

СПЕКТРЫ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОСТСОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

[Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

В рамках развиваемой авторами концепции психодинамической психиатрии описываются два спектра психических состояний и психических нарушений: пограничный и шизофренический. Анализируются психические состояния в зоне психического здоровья и психические нарушения в зоне психической патологии. Акцентируется внимание на психодинамических механизмах, которые лежат в основе рассматриваемых позиций, что включает основные симптомы, психологические защиты, особенности межличностных отношений.

Ключевые слова: пограничный спектр, шизофренический спектр, расщепление, проекция, проективная идентификация.

Короленко Цезарь Петрович — доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, действительный член Нью-Йоркской Академии наук, член ВОЗ по секции транскультуральной психиатрии, член редакции журнала «Антропология и медицина» (Лондон), профессор кафедры психиатрии наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 220-76-08, e-mail: t.a.korolenko@physiol.ru

Шпикс Татьяна Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры педагогики и психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 226-98-31, e-mail: tshpiks@yandex.ru

В рамках формирования современной психодинамической психиатрии мы предлагаем выделение спектров состояний психического здоровья и психических нарушений. Психические состояния относятся к зоне психического здоровья, и их не следует включать в категории психических нарушений не только психотического, личностного

и даже невротического уровня. В то время как психические нарушения выходят за рамки психического здоровья и относятся к зоне психической патологии.

Клинические наблюдения и психодинамический анализ позволяют выделить следующие спектры психических состояний и психических нарушений: пограничный, шизофренический, нарцисстический, антисоциальный, диссоциативный, аффективный, суицидальный и эпилептический.

Подробное описание этих спектров будет приведено в подготавливаемой книге «Постпсихиатрия: спектры психологических состояний и психических нарушений». Объем настоящей статьи требует ограничиться описанием пограничного и шизофренического спектров психических состояний и нарушений.

При описании отдельных состояний и психических нарушений в различных спектрах мы используем термин позиция, а не стадия, так как привычный биомедицинский термин стадия предполагает возможность перехода в другую более тяжелую стадию, как например, в случае гипертонической болезни и других соматических заболеваний. Термин позиция предполагает как длительное сохранение состояния или нарушения на малоизменяющемся уровне, так и реальную возможность обратного развития под влиянием благоприятных внешних и внутренних факторов. Термин позиция в этом ракурсе был использован М. Klein [4]. Автор выделяла в психическом развитии первого года жизни младенца шизоидно-параноидную и депрессивную позиции.

Шизоидно-параноидная позиция характерна для психики младенца в основном в первые шесть месяцев жизни. В последующие шесть месяцев психическая жизнь младенца определяется содержанием депрессивной позиции. Однако при этом элементы шизоидно-параноидной позиции не исчезают, а продолжают присутствовать в психике, вытесняясь на более бессознательный уровень, и в любое время способны снова овладеть психическим состоянием. Точно также содержания депрессивной позиции не исчезают после минования первого года жизни. Они, как и содержания шизоидно-параноидной позиции, потенциально обладают способностью овладеть психикой не только в детском или подростковом, но и во взрослом периоде жизни. В различных жизненных периодах возможны сдвиги психического состояния на уровни шизоидно-параноидной или депрессивной позиции. Сдвиг на уровень депрессивной позиции всегда более благоприятен, так как в ней психика не фрагментарная, а более интегральная, чем при шизоидно-параноидной позиции. Психические нарушения в таком варианте носят, как правило, обратимый, преобладающе аффективный характер. В противоположность этому сдвиг на уровень шизоидно-параноидной позиции сопровождается изменениями психики шизофренического характера.

Пограничный спектр как в зоне психического здоровья, так и в зоне психических нарушений, имеет большое распространение в популяции. Об это свидетельствует распространенность пограничного личностного расстройства (одной из позиций пограничного спектра), которая, по данным Kreisman, Straus [5], составляет 2-4 % в популяции.

