

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра общей психологии и психологии развития

**В.В. Волов**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ  
САМООРГАНИЗАЦИИ  
ПРИ ПАРАНОИДНОЙ  
ШИЗОФРЕНИИ**

Самара

Издательство «Универс групп»

2008

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета  
Самарского государственного университета*

УДК 616.89

ББК 88.48

В 68

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор **А.А. Александров**

доктор психологических наук, профессор **П.В. Яньшин**

**Волов, В.В.**

В 68 Психологические механизмы самоорганизации при параноидной шизофрении [Текст] / В.В. Волов. – Самара : Изд-во «Универс групп», 2008. – 151 с.

ISBN 978-5-467-00155-5

В монографии представлены психологические механизмы и модели структурно-функциональной организации психики при параноидной шизофрении, полученные на основе исследований неосознаваемой сферы и сферы личности мужчин и женщин с использованием в качестве обобщающего методологического аппарата синергетики. На основе авторских моделей структурно-функциональной организации психики в работе раскрыты отдельные аспекты феноменологии шизофрении. Выявлены признаки интрапсихического конфликта, вскрывающие заложенную патологическую несовместимость психических образований – личности, его ядра эго и транслируемого интроекта супер-эго.

Книга рекомендована для научных сотрудников, психиатров, медицинских и социальных психологов, аспирантов и студентов психологических факультетов. Монография может быть использована в качестве учебного пособия по дисциплинам «Клиническая психология» и «Патопсихология».

УДК 616.89

ББК 88.48

***Перепечатка материала допускается только со ссылкой на данное издание.***

ISBN 978-5-467-00155-5 © Волов В.В., 2008

© Самарский государственный университет, 2008

© Рутинов С.Ю., оформление обложки, 2008

## Оглавление

Предисловие.....	4
Введение.....	6
Глава 1. Феномен шизофрении .....	9
1.1. Анализ исследований шизофрении .....	9
1.2. Проблема влечений в психологии .....	14
1.3. Проблема структурной организации личности.....	28
1.4. Психологические теории шизофрении. Изменения в сфере влечений и личности при шизофрении .....	36
Глава 2. Механизмы и модели структурно-функциональной самоорганизации психики при параноидной шизофрении.....	49
2.1. Инструментально-методологический аппарат исследования .....	49
2.2. Синергетический подход как инновационный инструментарий в исследовании механизмов самоорганизации при шизофрении .....	53
2.3. Исследование структурной организации личности .....	57
2.4. Исследование психодинамики влечений .....	88
2.5. Системно-синергетический анализ психодинамики влечений и организации личности .....	106
Заключение .....	114
Библиографический список.....	133

## Предисловие

В своей работе по изучению психологии шизофрении В.В. Волов реализовывает системно-синергетический подход. По результатам исследования разработаны модели структурно-функциональной организации психики при параноидной шизофрении.

Используя системно-синергетический подход, автору удается формализовать анализ психологических переменных и психики как системы в целом, опираясь на понятия устойчивости, структуры и функции, энергии и информации, организации и диссипативных процессов. Такой подход позволил унифицировать психические феномены при шизофрении для их интерпретации на системном уровне. Кроме того, использование математических моделей и методов отражения трендов психодинамики влечений в формате ангармонических колебаний, применение структурно-аналитического подхода для оценки организации личности позволили получить новые результаты. Впервые на эмпирическом материале выявлены признаки интрапсихического конфликта; показаны гендерные отличия патогенеза шизофрении на психическом уровне.

Работа содержит допустимое количество гипотетических посылов, доказательство которых предстает перед нами в формате косвенных подтверждений тестовых значений и клинических данных. В результате по раскрытым психологическим механизмам автор выявляет структурно-функциональные особенности организации психики, в комплексе представляющие собой модели психической самоорганизации при параноидной шизофрении. Данные модели интересны не только в теоретическом плане, но и в прикладном значении, практическом применении, так как могут быть использованы для выявления патологических процессов на психологическом уровне. Отличие психологических механизмов и моделей, представленных в работе, от некоторых аналогичных психологических концепций связано с их эмпирической платформой. Ведь большинство психологических концепций шизофрении представлено, как правило, лишь авторскими гипотезами, при чем часто игнорирующими реальную клинику и меди-

цинские факты. В работе В.В. Волова выделены личностные блоки и комплексы при шизофрении; созданы регрессионные уравнения для диагностики заболевания. Вместе с тем работа выполнена с опорой на системный подход, что также отличает от многих теоретических работ, лишь декларирующий «системность» и «комплексность» исследования. Используемые методы синергетики в изучении психических механизмов самоорганизации при шизофрении позволили применить для диагностики и анализа фундаментальные законы и принципы естественных наук, адаптированные для гуманитарных исследований, в комплексном анализе психолого-диагностических данных и клинических фактов.

Трактовка феноменологии шизофрении как нарушения информационной модели развития системы психика с различными структурно-функциональными отклонениями, отражающимися в форме конфликта, в целом не противоречит классическим представлениям на шизофрению в психиатрии и психоанализе. Но при этом автор предлагает конкретные модели и критерии для диагностики заболевания.

В заключении считаю важным отметить, что работа В.В. Волова открывает новые перспективы в исследовании феномена шизофрении и сама по себе представляет, в известном смысле, прецедент раскрытия отдельных психологических аспектов шизофрении, что само по себе важно для понимания и разработки новых психотерапевтических подходов этого тяжелого заболевания.

Зав. кафедрой медицинской психологией  
Санкт-Петербургской медицинской академии  
последипломного образования,  
доктор медицинских наук, проф. А.А. Александров



## **Введение**

В представленной монографии рассматривается феномен шизофрении. Анализируется широкий спектр психоаналитических, социально-психологических, клинико-психиатрических и других подходов и концепций исследования данного заболевания. В работе предлагаются авторские модели структурно-функциональной организации психики при параноидной шизофрении, полученные на основе исследований неосознаваемой сферы и сферы личности мужчин и женщин с использованием синергетики в качестве обобщающего методологического аппарата.

В монографии реализован системно-синергетический подход, предназначенный для комплексного изучения сложных систем, находящихся в состоянии «вдали от равновесия» (в том числе диссипативных процессов), т.е. в предельном состоянии, с применением широкого спектра естественно-математических методов исследования. Шизофрения является именно таким предельным состоянием психики с проявлением деструкции на разных уровнях. Системно-синергетический подход дает возможность формализовать анализ психики как системы, ее состояние, используя такие понятия, как условная «энтропия», «эксергия», критерии статической и динамической устойчивости. Данный подход позволяет унифицировать наблюдаемые психические феномены для их интерпретации в понятиях информации и энергии, структуры и функции, что в нашем исследовании также способствовало выходу за пределы проблем понятийно-категориальной и методологической совместимости используемых психологических концепций и диагностического инструментария. Так, на основе системно-синергетического подхода удалось адаптировать инструментально-диагностический аппарат зондирования неосознаваемой сферы психики с использованием математических моделей и методов отражения трендов психодинамики влечений в формате автоволновых

процессов. В результате в настоящем исследовании получены модели структурно-функциональной организации психики при параноидной шизофрении.

Для оценки структурной организации личности применен структурно-аналитический подход, базирующийся на вероятностных распределениях случайных процессов и корреляционном анализе, на принципах структурной и дифференциальной психологии с использованием в качестве психодиагностического аппарата теста Р. Кеттелла. Для оценки функциональной составляющей использовалась методика зондирования сферы влечений Л. Сонди, основанная на технике аффективного выбора и являющаяся универсальным аппаратом, проникающим в подсознательную область психики посредством активации направленного проецирования, минуя защитные механизмы. Помимо стандартных алгоритмов интерпретации, в работе с этой методикой использован анализ динамических характеристик на основе метода ангармонических колебаний. Для определения взаимозависимости психодинамики влечений и организации личности был использован общенаучный феноменологический подход. На его основе с применением системно-синергетического метода в настоящем исследовании выявлены структурно-функциональные особенности организации психики, в комплексе представляющие собой модели психической самоорганизации при параноидной шизофрении. Разработанные модели позволяют устанавливать патологические психические процессы на основе оценки психодинамики влечений с помощью ангармонического и флуктуационного анализа. Структурно-аналитический подход позволил выделить специфические личностные блоки и комплексы при шизофрении. Созданы регрессионные уравнения для диагностики параноидной шизофрении у женщин и мужчин.

На основе авторских моделей структурно-функциональной организации психики в работе раскрыты отдельные аспекты феноменологии шизофрении. Выявлены признаки интрапсихического конфликта, вскрывающие заложенную патологическую несовместимость психических образований – развивающейся личности, его ядра эго и транс-

лируемого интроекта супер-эго. Помимо конфликта и его синергетической интерпретации, в работе вскрыт неожиданный аспект содержания интроекта супер-эго как архаического образования и как возможного носителя конфликта, а также его роль в развитии и процессе самоорганизации психики. Наша трактовка феноменологии шизофрении как нарушения информационной модели развития системы психики с различными структурно-функциональными отклонениями, отражающимися на психо-энергетическом уровне в форме интрапсихического конфликта, опирается на универсальный методологический и инструментально-методический аппарат синергетики в его информационно-термодинамической интерпретации. Используемые методы синергетики в изучении психических механизмов самоорганизации позволили применить для диагностики и анализа единые, фундаментальные законы и принципы естественных наук, адаптированные для гуманитарных и смежных исследований шизофрении.

