

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ**

---

Maksymenko K.S. Psychological specificity of non-psychotic personality disorders / K.S. Maksymenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskiy Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufriieva. – Issue 31. – Kamianets-Podilskiy : Aksioma, 2016. – P. 186–201.

---

**К.С. Максименко. Психологическая специфика непсихотических личностных расстройств.** Автором исследовано, что психологическая специфика непсихотических расстройств выражается: в чрезмерно интенсивном, неадекватном, несоответствующем силе стимуляции эмоциональном реагировании, провоцирующем возникновение поведенческих нарушений, сопровождаемых невротическими и психопатическими симптомами; в не достигающих уровня патологии когнитивных нарушениях, однако оказывающих существенное влияние на поведение, адаптивные возможности личности и характер взаимодействия с окружающими; в нарушении системы отношений личности: к себе, к другим людям и миру в целом. Отмечено, что целью психотерапевтического воздействия в клинике непсихотических расстройств является достижение саногенного эффекта путём активации основных механизмов личностной трансформации пациента, которая происходит благодаря специфическим психотерапевтическим воздействиям и интервенциям. Сделан вывод, что механизмы лечебных воздействий психотерапии выступают теми внутренними условиями психотерапевтической ситуации, которые обеспечивают факторизацию всех саногенных воздействий в процессе психотерапии, и служат пояснительными моделями эффективности психотерапевтических воздействий. Установлено, что общий психологический механизм всех соматоморфных расстройств заключается в том, что на фоне аффективных симптомов, вызванных психотравмирующей ситуацией, появляются соматические нарушения, на которых концентрируется внимание больного, поскольку именно они причиняют страдание.

**Ключевые слова:** психологическая специфика непсихотических личностных расстройств, больной, стимуляция, эмоциональное реагирование, поведенческие нарушения, невротические и психопатические симптомы, психотерапевтическая ситуация, соматические нарушения.

**К.С. Максименко. Психологічна специфіка непсихотичних особистісних розладів.** Автором досліджено, що психологічна специфіка непсихотичних розладів виражається: в надмірно інтенсивному, неадекватному, невідповідному силі стимуляції емоційному реагуванні, провокує виникнення поведінкових порушень, супроводжуваних невротичними і психопатичними симптомами; в не досягані рівня патології когнітивних порушеннях, проте роблять істотний вплив на поведінку, адаптивні можливості особистості і характер взаємодії з оточуючими; в порушенні системи відносин особистості: до себе, до інших людей і світу в цілому. Відзначено, що метою психотерапевтичного впливу в клініці непсихотичних розладів є досягнення саногенного ефекту шляхом активації основних механізмів особистісної трансформації пацієнта, яка відбувається завдяки специфічним психотерапевтичним впливам й інтервенціям. Зроблено висновок, що механізми лікувальних впливів психотерапії виступають тими внутрішніми умовами психотерапевтичної ситуації, які забезпечують факторизацію всіх саногенних впливів у процесі психотерапії, і служать пояснювальними моделями ефективності психотерапевтичних впливів. Встановлено, що загальний психологічний механізм усіх соматоморфних розладів полягає в тому, що на тлі афективних симптомів, викликаних психотравмуючою ситуацією, з'являються соматичні порушення, на яких концентрується увага хворого, оскільки саме вони заподіюють страждання.

**Ключові слова:** психологічна специфіка непсихотичних особистісних розладів, хворий, стимуляція, емоційне реагування, поведінкові порушення, невротичні та психопатичні симптоми, психотерапевтична ситуація, соматичні порушення.

**Постановка проблеми.** По мнению В.Н. Мясищева, именно субъективное отношение личности к психотравмирующей ситуации, а также особенности функционирования механизмов психологической защиты определяют тип и характер психогенного расстройства. Несмотря на то, что психотравмирующее событие имеет разное значение в генезе и динамике невротических расстройств и расстройств личности, реакция на психотравму в обоих случаях сходная, поскольку включает особое *компенсационные механизмы*. Психотравмирующее событие, взаимодействуя с особенностями личности у больных неврозами, формирует интрапсихический невротический конфликт (психологический, мотивационный конфликт), который при определённом уровне устойчивости им силы приводит к продуцированию болезненных симптомов. Динамика невротических расстройств характеризуется появлением вторичных защитных механизмов, закрепляющих невротическое поведение, таких, например, как рационализация с целью оправдания болезнью своей несостоятельности, уход в болезнь, освобождающий от