Количество лиц с пограничной личностной организацией (другой позицией пограничного спектра), очевидно, еще больше, хотя подобная статистика отсутствует в связи с тем, что пограничная личностная организация не входит в нозологии, приводимые в классификаторах [2, 3].

Некоторые элементы позиций пограничного спектра совпадают с элементами шизофренического спектра, что наблюдается в зоне психических нарушений. В то же

время психические состояния пограничного спектра в зоне психического здоровья значительно отличаются от шизофренических состояний в этой же зоне. Психическое состояние пограничного спектра в рамках психического здоровья представляет собой личность с эмоционально-лабильными характерологическими чертами. Психическое состояние шизофренического спектра в зоне психического здоровья относится к личности с выраженными интровертивными чертами. Начальное исходное отличие позиций пограничного и шизофренического спектров свидетельствует о том, что эти спектры, несмотря на их родственность, имеют отличия в психических структурах. Такое разделение фокусирует внимание на необходимости дальнейшего изучения и анализа позиций пограничного и шизофренического спектров.

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

Симптомы пограничной личностной организации выделяются и анализируются в литературе более детально, чем симптомы пограничного личностного расстройства. В последнем случае акцент делается на необходимости установления не менее пяти симптомов, которые входят в реестр современного классификатора [2]. Термин пограничная личностная организация не входит в официальные классификаторы, хотя широко используется в теоретических и клинических исследованиях.

В психодинамических подходах к диагностике и анализу пограничной личностной организации выделяется, прежде всего, плохая переносимость тревоги, отсутствие баланса между первичным и вторичным процессами. Акцентируется особое значение таких психологических защит, как расщепление (диссоциации), комплекс всевластия, перенос и проективная идентификация.

При пограничной личностной организации обнаруживается хроническое состояние «свободно плавающей», не достигающей не только психотического, но и невротического уровня тревоги. На этом исходном фоне лица со «свободно плавающей тревогой» очень чувствительны к «дополнительной» тревоге, возникающей под влиянием внешних и внутренних триггеров, связанных обычно с внешними и внутренними ситуационными изменениями.

Лица с пограничной личностной организацией демонстрируют предрасположенность к легкому изменению баланса между первичным и вторичным процессом в сторону преобладания первичного процесса, который начинает доминировать над вторичным процессом.

Характерно отсутствие интеграции между положительными и отрицательными объектами. Имеет место однозначное выделение «абсолютно хорошего» или же «абсолютно плохого» объекта без каких-либо компромиссных переходов между ними. Объект некритично идеализируется или же уничижается. Ранее идеализируемый объект полностью обесценивается, легко сменяется объектом с абсолютно отрицательными качествами.

Лица с пограничной личностной организацией проявляют большую склонность к переносу. Особенность переноса заключается в том, что на другой объект (в том числе на психотерапевта) переносятся все плохие качества. В этом процессе пациент/пациентка с пограничной личностной организацией также идентифицирует себя с объектом, на который происходит перенос. Это сопровождается ожиданием мести, как реакции

на отрицательный перенос, что в результате приводит к образованию порочного круга, взаимно усиливающих друг друга отрицательных эмоций.

У лиц с пограничной личностной организацией наблюдается тенденция к регрессивному сдвигу психики в сторону особенностей, свойственных ранним психическим состояниям. Подобный «сдвиг» может сопровождаться реинтеграцией (повторным слиянием) эго с ранними объектами, например, с материнским началом. В этих случаях особенно отчетливо выступает доминирование первичного процесса над вторичным, что находит выражение в особенностях поведения, речи, в усилении фантазий, нарушении контакта с психотерапевтом.

В рамках диссоциации между «абсолютно хорошими» и «абсолютно плохими» объектами клиенты защищают собственную положительную оценку, противопоставляя ее отрицательной оценке других. Проекция клиентами собственных отрицательных качеств на других людей носит защитный характер, освобождая клиентов от труднопереносимого состояния напряжения и тревоги.

