

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ



ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ТЕМЫ КОМПЕТЕНЦИИ (знания, умения, навыки)

- **ПК-2:** готовность выявлять и анализировать информацию о потребностях (запросах) пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг).
- **Знание** психиатрических и психологических моделей шизоидного расстройства личности, его видов, признаков и психологических механизмов, подходов к диагностике и психологической коррекции шизоидного расстройства личности (психиатрического, психоаналитического, юнгианского, когнитивного).
- **Умение** подбирать диагностический инструментарий для выявления шизоидного расстройства личности; составлять план клинического интервью и психодиагностического обследования.
- **Навыки** установления контакта с пациентами (клиентами) с шизоидным типом личности; построения беседы с ними с целью формулировки диагностических и психокоррекционных задач.

ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ТЕМЫ КОМПЕТЕНЦИИ (знания, умения, навыки)

- **ПК-4:** способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях.
- **Знание** критериев определения глубины и типа шизоидного личностного расстройства, уровня личностной организации при шизоидном расстройстве личности; основы дифференциальной диагностики от синдромосходных состояний (простой формы шизофрении, шизотипического расстройства, расстройств аутистического спектра, избегающего расстройства личности).
- **Умение** анализировать данные наблюдения, интервью и проективных методик с целью формулировки клинко-психологического заключения о шизоидном расстройстве личности; выявлять мишени для психокоррекции при шизоидном расстройстве личности.
- **Навыки** проведения клинического интервью и проективных методов с целью диагностики шизоидного расстройства личности; анализа и представления полученных результатов в виде клинко-психологического заключения, информирования пациента (клиента) и медицинского персонала (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях.

ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ТЕМЫ КОМПЕТЕНЦИИ (знания, умения, навыки)

- **ПК-5:** способность и готовность определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития.
- **Знание** основных подходов к оказанию психологической помощи пациентам (клиентам) с шизоидным расстройством личности: психоаналитического, юнгианского, когнитивного, а также теорий личности, лежащих в их основе..
- **Умение** давать сравнительную характеристику разным психотерапевтическим подходам и лежащим в их основе теоретическим представлениям; выявлять мишени психотерапевтического воздействия при шизоидном расстройстве личности.
- **Навыки** разработки программы психокоррекционной работы при шизоидном расстройстве личности с учетом социально-демографических и индивидуально-психологических особенностей пациента.

РАЗНОРОДНОСТЬ ГРУППЫ ШИЗОИДОВ

- Блейлер (1903): «личность шизоида состоит из многих сегментов»;
- Крепелин (1913): аутичность, замкнутость в сочетании с раздражительностью, «нервностью», упрямством и капризностью;
- Кречмер (1924): «у шизоидов различают внешнюю сторону и глубину»;
- робкие, застенчивые, тонко чувствующие натуры противостоят равнодушным и тупым;
- наряду с сухими, мелочными, скупыми, язвительными педантами, угрюмыми чудаками и отрешенными от жизни мечтателями к группе шизоидов относятся личности крутого нрава, суровые, деловые, настойчивые, упорные в достижении цели;
- одной части шизоидов свойственны нестабильность (неустойчивость), неспособность к систематическому труду, склонность к бродяжничеству, а другой – противоположные черты: «образцовость» («образцовые дети» по Э.Крепелину), добросовестность, эмоциональная дефицитарность.

«Шизоидные лица обнаруживают наличие внешнего и более глубокого слоя. На поверхности они могут быть brutally прямыми, или мрачными, или неопределенными, или саркастично ироничными, или стеснительными как моллюски, молчаливыми и погруженными в себя. Что находится под этой маской? Это может быть ничто, чёрная дыра отсутствия эмоционального зомби... или может присутствовать холодная бездушность. Некоторые шизоидные лица подобны кажущимся закрытыми римским виллам с опущенными ставнями, защищающими от ослепляющего солнца, но, когда происходит торжество, в них вспыхивают внутренние огни. Существуют шизоидные лица, с которыми мы можем жить и всё же не можем сказать, что мы знаем их».