ответственности за решение трудных ситуаций и т.п. (Карвасарский, 1990). При расстройствах личности психотравма также «включает» особые защитные функции, правда несколько отличающиеся от «невротических». Само расстройство личности уже предполагает наличие сформировавшихся компенсаций – адаптаций к среде. Психологическая травма при психопатии провоцирует возникновение декомпенсаций – нарушений личности, возникающих при неспособности приспособительных защитных механизмов противостоять психогенным факторам, таким образом, еще больше обостряя патологические черты. Таким образом, и при неврозе, и при психопатии, реакция на психотравму характеризуется неадекватностью личностного реагирования.

**Цель нашей статьи** – исследование психологической специфики непсихотических личностных расстройств.

**Изложение основного материала исследования.** Большинство исследователей разделяет ту точку зрения, что любой невроз является характерологическим, или, как еще более точно сформулировал данное положение Д.Шапиро: «...невротик не просто страдает от невроза (как можно страдать от туберкулёза или холода), но и активно в нём участвует, ведёт себя согласно правилам невроза, тем самым поддерживая характерное восприятие» (Шапиро, 1998, с. 23). При неврозах, по сути, задействован тот же «компенсаторный» механизм, что и при психопатиях, поскольку психотравмирующая ситуация при неврозах оказывает патогенное влияние лишь при наличии *определённых особенностей личности*, придающих значимость и гиперактуализацию неблагоприятному воздействию. Прослеживается зависимость интенсивности и остроты невротического реагирования на психотравму от личностных особенностей индивида, сложившихся в течение жизни и предопределяющих различные степени свободы реагирования на возникшую ситуацию. По мнению Г.К.Ушакова, в клинической картине неврозов, как правило, не только сохраняются, но и гротескно усиливаются свойства характера, типичные для больных в преморбидном периоде (Ушаков, 1987). Иначе говоря, есть все основания говорить об определенных связях психогений с личностью больного.

В.Н. Мясищев, который понимал невроз как болезнь личности, писал: «..предрасполагающим к невротической декомпенсации в характере является то, что обостряет чувствительность, создает противоречия и, прежде всего, конфликты на «личной» почве и что затрудняет продуктивное преодоление их» (Мясищев, 1998, с. 59). Таким образом, характерологическая консти-

туція определяють схильність до виникнення невротических розстройств і їх змержательну сторону. При розстройствх лчності патологическє чертх характера определяють весь облик человета и наблюдаютя на протяженнн всєї жнзнн.

Врожденно-конституциональные особенности в обеих патологиях определяют тип и характер невротических или личностных нарушений. Однако многие авторы подчёркивают значение *социальных условий развития и воспитания* в возникновении и неврозов, и психопатий. Так, в качестве причин расстройств личности, наряду с конституционально-наследственными и врожденными факторами, рассматривают неблагоприятные социально-психологические факторы и недостатки воспитания, такие как плохие условия жизни в детстве, сиротство, родительская холодность либо гиперопека, антисоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей, утрата одного из родителей, распад родительской семьи и другие стрессовые события. О.В. Кербиков определил такой процесс термином «патохарактерологическое развитие», который понимал как форму становления психопатической личности. В МКБ-10 указывается, что «первые проявления расстройства личности обнаруживаются обычно в старшем детском или подростковом возрасте; в дальнейшем они сохраняются у взрослого человека на протяжении всей жизни» (Карманное руководство к МКБ-10, 2000, с. 230). Таким образом, психопатические паттерны поведения формируются на ранних этапах в процессе индивидуального развития как результат совместного влияния конституциональных факторов и социального опыта. По мнению А.И. Захарова, Э.Г. Эйдемиллера и др. в качестве патогенных могут выступать факторы семейного воспитания, конфликтные отношения в семье, эмоциональная холодность родителей, родительская депривация, завышенные или противоречивые требования, категоричность и властность родителей по отношению к ребёнку, недоверие к возможностям и собственному опыту ребёнка, драматичный пережитый опыт межличностных взаимоотношений (в семье, с ровесниками, с «авторитетными» фигурами) и т.п. (Захаров, 1988; Эйдемиллер, 1990). Таким образом, формируется неадекватная самооценка и самоотношение, неадекватные паттерны реагирования в «трудных» ситуациях, неадекватные способы взаимодействия с окружающими людьми. В основе клинических проявлений и невротических расстройств, и расстройств личности лежат схожие психологические феномены, прежде всего это

