

Ключевые моменты

- Личность – это характерные для индивидуума паттерны мышления, чувств, поведения, мотивации, защиты, межличностного функционирования и восприятия себя и окружающих.
- За десятилетия клинических наблюдений выработалась классификация знакомых личностных синдромов.
- У личностных синдромов широкий диапазон проявления: от здорового состояния до сильных нарушений. Нет отсутствующих звеньев между нормальной и патологической личностью.
- Для понимания личностных синдромов необходимо понимать порождающие их личностные процессы: конфликты, защиты и мотивацию.
- Для каждого личностного синдрома представлен диагностический прототип, который описывает синдром в «идеальной» или чистой форме.
- Практическая диагностическая методика основывается на распознавании паттерна, и таким образом клинические психологи находят соответствия между пациентами и диагностическими прототипами.
- Схематические описания личностей позволяют в общих чертах формулировать особенности клинических случаев. Эти схемы позволяют объяснить и контекстуализировать симптомы и заболевания.

Введение

Личность – это не то, какие болезни у вас *есть*, а то кто вы *такой*. Личность – это ваши паттерны мышления, чувств, поведения, мотивации, защит, межличностного функционирования, а также восприятия себя и окружающих. У каждого человека есть личность и стиль личности.

Хотя личностей существует столько же, сколько и людей, в клинической психологии сформировалась классификация стилей или типов личности. Большинству людей, как здоровых, так и больных, можно найти соответствия в этой классификации. Проводившиеся в последние два десятилетия эмпирические исследования подтвердили существование основных типов личности и их главных черт. [1-5]

Большинство теоретиков и клиницистов не считают, что в типах личности исходно присутствуют нарушения. В клинической литературе обычно говорится о типах, стилях или синдромах личности – но не о «расстройствах». В каждом типе личности существуют вариации функционирования от здорового до нарушенного. Терапевты используют термин «расстройство» исключительно для лингвистического удобства: этот термин означает крайнюю степень ригидности, которая приводит к значительным нарушениям функционирования, ограничениям или страданиям. Например, у человека может быть нарциссический *стиль* личности без нарциссического *расстройства* личности.

Одна и та же личностная динамика порождает как сильные стороны характера, так и его слабости. Человек со здоровым

нарциссическим стилем личности обладает достаточной уверенностью в себе, чтобы мечтать о больших достижениях и стремиться к ним; такие люди могут быть новаторами со свежим взглядом на жизнь и открывателями новых путей. Человек со здоровым обсессивно-компульсивным стилем личности достигает прекрасных результатов в тех областях, где требуется точное аналитическое мышление; такие люди могут стать замечательными инженерами, учеными и исследователями. Человек со здоровым параноидальным стилем личности смотрит вглубь вещей и видит то, что другой не заметит; такие люди могут стать журналистами, ведущими расследования, или же могут великолепно проводить медицинскую диагностику. Наши лучшие и худшие качества часто растут из одних и тех же психологических корней.

Многие психодинамически ориентированные терапевты придерживаются классификации, предложенной Отто Кернбергом [6-7]: в этой системе концепция типа личности сочетается со «степенью расстройства», отражающей уровень состояния личности (здоровый, невротический, пограничный и психотический) [8-9]. Например, мы можем сказать, что пациент с нарциссической организацией личности находится на невротическом уровне или на пограничном уровне. Я придерживаюсь именно такого подхода.

Понимание, что стиль личности может включать в себя весь спектр функционирования (от здорового до патологического), было подорвано «Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам» (DSM) [10], начиная с DSM-III [11]. Чтобы уместить обсуждаемые в клинической литературе стили личности в классификацию заболеваний, составители DSM описывали эти стили в патологической, а иногда даже в карикатурной форме [3-4]. DSM также не рассматривает личностные процессы, лежащие в основе стиля личности, а именно внутренние конфликты, защиты и мотивы.

вацию. Вместо этого «Руководство» фокусируется на внешнем поведении и заметных симптомах. Таким образом, DSM позаимствовало терминологию и концепции из клинической и, главным образом, психоаналитической литературы (обсессивно-компульсивный стиль, нарциссический, параноидальный и т. д.), но оторвало их от основного пласта клинических знаний.

Клинические терапевты, работающие с расстройствами личности, знают о синдромах личности гораздо больше, чем изложено в DSM8, 9, 12 и 13; и часто эти глубокие познания расходятся с содержанием DSM. В этой работе я расскажу о синдромах личности в том виде, как их понимают опытные клинические терапевты; это понимание подтверждено эмпирическими исследованиями. Здесь затрагиваются не только явные симптомы и способы поведения, но и личностные процессы, которые лежат в их основе. Эти описания помогут составить план лечения для многих пациентов.