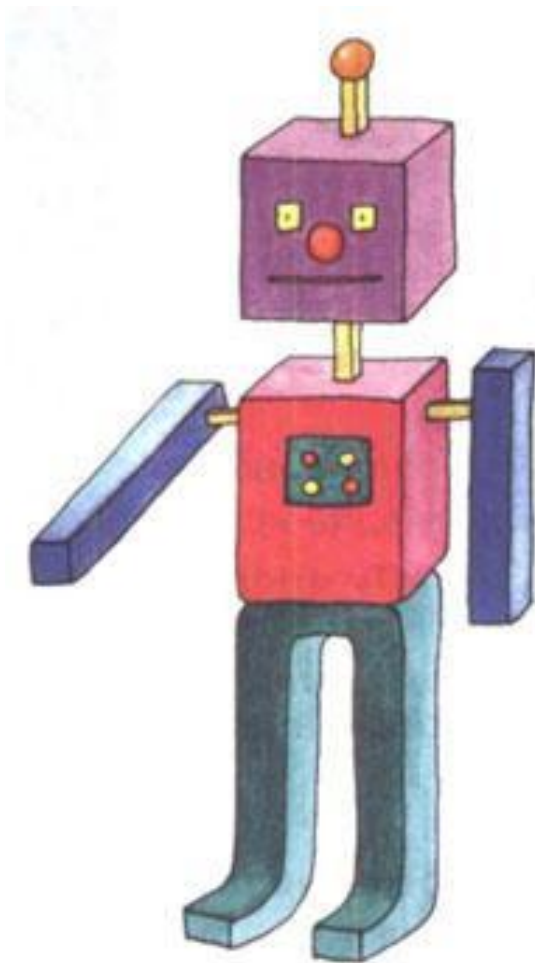


КЛЮЧЕВЫЕ ЧЕРТЫ ШИЗОИДОВ

- социальная замкнутость (аутизм);
- дискомфорт в области человеческих отношений;
- интровертированность;
- обращенность к сфере внутренних переживаний;
- бедность эмоциональных связей с окружающими;
- автономия, самодостаточность и одиночество: жертвуют близостью, чтобы сохранить свою уединенность и независимость;
- скорее наблюдатели, чем участники жизни.



ВНЕШНИЙ ВИД И ПОВЕДЕНИЕ

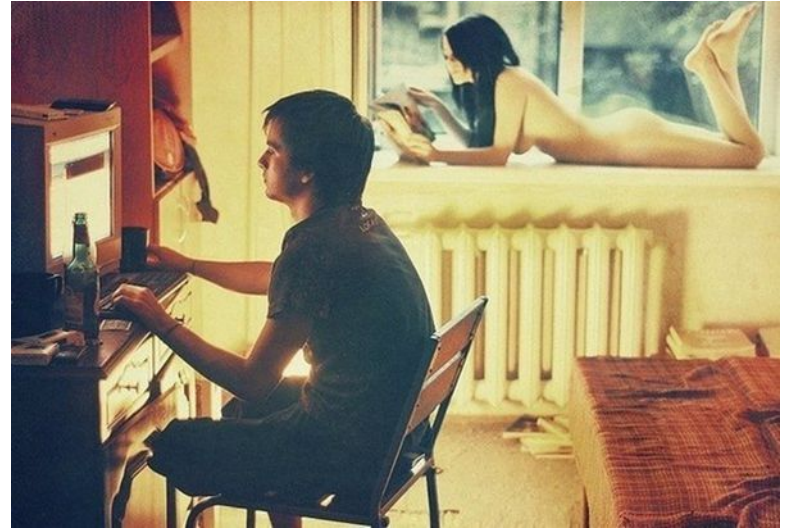


- астеники по Кречмеру;
- дисгармоничность, парадоксальность внешнего облика и поведения;
- одежда стилизована – это либо подчеркнутая изысканность, аристократичность, либо намеренная небрежность;
- вялые и невыразительные движения;
- моторика отличается неестественностью, недостатком пластичности;
- угловатость;
- мимика лишена живости, ограничена набором стандартных выражений;
- медленная, монотонная речь;
- голос мало модулирован, нередко разговор ведется как бы на одной ноте.

