

**ГЕЛОТОФОБИЯ****(Обзор закордонних публікацій)**

В. В. Пономарьова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Проведено огляд закордонних джерел клінічних досліджень почуття гумору і комізму. Встановлено, що результати емпіричних досліджень комічного представляють суперечливі данні про те, наскільки позитивний вплив гумору на психічне здоров'я та психологічне благополуччя. Наведено результати вивчення публікацій, присвячених гелотофобії — патологічного страху стати об'єктом кепкування. Зазначено, що дослідження гелотофобії приймає все масштабніший характер і представляє науковий і практичний інтерес в контексті як вивчення індивідуальних відмінностей, так і психопатології, що пов'язано з високою розповсюдженістю та універсальністю гелотофобії як психосоціального феномену, а також з тим, що надлишкова соціальна тривога розглядається як компонент антивітальної поведінки.

**Ключові слова:** гелотофобія, соціальна тривожність, соціальна фобія, огляд публікацій.

**GELOTOPHOBIA****(Review of foreign publications)**

V. V. Ponomaryova

V. N. Karazin Kharkiv National University

A review of foreign sources on clinical studies of sense of humor and comic elements has been carried out. It was found that the results of the empirical research of the comical are conflicting data on how positive the effect of humor on mental health and psychological well-being is. The article gives the results of the analysis of publications on gelotophobia – a pathological fear of becoming the object of derision. It is noted that the study of gelotophobia is becoming more widespread and is of great scientific and practical interest in the context of study of individual differences and psychopathology, which is associated with high prevalence and universality of gelotophobia as a psychosocial phenomenon, as well as with the fact that excessive social anxiety is considered as a component of anti-vital behavior.

**Key words:** gelotophobia, social anxiety, social phobia, publication review.

УДК 616.895.8-085



## ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПО МКБ-10 И ШИЗОИДНАЯ ПСИХОПАТИЯ КРЕЧМЕРА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования  
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

**Аннотация.** В статье на основании многолетних клинических, терапевтических, психотерапевтических наблюдений автор обосновывает необходимость возврата к классическим представлениям Э. Кречмера о статике и динамике шизоидного расстройства личности с наиболее принципиальным положением о психоэстетической пропорции в его структуре. Крайние полюса оси шизоидного расстройства личности представлены чувствительным типом с астеническими проявлениями и экспансивным типом со стеническими проявлениями. Рассмотрены особенности биологической и психической терапии, включая терапию хобби и творчеством.

**Ключевые слова:** шизоидное расстройство личности, статика, динамика, чувствительный, экспансивный, терапия биологическая, психическая.

Причиной, побудившей нас к написанию настоящей статьи, является разительное расхождение между трактовкой рассматриваемого расстройства личности в МКБ-10 [1] и тем, как описал его сам автор-создатель [2], пророчески внедривший в психиатрическую науку и практику термин «шизоидная психопатия». Эти расхождения настолько качественно несопоставимы, требуют настолько разных подходов к установлению контакта и психотерапии, что не могут не быть не представлены перед широкой аудиторией психиатров и психологов, что обусловлено значением знаний классических проявлений статики и динамики

шизоидной психопатии Кречмера для успешного проведения биологической терапии и психотерапии, а также психопрофилактики.

Несмотря на то, что вышеуказанное было замечено нами сразу же в 1996 г. при переходе отчетности на МКБ-10, только впоследствии нам стала в полной мере понятна вся пагубность отступления от классических принципов психиатрии, ибо, никак не повлияв на нас, старшее поколение, она отразилось на формировании молодых специалистов.

В МКБ-10 для диагностики шизоидного расстройства личности, кроме общих симптомов

для выявления расстройств личности, в общем повторяющих известные с 30-х годов минувшего века критерии психопатии П. Б. Ганнушкина [3], а затем и коротко сформулировавшего их О. В. Кербилова [4] (**выраженность** аномальных черт, их **тотальность**, почти перманентная психическая и социальная **дезадаптация**), необходимо выявить минимум 4 признака из числа следующих: 1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего; 2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность; 3) ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства или гнев по отношению к другим людям; 4) внешняя индифферентность как к похвале, так и к критике; 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст); 6) постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией; 8) отсутствие близких друзей или доверительных связей; 9) заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей, не являющееся преднамеренным.

Опытному психиатру понятно, что здесь обозначен всего лишь один крайний — эмоционально холодный — тип из множества подтипов оси шизоидной психопатии Кречмера.

Согласно проведенным нами исследованиям [4], среди обследованных за год подряд 668 пациентов психотерапевта, работающего в условиях территориальной поликлиники (464 — 70,0 % — жен.; 204 — 30,0 % — муж.) всего у 186 (28,0 %) выявлена психопатия (F60), в т.ч. у 129 жен. (28,0 %) и 57 муж. (32,0 %). Среди этого круга пациентов шизоидная психопатия (F60.1) выявлена всего у 67 пациентов (36,0 %), в т.ч. у 42 жен. (33,0 %) и 25 муж. (44,0 %). Учитывая, что общее количество пациентов с пограничными психическими расстройствами, которых за 35 лет нашей работы в практической медицине пришлось консультировать, лечить (в т.ч. проводить им психотерапию) превышает 20 тысяч, нетрудно подсчитать, сколь велико число пациентов с рассматриваемой в данной статье патологией, наблюдаемых нами. При этом необходимо иметь в виду формы динамики этого типа расстройства личности/психопатии.