В работе представлена идея о том, что психологические механизмы самоорганизации при шизофрении детерминируются моделью отраженной интрапсихической несовместимости (проявляющейся структурно-функциональными нарушениями в переходные периоды или в предельных условиях развития) и выходят за рамки только психической патологии отдельной личности.



# Глава 1. Феномен шизофрении

*Человеческое бытие нельзя постичь  
вне безумия, более того, оно не было  
бы человеческим, не будь именно безу-  
мие внутренним пределом его свободы.*

*Жак Лакан*

## 1.1. Анализ исследований шизофрении

Изучением проблемы шизофрении занимаются специалисты разных областей медицины многие годы. Тем не менее, на основные вопросы о ее этиологии, ведущих патогенетических механизмах и универсальных методах лечения не получены исчерпывающие ответы. Данное заболевание поражает и инвалидизирует наиболее молодую и работоспособную часть населения, прежде всего мужчин от 25 лет (Л.М. Шмаонова, Ю.И. Либерман, 1979; D.A. Regier, J.D. Burke, 1989). В нашей стране шизофренией болеет каждый сотый человек (А.А. Чуркин, Ю.В. Сейку, В.Г. Ротштейн, 1998). Прогноз при диагнозе параноидная шизофрения крайне неблагоприятный. Современные психофармакологические средства воздействуют на отдельные мозговые образования, синапсы, общую нейродинамику, лишь купируя патологические симптомы заболевания. Применяются психотерапевтические методы лечения, направленные, на решение задач профилактики, психогигиены и коррекции внутрисемейных отношений больного; есть отдельные попытки применения психоанализа и экзистенциальных моделей психотерапии (Р. Кочунас, 1993; В.Д. Вид, 2000). Существуют и уникальные методики лечения, основанные на концепции патологического одиночества и на высокотехнологичных скульптурного портретирования (Г.М. Назлоян, 1979). Для массового лечения и профилактики шизофрении требуется разработка и применение новых методов и подходов.

В настоящее время существует множество различных теорий шизофрении. Условно их можно разделить на теории психогенеза (психо-

логические) и биологические теории (медицинские). Последние представлены генетической гипотезой (Т. Юдин, 1960; В. Гиндилис, 1979; De Lisi, 1994 и др.), нейрохимическими концепциями (например, дофаминовой теорией, А. Carlsson, М. Linqvist, 1963), дизонтогенетической теорией (G. Roberts и соавт., 1986; К. Berman и D. Weinberger, 1989), иммунологическими концепциями (Н. Lehmann-Facius, 1937; W. Fessel, 1961; С. Семенов, 1961) и инфекционно-вирусными гипотезами. Среди психологических теорий особое место занимают психодинамические, опирающиеся на принципы и закономерности классического психоанализа (З. Фрейд, 1900). Современный психоанализ связывает возникновение и развитие шизофрении с интрапсихическим конфликтом, возникающим в раннем возрасте (G. Bateson, 1956; N. London, 1973; L. Dixon, 1995), нарушением интерперсональных взаимоотношений в семье (G. Sullivan, 1953; L. Wynne, 1958; M. Singer, M. Toohy, 1976). Другую группу среди основных теорий психогенеза шизофрении составляет феноменологически-экзистенциальная модель, рассматривающая это заболевание как специфическую форму существования личности (В. Франкл, 1963; Р. Лэйнг, 1973).

На основе созданных теорий были разработаны специальные психотерапевтические техники, с успехом применяемые при реабилитации и психокоррекции больных шизофренией. Однако данные психотерапевтические направления не только не кооперируются, но даже отвергаются психиатрами, прежде всего на теоретическом уровне (А. Кемпински, 1969; Ф. Асмус, 1989; П.В. Волков, В. Бистер, 1995; Л. Кьюперс, Д. Лефф, Д. Лэм, 1996; В.Д. Вид, 1997). Это связано с тенденцией искусственного разделения феномена шизофрении на субъективные факторы (психологический конфликт, нарушение идентификации, ранняя эмоциональная депривация ребенка со стороны матери и т.д.) и объективные факты (изменение активности дофаминергической системы, недостаточность серотонинергической нейротрансмиссии, дегенерация норадренергических нейронов, повышенная концентрация эндорфинов и пр.). В результате односторонность в анализе и понимании шизофрении не избегает и собственно медицинских исследований.

Они становятся все более «специализированными», узконаправленными, опираются на отдельные медицинские представления и концепции. Так появились норадреналиновые и глутаминергические гипотезы, дофаминовые и серотониновые теории, генетические, аутоинтоксикационные и другие теории шизофрении. Понятно, что «субъективный» (психический) фактор в таких теориях шизофрении опускается; в лучшем случае, рассматривается как факультативный признак или же как следствие. Нужно признать, что как медицинские, так и психологические теории приводят убедительные доводы и конкретные данные исследований относительно генезиса и определенных патогенетических механизмов шизофрении. Но все по отдельности они лишь констатируют отдельные патогенные процессы и изменения у больных шизофренией в рамках своих специфических научно-практических направлений, обнаруживая частные закономерности и механизмы.

Современная наука подразумевает многосторонний исследовательский подход, базирующийся, в частности, на использовании синергетических принципов, применении системного анализа в изучении сложных явлений и систем, какой является психика человека. При этом предполагается использование универсальных принципов и закономерностей, полученных в разных областях научного знания. Системный подход, междисциплинарные исследования активно проводятся в последние годы в самых разных научно-практических областях науки, в том числе в психологии (Н.П. Бехтерева, 1971; А.О. Прохоров, 1992; Л.И. Вассерман, 1994). Для оценки любой сложной системы наиболее показательным выступает исследование ее предельных состояний. И таким предельным состоянием для психики является шизофрения. Параноидная шизофрения – наиболее распространенная и клинически выраженная форма шизофрении. В связи с экспансивным характером шизофренического процесса, с одной стороны, и его фундаментальным значением для психологии и медицины, с другой, для адекватного, целостного отражения его сущности, вскрытия механизмов исследование должно опираться на системный принцип и фундаментальные законы, адаптированные синер-

гетическим направлением, в том числе для гуманитарных наук. И такие исследования проводятся по изучению шизофрении (Р.Х. Тугушев, 1996, Т.Д. Савина, В.А. Орлова, 2000).

Как известно, при шизофрении отмечается поражение всех сфер психики и диссоциация психических функций. Именно поэтому данное заболевание требует системного исследования с изучением различных уровней психики<sup>1</sup>. В исследовании психологических механизмов самоорганизации при параноидной шизофрении мы применяли принципы синергетики и законы естественных наук. Предлагаемая работа по изучению влияния шизофренического процесса на сферу влечений и структуру личности является психологической. В исследовании были использованы две концепции – психоаналитическая и личностная. При этом аналитическая работа проводилась на базе психиатрической диагностики и соответствующих нозологических критериев. В качестве обобщающего аппарата анализа данных был использован системно-термодинамический подход<sup>2</sup>. Таким образом, данная работа по исследованию психологических механизмов шизофрении по всем характеристикам является синергетической.

К основным патологическим процессам, развивающимся при шизофрении, относят диссоциацию психических процессов, *снижение психоэнергетического потенциала*, развитие *личностного дефекта*, *нарушение селективности информационных процессов*. В связи с этим для интегральной оценки психических изменений при параноидной шизофрении было принято вести данное исследование на информационном и энергетическом методологических уровнях. Такой подход с позиций синергетики является наиболее приемлемым для оценки системы, находящейся в состоянии «вдали от равновесия».

Именно со сферой влечений психологи и психиатры связывают *энергетический потенциал* психики (J. Berze, 1910; E. Stransky, 1914;

---

<sup>1</sup> Помимо собственно психиатрической ценности, психологическое исследование параноидной шизофрении имеет и общепсихологическое значение.

<sup>2</sup> Универсальный аппарат термодинамики в информационно-энергетической интерпретации позволяет изучать сложные системы разной природы, в том числе и психику.

Н. Gruhle, 1922; К. Schneider, 1925; В.А. Гиляровский, 1942; К. Conrad, 1959; А.В. Снежневский, 1974; Ст. Менцос, 1991). В настоящее время проведен ряд исследований эмоциональной, мотивационной, интеллектуальной и других сфер у данного контингента больных. Менее освещенной осталась сфера влечений. Это связано со сложностями диагностики указанной области психики и с отсутствием единой научно-теоретической базы. Вместе с тем область бессознательного является наиболее показательной и информативной. Сам факт, что «оно» проявляется в большинстве симптомов шизофрении (галлюцинации и псевдогаллюцинации, бредообразование, сенестопатии и др.), свидетельствует о необходимости ее тщательного анализа. Именно поэтому актуально исследование влечений, отражающих патологические процессы на психологическом уровне, которые происходят при шизофрении в сфере подсознания.

