

Соответственно терапевтические подходы при данных клинических формах невротизма при выборе техники психотерапии должны учитывать личностные особенности пациентов для большей эффективности лечения.

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ**

*Королева Е.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет  
г. Гродно, Республика Беларусь*

Ведущая роль в лечении расстройств личности (далее РЛ) должна принадлежать психотерапии. Лишь с помощью психотерапии можно изменить установки личности, внести коррекцию в ее представление о своем "Я" и помочь найти пути построения правильных межличностных взаимоотношений.

Исторически первым методом лечения расстройств личности стала долгосрочная психотерапия. Ее принцип в том, что с помощью "оздоравливающих" эмоциональных взаимоотношений с психотерапевтом, больной переживает и переосмысливает свой способ взаимоотношений с окружающим миром.

Лечение при РЛ связано с большими трудностями, так как они не являются заболеваниями в собственном смысле этого слова. При терапии ведущее значение принадлежит перестройке личностных установок, созданию правильного понимания принципов построения своих отношений с окружающими и должно преследовать цель позитивной перестройки всего «склада личности», формирование новых установок, системы ценностей, нового отношения к себе и окружающему миру. Речь в этих случаях идет по существу о психопротезировании. Задачами всех видов психотерапии при РЛ являются достижения изменений в трех плоскостях.

Необходимо помочь пациенту осознать:

- **в познавательной сфере (когнитивной):** связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств, какие ситуации вызывают тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие усиление симптоматики, связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;
- **в эмоциональной сфере:** получить эмоциональную поддержку, что приводит к ощущению собственной ценности, большей открытости и спонтанности, пережить те чувства, которые переживает в реальной жизни и с которыми не может справиться, пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций, научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- **в поведенческой сфере:** увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы, приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения, преодолеть неадекватные формы поведения, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций, развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью.

При лабильно-аффективном РЛ психотерапия бывает действенной, если человек сразу чувствует искреннюю благожелательность к нему. Направление психотерапевтических усилий постепенно можно менять от успокоения к руководству поведением.

При сенситивном РЛ следует учитывать, что за внешней замкнутостью обычно скрывается большая потребность поделиться переживаниями. Необходимы многократные продолжительные беседы с перебором фактов и ситуаций, опровергающих убежденность больного в его неполноценности и неблагоприятном отношении к нему окружения. В трудовых рекомендациях необходимо побуждать не страшиться выбрать профессию, соответствующую возможностям.

При психастеническом РЛ необходимо побуждать, тренировать и развивать те сферы психической жизни, которые слабы: живое восприятие, умение схватить мельком увиденное, нужно даже поощрять фантазирование.

Истероидное РЛ представляет собой наиболее трудный объект и для психотерапии. Успех корригирующего поведения усилий зависит от того, насколько удастся отыскать сферу, где эгоцентрические потребности могут быть удовлетворены без ущерба для окружающих.

При неустойчивых - полезно воспитание в закрытых учреждениях со строгим режимом и трудовой обстановкой.

В психотерапии пограничных расстройств отношения психотерапевта и клиента играют намного более важную роль, чем в остальных случаях. В своей работе психотерапевт должен добиваться решения (проработки) следующих моментов: минимизация несогласия, усиление контроля над эмоциями, усиление контроля над побуждениями, укрепление чувства идентичности у клиента, работа с допущениями.

Психоаналитические авторитеты в лечении ПРЛ сообщают, что психотерапия обычно требует от 5 до 7 лет (Masterson, 1982). Когнитивная психотерапия с пограничными клиентами едва ли быстра и легка, но она обещает быть более эффективным подходом, чем доступные в настоящее время альтернативы.

Психотерапевтические подходы должны строиться и в зависимости от типа личности. Существуют различные классификации видов расстройств личности. Но коренных различий в них не существует. За основу можно взять когнитивную классификацию с соответствующим подходом.

### 1. Избегающее расстройство личности.

Люди такого типа хотели бы сблизиться с другими, но боятся быть отвергнутыми. *Представление о себе:* неприспособленный, некомпетентный. «Я плохой, никчемный, непривлекательный». «Я не могу терпеть неприятные чувства». *Представление о других:* потенциально критичные, незаинтересованные, унижающие.