Из 67-ми пациентов у 32-х (21 жен., 11 муж.) наблюдались невротические реакции/расстройства (48,0 %), у 30-ти (18 жен., 12 муж.) астено-депрессивные и сенесто-ипохондрические фазы (45,0 %), у 5-ти (3 жен., 2 муж.) — развитие (паранойальное, ипохондрическое) — 7,0 %, требующие, кроме психотерапии, применения биологических средств воздействия: антидепрессанты, ноотропы, нейролептики, нормотимики (как правило, в малых или умеренных дозах). Необходимо признать, что эффективность психотропных препаратов в пограничной психиатрии вообще, особенно при латентной эндогенной патологии (скрытых депрессиях, сенесто-ипохондрических симптомах), часто бывает недостаточной. Поэтому естественны поиски и применение других биологических методов лечения, часто в сочетании с психотерапией. В

настоящее время находят применение следующие из них: лечебное голодание, фототерапия, терапия депривацией сна, латеральная терапия, водные процедуры типа «моржевания» или контрастного душа. Без физических методов: лечебной и общеукрепляющей физкультуры, физиотерапии в широком смысле, иглорефлексотерапии и других биологических методов воздействия трудно в настоящее время представить эффективную терапию пограничных психических расстройств вообще.

В связи с невротическими реакциями в структуре расстройств личности шизоидного круга вспоминается **пациент, мужчина 36 лет**, высокого роста, астенического телосложения, холерического темперамента; по профессии экономист, он удачно начал несколько лет назад предпринимательскую деятельность, но вскоре получил несколько провальных дел, в результате чего впал в тревожно-подавленную невротическую депрессию. В студенческие годы успешно участвовал в соревнованиях по шахматам и в КВН. Жена пациента, сопровождающая его при первичной консультации в центр психотерапии, сообщила, что он стал неузнаваем, упал духом, потерял уверенность; наряду с подавленностью настроения, нарушением сна жаловался на боли в области сердца, приступы сердцебиения в сопровождении тревожно-фобических комплексов; из квартиры почти не выходил. Обратился к психотерапевту по настоянию жены, мало надеясь на положительный эффект психической терапии. Пациенту были назначены поливитамины, глутамат по 0,05 два раза в день, валокордин по 30 капель 2–3 раза в день и феназепам 1 мг на ночь, предложено через 5–7 дней прийти на контроль. Через неделю вновь приведен женой, существенного улучшения своего состояния не отмечал, хотя вынужден был признать, что под воздействием лекарств стал спать. Однако утром после пробуждения испытывал еще большую вялость, чем до принятия лекарств. По-прежнему подавлен, разочарован, ипохондричен, много времени проводил на диване.

С пациентом наконец-то удалось установить контакт, обсуждая с ним историю его жизни, особенно в студенческие годы, его увлечения, успешное участие в КВН и др. Выяснилось, что в недалеком прошлом он был прекрасный ходок, любил отмерять километры в длительных турпоходах по лесам и горам, а по утрам — на физзарядке. Куда все это подевалось? Забылось правило: «В здоровом теле — здоровый дух». В эмоционально насыщенном диалоге с пациентом в стиле Дюбуа я указал ему, что ослаблять себя еще и физически никак не допустимо. Необходимо ходить!

— Да где же ходить? — вопрошал пациент.

— С такими длинными ногами вы могли бы свободно отмерять по 7–8 км в час по проспекту Мира, который хорошо продуваем и находится совсем неподалеку от вас.

У пациента загорелись глаза, чувствовалось, что он для себя принял решение действовать. Поблагодарил за науку и с вдохновенным ви-

дом энергично вышел из кабинета. Последующие наблюдения показали, что через две-три недели регулярной энергичной ходьбы, физическое и психическое состояние пациента пришло к норме.

### Шизоидная психопатия по Кречмеру

Э. Кречмер, основоположник конституционального направления в психиатрии, рассматривал аномальные типы характера не как однообразно застывшее статичное образование (точку), а как ось, на одном полюсе которой, имея в виду шизоидную психопатию, сконцентрированы эмоциональное равнодушие и холодно расчетливый эгоизм, а на другом — утонченная сенситивность, нерешительность, закомплексованность. Не вдаваясь в обсуждение взглядов Кречмера на рассмотрение конституции как единой основы, объединяющей варианты психической нормы, аномалии характера и болезни (шизотимический нормальный интровертированный характер — шизоидная психопатия — шизофрения) в контексте настоящей статьи рассмотрим подробно только шизоидов.

Это группа патологических характеров, по Кречмеру, (шизоидное расстройство личности, по МКБ-10, F60.1) включает в себя множественные варианты, в ряду которых на одном полюсе находятся мимозоподобные натуры, утонченные эстеты, на другом — холодные расчетливые эгоисты и равнодушные ко всему отшельники-чудаки. Впрочем, нередко эти, казалось бы, противоположные качества уживаются, сосуществуют в одном человеке. На это обстоятельство — чрезвычайно важное в диагностике шизоидной психопатии — и обращал особое внимание Э. Кречмер, называя его психоэстетической пропорцией, т. е. сочетанием в одном характере, но в разных пропорциях черт чрезвычайной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии).

Э. Кречмер выделял следующие наиболее часто встречающиеся качества характера шизоидов, наблюдаемые, как он писал, на поверхности: 1) необщителен, тих, сдержан, серьезен (лишен юмора), чужак; 2) застенчив, боязлив, тонко чувствующий, нервен, возбужден, друг книги и природы; 3) послушен, добродушен, честен, равнодушен, туп, глуп. Черты первой группы наиболее типичны и часты, включают в себя и вторую, и третью группы, которые определенным образом противостоят друг другу, образуя контрастные полюса; чувствительной раздражительности и равнодушной тупости (как у циклоидов веселье и печаль).

Шизоидный характер обычно выявляется при соответствующем тонком, астеничном/лептосомном, грацильном телосложении, реже атлетическом и диспластичном. Кожа у шизоидов обычно чувствительная и бледная; волосы на голове, в отличие от циклоидов, пышные; если у циклоидов лица правильные, то у шизоидов — интересные.