Исследование личности как управляющей структуры психики, определяющей ее целостность и организацию, также является актуальной проблемой. Именно с личностной организацией связывают сознание и когнитивные функции. В целом определение психологических механизмов адаптации при шизофрении на структурно-функциональном уровне дает представление об общих принципах самоорганизации психики в экстремальных условиях. Выявление принципов структурно-функциональной организации психики является фундаментальной проблемой психологической науки.

Структура и функция являются атрибутами любой сложной системы. В настоящей работе в качестве структуры исследуется личностная организация, в качестве функции – сфера влечений<sup>1</sup>. Изучение личности направлено на выявление механизмов структурной организации психики больного (А.А. Александров, 1981; В.А. Ташлыков, 1987; А.Ш. Тхостов, 1994; В.П. Зинченко, 1996; А.В. Брушлинский,

---

<sup>1</sup> Такой методологический редукционизм во многом оправдан. Конечно, любые психические явления функциональны по определению. Однако, понимая условность понятий основных психических феноменов, с одной стороны, и необходимость их научного изучения, с другой стороны, структурно-функциональное разделение не только допустимо, но и необходимо.

1996; В.В. Знаков, 1998). Исследование психодинамики влечений ориентировано на определение функциональной организации психики (G. Tessier, 1963; Л.Н. Собчик, 1987; С.С. Петров, О.Ж. Бузик, 1989; А.Н. Голик, 1991; Н.И. Мельченко, 1993; П.В. Яньшин, 1997; М.Е. Видгородчик, 1999; А.О. Прохоров, 1998). Для выявления взаимозависимости психодинамики влечений и организации личности использован феноменологический подход, позволяющий исследовать психику на структурно-функциональном уровне, не анализируя промежуточных звеньев (например, мотивационный блок) по системе «черный ящик».

Таким образом, в настоящем исследовании принципов и психологических механизмов структурно-функциональной самоорганизации при параноидной шизофрении был реализован синергетический подход, который, по определению, предназначен для комплексного изучения сложных систем, находящихся в кризисном (предельном) состоянии, с применением методов разных научных направлений.

## **1.2. Проблема влечений в психологии**

Сфера влечений и страстей занимала умы мудрецов еще периода античности. Первую классификацию потребностей предложил философ Эпикур из Эфеса еще в III в. до н.э., разделив их на три группы: 1) естественные и необходимые; 2) естественные, но не необходимые; 3) ни естественные и ни необходимые. Стремление к сохранению жизни философ считал главной потребностью, остальные выводил из соотнесения с этой базовой потребностью. Также Эпикур ввел критерий влечений – интенсивность: когда стремление становится слишком сильным, то превращается в страсть, *pathos*.

О неосознаваемых психических процессах, влияющих на поведение людей, писали такие философы, как И. Кант, Г. Гегель, А. Шопенгауэр, Г. Гельмгольц, Э. Гартман, а также выдающиеся русские физиологи И.М. Сеченов, И.П. Павлов и В.М. Бехтерев, считавшие бессознательное и влечения онтологической основой психики человека [63, 88, 119, 124, 180]. Однако при этом за многие десятилетия не

было создано единой методологии изучения бессознательной сферы психики.

Единственным научным направлением, разработавшим научное понятие бессознательного и влечений, определившим принципы и механизмы его функционирования, установившим его «энергетический потенциал» (и психики в целом), был психоанализ. Именно в сфере бессознательного З. Фрейд искал ответ на извечный вопрос Р. Декарта о психофизическом параллелизме. Однако задолго до появления психоаналитических идей Фрейда и проведения экспериментов И.П. Павлова по исследованию рефлексов и физиологических основ деятельности головного мозга В. Маньян выдвигает идею специфики человеческой психики, заключающейся в ее движущей силе – *удовольствии*, достигаемом стимуляцией «определенных зон мозга» (1870-е гг.), таким образом, впервые определив главенствующую роль влечений [88].

Влечения представляют собой «низшую», природную основу психики. По З. Фрейду, они являются связующим звеном биологического и психического, природного и социального. Еще в 1924 г. при оценивании концепций влечений, созданных исследователями, было обнаружено множество «активностей», которые их создатели называли «инстинктивными, находящимися под воздействием влечений» (L.L. Bernad, 1924). Причина такой ситуации заключалась в том, что, используя обычные психологические средства, невозможно добраться до источников влечений. Поэтому З. Фрейд пытался выяснить, посредством чего влечение может достичь своей цели, то есть объект влечения. По определению, влечение – общая направленность движения организма, бессознательное стремление субъекта к удовлетворению своих потребностей [229].

В психоанализе понятие «влечение» наиболее трудно определяемое. З. Фрейд впервые использовал его в работе «Три очерка по теории сексуальности», проведя различие между инстинктом и влечением. Под инстинктом он понимал генетически наследуемое врожденное (биологическое) поведение, под влечением – «психическое пред-

ставительство непрерывного внутри соматического источника раздражения» [154].

В психологической литературе понятия инстинкта и влечения часто отождествляются, либо исследователями четкая грань между ними не определяется. Так, Р. Стерба описывает инстинкт как силу, воздействующую на психику в целях произведения изменений ее состояний. Влечение же трактуется как движущая сила инстинкта. В целом ученый определяет влечение как количество *энергии*, заложенной в инстинкте [144,149].

О. Фенихель (1936), также соотнося влечения прежде всего с их энергетической функциональностью, указывает на их единый инстинктивный источник. Принципом постоянства (гомеостаза) он объясняет механизм их функционирования, соответствующий фрейдовскому принципу удовольствия. Отметим, что оба принципа подчиняются глобальному *синергетическому принципу устойчивости*. Эти воззрения, по сути, соответствуют классическим психоаналитическим представлениям о влечениях [149,201].

Среди отечественных исследований сферы влечений и аффективности, привлекают внимание работы советского психолога В.С. Дерябина (1938). В своих трудах он с разных сторон подходит к рассмотрению актуальных вопросов физиологии и психологии влечений и эмоций; создает семиологию физиологических и патологических влечений, эмоций и чувств. По Дерябину, влечения, эмоции, и чувства являются врожденными реакциями, относятся к сфере аффективности. Ученый постулирует, что физиологической основой инстинктов, влечений, и сферы аффективности в частности, служат подкорковые структуры; образование физиологической доминанты выступает механизмом их действия [64,65]. Акцент исследования ставится на материальных субстратах влечений, на источниках их активности.

В целом представления отечественных ученых на природу и сущность влечений и потребностей носят естественнонаучный характер, опираются на понятия инстинкта и рефлекса (П.М. Ершов, 1960; С.Б. Каверин, 1987). Такой подход в целом не противоречит принци-



пиальным положениям психоанализа относительно природы влечений [132].

Уделяя особое внимание половому влечению, З. Фрейд выделяет сексуальный объект и сексуальную цель. Под этим углом зрения им были переосмыслены обыденные представления о человеческой сексуальности, в соответствии с которыми ставился знак равенства между сексуальным и генитальным. З. Фрейд описал те отклонения в отношении сексуального объекта и цели, которые могут иметь место при половом влечении.

На основе клинической практики З. Фрейд приходит к заключению, что «психоневрозы» являются результатом действия сексуальных влечений, которые следует рассматривать в качестве постоянного и важного их источника. Наряду с перверсиями З. Фрейд исследовал сексуальные проявления в детстве, что позволило описать как динамику полового влечения, так и первоначальные формы его проявления<sup>1</sup>. Психоаналитическое понимание объекта, цели и источника влечения З. Фрейд дополнил соответствующими представлениями о силе влечения. Для количественной характеристики сексуального влечения он использует понятие «либидо» как некой силы или энергии. Либидо направляет сексуальную активность и позволяет описывать в терминах *экономики* процессы, протекающие в психике, в том числе связанные с невротическими и психическими заболеваниями. Здесь необходимо отметить комплексный подход, который создатель психоанализа использовал еще в начале XX в., интерпретируя психологические феномены, проявляющиеся на биологическом уровне, в терминах *экономики*, реализуя, в сущности, синергетический подход. Эти идеи получили развитие в работах современных психоаналитиков.

Представления о природе и сущности влечений были дополнены концепцией нейтрализации влечений (Н. Hartmann, 1955; Н. Kohut, 1971), предположением о первично нейтральных энергиях эго, а затем и возрождением интереса к нарциссическому либидо как особой фор-

---

<sup>1</sup> Описание эрогенных зон, соответствующих телесных раздражений и сексуального возбуждения позволило ему говорить о токсическом и физиологическом источниках влечения.

ме либидо. Необходимость количественной оценки влечений отмечают современные психоаналитики (Ricoeur, 1970; Stoller, 1979) [108, 144, 210].

В работе «Влечения и их судьба» З. Фрейд углубил свои представления о влечениях [151]. Он подчеркнул, что целью влечения является достижение удовлетворения, а объектом влечения – то, на чем (или посредством чего) влечение может достичь своей цели. З. Фрейд здесь четко сформулировал положение о двух видах влечений: сексуальных (или либидозных), направленных на объект, и влечений эго (или влечений к самосохранению)<sup>1</sup>. Согласно З. Фрейду, влечения подвергаются влиянию трех полярностей: биологической (отношение к миру), реальной (подразумевающей деление на субъект и объект) и экономической (энергетической, связанной с удовольствием и неудовольствием) [153].