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

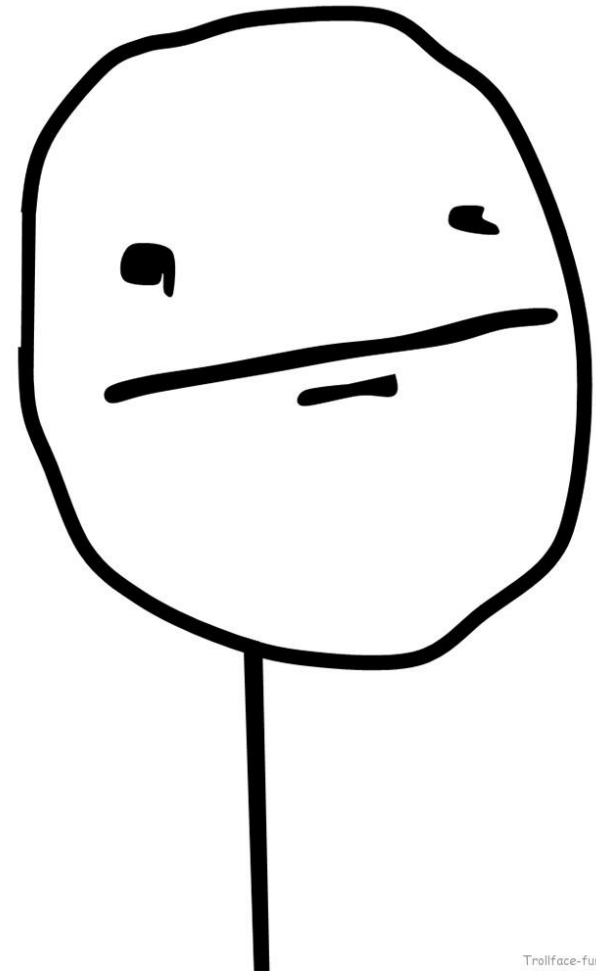
- недостаток межличностных отношений;
- замкнутые, ведущие затворнический образ жизни, одинокие;
- отсутствие желания и потребности устанавливать отношения;
- мало реагируют и на негативную, и на позитивную обратную связь от окружающих;
- получают мало удовлетворения от взаимоотношений с людьми;
- активно избегают встреч с незнакомыми людьми;
- социальный мир как бы отделен от них невидимой, но непреодолимой преградой;
- избирательная общительность - очень разборчивы в контактах;
- возможен обширный круг сугубо формальных контактов;
- слабое желание (или никакого) вступать в сексуальные отношения.





АФФЕКТИВНОСТЬ

- аффективно ограничены;
- не обнаруживают ни сильных негативных, ни сильных позитивных эмоциональных реакций;
- часто кажутся безразличными и чувствуют себя таковыми;
- неспособны распознавать тонкие эмоции как у себя, так и у других;
- погружены в себя;
- сдержаны;
- лишены синтонности.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ САМОРЕАЛИЗАЦИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ



- схоласты, непрактичные, нелюдимые, кабинетные учёные;
- идеалисты, фанатики, деспоты, стремящиеся к «революционному» преобразованию общества;
- коллекционеры, деятели искусства с абстрактной направленностью творчества, занятые поиском новых форм;
- нередко встречаются лица с высокоразвитыми мануальными навыками (пианисты, скрипачи, квалифицированные мастера ручного труда);
- немало независимо и оригинально мыслящих ученых, философов – авторов талантливых и ценных научных концепций, устанавливающих неожиданные закономерности;
- но чаще шизоидные личности выполняют простую работу, не соответствующую их более высоким способностям.

КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

- неопределенность и бедность мыслей;
- «дефектное перцептивное сканирование», приводящее к потере тонких деталей жизни;
- навязчивая фиксированность на определенной узкой сфере интересов;
- склонны рассматривать различные факты, ситуации, проблемы, не имеющие, казалось бы, никакого отношения к их доминирующей идее, сквозь призму последней.
- способны к установлению неожиданных непредвиденных взаимосвязей, результатом чего могут стать гениальные инсайты, не доступные людям, обладающим только высоким интеллектом.



ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД: ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА

- диагностическая категория, которая развивалась почти 100 лет;
- впервые термин «шизоидный» использовал М.Блейлер (1924);
- термин образован из приставки **«schizo-»**, (греч. «раскол, расщепление») и суффикса **«-oid»**, что означает «подобный или изображающий»;
- Хох и Полатин (1939): «псевдоневротические шизофреники» - группа непсихотиков, предрасположенных к развитию шизофрении;
- Кречмер (1925): «аффективная ущербность» у двух видов шизоидной личности — «гиперэстетических» и «анэстетических».
- В DSM-I шизоидная личность характеризовалась избеганием взаимоотношений с другими людьми, неспособностью выразить враждебность или агрессивные чувства и аутичным мышлением.
- Это описание соответствует современным диагнозам избегающего, шизоидного и шизотипического расстройств личности.
- Только в DSM-III произошло разделение этих расстройств.

КРИТЕРИИ ШИЗОИДНОГО РА ПО DSM-IV

Шизоидное личностное расстройство характеризуется индифферентностью к социальным отношениям и суженным диапазоном эмоциональных переживаний и выражений.

Это расстройство диагностируется на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для подтверждения данного вида нарушения:

1. Отсутствие стремления, желания к установлению сколь-нибудь тесных межличностных отношений.
2. Предпочтение активностей, связанных с работой в одиночестве.
3. Редкое переживание и выражение сильных эмоций.
4. Отсутствие выраженного желания вступать в интимные отношения и осуществлять сексуальную активность с другими людьми.
5. Индифферентность к одобрению и критике.
6. Отсутствие близких друзей или людей, которым они доверяют, кроме наиболее близких родственников.
7. Суженный аффект.

КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- тревожные, депрессивные и дисфорические расстройства;
- деперсонализация;
- кратковременные психотические эпизоды;
- соматическая стигматизация в виде невропатического диатеза (параксизмально возникающие соматоформные или психовегетативные кризы с преобладанием алгий и субклинической органоневротической симптоматики; преходящие аллергические реакции (дерматит, крапивница), термоневроз, субклинические панические атаки).
- может сочетаться с чертами шизотипического, параноидного и обсессивно-компульсивного РЛ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА

- Частота варьирует от 0,3% до 5,7% (Lievley, 2001) составляет в среднем 1,7% (Torgersen et al., 2001).
- В отдельных случаях зачатки шизоидного склада могут обнаружиться уже вскоре после рождения (на 1-3-м году жизни). Эти состояния обычно описываются в рамках непрогредиентного варианта синдрома Каннера или синдрома РДА.
- В других случаях отдельные шизоидные черты (расстройства психомоторики – гиперкинетическая активность либо медлительность и вялость) проявляются уже в 3-4-летнем возрасте. (Аспергер (1944) - «детская аутистическая психопатия», E.Ritvo (1998) - «мягкий аутизм»).
- В школьном возрасте обнаруживаются развитое логическое мышление, подчас недюжинные математические способности.
- Вместе с тем такие дети мало приспособлены к обыденной жизни, оказываются беспомощными при решении простых житейских вопросов.
- Их не тянет к сверстникам, они не участвуют в коллективных играх.
- Обращенность к внутреннему миру (интроверсия) нередко оборачивается склонностью к фантазированию (аутисты-фантазеры): создание вымышленных миров или поглощенность виртуальной реальностью компьютерных игр.
- Нередко подобная одаренность сочетается со склонностью к бесплодному рассуждательству и эмоциональной холодностью.