касається *нарушений эмоциональной сферы*. По мнению большинства авторов в клинической картине неврозов доминируют эмоционально-аффективные нарушения, такие как фобии, патологическая тревога и депрессия. Клиническая картина психопатий характеризуется выраженными признаками расстройств эмоционально-волевой сферы, например, такими как лабильность эмоций, импульсивность, вспышки гнева, неконтролируемость эмоциональных реакций, тревожность и неуверенность. Доминирование эмоциональной неустойчивости и выраженной тревоги являются определяющими для невротических расстройств и для некоторых форм психопатий.

Феномен тревоги, которую понимают как чувство внутреннего напряжения, связанное с ожиданием угрожающих событий, объединил в одну группу паническое расстройство (F41.0), генерализированное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2). Интенсивность эмоционального переживания тут может изменяться от свободно плавающей тревоги до паники. Тревога обязательно сопровождается вегетативными компонентами, такими как усиленное или учащённое сердцебиение, потливость, дрожание и тремор, сухость во рту, затруднённое дыхание, чувство удушья, тошнота или неприятные ощущения в животе. В основе тревожно-фобических расстройств (F40) лежит феномен страха, который в отличие от тревоги имеет конкретную предметную направленность чаще всего проецируется на внешнюю реальность. В МКБ-10 к тревожно-фобическим расстройствам относят агорафобию (F40.0), социальные (F40.1) и изолированные (F40.2) фобии. В целом насчитывается более 300 фобий. Наиболее известными являются социальные фобии, которые заключаются в навязчивом страхе испытывать на себе внимание окружающих или совершить что-то что может вызвать их неодобрение, например, страх покраснеть на людях (эрейтофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх рассмеяться на похоронах или страх выругаться. Особенными разновидностями фобий являются агорафобия (страх пребывания на открытом пространстве: на улице, площади, в толпе) и клаустрофобия (страх закрытых помещений: лифтов, общественного транспорта), характерной особенностью которых является страх остаться без помощи. Изолированные фобии ограничены узкоспецифическими ситуациями, такими как пребывание в непосредственной близости от определённого вида животных, нахождение в темноте, гроза, полёты в самолетах, употребление в пищу некоторых продуктов,

вид крови или ран и т.п. Страх может вызывать не сам объект, а последствия контактирования с ним, например как при мезофобиях (страх загрязнения) и нозофобиях (страх заболеваний). Состояние такого больного характеризуется постоянным ожиданием психотравмирующего фактора, выраженным тревожным напряжением при непосредственном контакте с объектом страха, которое может при определённых условиях достигать уровня панической атаки с ажитацией. Интенсивность страха может достигать уровня паники при непосредственном контакте с объектом боязни. Тревога и страх часто приводят к избегающему поведению или общей дезорганизации поведения.

Подобные особенности эмоционального реагирования наблюдаются и при тревожном (уклоняющемся) расстройстве личности (F60.6). Данное расстройство личности характеризуется ощущением напряжённости и тяжёлыми предчувствиями, постоянной тревогой относительно своей безопасности, социальной полноценности, принятия другими, а также страхом критики, неодобрения или отвержения. Застревание на аффекте происходит вследствие того, что отрицательные переживания не вытесняются и не проявляются вовне. Такое эмоциональное состояние отображается и на поведении, сужающем возможности адекватного реагирования на ситуации, таком как введение определённых ограничений, отражающихся на всём образе жизни, избегание социальной активности, профессиональной деятельности, связанной с такой активностью, установления новых межличностных контактов.