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

Декомпенсации психотического уровня могут возникать как у лиц с пограничным личностным расстройством, так и у лиц с пограничной личностной организацией. Развитие этих декомпенсаций происходит под влиянием стрессовых факторов, обычно связанных с нахождением в другом городе, стране, в связи с длительной поездкой, нахождением в аэропорту, на вокзале, в новой непривычной обстановке. Кратковременные психические нарушения по своей клинической картине могут быть схожими с выделяемым в DSM-5 [2] кратковременным психическим расстройством.

Однако, в отличие от предъявляемых по отношению к последнему критериям длительности (от одного дня до одного месяца), они чаще длятся короче — в течение нескольких часов. В структуре этих психических расстройств могут возникать галлюцинации, бредовые идеи, изменения мышления, речи и поведения, вплоть до развития кататонических симптомов.

Нами описана форма декомпенсации, не входящая в DSM-5 [2], определяемая термином «синдром отказа» [1]. Наблюдаемое расстройство развивалось очень быстро, почти внезапно и характеризовалось резким изменением поведения с выраженным желанием уйти в любое место, где можно присесть или прилечь. Пациентки в таком состоянии становились малоподвижными, гипомимичными. Их глаза были открытыми. Они не отвечали на вопросы или отвечали лаконично, крайне коротко: «да», «нет». Попытки как-то их активизировать приводили обычно к кратковременным, злобным реакциям, которые сопровождались грубыми высказываниями, часто с использованием нецензурной лексики. Пациентки в этом состоянии были ориентированы в собственной личности, месте и времени. Состояние заканчивалось внезапно. Пациентки вставали, приводили себя в порядок перед зеркалом. Характерной особенностью являлось активное нежелание каким-то образом объяснить свое состояние и вообще говорить о нем. В условиях доверительного контакта удавалось выяснить, что состояние воспринималось как резко отличающееся от всех других психических состояний, и переживалось как что-то, что

нельзя описать словами. Пациентки стыдились этих эпизодов, считали, что они их дискредитируют в глазах окружающих, которые могут видеть в них признак психического заболевания. Психическое нарушение при синдроме отказа, очевидно, можно рассматривать как особую форму кратковременного кататонического субступора. Его динамика, как и другие психотические декомпенсации, приближается к нарушениям шизофренического спектра.

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

Шизофренический спектр включает выраженную интроверсию, аутизм, шизоидное личностное расстройство, параноидное личностное расстройство, шизотипическое личностное расстройство, шизоаффективное нарушение, кратковременное психическое расстройство, шизофрению. Состоянию (позиции) психического здоровья в рамках шизофренического спектра соответствуют выраженные формы интроверсии. Выраженной интроверсии родственна такая психологическая позиция как шизотипическое расстройство. Анализируемая выраженная интровертированность сохраняется в других позициях психических нарушений шизофренического спектра, даже в завершающей позиции — шизофрении, как нозологической формы психической патологии.

Как известно, шизофрения протекает по-разному у экстравертов и у интровертов. Шизофрения у интровертов возникает на гомономной (родственной) почве и оставляет после исчезновения продуктивных симптомов при недостаточной ремиссии усиление элементов исходного интровертированного спектра. Симптомы эмоционально-волевого снижения усиливают затруднения в социальной адаптации. Относительно приспособленный к привычной профессиональной и семейной жизни интроверт оказывается дезадаптированным, на что обращают внимание все, знавшие его прежде люди. В противоположность этому, шизофрения у экстравертов развивается на гетерономной (чуждой) ей почве, и при исчезновении продуктивных симптомов обычно не приводит, как в случае интроверсии, к столь выраженным личностным нарушениям. Экстраверт после перенесенного шизофренического психоза становится менее экстравертированным, но его/ее экстравертированного потенциала оказывается достаточно для адекватного адаптивного функционирования в личной и социальной жизни. Естественно, что каждый отдельный случай заболевания шизофренией может не укладываться в предлагаемую схему. Тем не менее, здесь находит отражение общая тенденция психодинамики патологических состояний у интро- и экстравертированных лиц. Улавливание этой тенденции можно проследить в исследованиях психики лиц пикнической и астенической конституций по *Kretschmer*'у [6]. Лицам пикнической конституции более свойственны экстравертированные черты, в то время как лицам с астенической конституцией присущи шизоидные особенности характера.