Диагноз и распознавание паттерна

Каждый синдром личности, о котором пойдет речь в этой работе, будет представлен небольшим описанием (диагностическим прототипом), показывающим синдром личности в идеальной или «чистой» форме [4, 14-15]. Эти диагностические прототипы основываются на наблюдениях. Они получены эмпирически на основе примеров $N = 1,201$ пациентов, описанных клиническими психологами с использованием процедуры оценки Шидлера-Вестена (SWAP). В прототипах отражены эмпирически наблюдаемые характеристики реальных пациентов, а не только теоретические предположения.

Естественно возникшая диагностическая классификация была проверена статистическими кластерными методами, которые по большей части подтвердили личностные синдромы, описанные в клинической литературе. Формулировки (описания) SWAP, наилучшим образом показывающие каждый синдром личности, также были проверены эмпирически, а затем записаны в качестве диагностических прототипов [4]. (Инструментом SWAP можно воспользоваться по адресу <https://swapassessment.org>.)

Плюс диагностических прототипов в том, что у них есть эмпирическое обоснование, а также исходное богатство и сложность накопленного клинического опыта. Чтобы диагностировать личность, клинический терапевт оценивает по шкале от 0 (нет совпадений) до 5 (много совпадений) насколько пациент

похож на диагностический прототип. Высокие числа указывают на сильное сходство с прототипом и на более тяжелый случай. Диагностические прототипы записаны в таблицах 1.1-1.10, и к каждому прототипу прилагается шкала.

Если необходимо сопоставить SWAP с DSM-5 или Международной классификацией заболеваний (ICD-10), то цифры 4 и 5 указывают личностные расстройства, а 3 указывает на отдельные черты расстройств. Таким образом, если у пациента 5 баллов по шкале нарциссической личности и 3 балла по шкале обсессивно-компульсивной личности, то в формате DSM диагноз будет следующим: нарциссической расстройство личности с обсессивно-компульсивными чертами.

Предпосылкой для данного подхода является то, что конфигурация или паттерн взаимосвязанных психологических характеристик определяет личностный синдром, а не присутствие или отсутствие отдельных характеристик. *Распознавание личностного синдрома – это распознавание паттерна*; точно так же, распознавая лицо, мы распознаем паттерн, а не перечисляем отдельные черты лица [4, 14, 15].

Сравнение с прототипом позволяет поставить достоверный диагноз, а также работает с когнитивными процессами клинических терапевтов – с процессами принятия решений, которые опираются на распознавание паттернов. Это систематизация того, чем опытные терапевты занимаются на практике. При реальной работе психологи и психиатры предпочитают именно этот метод диагностики личности, а не систему DSM или многоуровневые модели отдельных черт личности [16].

Развитие лечебной фокусировки

В последние годы многих клинических терапевтов учат фокусироваться на заболеваниях оси DSM I (таких как депрессия или общая тревожность) и рассматривать их в отрыве от личности, то есть как изолированные состояния. Лечение, направленное на конкретные заболевания из этой классификации, неявно подразумевает, что все пациенты с одинаковым (по классификации DSM) диагнозом находятся в «одинаковом» состоянии и будут одинаково реагировать на вмешательства. Методом проб и ошибок клинические терапевты понимают, что очень редко дела обстоят так просто.

Чаще всего проблемы, которые привели человека на терапию, не являются изолированными проблемами. Они вплетены в ткань его жизни. Они неотделимы от характерных паттернов мышления человека, от его чувств, поведения, адаптаций, защиты и взаимоотношений с окружающими; другими словами, эти проблемы неотделимы от личности. Это утверждение верно вне зависимости от того, есть или нет у человека диагностируемое «расстройство личности». Необходимо, чтобы клиницист понял, что же пациент *из себя представляет*, понял, как устроена его психологическая система; недостаточно понять, какие у пациента есть *заболевания*, нужно помочь пациенту понять, почему его раз за разом постигают определенные страдания и как это можно изменить.

Чтобы возникли важные и устойчивые перемены, нужно фокусироваться не на симптомах, а на паттернах личности, из которых эти симптомы возникают. Знакомство со стилями личности позволяет составить карту внутреннего мира пациента и помогает опытному клиническому терапевту ориентироваться в этом мире. Таким образом, каждый синдром личности – это не просто описание, а конспект описания клинического случая, который помогает сфокусировать лечение на скрытых проблемах, вызывающих страдания пациентов. В предпоследнем разделе данной работы («Личность и формулировка клинического случая»), мы вернемся к этому вопросу.