ТИПОЛОГИЯ ШИЗОИДОВ

- Основой шизоидного темперамента, по Кречмеру, является **психэстетическая пропорция** – сочетание черт чрезмерной чувствительности (гиперестезии) и эмоциональной холодности (анестезии).
- По этому критерию в структуре шизоидного РЛ (в отечественной психиатрии) принято выделять два крайних типа характеров с широкой гаммой переходных вариантов:
- **Сенситивные шизоиды** - люди со «сверхнежной» внутренней организацией, болезненно чувствительные, тонко и глубоко чувствующие, со склонностью к утонченному самонаблюдению, скромные, мечтательные, легко астенизирующиеся, избегающие бурных проявлений чувств, болезненно самолюбивые.
- **Экспансивные шизоиды** – это решительные, волевые натуры, не склонные к колебаниям, мало считающиеся со взглядами других, высокомерные, холодные, желчные, неспособные к переживанию, иногда бессердечные и даже жестокие, что может сочетаться с уязвимостью, глубоко скрываемой неудовлетворенностью и неуверенностью в себе.
- Э.Кретчмер выделяет в пределах этого типа:
 - «утонченно-холодных аристократов»
 - «холодных деспотов»
 - «вспыльчиво-тупых».

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- Шизоидное расстройство личности и шизофрения;
- Шизоидное и шизотипическое расстройство личности;
- Шизоидное и избегающее расстройство личности;
- Шизоидное расстройство личности и аутизм.

ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически обнаруживаются по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

- неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешёнными;
- поведение или внешний вид — чудаковатые, эксцентричные или странные;
- плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности;
- странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами;
- подозрительность или параноидные идеи;
- навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
- необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация;
- аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности;
- эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ: СТРАХ ПОГЛОЩЕНИЯ И ШИЗОИДНЫЙ УХОД



ПСИХОДИНАМИКА ШИЗОИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

- **драйвы, аффекты и темперамент:**
 - гиперреактивны, легко поддаются перестимуляции, врожденно сензитивны;
 - в области драйвов шизоидная личность борется с проблемами орального уровня: она озабочена необходимостью избежать опасности быть поглощенной, всосанной, разжеванной, съеденной (проекция собственного голода);
 - значительная тревога по поводу базальной безопасности, но отсутствие страданий от стыда и вины.
- **защитные и адаптационные процессы:**
 - общий недостаток защит;
 - патогномоническая защита — уход во внутренний мир, в мир воображения;
 - нередко используются проекция и интроекция, идеализация и обесценивание;
 - из зрелых защит основная — интеллектуализация.
- **собственное Я:**
 - индифферентны к тому эффекту, который они производят на других и к их оценкам;
 - предотвращают возможность быть определенными другими людьми;
 - самоуважение часто поддерживается индивидуальной творческой деятельностью.
- **объектные и межличностные отношения:**
 - субъективная жизнь пропитана глубокой амбивалентностью по поводу привязанности: страстно жаждут близости, но ощущают постоянную угрозу поглощения другими; ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность и независимость, но при этом страдают от удаленности и одиночества;
 - в сексе могут быть механистичны и бесстрастны, чтобы не попасть в «западню»;
 - бесстрастное, ироническое и слегка пренебрежительное отношение к окружающим;
 - могут быть очень заботливыми по отношению к другим, хотя и продолжают при этом нуждаться в сохранении защитного личного пространства.