Черты интровертированного, шизоидного характера проявляются уже в раннем детском

возрасте, когда тихий 3–4-летний ребенок предпочитает уединенные тихие игры шумным коллективным. Рано обнаруживая интерес к отвлеченному, абстрактному, такой ребенок часами может молча слушать, как взрослые обсуждают какие-то философские проблемы, следить за шахматными баталиями, ничем не выдавая своего присутствия, а затем совершенно неожиданно давать точные советы, как надо правильно поступать. Так, например, четырехлетний гениальный кубинец, будущий знаменитый чемпион мира по шахматам Хосе-Рауль Капабланка, которого до того никто не обучал этой игре, требующей внутренней сосредоточенности ума, два дня молча наблюдал, как его отец играл с гостем в шахматы. На третий день малыш заметил, что отец неправильно пошел конем, а затем, когда тот возмутился и предложил сынишке самому расставить фигуры и сыграть с ним партию, тот не только правильно расставил фигуры, но выиграл без особых проблем. Через несколько дней четырехлетний вундеркинд, приведенный отцом в шахматный клуб, выиграл партию, хотя и с большой форой, но у сильного местного шахматиста<sup>1</sup>.

Интровертированность, погруженность в себя и отгороженность от других людей (*аутизм*) является одной из характерных черт шизоида и выражается в стиле его жизни, выборе профессии и увлечений (математика, философия, музыка, особенно композиция, путешествия, шахматы, филателия и т. п.). Вообще, аутистические занятия являются любимым времяпровождением шизоида. «Друг книги и природы», по Кречмеру, он получает истинное наслаждение в общении с ними. Однако полная замкнутость встречается редко, чаще всего шизоиды — это люди избирательного общения, узкого круга, богемы. Но и там, как отмечал классик, они не смешиваются со средой, а отделены от нее невидимой, «стеклянной» преградой. Проблема общения у шизоида обусловлена не только его аутизмом, но и часто *неловкостью моторики*, быстрой истощаемостью интересов, недостатком, а иногда почти полным отсутствием интуиции, из-за чего он нередко попадает в неловкие ситуации. Этому же способствует и лишенная юмора серьезность, проявляемая повсюду, даже среди общего веселья. О богатстве внутреннего мира шизоида судить нелегко. По словам Кречмера, он подобен «лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, но в сумерках которых справляются роскошные пиры».

Конечно, богатство внутреннего мира зависит в большой степени от уровня образования и культуры, однако, в сравнении с другими типами личностей, шизоиды вообще выглядят более интеллигентными. Мышление их нестандартное, даже оригинальное: среди, казалось бы, обыденного они способны раскопать парадоксальную

<sup>1</sup> — Панов В. Н. Капабланка (Документальное повествование о гениальном кубинском шахматисте и 70-ти его избранных партий) В. Н. Панов — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: Физкультура и спорт. 1970. — 272 с.

идею. И вообще они люди идеи, фантасты, оторванные от жизни чудаки, донкихоты, которые часто проявляют доходящую до странности непрактичность.

Внешность шизоидов также необычна, оригинальна: часто бывает полное, как у хиппи, пренебрежение к одежде, прическе, косметике (у женщин); или вычурное, сверхмодное платье, вызывающие прическа и макияж, или подчеркнуто аристократическая изысканность в одежде и манерах, какая-то офицерская выправка и походка. Но последняя все же чаще бывает ходульной, шарнирной, неестественной: то с негибающимися коленями, то подпрыгивающая.

Почерк шизоидов также характерен и обычно неразборчивый, даже вопреки формальной аккуратности: то обратный наклон букв, то их начертание с особым изломом, то какие-то ажурные завитки, мелкий бисер и своеобразное написание букв-символов и т. п.

Но, как поразительно тонко отмечает П. Б. Ганнушкин, «среди шизоидов можно найти и людей, занимающих позиции на вершинах царства идей, в разреженном воздухе которых трудно дышать обыкновенному человеку. Сюда относятся утонченные эстеты-художники, творчество которых, большей частью формальное, понятно лишь немногим, глубокомысленные метафизики, наконец, талантливые ученые-схематики и гениальные революционеры в науке, благодаря своей способности к неожиданным сопоставлениям с бестрепетной отвагой преображающие, иногда до неузнаваемости, лицо той дисциплины, в которой они работают».

Противоречивость черт наряду с аутизмом и интровертированностью составляют основу шизоидного характера, среди многих переходных вариантов которого выделяют два крайних типа: сенситивный и экспансивный.

**Сенситивные шизоиды** — это люди душевной сверхчувствительности, болезненно ранимые и неуверенные в себе. Они не терпят грубости и подолгу переживают даже мелкую обиду. Чрезвычайно щепетильные в вопросах нравственности и долга, честные и добросовестные, они самолюбивы и болезненно реагируют на всякую несправедливость по отношению к себе, особенно когда их незаслуженно критикуют. Подобные психотравмирующие переживания вызывают у них сверхценные идеи отношения, они падают духом, плохо спят и едят, быстро худеют и истощаются и, как улитки, еще более замыкаются в себе.

Эти мимозоподобные натуры защищаются тем, что настороженно недоверчивы, весьма избирательны в контактах, избегают ситуаций, требующих большого эмоционального напряжения и ответственности. Люди тонкие, одухотворенные, они часто обнаруживают ювенильную мечтательность, фанатично преданы какой-то идее. Даже работая в области естественных наук, они (не говоря уже о представителях декадентского направления в литературе и искусстве) часто неожиданно поражают склонностью к мистике, неистовой религиозностью.