Синдромы личности

В этом разделе описываются основные синдромы личности. Описания основаны на опыте теоретиков-клиницистов и подтверждены эмпирическими исследованиями. Диагностические прототипы и шкала градация (таблицы 1.1–1.10) могут использоваться для клинической диагностики.

Депрессивная личность

Несмотря на то, что в DSM не включена депрессивная личность, именно такой личностный синдром чаще всего встречается в клинической практике [2]. Это личностный синдром во всем смысле этого слова: устойчивый паттерн психологического функционирования, проявляющийся в подростковом возрасте и охватывающий весь спектр личностных процессов.

Человек с депрессивной личностью хронически испытывает болезненные аффекты, в особенности чувство неполноценности, печаль, вину и стыд. Такие люди с трудом осознают свои потребности, а когда осознают, то с трудом могут их озвучить. Таким людям трудно позволить себе испытывать удовольствие. Создается впечатление, что они бессознательно стремятся наказать себя, – либо загоняя себя в болезненные ситуации, либо лишая себя возможности получать удовольствие. Наблюдатель с хорошо развитой психологической интуицией может сказать, что такие люди – сами себе враги.

Где есть враг, там обычно появляются гнев и агрессия. Одна из основополагающих тем депрессивной личности – это внутренние нападки на собственное я. Человек злится, защища-

ется от ощущения злости и направляет ее на себя в форме самокритики, самоугнетения и самонаказания. В SWAP это формулируется следующим образом: «С трудом признает и выражает гнев, направленный на других и вместо этого чувствует депрессию, критикует себя, наказывает себя и т. д.». Коротко говоря, депрессивная личность относится к себе так же, как к людям, которых презирает.

Клинические терапевты могут не заметить гнев и агрессию пациента, потому что пациенты с депрессивными личностями склонны чрезмерно подстраиваться и ставить чужие потребности выше собственных, в том числе потребности терапевта. Для того, чтобы психотерапия привела к значимым психологическим изменениям, гнев должен быть распознан, пережит и исследован в рамках терапевтических взаимоотношений.

Вторая психологическая тема включает в себя сепарацию, отвержение и потерю. Человек может постоянно думать о прервавшихся межличностных взаимоотношениях и быть уязвимым в подобной ситуации. Он боится, что его бросят, не будут его защищать и заботиться о нем. В результате он старается избегать конфликтов и не умеет самоутверждаться. Неуместное стремление угодить и помочь окружающим защищает его от неодобрения и отвержения. Во время психотерапии такой пациент подавляет обоснованную критику и неудовлетворение из страха обидеть терапевта или разрушить терапевтические отношения. Вместо того, чтобы выразить свои потребности и желания, пациент принимает то, что ему дают, и обходится этим. Это может привести к следующей динамике отношений: терапевт думает, что дела идут отлично, а на деле пациент терпит сложившуюся ситуацию; таким образом в терапии воссоздается дисфункциональный паттерн отношений пациента.

Этот паттерн может уходить корнями в разрыв отношений или в недостаточный эмоциональный отклик тех, кто заботился о пациенте в детстве; в результате ранних событий паци-

ент чувствует себя эмоционально пустым и незавершенным и считает, что его бросили или ему не уделяли внимания, потому что он плохо себя вел. У некоторых пациентов присутствует всепроникающее чувство, что кто-то или что-то жизненно важное потеряны для них навсегда и вернуть утраченное не получится. Это чувство может кристаллизироваться вокруг более позднего опыта утраты и усиливаться из-за этого опыта. Реально достижимые награды и удовольствия могут восприниматься как бледная тень потерянного или того, что у пациента могло бы быть. Таким пациентам нужна помощь клинического терапевта, чтобы оплакать потерянное, и только тогда они смогут эмоционально вкладываться в то, что жизнь предлагает сейчас.

Люди, работающие в сфере ментального здоровья, часто обладают именно депрессивным складом личности [19]. У клиницистов есть масса возможностей заботиться о других, а не о себе, неустанно оказывать помощь, а также винить себя за надуманные проступки, которые с объективной точки зрения и проступками считать нельзя.

Прототип депрессивной личности описан в таблице 1.1.

Таблица 1.1. Прототип депрессивной личности

Краткое изложение: люди с депрессивным складом личности склонны чувствовать депрессию и беспомощность, склонны к самокритике и самобичеванию и могут испытывать страх потери или страх быть покинутыми.