ГАРРИ ГАНТРИП: ШИЗОИДНЫЙ УХОД

- «Мы ищем людей, а не удовольствий».
- Шизоидный уход = отказ от объектных отношений.
- **Любовный голод** как основа шизоидного ухода: шизоид испытывает любовный голод, жадность, собственничество, чрезмерную потребность, желание убедиться в обладании объектом, помещая его внутрь себя, проглатывая и инкорпорируя его, желание заполучить объект в свое полное распоряжение.
- Ужасный страх, что любовь стала столь жадной и собственнической, что теперь она деструктивна => страх по поводу «поглощения» другого и «поглощения» другим.
- С людьми шизоид чувствует себя либо «лопающимся» (если он помещает их внутрь себя), либо страдающим от удушья (если чувствует, что поглощается ими и теряет в них свою личность).
- Ужасная **дилемма шизоида** состоит в том, что сама любовь оказывается деструктивной и он не осмеливается любить. Поэтому он уходит в отчуждение и равнодушие. Все близкие взаимоотношения воспринимаются как «поедание, проглатывание», и поэтому слишком опасны, чтобы рискнуть их иметь.
- Неспособность существовать отдельно от любимого объекта, отсутствие собственной подлинной индивидуальности.
- Колебания между регрессией к матке (пассивная пренатальная безопасность) и борьбой за рождение.
- Попытка спасти свое эго от преследования путем **бегства внутрь** к безопасности порождает еще более серьезную опасность утраты эго другим путем.

ЮНГИАНСКИЙ ПОДХОД: «ЗАМЕРЗАЮЩИЙ ВО ЛЬДАХ»



ГЕНЕЗ СТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРА

- Изоляция, переживаемая в значимых детских отношениях, интернализуется во внутриспсихическую изоляцию.
- Шизоидный характер располагается на пересечении избегающего паттерна и примитивной стадии.
- На примитивной стадии Эго ещё не дифференцировано от бессознательного и легко захватывается им.
- Шизоидная личность постоянно борется за выживание, сопротивляясь угрозе затягивания в бессознательное и страху дезинтеграции.
- Эго остаётся во власти архетипов и уходит в защитную инкапсуляцию мира фантазий, пытаясь уберечь «личностный дух» (Калшед).
- С внутриспсихической точки зрения, **инкапсуляция** призвана создавать для Эго иллюзию надёжного укрытия. Однако, если она слишком глубока, ощущение своего бытия и его смысл теряются.

ВНУТРЕННИЙ МИР: ТРАВМА ПУСТОТЫ

- Шизоидный пациент испытывает ужасающую пустоту, невыразимый страх, его внутренний ландшафт не заселён человеческими фигурами.
- В аспекте сознания или Эго бессознательное воображается и переживается как **пустота**. Часто эта пустота представляется в качестве обширного, ничем не заполненного пространства, огромной территории, обезлюдившей или вообще не населенной никакими формами жизни.
- Он часто предаётся бесконечным мечтаниям и фантазиям, которые могут быть яркими, символическими и завораживающими.