Таким образом, З. Фрейд развил понятие влечения как процесса, выделил и охарактеризовал основные его параметры и свойства. По мнению З. Фрейда, существует несколько возможных путей реализации влечений. Влечение может сменить вектор своего направления; может возвратиться на саму личность. Влечение может оказаться заблокированным, т.е. подверженным отступлению от объекта и цели. И, наконец, влечение способно к сублимации (модификации цели и смены объекта, при которой учитывается социальная оценка). В сущности, З. Фрейд описывает возможные пути утилизации, реализации психической энергии в форме влечений.

В «Новом цикле лекций по введению в психоанализ» З. Фрейд обобщил свои взгляды на влечение, выделив в нем источник, объект и цель (источник влечения – состояние возбуждения в теле, цель – устранение возбуждения). Было установлено, что влечение становится действенным на пути от источника к цели. Психически действенное влечение обладает определенным количеством энергии; отношение влечения к цели и объекту допускает изменение: они могут быть за-

---

<sup>1</sup> Впоследствии Фрейд неоднократно подчеркивал, что психоаналитическое понимание влечений с самого начала было дуалистическим.

менены другими целями и объектами, в том числе социально приемлемыми (сублимация). В дальнейшем стали дифференцировать влечения, задержанные на пути к цели и на пути к удовлетворению. Фрейд акцентировал внимание на различии между влечениями к жизни, служащими сексуальной функции, и влечениями к самосохранению – поддержанию равновесного состояния организма (гомеостаза). Сексуальные влечения характеризуются пластичностью, замещаемостью, отстраненностью, в то время как влечения к самосохранению непреклонны и безотлагательны [152, 153].

Первоначально понятие «влечение» было введено Фрейдом для «отграничения душевного от телесного». Однако впоследствии ему пришлось говорить о том, что влечения управляют «не только психической, но и вегетативной жизнью». Было отмечено, что влечение отличается от раздражения тем, что оно происходит от источника раздражения внутри тела и действует как постоянная сила. В дальнейшем, размышляя о началах жизни, основатель психоанализа пришел к выводу о существовании влечения, противоположного инстинкту самосохранения. Это влечение направлено на разрушение жизни. Речь идет о выделении двух противостоящих друг другу влечений человека: влечения к жизни (эрос) и влечения к смерти (танатос).

Таким образом, З. Фрейд подчеркнул диалектический характер природы влечений. В конечном счете, анализ влечений З. Фрейда, являясь по своей природе естественнонаучным, опирающимся на медико-биологический понятийный аппарат, представляет влечения как психическую энергию.

Идею психической энергии развивал В. Райх (1928). Его взгляды на либидо отличаются крайностью, утрируют идеи З. Фрейда об органической природе психической энергии. Ученый считал, что влечение не только полностью представляет собой сексуальную энергию, но и имеет конкретное оргастическое выражение. Райх создает сначала «сексуальную экономику» и «вегетотерапию», а затем и теорию «оргона»<sup>1</sup>. Причину психических расстройств Райх усматривал в наруше-

---

<sup>1</sup> Универсальной первичной психической энергией Райх называет «оргон».

нии обмена либидо. Именно с динамикой влечений, их физико-биологической природой автор связывает адекватную экономику (бюджет) либидо. Большинство актуальных неврозов Райх объясняет нарушением генитальной функции (функцию оргазма). В своих работах исследователь напрямую связывает влечения, либидо и психическую энергию [125].

Противоположную точку зрения о природе психической энергии отстаивал другой ученик З. Фрейда К.Г. Юнг. В отличие от своего великого учителя он считал, что психическая энергия выходит за рамки сексуальной. Автор аналитической психологии относил к психической энергии инстинкты, либидо влечения, желания, аффекты и даже волевые акты [156-158]. В самом общем смысле, в аналитической психологии либидо понимается как метаболизм, поддерживающий в организме состояние соматического *равновесия* (как эксергия – уровень свободной энергии); она определяет отношения между различными элементами психической субстанции, а ее возмущения приводят к возникновению патологических явлений.

«Психическую энергию», по К.Г. Юнгу, не следует отождествлять с «психической силой». Энергия всегда переживается либо как движение и сила – актуальная энергия, либо как состояние – потенциальная энергия. Либидо в интерпретации Юнга выступает как эмпирическое понятие в качестве упорядочивающего принципа и представляет собой меру интенсивности психического процесса<sup>1</sup>. Согласно Юнгу, вся психическая система постоянно пребывает в состоянии энергетического движения. В интерпретации психических процессов на энергетическом уровне Юнг использует такие физические понятия, как «энтропия», «распределение энергии», «принцип естественного градиента» и «разница потенциалов» [161]. Это дает основание констатировать возможность (и необходимость) физической интерпретации в изучении влечения на базе психоаналитической методологии.

---

<sup>1</sup> С точки зрения Юнга, структура психической субстанции носит не статический, а динамический характер.

Проблему психической энергии в рамках психоаналитической теории влечений развивал Л. Сонди. Его теория влечений опирается на два методологических подхода: глубинную психологию и генеалогический принцип генетики. В данном психодинамическом направлении изначально заложен системный научный аппарат, использующий для изучения объекта своей области самые передовые для своего времени знания и достижения других наук [134, 136, 137]. В соответствии с теорией генотропизма, являющейся одним из основных методологических инструментариев теории влечений Сонди, наследственный генотропизм (латентные гены) определяет выборы в любви, дружбе, профессии, болезни и смерти.

В бессознательном людей действуют не только персональные, инфантильно вытесненные и общечеловеческие коллективные побуждающие силы, но, в первую очередь, вытесненные семейные стремления влечений. Анализ судьбы является генеалогией бессознательного. Теория влечений подразумевает наличие в бессознательном трех уровней: личное бессознательное (со слоем инфантильно вытесненного), семейное бессознательное (в котором продолжают динамично действовать латентные, семейные стремления влечений) и коллективное бессознательное [9, 230, 234].

В рамках методологии исследования влечений психоанализ З. Фрейда является онтогенезом, анализ судьбы Л. Сонди – генеалогией, психология комплексов К.Г. Юнга – археологией психики. Эти направления глубинной психологии отличаются родством и связаны с гениальным открытием З. Фрейдом роли бессознательного в жизни человека<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Все три направления опираются на одну предпосылку о существовании феноменов вытеснения и переноса. Симптом, символ и выбор являются тремя главными формами проявления бессознательного. Невозможно произвольно разделить бессознательное на различные формы проявлений или качества: «В любом человеческом поведении и действии, во всех так называемых судьбоносных событиях, в работе участвуют все три качества бессознательного. Из тесной переплетённости этих качеств только с помощью специальных методов можно выдифференцировать особые функции отдельных качеств» [36]. Данные методы – вытеснение в качестве симптом-образующей функции; архетипы в качестве формирующей и ин-

В классификации Л. Сонди восемь факторов и четыре вектора влечений<sup>1</sup>. Основным инструментарием диагностики влечений является созданная автором проективная методика, в основе которой заложены элементы антропометрии и медико-психологической типологии. Стимульный материал методики представлен фотографиями групп людей с различными психическими заболеваниями. Представленные группы больных имеют общие выраженные внешние признаки<sup>2</sup>. Данная связь внешних признаков и внутренних движений души человека соответствует глобальному философскому принципу: «внутреннее равно внешнему». На основе экспериментальных данных по исследованиям взаимодействий, динамики, выявлению внутривекторных механизмов и факторных характеристик влечений Л. Сонди впервые сделал возможным количественную и качественную энергетическую оценку влечений, а также на ее основе определение состояния психики. В последующем на базе теории влечения были сформулированы новые механизмы и принципы функционирования психики, стало возможным производить ее глубинное зондирование, выявлять скрытые (подсознательные) патологические процессы и тенденции не только на качественном, но и на количественном уровне [142, 162, 234].

К.Г. Юнг расценивал либидо как показатель общей психической энергии. Восемь типов влечений из классификации Л. Сонди – формы этой энергии. З. Фрейд считал, что первоначально либидо может иметь лишь две формы: «эрос» (стремление к жизни, к любви) и «танатос» (стремление к смерти, разрушению). Л. Сонди утверждал, что всякий фактор влечения обладает своим специфическим непревращаемым источником энергии, в том числе и его «h»- символ материн-

---

тегрирующей функции для самого разного рода психических элементов; генотропизм в качестве той бессознательной функции, которая обуславливает и поддерживает межличностные и духовные связи.

<sup>1</sup> Л. Сонди утверждает, что типологически разные личностные структуры могут быть представлены разными сочетаниями этих восьми основных потребностей. Система включает в себя восемь факторов, из которых образуются радикалы влечений.

<sup>2</sup> Лица с конкретной психической патологией, фотопортреты которых являются стимульным материалом методики, разбиты по нозологическим группам и обладают общими чертами, внешне отражающими патологию влечений.

ства, соответствующий фрейдовскому «эросу». Позднее автор теории влечений отметит, что все выделенные им восемь групп могут трансформироваться в результате мутаций. Эквивалентом танатоса в классификации влечений Сонди является s-фактор [18,20]. Ссылаясь на высказывание З. Фрейда в работе «По ту сторону принципа удовольствия» о резком различии между влечением к жизни и к смерти, Сонди постулирует их диалектическое единство [154].