Аутичные, как все шизоиды, они склонны обнаруживать нежную и глубокую привязанность к кому-нибудь, тяжело переживают разлуку, а утрата «поводыря», наставника, часто единственного спутника в жизни вызывает у них столь сильные переживания и отчаянье, что способна если не сломать душевно, то надолго выбить из привычного ритма, вызвать разочарование в жизни. К домашним животным, особенно к собачкам и кошкам, они также нежно привязаны, тяжело переживают их гибель. Это жалостливые, сентиментальные натуры, в их душах находят живой отклик разного рода гуманистические идеи и движения, в том числе в защиту животных, природы, человека, но и здесь они остаются людьми крайних точек зрения, непрактичными идеалистами. Их можно часто встретить среди одаренных поэтов, писателей, композиторов и музыкантов.

**Экспансивные шизоиды** среди круга энергичных людей, куда входят вместе с ними гипертимики, возбудимые и параноики, отличаются холодной бесцеремонностью и беззастенчивостью. Формалисты по образу мышления, они, даже будучи фанатично преданными какой-то гуманистической идее, оказываются безразличными и даже жестокими по отношению к отдельному живому человеку. Волевые и решительные, они действуют с бездушием компьютера и машины, чем и отличаются от человекомягкого циклоида и конкретно целеустремленных эпилептоида и параноика, всегда тонко чувствующих момент. Их можно встретить среди активистов и даже лидеров различных партий и движений, обычно радикального толка, а также среди руководителей учреждений и разного рода фанатиков и неудачников, упорно добивающихся реализации своих идей.

«В истории имеется мало личностей, — пишет Э. Кречмер, — которые представляют собой такую классически чистую культуру шизотимических качеств в их странных контрастах — обладающих шизотимической триадой: идеализмом, фанатизмом, деспотизмом — как это мы видим у Робеспьера: резкая эмоциональная холодность наряду с эксцентричностью, героическим пафосом, фанатической настойчивостью и внезапным отказом от решений, скрытая замкнутость при верности своим принципам. Что-то угрюмое, недоверчивое, напыщенное, педантичное, робкое. Добродетельный убийца, варвар из гуманности, «фанатик холодной, но безумной рефлексии»... Кровопийца? — вопрошает классик. — Нет, ученик Руссо и сын нежной матери, робкий, нежный мечтатель, бледная добродетельная фигура, выдающийся учитель жизни не понимает ужасов. Он углублен в чтение «Общественного договора» (Ж.-Ж. Руссо — В. П.), своей любимой книги, идеи которой он претворяет в действительность с педантичной тщательностью. Он не чувствует, что творит, и продолжает посылать на гильотину с неподкупающей справедливостью. Он ничего не чувствует, кроме добродетели и идеала. Он не чувствует, что это

причиняет страдание. При этом он пишет стихи ... и проливает слезы умиления, когда говорит. Простой, приличный, скромный, мягкий, нежный семьянин, который больше всего боится оваций и дам... Он — своеобразный идеалист. Мирабо, его циклотимический антипод, сказал о нем, покачивая головой: «Этот человек верит во все, что говорит».

Но современному читателю (психиатру/психологу), на наш взгляд, будет более понятной личность, чья жизнь и политическая деятельность в первую половину XX века оставила глубокие раны на судьбах большинства граждан в нашем отечестве, поэтому составим — сравнительно с Робеспьером — психологический/патопсихогический портрет Гитлера. Он, обладая той же самой триадой, описанной Э. Кречмером, шизоидных черт (идеализм, фанатизм, деспотизм), стал национальным лидером еще большего и зловещего масштаба, вознамерившись возродить и возвысить свой народ над всеми другими и принес неисчислимые страдания многим сотням миллионов людей в мире. Осиротев подростком (когда ему было 14 лет, скоропостижно скончался отец, а через 4 года от продолжительной и тяжелой болезни умерла и мать), он вынужден был, согласно его описаниям, выполнять тяжелую физическую работу на стройках Вены (которые, однако, следует это отметить, расходятся с достоверными исследованиями немецких историков, например, И. Феста, т. 1, с. 66, который считает, что Адольф относительно безбедно жил на сбережения покойных родителей и получаемое пособие). Но, будучи другом книги и природы — точно по Кречмеру — он, как сам пишет в *Main Kampf*, испытывая крайнюю нужду и, часто голодая, последние деньги тратил на книги. Несмотря на определенные художественные способности, — но при упорном нежелании к систематическому труду, на что многократно обращает внимание Фест — его не приняли в художественную школу, рекомендовав, по поданным на конкурс рисункам, учиться на архитектора. Действительно, бывая в больших городах, особенно в Вене, Адольф, по его признаниям, как зачарованный днями ходил вокруг великолепных дворцов и архитектурных ансамблей вместо посещения художественных выставок. Но жизнь распорядилась иначе — началась первая мировая война и 24-летний Адольф из патриотических побуждений добровольцем пошел на фронт. Там он перенес ранение и отравление ипритом, что, скорее всего, и вызвало в последующие годы проявление энцефалопатических симптомов — повышенную эмоциональную возбудимость, вегетативные дисфункции, слабодушие, свидетелями которых многократно являлось его окружение. Был дважды награжден за храбрость: 1-е — Железный крест 2-й ст.; 2-е — Железный крест 1-й ст. С фронта он вернулся еще более радикальным патриотом, болезненно переживая поражение Германии в войне и унижительную капитуляцию, согласно Версальскому

договору. Занялся политикой, в которой, обладая талантом оратора/демагога, вскоре преуспел, став вождем национал-социалистической рабочей партии Германии. Ему принадлежит авторство в символике фашистской партии. Он, с гордостью называя себя националистом, стал авантюрным политиканом, эксплуатирующим национал-социалистическую идею лучше всех до и после него. Обладая феноменальной памятью, он, будучи верховным главнокомандующим вермахта, помнил фамилии и лица всех командиров полков, а это, по крайней мере, полторы-две тысячи человек. Используя свои немалые интеллектуальные способности в самообразовании, природный артистизм и нравственный дефект, Гитлер смог провести вокруг пальца руководителей многих государств, особенно обладавшего паранойяльной подозрительностью Сталина. Он не курил, не пил, был сентиментальным человеком, примерным холостяком, любил собак, «никого не ел», то есть был вегетарианцем и вообще ипохондричным человеком. Обладая природной неловкостью и застенчивостью, он любил предаваться фантазированию.