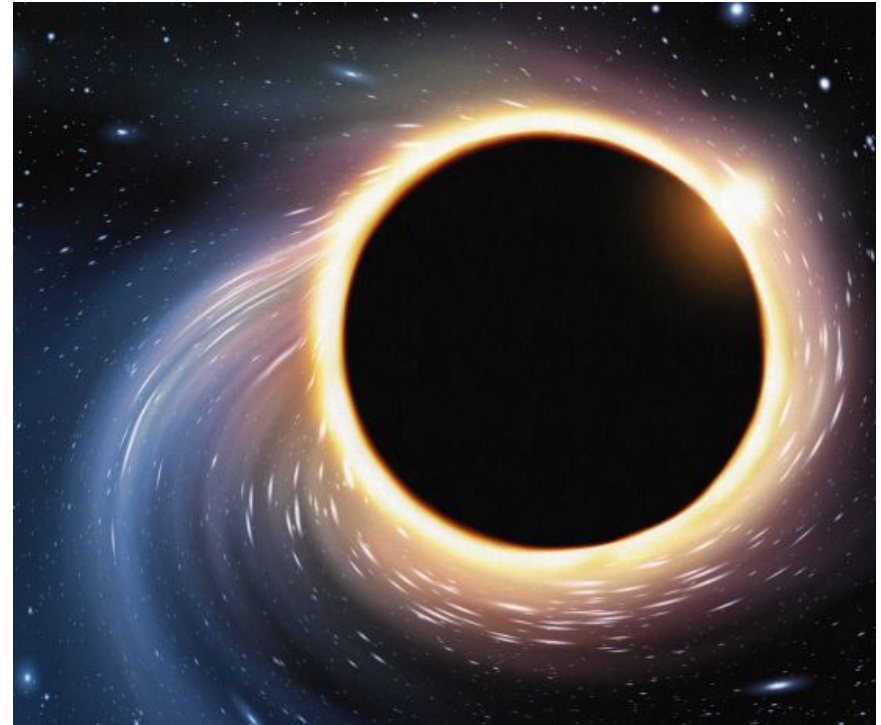
ТЕЛО, АФФЕКТЫ, ОТНОШЕНИЯ

- Шизоидная личность обычно не контактирует со своим телом и аффектами, у неё отсутствует телесно переживаемый опыта. Она живёт в теле, которое как бы спит или ещё не пробудилось к жизни.
- Шизоиды часто сталкиваются с мучительной проблемой отчужденности от собственного тела и страхом сексуальной близости.
- Характерны переживания деперсонализации и дереализации.
- Шизоид почти не способен вступать в близкие взаимодействия, хотя иногда обладает особой чувствительностью к ним.

ШИЗОИДНАЯ ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ

- Образ «чёрной дыры» передаёт ощущение катастрофического разрыва связности Я, возникающее в результате тотальной имплозии - Эго коллапсирует и падает в безобъектную бездну.

- В этом состоянии «чёрной психотической депрессии» идентичность, сознание, способность к осмыслению опыта исчезают в пространстве архетипической реальности.



КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ: «ЖИЗНЬ ПРОЩЕ БЕЗ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ»



КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ШИЗОИДНОМ РА

● Когнитивный стиль

- неопределенность и бедность мыслей, «дефектное перцептивное сканирование» (Millon), что приводит к потере тонких деталей жизни;
- недостаток эмоционального реагирования, эмоциогенные стимулы не воспринимаются и не могут вызвать эмоции;
- безразличны, минимально отзывчивы или интеллектуально отзывчивы к стимулам, которые могут вызывать удовольствие, гнев, печаль или тревогу у других людей;
- знают, что другие люди определенным способом реагируют на определенные стимулы, но они не могут реагировать таким же образом или в той же степени, что и другие.

● Автоматические мысли (общий недостаток автоматических мыслей)

- Я предпочел бы делать это сам.
- Я предпочитаю быть один.
- У меня нет никакой мотивации.
- Я просто притворяюсь.
- Зачем беспокоиться?
- Кого это заботит?

● Представление о себе

- самодостаточный одиночка
- скорее наблюдатель, чем участник жизни.

● Представление о других

- навязчивые, назойливые
- ограничивающие
- бесполезные

КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ШИЗОИДНОМ РА

Убеждения:

- Я по существу один.
- Близкие отношения с людьми бесполезны и неприятны.
- У меня все получается лучше, если я никем не обременен.
- Близкие отношения нежелательны, так как они ограничивают свободу действий.
- Люди — это взаимозаменяемые объекты.
- Отношения с людьми создают проблемы.
- Жизнь проще без других людей.
- Не стоит беспокоиться по поводу человеческих отношений.
- Мне лучше сохранять дистанцию и не высовываться.
- Внутри я пустой.
- Я не приспособлен к социальной жизни.
- Жизнь легка, и в ней не к чему стремиться.
- Меня ничто никогда не возбуждает.

● Условные убеждения:

- Если я слишком сильно сближаюсь с людьми, они пользуются мной.
- Я не смогу быть счастливым, если потеряю подвижность.

● Инструментальные убеждения:

- Не сближайся с людьми.
- Сохраняй дистанцию.
- Не участвуй ни в чем.

● Стратегия: держаться от людей на расстоянии, насколько это возможно.

СОЦИОГРАММА ПАЦИЕНТА С ШИЗОИДНЫМ РА