Несмотря на некоторые расхождения классиков психоанализа, относительно влечений и их внутриспсихической организации, все они признают как первичную психическую энергию либидо. Предложенные З. Фрейдом «эрос» и «танатос» представляют собой первичные ее формы. Но этим ряд влечений не заканчивается. *Классификация влечений, предложенная Л. Сонди, продолжает дифференциацию влечений.*

Сонди рассматривает основные наиболее заостренные психопатологические формы как прямое выражение первичных влечений человека. Автор теории влечений выделяет сексуальное влечение, классически рассматриваемое в психодинамическом направлении, соотнося его с психопатологической клиникой (гомосексуализм и садизм). Пароксистическое и контактное влечение Сонди также выделяет их из животного мира, и они также соотносятся им с психотической клиникой. Эти три вектора влечений (сексуальное, пароксистическое и контактное) относятся к чисто биологическим, являются производными изначально единой энергии либидо чрез преобразование ее первичных форм выражения (эроса и танатоса).

С возникновением сознания, т.е. с выделением из животного мира вида *homo sapiens* – формируется эго-влечение. Вообще эго-влечение традиционно рассматривается в психодинамическом направлении. На основании клинических наблюдений Сонди обозначает потребности эго-влечения как факторы сужения (k) и расширения (p) «я», которые обеспечивают самосохранение личности путем приспособления к реальности и побуждения «я» к обладанию и расширению пространства бытия. Так происходит дальнейшая дифференциация

влечений. На основании экспериментальных данных Л. Сонди устанавливает связь автономного эго с сексуальным, пароксизмальным и контактным влечением. К моменту формирования эго влечения дифференцируются [204].

А. Адлер, автор индивидуальной психологии, особое значение придавал *стремлению к превосходству* (аналог воли к власти по Шопенгауэру), что в своей сущности перекликается с понятием экспансии эго (расширения) в терминологии Сонди, выделяющего параноидный фактор эго-влечения [2].

Ш. Ференци (1929) также уделяет большое внимание влечениям «я» и представляет их как *интродекцию* и *проекцию*, соответствующие потребностям эго-влечения Сонди – кататаноидному и параноидному факторам [147]. В системе Сонди именно «я» выступает как регулирующая субстанция, обеспечивающая трансцендентность, т.е. перевод влечений, эмоций, аффектов из одного плана в другой. Сонди выделяет четыре регулирующие тенденции «я»: проекцию, инфляцию, интродекцию и отрицание.

Современные теории также утверждают, что именно структурализация психики порождает более эффективные и сложные способы обращения с энергией влечения (Schafer, 1968) [142, 144, 151, 173, 176, 180, 191]. «Влечения заряжают энергией все нормальные и патологические элементы содержания, и все процессы психики, то есть качества, принадлежат психике, а не самой энергии» – считал В. Тэххэ [148, с.57].

В теории поля К. Левина, с помощью которой Сонди обосновал отдельные методологические посылы, также фигурируют понятия «энергия», «напряжение», «потребность», «валентность» и «сила». Структурируя «пространство» личности по аналогии с физической теорией поля, Левин предложил свое видение психического устройства. Анализируя структурно-функциональную организацию личности, ученый, опираясь на фундаментальные законы, пришел к выводу о том, что конечная цель всех психических процессов – вернуть состояние равновесия (через удовлетворение). По Левину, индивид пребы-



вае в развитии и психика, личность подвергаются реорганизации. По мере развития усложняется система иерархических и селективных отношений между напряженными системами [99].

Подобные идеи представлены в концепции баланса потребностей К. Гольдштейна (1939). Потребности здесь рассматриваются как результат стремления к балансу различных по происхождению напряжений личности. Согласно данной концепции организм имеет постоянный, средний стандарт напряжения, которого он придерживается при любых внешних воздействиях и внутренних изменениях. В этом пункте своей концепции Гольдштейн отходит от распространенных воззрений о разрядке влечений, предлагая альтернативную гипотезу «выравнивания» напряжения – эквализацию [115].

Согласно концепции баланса потребностей, эквализация является истинной причиной действий индивида. Психическое созревание, получение жизненного опыта – ни что иное, как стремление к балансу напряжения, которое, по мнению ученого, заключается в избегании фрустрации и внутренних конфликтов. Таким образом, с этим свойством связывается не только ситуативное функционирование психики, но и ее развитие: эквализация от чужеродных воздействий и волнений постепенно трансформируется в актуализацию собственных потенциалов и потребностей личности, т.е. самоактуализацию.

Проблему высших потребностей и самоактуализации разрабатывал и знаменитый психолог К. Роджерс. При этом «тенденцию к самоактуализации» ученый считал связанной с врожденным влечением к совершенствованию личности [115,124].

В целом, иерархия влечений и потребностей в психологии является неоднозначной проблемой. Так, традиционная концепция потребностей А. Маслоу, выраженная в «пирамиде потребностей» и получившая широкое признание, основана на идее врожденности потребностей. Согласно Маслоу, все потребности биологического происхождения. При этом базовые потребности физиологического уровня он причислил к низшему уровню. Следующий уровень – потребности в безопасности; далее потребности в любви, привязанно-

сти и принадлежности к определенной социальной группе; потребности в уважении и признании; высший уровень – потребность самоактуализации. Потребности вышележащих уровней могут быть удовлетворены только при условии предварительного удовлетворения потребностей нижележащих уровней. Впоследствии ученый частично пересмотрел положения своей концепции и в итоге пришел к модели двух классов потребностей: потребности нужды и потребности развития [114].

Оригинальную концепцию влечений и потребностей предложил польский психолог К. Обуховский, разделивший их на всеобщие и индивидуальные. К всеобщим исследователь относит физиологические потребности, а также класс потребностей, связанных с познанием мира, общением и определением смысла жизни. Индивидуальные же потребности специфичны. Их осуществление связано с зависимостями, патологическими потребностями и потребностями отличия. Как и многие другие, эта концепция представляет собой попытку сочетания биологического, инстинктивного и личностного, духовного. Отдельные попытки создания классификации и концепций потребностей и влечений осуществляли представители различных направлений психологии и гуманитарных наук, однако большинство из них не внесли существенного вклада и не привнесли нового в понимание проблемы (W.I. Thomas, 1934; H.A. Murray, 1938; T. Kocowski, 1972) [115].

Развитие психологической мысли в направлении методологии влечений представлено в работах выдающегося немецкого ученого Э. Кречмера, предложившего свою классификацию темперамента, основанную на связи строения тела и психических особенностей (психоморфофункциональная типология). Изучение темперамента и влечений Кречмер считал центральной проблемой медицинской психологии.

В своих работах Э. Кречмер так определил влечения: «Влечениями мы называем те наследственно утвердившиеся компоненты общей аффективности, которые прочно замыкаются, группируясь вокруг известной жизненной цели» [91, с.206]. В работе психического аппарата они выполняют двойную роль. С одной стороны, влечения – неотде-

лимая часть общего темперамента, из которого в дальнейшем возникает более высокая аффективность. С другой стороны, они представляют самостоятельно выступающие психические факторы. При случае они могут оказаться противоположными общим тенденциям личности. Возникающие *конфликты* и кризисные ситуации при взаимодействии влечений с более высокоструктурированными образованиями психики вызывают наибольшую часть неврозов и психозов (такие воззрения соответствуют современным данным отечественных ученых – В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева, 1997) [107,135].

Э. Кречмер, как и З. Фрейд, рассматривал влечения с естественнонаучных позиций, проводя связи с биологическими и физиологическими процессами. Наследственная обусловленность влечений, связь влечений и аффективных порывов – эти наблюдения сближают теорию конституциональных различий с теорией генотропизма Сонди. Кроме того, оба исследователя обнаружили связь психической патологии с внешними физическими факторами. Кречмер при этом сделал акцент на конституциональных особенностях; Сонди – на физиогномических характеристиках. Именно этот принцип соответствия (фрактальности) внешних характеристик внутреннему состоянию позволил Сонди создать единственный диагностический аппарат мониторинга сферы влечений и бессознательного в виде уникальной проективной методики. Специфика указанного аппарата связана с возможностью исследования глубинной области психики посредством активации направленного проецирования, минуя защитные психологические механизмы. В исследовании бессознательных процессов при психотических расстройствах, эндогенных психических заболеваниях, в частности при параноидной шизофрении, данная методика является незаменимой. С ее помощью открываются скрытые бессознательные тенденции.

Таким образом, рассмотренные теории влечений ведущих исследователей обнаруживают общие тенденции. Авторы различных направлений подчеркивают дуалистическую природу влечений, отмечая их биологическую сущность (источник) и психологическое выраже-

ние (потребности, желания, мотивы), а также связь со сферой инстинктов на биологическом уровне и со сферой аффективности – на психологическом. При этом исследования и анализ влечений с различных позиций приводят к энергетическому пониманию сущности влечений, тем самым подчеркивается их ведущая роль в функционировании психики. В связи с «энергетической» сущностью влечений, исследование этой сферы дает возможность оценить состояние психики, ее динамические характеристики, наличие патологических тенденций на сознательном и бессознательном уровнях.