Один из первых его биографов написал о нем книгу с весьма характерным названием «Дон-Кихот Мюнхенский» (Цит. по Фесту И., 1993, т. 1, с. 31), что находит подтверждение в словах самого Гитлера: «Я был словно не от мира сего» (Там же, с. 55); а также, когда буквально все, отмечал он потом, считали его просто фантазером, торжественно заявил: «Так кто же был прав, фантазер или другие? Прав был я» (Там же, с. 33). И. Фест (Там же, с. 57) описал весьма характерный в этом отношении эпизод из жизни «Дон-Кихота Мюнхенского»: «В марте 1945 г., когда Красная Армия стояла (буквально) у ворот Берлина, Гитлер велел принести в бункер под имперской канцелярией планы перестройки Линца (его родного города, нарисованные/начерченные им в юности) и, как рассказывают, долго стоял над ними с мечтательным выражением на лице».

Что касается внешности Гитлера, то все исследователи его личности указывают на его несколько карикатурный облик: нескладная внешность, челка, ниспадающая на лоб, и усы щеточкой, в поведении явно обращает на себя внимание стремление к позе, подчас вычурной, импульсивным жестам и поступкам.

Но этот человек с природной нерешительностью одним росчерком пера и зачастую одним намеком (не найден ни один письменный документ, не доказан ни один его устный приказ об уничтожении целых народов) отправлял на тот свет многие миллионы людей. До сих пор мир содрогается при упоминании преступлений против человечества, совершенных в соответствии с идеологией о превосходстве арийской расы, замешанной на антисемитизме, созданной этим человеком, обладавшим набором парадоксальных черт способностей, характера, личности, пронизанных эмоциональной холодностью,

беспардонностью, беззастенчивостью и жестокостью экспансивного шизоида<sup>2</sup>.

В психопатологическом портрете Гитлера на фоне определяющих черт экспансивного шизоида заметна повышенная эмоциональная возбудимость, а в последние годы — нарастающие паркинсонические симптомы, обусловленные, по нашему мнению, органическим поражением ЦНС (как последствие отравления ипритом, относимого к ядам нервнопаралитического действия), а также паранойальное развитие идеи чистой расы (господ, великой, порочной, преступной, рабской и т. д.), а также идей величия и преследования, приобретающее в последние годы и особенно месяцы его жизни гротескное проявление.

Шизоиды — это радикалы, пользующиеся любовью и авторитетом у масс, они нередко являют собой в узком кругу или в семье «тип холодного деспота» (Э. Кречмер), бездушного сына и отца. Впрочем, и в отношениях с окружающими они, адепты справедливости, обычно сухи и официальны и являют собой тип бездушного бюрократа. Деятельный экспансивный шизоид, как и шизоиды всех типов, истинно противоречив, в отличие от кажущейся противоречивости у эпилептоидов и параноиков, которые всегда знают, чего хотят, и для достижения цели не брезгают лестью и лицемерием на словах, чтобы на деле реализовать свои замыслы, какими бы коварными и жестокими они ни были.

Их противоречивость определяется способностью чрезвычайно глубоко, но односторонне проникаться и загораться идеей «per se», при этом оставаясь буквально слепыми и глухими к людям не как к носителям символов, а как к живым существам со своими слабостями, надеждами и тревогами. Но они могут проникнуться идеей отдельного человека или слоя общества, горячо отстаивают их интересы, при этом живой человек, не существующий вне системы отношений с другими людьми, вновь подменяется, подгоняется под идею, образ, часто искаженный. Как писал П. Б. Ганнушкин, «несогласие с очевидностью редко смущает шизоида, и он без всякого смущения называет черное белым, если только это будут требовать его схемы. Для него типична фраза Гегеля, сказанная последним в ответ на указание несоответствия некоторых его теорий с действительностью: «Тем хуже для действительности».

<sup>2</sup> — Представляет интерес, что Э. Кречмер, написавший яркие психологические и клинические портреты исторических деятелей Французской революции, живший в Германии в период зарождения, разгула, поражения фашизма и возрождения послевоенных ГДР и ФРГ, не оставил подобных описаний главарей режима, своих современников (классик умер в 1964 году). В частной беседе со мной московский проф. М. Е. Бурно, общавшийся в 80-е годы с сыном классика Вольфангом, известным психотерапевтом, передал мнение того, что, будучи очень осторожным человеком, Э. Кречмер, очевидно, не решался писать о современниках вообще, хотя в семейном кругу высказывал иронические шутки в адрес лидеров фашистской Германии. Однако, полагаю, нельзя исключать при этом и значения национальных чувств самого классика, баварца по происхождению и месту проживания, т. к. многие персоны из партийной верхушки НСРПГ были его земляками.

Капризные, зачастую желчные, не терпящие стандарта, экспансивные шизоиды, в общественной жизни, художественном и литературном творчестве реализуют себя в жанре сатиры. Их художественные и литературные карикатуры поражают своей оригинальностью и парадоксальностью идей, колкостью и язвительностью.

Обычно жилистые, они бывают одержимы идеей укрепления здоровья; их можно встретить среди «моржей» и фанатов бега трусцой, поклонников упражнений йоги и особых диет, например сыроедения и т. п. Они, как правило, высокого мнения о себе, своих способностях, непримиримы и заносчивы, склонны к взрывчатым реакциям, которые по мере усложнения жизненных проблем нарастают вплоть до вспышек гнева и разрушительных поступков. Свойственная им подозрительность может перерастать в бредовую настороженность и паранойальное развитие.