*Эмоции:* сочетание **тревоги** (по поводу возможной оценки) с **печалью** (результат избегания: отсутствие близких отношений и успехов).

*Стратегия (рекомендация):* избегать ситуаций, в которых их могут оценивать.

## 2. Зависимое расстройство личности.

Этим нужна «опора»: без нее они чувствуют себя слабыми и беспомощными. Таким образом, *представление о себе* такое же как у «избегающих» (слабый, некомпетентный), но *представления о других* иные: зависимая личность ориентирована на «опекуна» заботливого, одобряющего, компетентного. При наличии подходящего опекуна зависимая личность «расцветает» и способна действовать очень эффективно. *Эмоции:* **тревога** из-за возможного разрыва с «действующим» опекуном, которому может надоесть эта роль.

*Стратегия:* найти опекуна и привязать его к себе.

## 3. Пассивно-агрессивное расстройство личности.

Такой человек требует «свободы», но не справляется с ней, жалуется на «власть», но жаждет ее одобрения. *Представление о себе:* самодостаточен, но уязвим к внешнему воздействию. С одной стороны «невыносимо быть под контролем», а с другой – «мне нужно, чтобы власть защищала, одобряла и поддерживала меня». *Представление о других:* надоедливые, требовательные и одновременно способные к заботе и приятию.

*Эмоции:* сдержанный **гнев** при пассивном подчинении «власти» – **тревога** в ожидании ответных репрессий.

*Стратегия:* скрытая оппозиция.

## 4. Obsessивно – компульсивное расстройство личности.

Представитель этого направления серьезный человек, для которого слова «контроль» и «должен» перевешивают все остальные. *Представление о себе:* ответственный за себя и за других. Но за этой «сильной» установкой часто прячется страх некомпетентности и беспомощности, и единственное

противоядие от этого страха – строгое следование своду правил, разрабатываемых на все случаи жизни. *Представление о других* коротко – разгильдяи.

*Эмоция: сожаление* (о несовершенстве природы человека) и **разочарование** (в малой эффективности исправительных мер).

*Стратегия:* максимальный контроль над собой (разработка правил, самокритика) и другими (требование соблюдения правил, и неодобрение, наказание в случае невыполнения).

### 5. Параноидное расстройство личности.

Не пугайтесь! Это не то, о чем вы подумали (бред преследования и т.д.), это только цветочки... Параноидные личности пока только *не доверяют* другим, но делают это с размахом. *Представление о себе:* добродетельный, но «со мной плохо обращаются». *Представление о других:* заблуждающиеся, склонные к обману и подвохам (ну как таким доверять!)

*Эмоция: гнев* по поводу предполагаемых злоупотреблений.

*Стратегия:* будь начеку! (Во время сталинщины параноидальным мышлением была заражена вся страна; это пример наведенного, навязанного когнитивного профиля, причем в массовом масштабе).

### 6. Антисоциальное расстройство личности.

**Такая личность сама устанавливает «правила игры».** Он (она) – одинокий волк (или волчица) и вполне доволен этим. *Представление о себе:* одинокий, независимый, сильный. *Представление о других:* лохи (подавляющее большинство) или такие же хищники.

*Стратегия:* от хитроумного манипулирования и мошенничества до прямого грабежа и насилия.

*Эмоция: гнев* по поводу того, что другие имеют то, что он/она, несомненно, гораздо больше заслуживает.

## 7. Нарциссическое расстройство личности.

Помните миф о прекрасном юноше Нарциссе, отвергнувшем любовь нимфы Эхо и погибшим над собственным речным отражением? Для «нарцисса», как и для «волка» тоже правила не писаны, но к людям они относятся гораздо мягче, коль скоро другие – зеркало, способное отразить все великолепие нарцисса. *Представление о себе:* я особый и уникальный, я выше общепринятых правил, но в глубине сомнение в своем великолепии, и поэтому нарциссам все время требуется подтверждающее восхищение других. *Представление о других:* зеркало оно зеркало и есть. Помните, что сделала с говорящим зеркалом царица у Пушкина? Не злите нарцисса!

Его основная эмоция – **гнев**, если вы не восхищаетесь. Если вы делаете это настойчиво и обоснованно, сломленный нарцисс впадает в депрессию.