Применение методологии других наук в изучении влечений (принципов экономики З. Фрейдом, физики К.Г. Юнгом, генетики Л. Сонди) является закономерной тенденцией в психологической науке. Использование универсальных методов и принципов естественнонаучного знания позволяет раскрывать сущность изучаемого объекта на новом уровне, выявлять скрытые закономерности и механизмы таких сложных психических явлений, как влечения, исследование которых может проводиться только косвенными методами.

Разработка методологии влечений, построение классификаций в рамках теорий психоанализа, аналитической психологии, индивидуальной психологии, оргонной психологии, теории конституциональных различий, гуманистической психологии находят свое обобщение и развитие в теории Л. Сонди. В рамках этой теории, опирающейся на принципы психоанализа и методологию генетики, классификация влечений приобретает законченный вид, создаются более совершенный аналитико-информационный метод их интерпретации и универсальный психодиагностический аппарат их мониторинга для оценки состояния и функционирования психики на энергетическом уровне.

### **1.3. Проблема структурной организации личности**

В развитии теории личности традиционно выделяют четыре направления. Направление, ориентированное на клиническое наблюдение, начиная с работ Ж. Шарко и П. Жане, З. Фрейда, К.Г. Юнга и В. Мак-Даугалла [154, 155, 160, 161], и современные исследования

Д. Шапиро, К. Леонгарда, А. Личко определили целостный подход к изучению личности [159].

Классики психоанализа подошли к решению исследования личности и психической организации человека *со структурно-функциональной позиции*. З. Фрейд разработал две топологические модели психической организации: 1) бессознательное, подсознание, сознание; 2) ид, эго, супер-эго. Создатель психоанализа выявляет функции, свойства, динамику этих структур, определяет механизмы их взаимодействия (прежде всего конфликты). Динамика личности анализируется на основе распределения психической «энергии». К.Г. Юнг, помимо эго, личного бессознательного и его комплексов выделяет в структуре личности коллективное бессознательное и его архетипы. Кроме того, динамика личности в теории Юнга приобретает новый смысл – развития: психика как бы проходит череду стадий своего генезиса (персона, тень, анима, анимус, самость). Кроме взаимосвязанных систем, Юнг выделяет установки психической активности – интроверсию и экстраверсию, а также функции – мышление, чувство, ощущение и интуиция. Юнг постулирует, что личность представляет собой сложную открытую энергетическую систему, работа которой характеризуется эксергией (свободной энергией).

Следующее направление связано с *гештальтпсихологией* и В. Штерном [159]. Теоретики этого направления придерживались идеи целостности восприятия и в последующем поведения и, соответственно, были убеждены в том, что частичное или фрагментарное изучение элементов поведения не может привести к истине. Отметим также более позднее влияние *экспериментальной психологии* в целом и *теории научения* в частности. Это направление стимулировало интерес к тщательно контролируемому эмпирическому исследованию, лучшему пониманию природы теоретических построений и более детальной оценке способов модификации поведения. Четвертое направление представляет структурный анализ личности, ориентированный на выделение устойчивого набора определенных факторов-черт (Кеттелл, Олпорт, Айзенк) с целью измерения и изучения индивидуаль-

ных различий. С этим направлением связана тенденция шкалирования при измерении поведения и количественном анализе данных. Существуют и другие направления исследования, оказавшие влияние на теорию личности, включая генетику, логический позитивизм и социальную антропологию, но ни одно из них не имело столь далеко идущих последствий, как четыре вышеназванных направления [3, 105, 106, 110, 159].

Теории личности функциональны по своей направленности. Они по-особому соотносятся с вопросами регуляции психики. В центре внимания оказываются проблемы, критически важные с точки зрения выживания индивида. Однако большинство теорий личности не избежало критики, многие из них оказались более умозрительными, чем строго научными. С этим недостатком определенности связано частое смешение того, что дано как допущение, а что установлено эмпирически и доступно проверке. Эмпирической проверке доступны лишь выработанные теорией следствия и предсказания, остальное в теории допускается или принимается как данное и не обсуждается<sup>1</sup>.

Исследование личности как сложной психической модели с выявлением ее структуры и организации, с разработкой диагностического аппарата было максимально полно разработано и математически обосновано в рамках *факторного анализа*, основные идеи которого были предложены К. Спирменом (1904). Он выдвинул положение, согласно которому при изучении двух связанных тестов можно ожидать открытия двух типов факторов, влияющих на результат теста. Первый – генеральный фактор, важный для обоих тестов, второй – специфический, уникальный для каждого теста. Метод факторного анализа был разработан как средство определения существования генеральных факторов и помощи в их идентификации. Техника изолирования факторов, предложенная Спирменом, была усовершенствована его коллегой Л. Терстоуном, введшим многофакторный анализ [105].

---

<sup>1</sup> Вместе с тем разработка диагностических методов, с помощью которых можно не только качественно, но и количественно определять индивидуальные различия в определении свойств личности, остается одной из актуальных задач современной психологической науки.

Факторный анализ позволяет не только изолировать фундаментальные факторы, но и установить, насколько в каждый показатель или систему оценок вносит вклад каждый из рассматриваемых факторов. Это определяется термином «факторная нагрузка» (насыщенность). Психологическое значение фактора во многом определяется природой конкретных показателей, имеющих по нему высокую нагрузку. Идентификация базовых факторов дает возможность разработать инструментарий их измерений и оценок.

К. Барт (1941) предложил методологически более глубокое описание видов факторов, которые можно выявить на основе факторного анализа. Он предположил, что существуют универсальные (генеральные) факторы, определяющие проявления по всем показателям, а также групповые (частные) факторы, играющие роль в описании более одного показателя. Существуют специфические (единичные) факторы, относящиеся к одному показателю. Спорным вопросом факторного анализа стала проблема различения ортогональных (Дж. Гилфорд, 1959) и неортогональных (Р. Кеттелл, 1960) систем факторов, а также связанная с этим проблема признания факторов второго порядка. Сторонники ортогонального подхода придерживались мнения, что в факторном анализе выявляемые факторы не должны коррелировать друг с другом. Указанной позиции придерживался Дж. Гилфорд, считая данный подход наиболее эффективным. Р. Кеттелл и другие ученые придерживались противоположной точки зрения. Они отстаивали правомерность неортогональности на основании того факта, что истинные каузальные влияния личности на практике часто могут интеркоррелировать<sup>1</sup>.

Наиболее ценный и систематический вклад в направление по определению свойств личности в рамках метода факторного анализа внесли такие исследователи, как Дж. Гилфорд, Г. Айзенк и Р. Кеттелл [159,189,200]. Согласно взглядам Гилфорда, личность индивида есть специфическое созвездие черт. С помощью факторного анализа Гил-

---

<sup>1</sup> Кроме того, если факторы коррелируют друг с другом, возможно повторное применение факторного анализа по отношению к корреляции между факторами, что дает факторы второго порядка.

форд классифицировал черты личности по степени их генерализованности. Айзенк начал с обстоятельного исследования личности и пытался найти методы, позволяющие измерять черты личности. Он обнаружил два главных фактора: нейротизм и экстраверсию-интроверсию, которые выступают определяющими параметрами структуры личности.

Первым, кто сформулировал основное правило применения метода факторного анализа, был Р. Кеттелл. Характерной особенностью его подхода является отношение к факторному анализу не как к способу упорядочивания полученных данных, а как к методу, позволяющему выявить основные свойства личности. Согласно Кеттеллу, детальное определение личности возможно лишь после полной спецификации понятий, которые теоретик предполагает использовать при изучении поведения. Поэтому определение личности носит обобщенный характер: «Личность – это то, что позволяет предсказать, что сделает человек в данной ситуации» [189, с.147]. И цель психологического исследования личности – установить законы, по которым люди ведут себя во всех видах социальных ситуаций и общих ситуациях среды. Кеттелл рассматривает личность как сложную и дифференцированную структуру черт.

Под чертой в факторной теории черт подразумевается «ментальная структура», то, что стоит за наблюдаемым поведением, формирующее согласованность и организующее его регулярность. Все черты разделяются на поверхностные, представляющие кластеры открытых или внешних переменных, которые кажутся сопутствующими друг другу, и исходные черты (факторы), лежащие в основе остальных переменных, определяющих множественные поверхностные проявления. Поверхностные черты – продукт взаимодействия исходных черт. Они менее стабильны, чем факторы<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> В соответствии с теорией Кеттелла, исходные черты представляются реальными структурными силами, стоящими за личностью. В отношении происхождения исходных черт они могут быть либо «конституциональными», либо «формируемыми средой», в то время как поверхностные черты могут быть и смешанного происхождения. Черты различаются по модальности выражения.



Одной из центральных задач современной психологии личности является обоснование и реализация в конкретных исследованиях системно-структурного подхода (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский). Сущность его заключается в том, что личность понимается не как совокупность отдельных психических процессов, а как целостное образование, включающее в себя множество взаимосвязанных характеристик и элементов [178]. Важность реализации данного подхода в теории личности состоит в том, что он помогает определять взаимосвязи черт и свойств личности как единой системы. Личность представляется состоящей не только из элементов, но и из отношений между ними. Эти отношения связывают элементы в единое целое, определяют структуру личности и механизмы функционирования. Целостность, возникающая при наличии структуры, отличается от «аморфной», нерасчленимой целостности холизма; она допускает разделение на элементы, различные сочетания которых позволяют получать новые качества или свойства личности, *полностью не выводимые из свойств элементов*.