У шизоидов декомпенсация в виде невротических и психопатических реакций может возникнуть в связи с возрастными кризисами, генеративными периодами, а также перенесенными вредностями и психотравмами, сложностями интерперсонального общения, возникающими в малых группах, что иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Мне пришлось проконсультировать выдающегося спортсмена, призера Олимпийских игр по борьбе в тяжелом весе, который в числе прочих психологических проблем, в т. ч. во взаимоотношениях с женщинами, сообщил о трудностях проживания на сборах и соревнованиях. Как выяснилось, дело было в том, что спортсменов расселяли в гостиницах в двухместных номерах, и его напарником постоянно был неугомонный подвижный «малыш». У того борца легчайшего веса, по словам пациента, рот не закрывался ни на минуту. Он постоянно шутил, балагурил, смеялся, что весьма раздражало моего пациента. Ему хотелось побыть одному, помолчать, подумать, помечтать, но напарник, очевидно, личность гипертимная, не оставлял его ни на минуту в покое. Иногда, делился со мной атлет, хотелось растоптать «малыша», но он не мог позволить себе даже выругаться.

Физические данные атлета, в поведении напоминающего большого неловкого ребенка, были таковы: рост — 195 см, вес — 130 кг (при минимально тонкой кожной складке, вызываемой мной у него на животе), в состоянии отличной спортивной формы он легко на одних руках дважды поднимался вверх и опускался вниз по канату; сжимая пальцами граненный стеклянный двухсотграммовый стакан, раздавливал его. Этот гигант, когда находился в дверном проеме, занимал весь его объем, но, выходя из кабинета и шагая по тротуару, явно старался сравняться с людской массой, сжаться и казаться меньше, чем он на самом деле есть, для чего немного сутулился и сжимал плечи, но его походка при этом была ритмично легкой и упругой.

Для динамики шизоидного расстройства личности (шизоидной психопатии) характерны ауто-

хтонно, спонтанно, без видимых причин возникающие депрессивные фазы, отличие которых состоит в том, что они более продолжительные (в тяжелых случаях до 3–4 лет), чем у циклоидов (до 2–3 месяцев). Начавшись с тяжелой астении и вегетативно-невротических расстройств, клиническая картина декомпенсации шизоидной психопатии постепенно обрастает массивной сенесто-ипохондрической симптоматикой, перерастающей в собственно депрессию, рассматриваемую МКБ-10 в разделе F32.

«Этот безумный, безумный, безумный мир» ранит шизоида буквально на каждом шагу неотвратимой необходимостью многочисленных неформальных человеческих контактов ежедневно и ежечасно, и шизоид защищается уходом в себя, в мир идей. Хорошо, если работа соответствует призванию, а в коллективе не лезут в душу, да еще есть узкий круг ненавязчивых друзей-единомышленников, с которыми можно погулять по тихим аллеям, а иногда и просто потрепаться по телефону. Ну, а если все не так?

Тогда шизоид ищет спасения в аутистическом хобби, которое помогает ему ежедневно, еженедельно, ежегодно восстанавливать душевное равновесие. Это книги, пластинки, марки, увлечения йогой, бегом, моржеванием, путешествием, если не в одиночку, то вдвоем-втроем по глухим, безлюдным, малоизвестным местам, куда уже давно не ступала нога человека, горный туризм, альпинизм, дельтапланеризм и т. д.

Вспоминается журнальная статья, в которой автор, любитель путешествий в одиночку по безлюдным местам, сетовал на то, как он был разочарован, когда пробираясь летом по заполярной тундре, заметил, что несколько лет назад здесь уже проходили люди, а он надеялся быть в этих местах первым. По его мнению, год подготовки прошел впустую.

Школьный товарищ автора, романтик, большой любитель рыбной ловли, с проникновенными интонациями в голосе делился: «Ты понимаешь, какое это наслаждение — смотреть на поплавок: все мысли уходят, голова проясняется». Особенно восторженно отзывался он о подледном лове: «Тишина, все внимание на лунке. Получаешь истинное удовлетворение, вытаскивая окуньков».

Если же совсем худо, а на душе тревога и хандра, напряжение и усталость, не помогают увлечения, тогда необходима биологическая терапия, назначенная психотерапевтом или психиатром. Психотерапия также принесит облегчение.

Следующий случай из клинической практики демонстрирует эффект хобби-терапии.

**Пациент 27 лет, электрик** со средним специальным образованием, с динамикой шизоидного расстройства личности, проявляющейся в форме астено-депрессивной фазы, длящейся более полугода, с диффузными тревогами и навязчивым страхом темных улиц (а после второй смены приходилось возвращаться домой поздно вечером). Он также испытывал и различные проблемы, «комплексы» личного порядка. Внеш-

не выглядит бледнолицым, выше среднего роста, астенического телосложения, но достаточно жилистый. По характеру высоко ранимый, любит читать фантастику и мечтать. Лекарственное лечение: трифтазин 1 мг х 2 раза и ноотропил 0,4 х 2 раза в первой половине дня, феназепам 1 мг на ночь, витаминотерапия, психотерапия, в т. ч. групповая, оказали за три недели лишь слабый эффект. Приглашенная на беседу жена больного сообщила ко всему, что он неделями к ней не прикасается, а, запершись в туалете, занимается онанизмом – она подсмотрела. Замечу, что это не редкость с подобными пациентами, сенситивными, легко ранимыми, долго помнящими обиды, нанесенными вспыльчивой женой, но не эту проблему я рассматривал главной. Пациент жил безрадостно, погружался бесповоротно в тягучую депрессию. Его необходимо было встряхнуть, оживить. Многократно я обсуждал с ним необходимость для каждого человека, и для него в том числе, заниматься хобби, лучше на воздухе и в движении. На группе и в индивидуальных беседах мы весьма прицельно и заинтересовано обсуждали этот вопрос. Наконец, пациент решил и пошел с одним своим знакомым в клуб дельтапланеристов. Через неделю перестал посещать сеансы психотерапии. Позвонил, извинился, что не попрощался при уходе с последнего сеанса. Ходить на психотерапию нет времени, так как всерьез занялся дельтапланеризмом.