Несколько иного рода нарушения эмоционального реагирования наблюдаются при эмоционально неустойчивом расстройстве личности (F60.3), а именно ярко выраженная склонность действовать импульсивно, неустойчивость настроения, неконтролируемые эмоциональные вспышки, бурные проявления раздражения, гнева, недовольства, склонность вступать в конфликты в эмоционально значимых ситуациях, особенно если окружающие препятствуют импульсивным действиям или выражают порицание. Характерной особенностью данного типа расстройств есть несоответствие уровня реактивной агрессивности силе ситуативного стресса, которое проявляется в потере контроля над своими агрессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества. В обстоятельствах эмоционально незначимых для больного его аффективные реакции могут быть достаточно адекватными. Таким образом, при непсихотических расстрой-

ствах наблюдаются чрезмерно интенсивное, неадекватное, несоответствующее силе стимуляции эмоциональное реагирование, вследствие чего возникают поведенческие нарушения, которые выражаются в невротических и психопатических симптомах.

Расстройства *когнитивной сферы* не являются специфическими ни для невротических расстройств, ни для расстройств личности. E. Bleuler указывает на практическую беспомощность невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта, которую он обозначил как «относительное слабоумие». E. Bleuler подчёркивает разительное противоречие между формально высоким интеллектом и беспомощностью невротиков и психопатов в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений (Менделевич, 2005).

Для большинства невротических расстройств характерны нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания; нарушения мнестических функций, таких как лучшее запоминание невротизирующей реальности («фиксация на препятствии»). В.Д. Менделевич указывает на то, что качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств, и что ассоциативный процесс остаётся в целом, логически выверенным. Невротическое депрессивное состояние может сопровождаться некоторым замедлением мышления. Фиксация на определённых образах, мыслях, воспоминаниях может наблюдаться при тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах. Как известно, познавательные процессы невротиков вообще характеризуется рядом особенностей, к которым можно отнести общую низкую способность к обучению и усвоению нового.

Основанные на искаженном восприятии действительности и отношения к себе и другим, неспецифические нарушения когнитивной сферы являются определяющими для параноидного и шизоидного расстройства личности. Так крайняя подозрительность и недоверчивость, тенденция искаженно воспринимать реальность, извращенное истолкование действий других людей как враждебных, свойственные больным с параноидным расстройством личности (F60.0), касаются «смыслового» уровня мышления, но не доходящие до бреда – это убеждения, которые не влияют на количественные и качественные характеристики мышления. Однако эти когнитивные искажения обуславливают и нарушения взаимоотношений с окружающими: чрезмерную

чувствительность к препятствиям и отказам, неадекватную реальную ситуацию воинствующую, упорную готовность отстаивать свои права, озабоченность мнением других относительно себя и их отношением, склонность соотносить любые факты и явления действительности с собственной персоной, неспособность прощать обиды. Шизоидное расстройство личности (F60.1) характеризуется отсутствием нарушений мышления или восприятия, но погруженностью в свои мысли, склонностью к абстрактному теоретизированию, различного рода фантазированию, поглощенностью интроспекцией, представленной в виде абстрактного анализа и т.п. При этом способность выражать чувства и ощущать удовольствие у шизоидных психопатов в значительной степени ограничена. В силу крайней сосредоточенности интеллектуальной активности, такие люди проявляют эмоциональную холодность и отчужденность, внешне безразличны и к похвале, и к критике, не заинтересованы в установлении доверительных взаимоотношений с другими. В целом они проявляют тенденцию к отгороженности от эмоциональных, социальных и других контактов, отдавая предпочтение индивидуальной деятельности, требующей уединения. Таким образом, когнитивные нарушения при непсихотических расстройствах не достигают уровня патологии, однако оказывают существенное влияние на поведение, адаптивные возможности личности и характер взаимодействия и взаимоотношений с окружающими.

Многие авторы определяющей характеристикой непсихотических расстройств считают нарушение *отношения к самому себе и к другим*, характер и манеру установления взаимоотношений с окружающими, а также способы регулирования межличностных ситуаций. Для большинства невротических расстройств характерно амбивалентное эмоционально-ценностное отношение к себе и заниженная самооценка, вследствие чего происходит нарушение межличностного общения и взаимодействия с окружающими. Подобные нарушения характерны и для некоторых форм психопатий. Например, индивиды с зависимым расстройством личности (F60.7) крайне ориентированы на поддержание отношений с другими, часто во вред собственным потребностям и интересам. При взаимодействии с окружающими они стараются избирать подчинённые роли, выполнять вспомогательные функции, вследствие чего перспектива профессионального роста у них весьма ограничена. Утрата значимых отношений с доминирующим лицом может повлечь за собой депрессивное состояние «зависимого». Противоположные тенден-