В рамках единого системно-структурного подхода отечественными психологами предложено несколько различных моделей личности. Различия между моделями заключаются в составе элементов и характере взаимоотношений между ними [139,178].

Наиболее существенное развитие структурная теория личности получила в работах Б.Г. Ананьева, А.Г. Ковалева, В.С. Мерлина, К.К. Платонова. Платонов выдвинул тезис иерархического построения структуры личности. Он считает необходимым рассматривать признаки личности на основе появления системных качеств. Иной подход к пониманию структуры личности развит в работах В.С. Мерлина. Согласно представлениям ученого структуру личности нельзя характеризовать как систему, складывающуюся из нескольких различных групп психических свойств: темперамента, характера, способностей и направленности. Одни из них (свойства темперамента) вообще не являются свойствами личности; другие же (характер, способности и направленность) представляют собой не разные «подсис-

темы», а разные функции одних и тех же свойств личности. По мнению В.С. Мерлина, в качестве исходных элементов структуры личности должны выступать ее свойства<sup>1</sup>: «Каждое свойство личности одновременно является выражением направленности и характера и способностей. Оно формируется в деятельности и вместе с тем в той или иной степени зависит от наследственности, задатков. Поэтому под структурой личности следует понимать *связь, организацию свойств личности*» [139, с 58].

Традиционно выделяют три уровня психической регуляции и соответствующие классы черт – конституциональные, индивидные и личностные (В.В. Столин, 1983):

- 1) конституциональные – обусловленные свойствами организма, задают ограничения для максимально широких классов ситуаций;
- 2) индивидные – обусловлены опытом жизнедеятельности в определенных относительно широких социально-нормативных ситуациях;
- 3) личностные – обусловлены внутренней работой личности по анализу и проектированию поведения (рефлексивно-ситуационные черты личности).

В современных теориях личности типы черт рассматриваются строго иерархически (R. Cattell, 1960; В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1980). На сегодняшний день наиболее перспективной можно считать континуально-иерархическую модель черт личности. В соответствии с этой моделью черты не представляют собой дискретные образования, т.е. возможен непрерывный переход из одной черты в другую, например в результате плавной перестройки функциональной системы на новый класс ситуаций или вследствие изменения направленности оценок. Кроме того, выделенные выше подсистемы можно представить как существующие подпространства, входящие в отношения гибкой иерархии, что обуславливает переход «ведущего уровня» управления из одной подсистемы в другую (Н.А. Бернштейн,

---

<sup>1</sup> Структурные модели личности в трудах Б.Г. Ананьева и А.Г. Ковалева являются сходными с двумя рассмотренными моделями. В них тоже использован принцип иерархического упорядочивания уровней по степени представленности в них биологических и социальных сторон личности.

1966). Таким образом, выделяемые и эмпирически регистрируемые черты не распределены по указанным уровням строго однозначно. Многие черты сочетают в себе в определенных пропорциях большую или меньшую долю организмического, индивидуального и личностного компонентов (В. Похилько, 1985).

В контексте проблемы исследования психической организации методология Р. Кеттелла по изучению структуры личности является наиболее разработанной в диагностическом направлении, поскольку основывается на отдельных свойствах темперамента и характера, охватывая широкую сферу переменных личности.

Основная заслуга представителей факторной теории личности – создание методического инструментария для изучения особенностей личности и анализа ее структуры с возможностью использования в качестве теоретической базы более совершенных и современных научно-психологических подходов. С самого начала развития своего подхода Р. Кеттелл интерпретировал факторы эклектически, используя понятия, применяемые в других теориях личности. В целом, факторная модель личности Р. Кеттелла позволяет достаточно широко охватить личностную сферу. Вместе с этим в факторах, полученных Кеттеллом, отсутствует априорная предвзятость (доказано статистическими методами), свойственная факторам, выделенным на базе других теоретических концепций. Указанные факторы достаточно согласованно анализируются согласно *иерархическому* и *координационному* принципам структурной организации личности и *допускают применение новых подходов* в исследовании психической организации [139, 158].

Таким образом, факторный анализ и теория черт на современном этапе развития психологической мысли представляют универсальный, точный и гибкий методологический аппарат изучения структуры и особенностей организации личности (самоорганизации), дающий возможность ее количественной и качественной оценки. Понятийный аппарат теории черт совместим с другими теориями, в частности с психодинамическим направлением, тем самым он дает возможность для системного анализа психики на разных уровнях в комплексных исследованиях.

#### 1.4. Психологические теории шизофрении. Изменения в сфере влечений и личности при шизофрении

О природе психических заболеваний писали еще до выделения в психиатрии нозологических групп. Так, в середине XIX в. широкое распространение получили идеи Б. Мореля, впервые поднявшего проблему *вырождения* как причины душевных заболеваний<sup>1</sup>. В дальнейшем его идеи были развиты в концепциях деградации В. Маньяна и вырождения Ч. Ломброзо [75].

Анализируя отклонения в различных системах организма, изучая соматическую патологию, нравственные и поведенческие отклонения в семьях больных, В. Маньян, будучи не только психиатром, но и физиологом, патологоанатомом, пришел к глобальному заключению, что вырождение и деградация как основа любого душевного расстройства живут в самом обществе. При этом ученый обращал внимание на широкий спектр отклонений, наблюдаемых у психически больных и выходящих далеко за пределы чисто психических или органических нарушений. Маньян указал на признаки «лакун» в моральной и инстинктивной сферах, не связанные с воспитанием, которые приводят к «неустойчивости психики»<sup>2</sup> при душевных заболеваниях.

Оценивая психический статус человека, ученый опирался на состояние трудоспособности, интуитивно улавливая обобщающий (системообразующий) характер деятельности психической состоятельности. Представления Маньяна оказались важными не только для развития психиатрической мысли, но и для понимания организации и функционирования психики как системы в норме.

Вообще, для оценки функционирования любой сложной системы необходимо знать ее предельные состояния. Таким предельным состоянием для психики, в частности, является параноидная шизофре-

---

<sup>1</sup> См.: Трактат о вырождении (1857).

<sup>2</sup> Удивительно, но ученый на заре становления донаучной психиатрии использует ультрасовременный термин устойчивости, применяя его при анализе различной психической патологии.

ния<sup>1</sup>. Впервые термин «шизофрения» был введен в научную литературу в 1908 г. швейцарским психиатром Э. Блейлером для обозначения группы психических заболеваний, ранее описанных немецким психиатром Э. Крепелином под названием «раннее слабоумие» (*dementia praecox*) и включавших в себя гебефрению, кататонию и паранойю. Э. Блейлер считал, что одна из основных характеристик шизофрении – расщепление (разобщение) психических функций, при этом исследователь различал органические и психические основания патологии. Согласно Блейлеру, органические нарушения мозга связаны с ослаблением ассоциаций, ведущим к алогичности мышления, психические нарушения – с отсутствием «целепредставлений» и воздействием аффективных комплексов на процесс мышления, в результате чего происходит их аффективная заряженность и обособление [24]. Исследование шизофрении нашло отражение в работах К.Г. Юнга, который, будучи ассистентом Э. Блейлера, подготовил диссертацию по экспериментальному изучению распада представлений при шизофрении. Результаты исследований привели к созданию иного, чем у З. Фрейда, более широкого взгляда на природу психической энергии. Фрейд полагал, что шизофрения наряду с другими психическими расстройствами развивается из-за подавления сексуальности и перемещения эротического интереса с объектов внешнего мира во внутренний мир. Юнг, в свою очередь, отмечал, что контакт с внешним миром поддерживается и другими способами, помимо сексуального, а потерю контакта с реальностью, характерную для шизофрении, нельзя связывать лишь с сексуальным перемещением.

Создатель психоанализа рассматривал механизмы шизофрении, исходя из своей теории формирования невротических симптомов, сгруппировав шизофренические феномены на основе *концепции регрессии*. З. Фрейд отмечал, что регрессия при шизофрении достигает

---

<sup>1</sup> Параноидная шизофрения сопровождается расщеплением личности, рассогласованием психических функций, разрывом между эмоциональным и интеллектуальным состоянием, отстранением от реальности и уходом во внутренний мир. Заболевание сопровождается специфическим изменением мышления, речи, образа жизни.

гораздо более ранних времен, чем при неврозах – времени, когда эго только зарождается. В связи с данным феноменом при шизофрении происходит регрессия к нарциссизму, отрешение (точнее, потеря связи) от реальности и дезорганизация эго, причем отрешение от реальности и потеря представления об объекте связаны именно с отводом либидо, направленным при регрессе на собственное эго.