Где-то через полтора года я случайно встретил уже бывшего пациента в коридоре поликлиники. У него на обеих руках были гипсовые повязки, но он шел весьма энергично и вид у него был уверенный. Я спросил, что случилось, на что он бодро ответил: «Так, пустяки, неудачно спикировал. Все будет хорошо», — и, не останавливаясь, прошел.

Я навел справки. Действительно, переломы в области предплечий в типичном месте срослись у больного быстро и вскоре он возобновил полеты.

Как явствует из всего вышеизложенного, особенно клинических иллюстраций, диагностика шизоидного расстройства личности, если проводить ее исключительно на основании критериев МКБ-10, очевидно, будет затруднена или вообще находиться под вопросом, что неминуемо отразится, во-первых, на способах установления контакта с пациентом, во-вторых, на терапевтических, в т.ч. психотерапевтических, воздействиях и, в-третьих, на психопрофилактике декомпенсаций расстройства личности. Попробуем теперь разобраться в возникших сомнениях и обосновать нашу позицию, обозначенную выше в целях исследования, но для начала обратимся к описанному Кречмером патологическому характеру Робеспьера, а также и к нашей попытке в этом отношении описать фюрера НСРПГ. Но разве с позиции критериев диагностики шизоидного расстройства личности, указанных в МКБ-10, можно двух выше только что указанных политических и государственных деятелей отнести к этому типу аномалии личности/шизоидной психопатии?

Здесь мы сталкиваемся с парадоксом, возникшим в мире в последние десятилетия в разных сферах социальных отношений, в т. ч. и особенно в психиатрии, когда низвергается не просто прошлое, но особенно прошлые достижения, прошлый бесценный опыт, взамен которых навязывается нечто новое, но не развивающее предшествующие достижения, а опускающие их до уровня дилетантских представлений, что, очевидно, во многом обязано распространенному на Западе движению «антипсихиатрия».

Принципиальным показателем, характеризующим расстройство личности, является нарушение социальной адаптации. Если к этому показателю подходить чисто формально — без тонкого, всестороннего и глубокого анализа психологического, морального, нравственного состояния индивидуума — и оценивать его состояние компенсации-декомпенсации с позиции рассмотрения только роста его служебного/политического/государственного статуса как факта, доказывающего отсутствие декомпенсации и т. о. указывающего на несомненную компенсацию, то это будет явно бытовой, а не научно психиатрической оценкой личности как гармоничной или дисгармоничной.

Известно из описаний жизни многих диктаторов, находившихся у власти годы и даже десятилетия, как они, находясь в состоянии хронической гипертимии/гипомании, самозабвенно трудились по 20 часов в сутки или же перманентно испытывали высокий уровень тревоги и страха, находились во власти сверхценных идей, паранойяльной подозрительности, мести и злобы. У всех у них были разлажены семейные и межличностные отношения, а решения, которые они принимали, затем оказывались ошибочными, а не гениальными.

Чтобы завершить мысль, что достижения любого человека, в т. ч. монарха, государственного деятеля, представителя искусств и т. д., сами по себе не доказывают, что у него имеется гармоничный — или только акцентуированный — характер, укажем на личность Петра I. Он провел в России грандиозные широко известные реформы, но и он же провел много разрушительных (но малоизвестных!) для страны нововведений. Будучи юным царем, он лично отрубил головы (явно не царское дело) пятидесяти стрельцам, а в зрелом возрасте пытал своего сына. Любителям анализа структуры личности, в частности царя Петра I, предоставим возможность проделать это самостоятельно, предварительно предупредив, что подобные действия не могут быть случайными и не исходить из того, о чем писал П. И. Ганнушкин, обосновывая облигатные критерии психопатии, и что коротко сформулировал О. В. Кербиков (см. первую страницу статьи).

Теперь нам необходимо определиться с представленными в статье пациентами, особенно с незадачливым экономистом и необщительным атлетом, имеется ли у них расстройство личности вообще, отвечает ли оно трем принципиальным критериям П. И. Ганнушкина, а также и критери-

ям МКБ-10, необходимым для его диагностики, или же здесь имеет место акцентуация личности/характера, по К. Леонгарду [6] или А. Е. Личко [7]? Что касается дисгармоничного электрика, то здесь сомнений в диагностике, на наш взгляд, нет или же они минимальны.

Сразу следует признать, что все три пациента не обнаруживают — с позиции психиатра, имеющего дело с острыми и хроническими психозами — тяжелых проявлений симптомов невротического или психопатического регистра. Однако тут же необходимо отметить, что у двух из них — первого и третьего — в случае неблагоприятно сложившихся обстоятельств (к числу которых может быть отнесено: 1) несвоевременное обращение к специалисту высокой квалификации, что вызовет несвоевременное адекватное терапевтическое воздействие; 2) негативное семейное воздействие; 3) дополнительные психогенные или соматогенные патогенные факторы) вполне возможным было утяжеление и протрагирование симптоматики за счет эндогенизации расстройства — явления, хорошо известного опытным специалистам, которое и нам приходилось неоднократно наблюдать в запущенных случаях.