ции взаимодействия с окружающими демонстрируют индивиды с диссоциальным расстройством личности (F60.2). Они абсолютно не заинтересованы в других, неспособны поддерживать прочные длительные взаимоотношения, хотя не испытывают затруднений в установлении связей, демонстрируют черствое равнодушное отношение к чувствам других, всячески пренебрегают социальными обязательствами. Неспособность соответствовать принятым социальным нормам, склонность к агрессивным, антисоциальным действиям, а также отсутствие страха наказания значительно осложняют их социальное взаимодействие. Они обладают достаточно высоким интеллектом, развитой логикой, умеют правильно оценить обстановку, могут иметь «благоприятную» социальную маску, однако низкая толерантность к фрустрации, низкий порог высвобождения агрессивных импульсов, тенденция обвинять окружающих, неспособность испытывать чувство вины и извлекать урок из негативного опыта приводят к конфликту с обществом. Таким образом, отличительной чертой большинства непсихотических расстройств является нарушение системы отношений личности: к себе, к другим людям и миру в целом.

Теория отношений В.Н.Мясищева объясняет, кстати, довольно вразумительно психологические механизмы возникновения, формирования и развития *внутриличностного конфликта*, переживание которого становится источником невроза: истерического, обсессивно-психастенического или неврастенического. Базовые параметры личности, моральные и социально-психологические характеристики, сложившиеся в процессе развития личности как составляющие ее системы отношений, являются определяющими в проявлениях эмоционального и поведенческого реагирования, прежде всего, на психотравмирующие события.

*Истерический конфликт* (между «хочу» и «имею») выражается в чрезмерно завышенных ожиданиях и претензиях личности на фоне недооценки или полного игнорирования объективных условий реальности и требований окружающих. При этом требовательность к себе или критика своего поведения напрочь отсутствует. Невротическим выражением истерического конфликта являются диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), которые характеризуются разнообразными функциональными психическими нарушениями, имитирующими органическую патологию: моторными, сенсорными и вегетовисцеральными. Поскольку возникающие симптомы не имеют органической основы, достаточно чётко прослеживается их психотравмирующая обусловленность по типу «бегства в бо-

лезнь» с привлечением, таким образом, внимания окружающих. Происходит конверсия душевного конфликта в соматическую симптоматику. Вытесненный конфликт проявляется в символическом характере симптомов, например, паралич как требование заботы от окружающих и снятие с себя ответственности. Такая симптоматика «условно приятна», выгодна больному, поскольку помогает разрешить проблемы, избавиться от нежелательных взаимоотношений либо заполучить желаемое. В.Н.Менделевич отмечает, что преморбидными особенностями больных этой нозологической группы являются: завышенная самооценка, эгоистичность и эгоцентричность, желание быть в центре внимания, высокая активность в сочетании с низкой степенью решительности и целеустремленности, подверженность суггестии, выраженные сенситивность и тревожность в сочетании с импульсивностью и лабильностью, претензии на лидерство в сочетании со средним уровнем уступчивости и ответственности (Менделевич, 2005). Эти же особенности характерны и для демонстративного расстройства личности (F60.4), определяющими из них являются эгоцентризм и стремление казаться более значительной личностью в собственных глазах и глазах окружающих, постоянное желание быть оцененным. «Демонстративная» симптоматика позволяет разрешить конфликт между «хочу» и «имею», что выражается в стремлении привлекать к себе внимание любыми средствами, претенциозности, желании вызывать восхищение, склонности к самодраматизации, театральности, преувеличенно интенсивному выражению чувств, эксцентричности, капризности, обидчивости, склонности манипулировать другими, в потакании своим желаниям и слабостям, и при этом невнимании к другим людям.