Люди, соответствующие этому прототипу, склонны чувствовать депрессию и подавленность, а также ощущать беспомощность, чувствовать себя хуже других или считать себя неудачниками. Они чувствуют, что жизнь лишена смысла, а жизненные активности приносят мало радости и удовлетворения. Такие люди обращают мало внимания на удовлетворение собственных потребностей, отрекаются от надежд и желаний или подавляют их, чтобы защититься от разочарования. У них противоречивое отношение к удовольствиям, и они подавляют чувства возбуждения, радости и гордости. Также у них может быть противоречивое отношение к победам и успеху, и они могут саботировать достижение успеха (например, не используя свой потенциал или отказываясь от задуманного, когда успех уже близок). Люди, соответствующие этому прототипу, как правило, самокритичны, ориентируются на нереалистичные стандарты и обвиняют себя, если происходит что-то плохое. Они «наказывают» себя, создавая ситуации, в которых чувствуют себя несчастными, а также избегая возможности получить удовольствие или удовлетворение. Им трудно признать и выразить свой собственный гнев, и вместо этого они впадают в депрессию, самокритику и самобичевание. Они часто боятся, что их отвергнут или бросят, склонны чувствовать пустоту и могут ощущать себя обделенными и одинокими, даже когда находятся в обществе других людей. Они могут постоянно чувствовать, что навсегда потеряли кого-то или что-то (например, отношения, молодость, красоту, успех) и из-за этой потери счастье стало невозможным.

<p>5 – очень хорошее совпадение (пациент может <i>служить примером</i> этого расстройства; прототипичный случай)</p>	<p>Диагноз</p>
<p>4 – хорошее совпадение (у пациента <i>есть</i> это расстройство; диагноз подходит)</p>	
<p>3 – среднее совпадение (у пациента есть <i>важные черты</i> этого расстройства)</p>	<p>Черты</p>
<p>2 – небольшое совпадение (у пациента есть незначительные черты этого расстройства)</p>	
<p>1 – совпадений нет (описание не подходит)</p>	

Тревожно-избегающая личность

Клиническим терапевтам лучше знаком термин «избегающее расстройство личности» (который используется в DSM), но термин «тревожно-избегающая личность» является более точным и лучше передает сущность этого синдрома личности.

Люди с тревожно-избегающими личностями прежде всего именно тревожны. Тревога пронизывает то, как они воспринимают себя и свой мир. Они снова и снова размышляют о возможных опасностях и прошлых ошибках. Основные эмоции таких людей – это тревога, стыд и смущение. От тревоги такой человек защищается с помощью избегания. Проблема в том, что источник тревоги – повсюду, в том числе и внутри. В конечном итоге избегающие реакции становятся прутьями психологической тюрьмы, сдерживающей и ограничивающей свободу мыслей, чувств и действий. В результате люди с тревожно-избегающими личностями живут ограниченной жизнью и склонны придерживаться знакомой рутины. Несмотря на избегающую защиту, тревога все равно просачивается внутрь самыми разными путями, что может вызвать соматические симптомы и страхи.

Люди с тревожно-избегающими личностями боятся и стараются избегать не только внешнего, межличностного мира, но и своего собственного внутреннего мира. Первое проявляется в избегании социальных взаимодействий, неуверенности в себе и в социальной неловкости. Второе проявляется в подавлении и ограничении эмоциональной жизни и желаний. Такие люди стремятся избежать предполагаемого вреда, а не исполнить свои желания.

С тревожно-избегающими пациентами сложно проводить психотерапию, поскольку они продолжают избегающее поведение и во время психотерапии. Они уходят от сложных вопросов, меняют тему, когда их мысли начинают двигаться в

неприятном направлении, и блокируют все попытки клинического терапевта изучить психологический опыт за пределами хорошо знакомой проторенной колеи. Перед клиницистами встает дилемма: если не противостоять избегающей защите, то от терапии будет мало толку; если противостоять, то пациент может прекратить терапию или замкнуться. Для эффективного лечения необходимо балансировать между поддержкой и противостоянием. Клинический терапевт должен помочь пациенту выразить в словах те чувства и фантазии, которые раньше казались невыразимыми. Когда такой пациент реагирует испуганным избеганием на различные ситуации (как в ходе терапии, так и вне ее), его нужно расспросить о том, какие именно опасности ему угрожают («И что тогда произойдет?»); тогда эти опасности можно будет рассмотреть при свете дня и изучить. Когда установится безопасный терапевтический союз, клинический терапевт должен убедить пациента встретиться лицом к лицу с ситуациями и переживаниями, которых тот страшится, и постепенно приблизиться к ним.

Прототип тревожно-избегающей личности описан в таблице 1.2.

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru