют их в «заговоре», в супружеской неверности, в предательстве.

Сталин и Гитлер — наиболее частые, по мнению Е. В. Черношвинова (2004), примеры параноидности (паранойальности). К сожалению, ученые, описывая паранойальные типы (будь то реальные исторические личности или литературные герои), не могут избежать оценочных суждений. Пример — описание паранойальных (параноических) личностей К. Леонгардом или современным психиатром А. Е. Личко. При этом забывается, что типология личности (как и ее телесное строение) для профессионала-медика должна находиться вне нравственных или каких-либо других оценочных суждений. Какой бы ни был характер — это «не плохо» и «не хорошо». Это — типологически реально. «Плохи» или «хороши», «нравственны» или «безнравственны» бывают только поступки людей. А с этой точки зрения, нет ни одного человеческого характера (типологии), который не имел бы своих злодеев и героев. И никакий тип не находится в этом отношении в преимуществе перед другими. Повторяем, что поступок человека и его

поведение в целом зависят от всех составляющих его психосоматическую структуру.

Если основной чертой эпилептоидного типа была «вязкость», определяющая все его психические качества, то у паранойального типа это — ригидность (в переводе с латинского: прямолинейность, непреклонность, строгость). Ригидность создает такие разновидности паранойального типа, как «борцы за справедливость» (в обыденной жизни они часто превращаются в сутяги и кверулянтов; прекрасный образ сутяги в «Собаке Баскервилей» Конан Дойла), «фанаты веры» (как иезуиты-инквизиторы, Никон и Аввакум), «борцы за идею» (великие революционеры, как Гарибальди и Робеспьер, Ленин и Мао Цзэдун), «ученые-первооткрыватели» (которые руководствуются одним принципом «А все-таки она вертится!») и готовы идти за него на костер), «авторитарные правители» (типа Цезаря, Карла I, Елизаветы, Ивана Грозного, Сталина), «великие ревнивцы» (убивающие из-за ревности своих возлюбленных; Отелло, Евгений Арбенин из «Маскарада» М. Ю. Лермонтова, султан Оросман из «Заиры» Вольтера), «неподкупные судьи» (великолепный образ алькальда из «Саламеи» Кальдерона), «великие скупые» («Скупой рыцарь» Пушкина, «Гобсек» и Гранде из «Евгении Гранде» Бальзака), «донжуаны» всех времен и народов, «великие мистификаторы» (морочащие умы сотни лет, типа Нострадамуса), «великие реформаторы» (типа Мартина Лютера, Жана Кальвина, Алексея Андреевича Аракчеева и Петра Аркадьевича Столыпина).

Ригидность, определяющая, по сути дела, тип паранойальной личности, характеризует образ мышления человека. До всего они доходят своим умом, во всем ищут здравый смысл, «идею» или «концепцию», принимают только формально-логические суждения (где для них главный закон — «исключение третьего»: *«третьего не дано!»*). Поэтому мышление у паранойальных личностей логически строго и последовательно, даже если оно беспредметно, как, например, у резонеров. Они, обладая таким складом мышления, *понимают, как правило, только себя*. Некоррегируемы. Не понимают других людей, мыслящих иначе, чем они. Поэтому крайне нетерпимы к инакомыслящим. Из-за непонимания других людей они обладают характером подозрительным, недоверчивым. С другой стороны (со стороны их чувств и эмоций), они могут быть незащищенными и легко управляемыми людьми, которые ловко обходят их паранойальную систему мышления. С этой же стороны некоторые из них чрезвычайно доступны внушению. Легко *«зомбируются»*, поэтому часто совершают поступки, «вложенные» в них другими людьми, хотя за эти же самые поступки они других людей отправили бы на эшафот или в лагерь. *Ригидность с годами делает этих субъектов нетерпимыми с окружающими, одинокими*. Круг мышления их с возрастом также сужается и, в конце концов, останавливается на одной идее, которая приобретает качества *сверхценной*. А это уже начало психопатологии — бреда. Кстати, для таких личностей не суть важно — реализуются ли в жизни предметы, занимающие их умы, важно, что они их до последнего считают главными. Цель и смысл жизни, и сама жизнь для паранойальных личностей — производные их логических построений [14].