*Обсессивно-психастенический конфликт* (между «хочу» и «необходимо») обусловлен противоречивостью амбивалентных внутренних тенденций или потребностей, борьбе между желанием и долгом. Неспособность произвести выбор в пользу одной из тенденций сохраняет психическое напряжение, проявляющееся в состоянии нерешительности, раздвоенности, сомнениях, страхах и колебаниях. При обсессивно-компульсивных расстройствах (F42) внутренний конфликт фиктивно-символически разрешается в форме навязчивых мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, движений и ритуальных действий. Эти симптомы характеризуются осознанием их бесполезности и критическим отношением к ним, но невозможностью избавиться от них волевым усилием. Ограничения, созданные больным,

«защитное» ритуальное поведение, требующее большого расхода времени, в общем, снижают уровень социального приспособления. Таким образом, создаются «условия» не позволяющие делать выбор. В.Н. Менделевич в качестве преморбидных особенностей больных навязчивостями выделяет низкую степень активности, уверенности в себе, решительности, целеустремленности, сочетающиеся с выраженной тревогожностью и мнительностью (там же). Психастенические черты ярко выражены у больных ананкастным расстройством личности (F60.5). Характерными особенностями таких личностей являются: постоянно переживаемое чувство неуверенности, чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, стремление к совершенству в любой деятельности (перфекционизм), чрезмерная добросовестность и скрупулёзность, потребность в проведении многократных проверок, озабоченность деталями, осторожность, упрямство и ригидность. Типичны склонность к анализу и самоконтролю, мнительность, превалирование рассудочной деятельности, требовательность к другим, чрезмерная приверженность социальным условностям. Все это направлено на предупреждение возможных неприятностей, однако значительно снижает гибкость приспособления к окружающему миру.

*Неврастенический конфликт* (между «хочу» и «могу») выражается в противоречии между возможностями человека и его стремлениями, завышенными требованиями к себе, в стремлении достичь цели, успеха без учёта реальных сил и возможностей, что, в конце концов, приводит к истощению нервной системы и хроническому переутомлению – неврастении (F48.0). Типичными характеристиками гиперстенического варианта неврастении являются эмоциональные нарушения, такие как повышенная раздражительность, несдержанность эмоций, нетерпеливость, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям; снижение когнитивной продуктивности, проявляющееся нарушением внимания и снижением умственной продуктивности после незначительных умственных усилий; беспорядочная активность. При гипостенической форме доминирует астенический синдром: повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания, вялость, сонливость днем и бессонница ночью; возникают отвлекающие ассоциации и воспоминания, снижается интерес к окружающему. Таким образом, происходит разрешение данного конфликта – описанные симптомы служат объективным оправданием собственной неспособности достичь намеченных целей. Кроме того, обязательным атрибутом и дополнительным «оправ-

данием» являются вегетосоматические нарушения: головные или мышечные боли, неопределенные или неприятные кожные, проприоцептивные и висцеральные ощущения, лабильность пульса, расстройство сексуальных функций, аппетита, нарушения сна. Компенсаторный характер невротической симптоматики подтверждается тем, что данные проявления не исчезают после периода «отдыха»: успокоения, расслабления или отвлечения. В.Н. Менделевич, описывая преморбидные характеристики неврастеников, указывает на соединение противоположных тенденций, служащих основой невротической симптоматике. Так, повышенная ответственность и добросовестность объединены с высокой чувствительностью к критике, высокие трудоспособность и активность соединены с достаточно выраженной тревожностью, низкая уступчивость сочетается со средним уровнем решительности, адаптивности и фрустрационной толерантности (Менделевич, 2005). В отечественной психиатрии выделяли соответствующую неврастении, похожую по симптоматике и личностным характеристикам форму – астеническую психопатию, однако в МКБ-10 такая нозологическая форма расстройства личности отсутствует.

Следует отметить, что углубление невротической психопатологической симптоматики может переходить на качественно иной, более выраженный уровень – тогда говорят о формировании невротического развития личности. Однако, если при неврозах, ведущее место занимают вегетативные, сенсомоторные и аффективные расстройства, то при невротическом развитии личности они утрачивают свою выраженность и появляются психопатические черты. Возникающая чрезмерная аффективность нарушает адаптацию, приводит к межличностным конфликтам, лишает личность ранее выработанных форм поведения.

Таким образом, прослеживается чёткая связь между содержанием внутриличностного конфликта, особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы. Причём эти патологические способы реагирования всегда имеют компенсаторный характер.

Реакция на психотравмирующее событие может выражаться в *доминировании вегетативных и соматических симптомов*, при отходе на второй план собственно психопатологических. Причём, такие соматические жалобы возникают на фоне отсутствия морфологического изменения соответствующих тканей (в отличие от психосоматических расстройств), а если и обнаруживаются какие-либо соматические нарушения, то они не объясняют характера и степени выраженности симптоматики или тяжести

состояния больного и проявляемой им озабоченности. В МКБ-10 данная разновидность нарушений представлена в рубрике «соматоформные расстройства» (F45). Основной отличительной чертой этих расстройств является «маскировка» психической и психологической проблематики соматическими нарушениями. Индивид реагирует на дистресс предъявлением соматических жалоб и поиском медицинской помощи или её альтернативных вариантов, например обращение к знахарям и целителям.

Нозологические формы соматоформных расстройств различаются по характеру и содержанию соматических жалоб. Так для соматизированного (F45.0) и недифференцированного соматоформного (F45.1) расстройства типичны множественные жалобы с постоянно меняющимся мнением больного относительно локализации источника симптомов и причины страданий, которые наблюдаются в течение нескольких лет, но не могут быть объяснены никакими поддающимися выявлению соматическими расстройствами. Флуктулирующие соматические симптомы (не менее шести) при этих формах расстройств относятся как минимум к двум разным системам: желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, урогенитальные, кожные и болевые симптомы. Соматоморфная вегетативная дисфункция (F45.3) характеризуется предъявлением жалоб к функционированию систем или органов, регулируемых вегетативной нервной системой, таких как сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, дыхательная система, мочеполовая система. Жалобы основываются на объективных признаках вегетативного возбуждения, таких как потливость, тремор, сердцебиение и т.п., или искаженной чувствительности (кратковременные боли, ощущения жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения), приписываемой конкретному органу или системе, и сопровождаются выраженными тревогой и страхом. Любые другие жалобы относительно расстройства ощущений, тесно связанные по времени с вызывающими стресс событиями, не опосредованные вегетативной нервной системой и ограничивающиеся отдельными системами организма или частями тела, например, кожей классифицируется как «другие соматоформные расстройства» (F45.8). Жалобы на постоянно находящуюся в центре внимания жестокою мучительную боль, которую нельзя объяснить каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством – отличительный признак хронического соматоформного болевого расстройства (F45.4). Возникновение боли, как правило, связано с эмоциональными конфликтами или

психосоціальними проблемами, а також з отриманням підтримки і уваги з боку оточуючих. Основним відмінним ознакою іпохондричного розладу (F45.2) є надмірна стійка збентеженість з приводу наявності серйозного соматичного захворювання (одного або більше), супроводжується вираженими тривогою або депресією, причому увага зазвичай зосереджується на одному-двох органах або системах організму. Упевненість «іпохондрика» набуває характер надлюдських ідей (небредова іпохондрия), зміст і сила яких з часом можуть змінюватися.

Соматоморфні розлади, за думкою Z. Lipovski (1983), включають розлади трьох рівнів: сенсорного (ощущень), когнітивного (осмислення того, що сприймається) і поведінкового (обумовленого особою). Соматоморфні симптоми перешкоджають нормальному функціонуванню в повсякденному житті. У багатьох хворих часто відзначаються порушення поведінки в сфері соціальної, міжособистісної і сімейної функціонування.

**Висновки.** Загальний психологічний механізм всіх соматоморфних розладів полягає в тому, на фоні афективних симптомів, викликаних психотравмуючою ситуацією, виникають соматичні порушення, на яких зосереджується увага хворого, оскільки саме вони викликають страждання. Ці соматичні порушення посилюють тривогу і страх стосовно стану свого здоров'я, що ще більше зосереджує увагу на фізичних відчуттях. Підозри або впевненість в серйозності соматичного захворювання може викликати депресивне або субдепресивне стан. Для більшості соматоморфних розладів типовими є постійні повторювані звернення за медичною допомогою, вимоги провести діагностичні дослідження, незважаючи на багаторазове отримання негативних результатів і заверення лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики. Багаторазова діагностика все більше переконує хворого в наявності у нього важкого захворювання, яке складно виявити і лікувати, що є додатковим ятрогеним підкріпленням. Таке «демонстративне» поведінка спрямоване на привертання уваги і пошук підтримки з боку оточуючих або медичних служб. Метою психотерапевтичного впливу в клініці непсихотичних розладів є досягнення саногенного ефекту шляхом активації основних механізмів особистісної трансформації пацієнта, яка про-

исходит благодаря специфическим психотерапевтическим воздействиям и интервенциям. Механизмы лечебных воздействий психотерапии выступают теми внутренними условиями психотерапевтической ситуации, которые обеспечивают факторизацию всех саногенных воздействий в процессе психотерапии, и служат пояснительными моделями эффективности психотерапевтических воздействий.