Что касается атлета, то приходится признать, что, являясь выдающимся спортсменом, он таковым стал не столько благодаря своим врожденным анатомо-физиологическим особенностям, сколько учебе в специализированной спортивной школе-интернате, в которой и учеба, и проживание, как мы можем судить, были глубоко продуманными и благоприятными. Но, проживая ребенком и подростком много лет в условиях общежития, он так и не научился быть общительным. В интернате соблюдался строгий порядок, свет в спальнях комнатах на 4 ученика выключали во время и строго следили за соблюдением тишины. У них, в палате атлетов, все ребята были крупными и сильными, которых, как и его, тренера мотивировали на высокие достижения. Поэтому все они тренировались с полной нагрузкой, уставали, и им было не до баловства. В часы отдыха любил посмотреть телевизор или посидеть на скамейке во дворе интерната и послушать музыку.

Поскольку у него с самого начала появились спортивные достижения, особенно в подростковом и юношеском возрасте, на него тренера сразу обратили пристальное внимание, и он был включен в группу одаренных спортсменов. Их внимательно опекали. Тренировались они по индивидуальному плану, а в свободное от тренировок время не менее часа смотрели видеофильмы о соревнованиях борцов европейского и мирового уровня. Просмотры комментировали тренера с последующим оживленным обсуждением.

Последующая спортивная деятельность и учеба в спортивном ВУЗе также проходили в благоприятных условиях, создаваемых для членов сборных команд. Он много времени вдохновенно тренировался, преодолевая усталость, наращивая силу и улучшая технику. Это было и является его главным увлечением, что, не нарушая



атмосферу інтровертированности, несомненно, стимулює позитивний емоціональний і життєвий тонус, благоприємствує стану компенсації.

Що стосується міжличностних відносин, особливо з жінками, то вони були і залишаються у нього до сих пор проблемними. При обговоренні с атлетом спортивних ситуацій на вершинах Олімпіади вдалося в'ясувати два важливі недоліки, які грають вирішальну роль в упущенні їм перемог, незважаючи на кращу — в порівнянні з суперниками — фізичну форму: 1) малу інтуїтивність, 2) недолік агресивності. Як відомо, у шизоїдів існує дефіцит і того, і іншого.

#### Заключення

В статті, з позиції Е. Кречмера, описані клінічні прояви шизоїдного розладу особистості і його динаміки, зроблена спроба вписати старе класичне зміст в нову

діагностичну форму, зберігши при цьому принципальне в відкриттях класика — явище психоестетичної пропорції на всій осі шизоїдної психопатії від мимозоподібних натур через множинні перехідні варіанти до емоціонально тупих. «Тільки той володіє ключем до розуміння шизоїдних темпераментів — писав Е. Кречмер — хто знає, що більшість шизоїдів відрізняється не тільки надмірною чутливістю або холодністю, але володіють тим і іншим одночасно». По переважанню гіперестезії або анестезії в структурі шизоїдного розладу особистості необхідно виділяти два крайні варіанти: чутливих шизоїдів з астеничними проявами і експансивних шизоїдів з стеничними проявами, що сприяє ефективності терапевтичних і психопрофілактичних заходів.

#### Література

1. МКБ-10. Класифікація психічних і поведінкових розладів [Текст]. – 1996, 208 с.
2. Кречмер Э. Стрoение тела и характер [Текст] / Э. Кречмер – М., 2000. – 208 с.
3. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. [Текст] / П. Б. Ганнушкин / под ред. О. В. Керби́кова. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
4. Керби́ков О. В. Избранные труды [Текст] / О. В. Керби́ков – М.: Медицина, 1979. – 312 с.
5. Простомолотов В. Ф. К сравнительной характеристике неврозов и пограничных состояний у женщин и мужчин (частота, особенности

клиники и динамики) [Текст] / В. Ф. Простомолотов // Curier Medical MS RM. – 1995. – № 3. – С. 45–48.

6. Фест И. «Гитлер: Биография» (1973) [Текст] / И. Фест / Пер. с нем. – Пермь : Культурный центр «Алетейа», 1993. – Т. 1. – 368 с., Т. 2. – 480 с., Т. 3. – 544 с.

7. Леонгард К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард / пер. с нем. – Киев: Выща школа, 1981. – 392 с.

8. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст] / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1977. – 208 с.

### ШИЗОЇДНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ЗА МКХ-10 ТА ШИЗОЇДНА ПСИХОПАТІЯ КРЕЧМЕРА: ПОРІВНЯЛЬНЕ КЛІНІЧНЕ ЗІСТАВЛЕННЯ І ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

В. Ф. Простомолотов

Інститут інноваційної та післядипломної освіти

Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

У статті на підставі багаторічних клінічних, терапевтичних, психотерапевтичних спостережень автор обґрунтовує необхідність повернення до класичних уявлень Е. Кречмера стосовно статичної і динамічної шизоїдної розладу особистості з найбільш принциповим положенням про психоестетичну пропорцію в його структурі. Крайні полюси осі шизоїдної розладу особистості представлені чутливим типом з астеничними проявами і експансивним типом зі стеничними проявами. Розглянуто особливості біологічної та психічної терапії, включаючи терапію хобі та творчістю.

**Ключові слова:** шизоїдний розлад особистості, статика, динаміка, чутливий, експансивний, терапія біологічна, психічна.

### SCHIZOID PERSONALITY DISORDER AND KRETSCHMER'S SCHIZOID PSYCHOPATHY: A COMPARATIVE CLINICAL ANALYSIS AND FEATURES OF BIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL THERAPY

V. F. Prostromolotov

Institute of Innovational and Postgraduate Education

of Odessa I. I. Mechnikov national university

The article based on the author's long-term clinical, therapeutic and psychological observations substantiates the need to return to E. Kretschmer's classical notions about the statics and dynamics of schizoid personality disorder with the most fundamental point of psychoesthetic proportions in its structure. The extreme poles of the axis of schizoid personality disorder are presented by sensitive type with asthenic manifestations and expansive type with stenic manifestations. The features of biological and psychological treatment, including therapy by creative activities and hobbies, are examined.

**Key words:** schizoid personality disorder, statics, dynamics, sensitive, expansive, biological therapy, mental therapy.