В заключение следует подчеркнуть, что выделение различных спектров психических состояний и психических нарушений позволяет по-новому рассматривать особенности индивидуального психического здоровья и психической патологии. Создаются перспективы расширения границ психического здоровья и психических нарушений, выходящих за пределы узкой нозологической диагностики. Особое значение в этом контексте приобретает зона состояний и нарушений, находящаяся между психическим

здоровьем и психической патологией. Клиенты, входящие в эту зону, нуждаются в квалифицированной оценке и психологической, а в ряде случаев психиатрической (психотерапевтической и фармакологической) помощи.

Список литературы

1. Короленко Ц. П. Личностные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — СПб. : Изд-во Питер, 2009. — 400 с.
2. American Psychiatric Association «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». Fifth Edition American Psychiatric Publishing. — Arlington, VA, 2013. — 947 p.
3. International Classification of Diseases (ICD-10-CM). — Tenth Revision // Instruction manual, WHO. — Printed in Malta, 2011. — 195 p.
4. Klein M. Die Psychoanalyse des Kindes / M. Klein. — Vienna : Internaler Psa. Verlag, 1932. — 323 p.
5. Kreisman J. Sometimes I Act Crazy : Living with Borderline Personality Disorder / J. Kreisman, H. Straus. — New York : John Wiley & Sons, 2004. — 256 p.
6. Kretschmer E. Körperbau und Charakter / E. Kretschmer. — Auflage : 20. — Berlin: Springer, 1957. — 349 s.

RANGES OF MENTAL STATES AND MENTAL DISTURBANCES IN POST-MODERN CULTURE. CLINICAL AND PSYCHODYNAMIC ANALYSIS

[*C. P. Korolenko, T. A. Shpiks*](#)

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

Two spectra of mental states and mental disturbances are described within the concept of psychodynamic psychiatry developed by authors: borderline and schizophrenic. Mental states in a zone of mental health and mental disturbances in a zone of mental pathology are analyzed. The attention is focused on psychodynamic mechanisms which are the cornerstone of the considered positions that includes the main symptoms, psychological protection, features of the interpersonal relations.

Keywords: borderline spectrum, schizophrenic spectrum, splitting, projection, projective identification.

About authors:

Korolenko Caesar Petrovich — doctor of medical science, honored worker of science of the Russian Federation, active member of the New York academy of Sciences, member of WHO on section of transcultural psychiatry, member of editorial office of magazine «Anthropology and medicine» (London), professor of psychiatry, addictology and psychotherapy chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», contact phone: 8 (383) 220-76-08, e-mail: t.a.korolenko@physiol.ru

Shpiks Tatyana Aleksandrovna — candidate of medical science, assistant professor of pedagogics and psychology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», contact phone: 8 (383) 226-98-31, e-mail: tshpiks@yandex.ru

List of the Literature:

1. Korolenko C. P. Personal disorders / C. P. Korolenko, N. V. Dmitriyeva. — SPb. : Publishing house Piter, 2009. — 400 p.
2. American Psychiatric Association «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». Fifth Edition American Psychiatric Publishing. — Arlington, VA, 2013. — 947 p.
3. International Classification of Diseases (ICD-10-CM). — Tenth Revision // Instruction manual, WHO. — Printed in Malta, 2011. — 195 p.
4. Klein M. Die Psychoanalyse des Kindes / M. Klein. — Vienna : Internaler Psa. Verlag, 1932. — 323 p.
5. Kreisman J. Sometimes I Act Crazy : Living with Borderline Personality Disorder / J. Kreisman, H. Straus. — New York : John Wiley & Sons, 2004. — 256 p.
6. Kretschmer E. Körperbau und Charakter / E. Kretschmer. — Auflage : 20. — Berlin: Springer, 1957. — 349 s.