Самыми характерными признаками эмоционально неустойчивого (эпилептоидного) радикала, по определению ВОЗ, является выраженная тенденция к импульсивным действиям без учета последствий,

непредсказуемое и изменчивое настроение. Наблюдается склонность к бурным эмоциональным взрывам и неспособность контролировать поведенческие проявления. Отмечается склонность к задиристому поведению, взрывчатости, конфликтам, особенно при попытке ограничить или сдерживать импульсивные действия. Различают два типа расстройств (радикала): первый — импульсивный, характеризующийся в основном эмоциональной неустойчивостью и недостаточным контролем побуждений, и второй — пограничный, характеризующийся, в дополнение к перечисленным выше проявлениям, нарушениями образа Я, целей, внутренних предпочтений, а также насыщенными и нестабильными межличностными отношениями, тенденцией к саморазрушающему поведению, проявляющейся суицидальными попытками, в том числе демонстративными [13].

Эпилептоидный радикал, по нашим наблюдениям, характеризовался следующими признаками: во-первых, крайней раздражительностью, доходящей нередко до приступов ярости; во-вторых, приступами расстройства настроения (с характером страха, тоски, гнева) и, в-третьих, определенно враждебными, так называемыми дефектами (антисоциальными установками). Эти люди представляются очень активными, односторонними, напряженно деятельными, любителями острых ощущений, очень настойчивыми и даже упрямыми. Та или другая мысль надолго застревала в их сознании, что приводило к формированию сверхценных идей. Их аффективная установка почти всегда имела несколько неприятный, окрашенный *плохо скрываемой злобностью оттенком*, на общем фоне которого от времени до времени иной раз по ничтожному поводу развивались бурные *вспышки неудержимого гнева*, ведущего к опасным нежелательным действиям. Как правило, лица с этим радикалом очень нетерпеливы, *крайне нетерпимы к мнению окружающих и не выносят противоречий*. К этому следует добавить большое себялюбие и эгоизм, чрезвычайную требовательность к подчиненным и нежелание считаться с интересами других людей, кроме своих собственных, что делает частыми поводы для столкновения этих лиц с окружающими их людьми. Даже тогда, когда их нет вовсе, как подчеркивает П. Б. Ганнушкин [2], лицу с эпилептоидным радикалом *ничего не стоит их выдумать*, только для того, чтобы разрядить неудержимо накапливающее у него временами чувство беспредметного раздражения. Они подозрительны, очень обидчивы, мелочно придирчивы. Они всегда *требуют покорности и подчинения себе* и, наоборот, сами не выносят повелительного тона у других, пренебрежительного к себе отношения, замечаний и выговоров. Неуживчивость лиц с эпилептоидным радикалом доходит до того, что многие из них вынуждены всю жизнь проводить в скитаниях, с одной стороны, благодаря их страсти во все вмешиваться, а с другой, — и больше всего, из-за абсолютной неспособности сколько-нибудь продолжительное время сохранять мирные отношения с сослуживцами, с начальством, с соседями.

Очень важно подчеркнуть чрезвычайно характерную для этих лиц склонность к эпизодически развивающимся расстройствам настроения, расстройствам, могущим возникать как спонтанно, как бы без всякой видимой причины, так и реактивно — под влиянием тех или других неприятных переживаний. Следует подчеркнуть то, что отличает подробные расстройства от

депрессивных состояний всякого другого рода — это почти постоянное наличие в них трех основных компонентов: *злобности, тоски и страха*. Подобные расстройства настроения могут быть кратковременными и длительными, на последние падают наиболее бурные и безрассудные вспышки лиц с эпилептоидным радикалом.