Его стратегия – заставить вас восхищаться;

## 8. Шизоидное расстройство личности.

И снова – не пугайтесь! Многие великие были шизоидами: до неких пределов отстраненность и замкнутость способствуют творчеству. Все дело в дозировке одиночества и во внутреннем богатстве отстраняющейся (на время!) личности. В случае же расстройства *представление о себе:* самодостаточный одиночка. *Представление о других:* навязчивые, ограничивающие.

*Эмоция.* Шизоиды не склонны впускать в свой внутренний мир других, поэтому создается впечатление, что у них нет сильных чувств. Для всех, кого «впустили», очевидна **печаль** как следствие изоляции.

*Стратегия:* держаться на расстоянии, поскольку попытки других приблизиться угрожает разрушением.

## 9. Гистрионное расстройство личности.

А вот у этих основная эмоция – **радость**, потому что их *представление о себе:* обаятельный, впечатлительный и заслуживающий внимания.

*Представление о других:* впечатляемые, чувствительные, восхищающиеся.



Немного похоже на нарциссов, но «истерические» (hysterious) личности не холодны к окружающим: они вступают с ними в теплые, хотя часто непродолжительные отношения.

*Стратегия:* находиться в центре внимания, давать и получать радость. Если эта стратегия по объективным причинам не реализуется, тогда любым способом (вплоть до истерики) достигать желаемого, воздействуя на чувства. А чувства – материя нежная и трудно управляемая. Поэтому *сопутствующая эмоция* у гистрионно-нарушенных личностей – затаенное чувство **тревоги**, которое сменяется *гневом* и *печалью*, когда срываются их планы немедленно осчастливить себя и все человечество.

### **Фармакотерапия**

В состояниях декомпенсации необходимо прибегать к биологическим методам терапии (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы). Основным является подбор различных лекарств с учетом их селективного избирательного действия. Имеющиеся психотропные средства позволяют эффективно воздействовать лишь на отдельные проявления РЛ.

Из лекарств требуются препараты, снижающие агрессивность, делающие человека менее раздражительным. В частности, врач может назначить низкую дозу нейролептиков. При употреблении препаратов лития снижается импульсивность, настроение становится более стабильным. Важно, однако, чтобы и врач, и больной не возлагали излишних надежд на лекарственные средства и помнили об их побочных эффектах. Положительные результаты лечения могут быть невелики и очевидны лишь по прошествии достаточного времени: жизненный опыт меняется медленно.

Чаще всего на практике речь идет о попытках воздействовать на отдельные проявления РЛ: тревогу, повышенную возбудимость, астенические нарушения и т.д. Являясь по сути симптоматической, подобная терапия, компенсировав то или иное парциальное нарушение, может способствовать улучшению адаптации пациента к негативному

экзистенциальному фону в целом. Наличие тревоги является показанием для назначения транквилизаторов. При стойком снижении настроения назначают антидепрессанты. Повышенная возбудимость, ведущая к поведенческим нарушениям, купируется нейролептическими препаратами. Чаще всего применяются неуптил (который так и называется – «корректор поведения»), сонапакс, трифтазин, хлорпротиксен, эглонил. Для снятия аффективной напряженности, коррекции сверхценных идей при паранойяльной психопатии используются галоперидол, рисперидон, флюанксол, клопиксол. Также нейролептики эффективны для уменьшения выраженности обсессивных явлений, «умственной жвачки» у психастеников. Для устранения дисфорических расстройств при «органических психопатиях» назначают карбамазепин (финлепсин), депакин и другие вальпроаты. При астенической психопатии показано назначение нейрометаболиков (циннаризин, кавинтон, аминалон, витамины).

По мнению большинства специалистов, биологическая терапия психопатий носит вспомогательный характер. Основная роль в коррекции установок личности, формировании оптимального стиля взаимоотношений пациента с окружающими принадлежит психотерапии.

При психопатии часто отмечается нарушение сна. Если сон не нормализуется после приема транквилизатора, следует назначать снотворное. При паранойяльных реакциях следует применять нейролептики. При сочетании паранойяльных реакций с аффективными лечение должно быть комбинированным. При выборе психотропных средств для лечения РЛ необходимо отдавать предпочтение препаратам с широким действием.

Но полностью рассчитывать на фармакотерапию не следует, так как больные должны проявлять свои волевые усилия.