#### **Список использованных источников**

1. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л. : Медицина, 1988. – 248 с.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 303 с.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер; Под ред. Дж.Э.Купера / [Пер. с англ. Д. Полтавца]. – К. : Сфера, 2000. – 464 с.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М. : МЕД-пресс-информ, 2005. – 432 с.
5. Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / В.Н. Мясищев. – М. : Воронеж, 1998. – 362 с.
6. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – [2-е изд., перераб. и доп.] – М. : Медицина, 1987. – 304 с.
7. Шапиро Д. Невротические стили / Д.Шапиро. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 198 с.
8. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – Л. : Медицина, 1990. – 192 с.
9. Lipowski Z.J. Psychological reaction to physical illness / Z.J. Lipowski // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – P.1069–1072.

#### **Spisok ispol'zovannyh istochnikov**

1. Zaharov A.I. Nevrozy u detej i podrostkov / A.I. Zaharov. – L. : Medicina, 1988. – 248 s.
2. Karvasarskij B.D. Psihoterapija / B.D. Karvasarskij. – M. : Medicina, 1990. – 303 s.
3. Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv (s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami) / Sost. Dzh.Je.Kuper; Pod red. Dzh. Je.Kupera / [Per. s angl. D. Poltavca]. – K. : Sfera, 2000. – 464 s.

4. Mendelevich V.D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Uchebnoe posobie / V. D. Mendelevich. – [5-e izd.] – M. : MEDpress-inform, 2005. – 432 s.
5. Mjasishhev V.N. Psihologija odnoshenij. Izbrannye psihologicheskie trudy / V.N. Mjasishhev. – M. : Voronezh, 1998. – 362 s.
6. Ushakov G.K. Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva / G.K. Ushakov. – [2-e izd., pererab. i dop.] – M. : Medicina, 1987. – 304 s.
7. Shapiro D. Nevroticheskie stili /D.Shapiro. – M. : Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 1998. – 198 s.
8. Jejdemiller Je.G. Semejnaja psihoterapija / Je.G. Jejdemiller, V.V. Justickij. – L. : Medicina, 1990. – 192 s.
9. Lipowski Z.J. Psychological reaction to physical illness / Z.J. Lipowski // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – P.1069–1072.

**K.S. Maksymenko. Psychological specificity of non-psychotic personality disorders.** The author studied that the psychological specificity of non-psychotic disorders is expressed in: over-intensive, inadequate, inappropriate emotional reaction to the strength of stimulation, provoking behavioral disorders, accompanied with neurotic and psychopathic symptoms; cognitive disorders which do not reach the level of pathology, but have a significant impact on the behavior, adaptive capabilities of the personality and the nature of the interaction with others; violation in the system of personality relations: to oneself, to other people and to the world in a whole. It is established that the purpose of psychotherapy influence in the clinic of non-psychotic disorders is to achieve sanogenic effect through the activation of the basic mechanisms of personal transformation of the patient, which is due to a specific psychotherapeutic interventions and influences. It is concluded that the mechanisms of therapeutic effects of psychotherapy are the internal conditions of psychotherapeutic situation, which provide the factorization of all sanogenic influences in the process of psychotherapy, and serve as explanatory models of the effectiveness of psychotherapeutic effects. It is found that the overall psychological mechanism of somatogenic disorders consists in the fact that in the context of affective symptoms caused by the psychotraumatic situation, there are somatic disorders, which are focused by the patient, because they cause suffering.

**Key words:** psychological specificity of non-psychotic personality disorders, patient, stimulation, emotional response, behavioral disorders, neurotic and psychopathic symptoms, psychotherapeutic situation, somatic disorders.

*Received December 09, 2015*

*Revised December 19, 2015*

*Accepted January 04, 2016*