Несмотря на свою необузданность, лица с этим радикалом всегда остаются людьми очень узкими, односторонними и *не способными хотя бы на мгновение отрешиться от своих эгоистических интересов*, полностью определяющих их, в общем, всегда очень напряженную деятельность. Их аффективность лишена богатства оттенков и определяется, преимущественно, постоянно имеющейся у них в наличии агрессивностью по отношению к окружающим людям. Чувство симпатии и сострадания, способность «вчувствоваться» в чужие переживания им недоступны. *Такие лица не умеют прощать, получают немалое удовольствие от унижения кого-нибудь в присутствии коллег, нередко бывают деспотичны*. Они, к примеру, всегда равнодушны к своим коллегам, как при жизни, так и в момент ухода последних из жизни. *Отсутствие этих чувств в сочетании с крайним эгоизмом и злобностью делает их морально неполноценными и способными на действия, далеко выходящие не только за рамки приемлемого в нормальных условиях общежития, но и за границы, определяемые уголовным законодательством*. Хочется особо подчеркнуть, что эти лица, имея влиятельных родственников во властных структурах, могут *«много наломать дров и на протяжении продолжительного времени портить кровь своим коллегам»*, *«способны идти по трупам коллег ради своих личных интересов»*.

Небезынтересно знать, что значительная часть обследованных нами лиц с эпилептоидным радикалом отличается своеобразным атлетически-диспластическим и, как нами настоящим исследованием отмечено, также *гиперстеническим телосложением с элементами немалого ожирения и чрезмерной возбудимостью вазомоторов*. Последнее обстоятельство часто наблюдается у изученного контингента лиц во время вспышек гнева, ярости, когда наблюдаются приливы крови к голове, что не противоречит научным воззрениям П. Б. Ганнушкина [2].

Лица с эмоционально неустойчивым (эпилептоидным) радикалом относятся к категории наиболее суицидоопасных. Среди всех лиц с расстройствами личности, совершившими суицид, около 30 % приходится на долю эмоционально неустойчивых.

Повторные суицидальные попытки имеют тенденцию к демонстративно-шантажным формам. Они приобретают характер попыток манипулятивного типа и попыток разряжающего типа. Попытки разряжающего типа по своему механизму развития являются импульсивными. Во время суицидального акта происходит разрядка максимального эмоционального напряжения с одновременным сужением поля сознания и ослаблением контроля над поведением. Поэтому поведенческая реакция человека в виде суицидальной попытки часто выглядит неадекватной ситуации. Каждая последующая попытка «сенсibiliзирует» личность, создает психологическую готовность к повторным суицидальным попыткам, которые осуществляются более рискованными, часто приводящими к летальному исходу, способами [5].

Л. Н. Юрьева [16] выделяет *личностные характеристики, потенцирующие суицидальное поведение* у больных с эпилептоидным радикалом: 1) выраженная тенденция действовать быстро, импульсивно, без учета вероятных последствий; 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно в случаях, когда импульсивные действия встречают отпор или подвергаются критике; 3) склонность к вспышкам гнева или агрессии, завершающимся «поведенческими взрывами», которые индивид не способен контролировать; 4) склонность к собственной переоценке; 5) нестабильное, переменчивое настроение.

Суицидальный риск у этих лиц обусловлен не только личностными, но и эндогенными факторами, такими как «фазы угнетения» с угрюмо-тоскливым настроением, злобно-агрессивными разрядами, конфликтностью, сенестопатическими ощущениями.

Далее автор выделяет *психотравмирующие факторы, оказывающие суицидальное воздействие*: 1) требования дисциплинарного характера; 2) различного рода возражения и запреты; 3) ограничения личной свободы и свободы передвижения; 4) ситуации, в которых представления о собственной значимости поколеблены.

Суицидальный риск у лиц с эпилептоидным радикалом особенно высок на этапе его формирования и в периоды декомпенсации. Анализ содержания предсмертных записок свидетельствует, что лица с эпилептоидным радикалом чаще пишут о ненависти к обидчикам и желании отомстить им, придумывают оскорбления в их адрес [16].

Таким образом, клинко-психопатологическая картина у изученных больных носила характер *сложной психопатической структуры*, где основное, облигатное ядро личности сохранялось (в одних случаях это было эпилептоидное, а в других — параноидное), но оно обрастало дополнительными психопатическими радикалами, происходило своеобразное развитие личности с переплетением эпилептоидного и параноидного радикалов, обогащение ее патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования, в том числе и характерных для диссоциальных РЛ.

Бесспорно, общение с такими пациентами, страдающими смешанным (параноидно-эпилептоидным) РЛ, в условиях психиатрической клиники происходило на одном уровне и совсем на другом уровне происходит с ними общение, когда они находятся, к примеру, при исполнении своих служебных, к несчастью подчиненных и коллег, обязанностей руководителя.

П. Т. Петрюк, О. П. Петрюк

До уточнення клініки рідкісної форми змішаного (параноїдно-епілептоїдного) розладу особистості

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (Харків), Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), м. Харків

Висвітлюється проблема розладів особистості в теоретичному та практичному аспектах. Дається сучасна дефініція розладів особистості та характеристика простої і складної психопатологічної її структури. Наводяться клінічні дані клініки та динаміки рідкісної форми змішаного (параноїдно-епілептоїдного) розладу особистості на основі дослідження 18 пацієнтів з цією патологією. Підкреслюється наявність певних складностей при роботі зі згаданим контингентом хворих.

Список литературы

1. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. — 3-е междунар. изд-е. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, Изд. дом Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. — 608 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).
2. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / Под ред. проф. О. В. Кербикова. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. — 416 с.
3. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада-Х, 1999. — 266 с.
4. Шостакович Б. В. Современные подходы к диагностике психопатических расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 3. — С. 7—14.
5. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии): Руководство по психиатрии. В 2-х т. — Т. 2 / Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 558—606.
6. Смулевич А. В. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8. — № 1. — С. 5—8.
7. Смулевич А. Б., Шостакович Б. В. Старые и новые проблемы расстройств личности // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — Т. 1. — № 4. — С. 4—9.
8. Дмитриева Т. Б. Современные общепсихологические подходы к оценке психопатий // Там же. — 1997. — № 5. — С. 4—6.
9. Миколайський М. В., Влох І. Й. Розлади особистості (психопатії). Акцентуації. В кн.: Психіатрія / Напрєєнко О. К., Влох І. Й., Голубков О. З. зі співавт. / За ред. проф. О. К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 519—536.
10. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г. А. Обухова. — Мн.: Интерпрессервис, 2002. — 496 с.
11. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
12. Савенко Ю. С. Разное понимание главной проблемы психопатологии // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 1. — С. 32—34.
13. Лексикон психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон транскультуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / Пер. с англ.; Под общ. ред. В. Б. Позняка. — Киев: Сфера, 2001. — 398 с.
14. Черносивтов Е. В. Специальная социальная медицина: Учебное пособие для вузов. — М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2004. — 704 с. («Gaudemus»).
15. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
16. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.

Надійшла до редакції 17.09.2007 р.

P. T. Petryuk, O. P. Petryuk

By clarification of clinic of rare form of the mixed (paranoid-epileptic) disorder of personality

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv), Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

The problem of disorders of personality is lighted in theoretical and practical aspects. Modern definition of disorders of personality and description of abnormal psychology its simple and difficult structure is given. These clinical clinics over and dynamics of rare form of the mixed (paranoid-epileptic) disorder of personality are brought on the basis of study 18 patients with this pathology. The presence of certain complexities is underlined at work with the mentioned contingent of patients.