В работе «О нарциссизме» Фрейд поднял вопрос о судьбе либидо после отделения эго от объектов при шизофрении и обосновал необходимость включения нарциссизма в общую схему психосексуального развития человека (вторичный нарциссизм). Таким образом, автор психоанализа на теоретическом уровне раскрыл значение в развитии и течении шизофрении собственно сексуальной «энергии». В те же годы знаменитый сексопатолог и психолог Р. Крафт-Эбинг в работе «Половая психопатия» высказал мысль о существовании психозов, развивающихся на почве «страданий женской половой сферы», а аномалии извращенного полового чувства отнес к области сексопатологии. Взаимосвязь психических и сексуальных расстройств отмечал Ч. Ломброзо (1889). Он считал, что 2/3 «помешанных женщин» страдают болезнью половых органов. В нарушениях половой сферы ученый видел причину возникновения многих психозов. Описывая количественные и качественные аномалии полового влечения, Л. Левенфельд (1903) сделал вывод о том, что они могут быть начальными проявлениями психического заболевания. Э. Блейлер (1920) считал, что существует взаимосвязь между изменениями полового влечения и паратимиями. Автор указал на начало гебоидофрении в период полового созревания.

Классик немецкой психиатрии Э. Кречмер одним из первых показал связь развития шизофрении с периодом полового развития. Кроме того, Кречмер в своих исследованиях указал на колебания сексуального инстинкта преимущественно в сторону затухания (и возгорания в период психозов), а также на часто встречающиеся морфологические признаки недоразвития, инфантилизма половых органов шизофреников.

Наиболее полно вопрос о расстройствах полового влечения при психических заболеваниях был освещен в работах С.С. Корсакова (1911) и В.П. Осипова (1931), описавших болезненное усиление, ослабление и извращение полового влечения при разных психических заболеваниях. Позднее многие исследователи обнаруживали изменения в сексуальной сфере при шизофрении. Так, А.О. Эдельштейн (1936) установил, что снижение полового влечения встречается в самом начале шизофренического процесса. Автор выявил связь между аутизмом и сексуальным влечением. По его мнению, снижение либидо в равной степени встречается как у мужчин, так и у женщин, больных шизофренией. Частые нарушения полового влечения при шизофрении отмечали С.М. Желиховский (1940), В.А. Гиляровский (1942), Э.Э. Альтнер (1970), И.А. Попов (1971), А.И. Велововский (1972). С.М. Желиховский обратил внимание на то, что у больных имеют место не только понижение степени выраженности либидо, склонность к гомосексуализму, но и страх перед половым актом, амбивалентное отношение к нему, снижение стремления к общению с лицами противоположного пола [14,73,84,92,108,138,205]. Э. Альтнер (1979) выделил сексуальные проявления при шизофрении: 1) связанные с продуктивными психопатологическими расстройствами, относящимися к острому периоду; 2) обусловленные негативными психотическими расстройствами, изменениями личности; 3) только внешне представленные как сексуальные, но фактически не являющиеся ими. А.Я. Фактурович (1978) отметил связь между активностью шизофренического процесса и выраженностью сексуальных расстройств: при улучшении психического состояния исчезают или значительно уменьшаются сексуальные нарушения. Автор констатирует, что в многообразной клинической картине шизофрении сексуальные нарушения занимают значительное место и при этом имеют вторичный характер. По его данным, у женщин расстройства влечений при шизофрении наблюдаются чаще в 2,6 раза. Исследователями гебоидной шизофрении установлена патогенетическая и патопластическая роль возраста полового созревания в воз-

никновении и течении эндогенного процесса, отмечено перверзное влечение к жестокости, насилию, садизму. S. Akthar (1980) выделил четыре группы сексуальных расстройств у больных шизофренией: 1) сексуальное безразличие, снижение либидо; 2) ранняя гиперсексуальность; 3) аутоэротизм; 4) разнообразные оргастические переживания. По данным J. Raboch (1984), молодые женщины, страдающие шизофренией, часто испытывают неудовлетворенность в сексуальной жизни. Их сексуальная активность, возбуждение и оргазм значительно ослаблены. В ряде работ (M. Chordura, 1968; T. Nestoros, 1980) приводятся данные, свидетельствующие о задержке психосексуального развития у женщин, больных шизофренией. Waynberg (1981), Tordjman (1983) указывают, что при шизофрении часто встречаются понижение сексуального влечения и семейные дисгармонии. K. Cottraux и E. Norton (1985) выявили у больных шизофренией клинические корреляции между фобиями и сексуальными нарушениями [91].

Таким образом, приведенные исследования подтверждают уже на эмпирическом уровне теоретические допущения З. Фрейда о роли либидо при шизофрении и о его влиянии на психическое состояние. Изучению других видов влечений уделено гораздо меньше внимания, вероятно, в связи с тем, что это является более сложной задачей из-за неопределенности объекта исследования, путей его реализации, а порой и цели.

Впоследствии данная методологическая проблема будет решена Сонди, который исходил из постулата, что «психически больные – это, прежде всего, люди с патологией влечений» [90, с.101]. При шизофрении предпочтение Сонди отдавал патологии эго-влечений. Л. Сонди подчеркивал: «Распад и перестройка личности при шизофрении в теории влечений определяются как защитные механизмы от опасных импульсивных потребностей» [230, с.87]. О. Фенихель (1937) также отмечал, что при шизофрении страдает эго и его основная функция – оценивание реальности; появляются признаки дезинтеграции эго [149].



К.Г. Юнг в своем анализе *dementia praecox* (1924) исходил из существенного постулата о том, что психическое расстройство характеризуется дезинтеграцией (дезорганизацией) личности, тогда как психическое здоровье есть проявление личностного единства. При шизофрении личность (психика в целом) представляется диссоциированной. «Контакт с реальностью с помощью определенной части личности, именуемой эго, у шизофреника утрачен, поскольку эго стало жертвой вторжений из бессознательного» [161, с.203]. Согласно К.Г. Юнгу, с психологической точки зрения, *аффективные следы* (комплексы) являются симптоматической спецификой шизофрении. Они хаотичны, случайны и характеризуются, по аналогии со сновидениями, примитивными, архаическими ассоциациями, родственными мифологическим мотивам. Исходя из этого, Юнг пришел к выводу, что «если в шизофрении особенно часто встречаются архаические формы, то этот феномен указывает на более глубокую по сравнению с неврозом биологическую патологию» [161, с.211]. С развитием представлений о коллективном бессознательном и теории архетипов Юнг пришел к убеждению, что психоз вообще и шизофрению в частности можно объяснить переполненностью эго содержаниями коллективного бессознательного и давлением отколовшегося комплекса. Проявления шизофренического комплекса, его автономия и деструктивность могут овладевать сознанием человека вплоть до отчуждения и разрушения личности. По Юнгу, вся феноменология шизофрении концентрируется в *патогенном комплексе*. Шизофрения понимается как одна из форм патологического высвобождения бессознательной сферы. Прорыв бессознательного в результате концентрации энергии аффективных комплексов, влечений в сознание исследователь трактует как ведущий процесс при шизофрении. Индивид погружается в мир безумия, созданный его собственным аффективным комплексом. В результате эго больного теряет свою управляющую роль и происходит нарушение контакта с реальностью [160,161].

Ш. Ференци, представитель классического психоанализа, разделял мнение К.Г. Юнга о том, что больной шизофренией отделяет свой

интерес от внешнего мира и становится при этом аутоэротичным [150]. В. Райх (1928) считал чувства и эмоции прямым выражением психической энергии (оргон). Описывая шизоидный характер, он указывал на то, что все чувства и энергия такой личности «заморожены в центре тела, они сдерживаются хроническим мышечным напряжением»<sup>1</sup> [125, с.155]. Райх связывает этот факт с подавлением чувств и этим объясняет феномен «эмоциональной тупости» у больных шизофренией, неспособность контактировать с собственными чувствами» [125].

Польский психиатр А. Кемпински (1979) также анализирует «энергетический обмен» психики, при этом нарушении информационного обмена при шизофрении придается не меньшее значение. Кемпински полагает, что оба обмена взаимосвязаны: для реализации энергообмена с окружающей средой необходимо информирование. Шизофрению Кемпински трактует как нарушение информационного обмена [80,81]. Дефект личности шизофреника как разлад структуры личности отражает энтропийный рост системы психики при развитии шизофрении. Страх в теории Кемпински рассматривается как пусковой механизм развития шизофрении, условием развития считается личностный преморбид, связанный с зыбкостью границ эго.

Выдвигаемая Н.Д. Линде теория (1987), созвучная взглядам В. Райха, базируется на идее о том, что в основе шизофрении лежат тяжелые эмоциональные проблемы личности, состоящие в том, что больной шизофренией сдерживает такие сильные чувства, которые его личность не в состоянии выдержать, если они актуализируются в его теле и сознании. Чувства настолько сильны, что о них просто необходимо забыть, любое прикосновение к ним причиняет невыносимую боль. Источником такого эмоционального состояния автор считает жестокое обращение родителей с ребенком. Материнская жестокость, против которой ребенок внутренне протестует, становится самоотношением и проявляется в период юношества, т.е. когда ребенок

---

<sup>1</sup> Следует отметить, что психиатры также указывают на специфическую гипертензию, наблюдаемую у больных шизофренией.

начинает уже не подчиняться родителям, а сам управлять собой и своей жизнью. Он также требует от самого себя подчинения и применяет к себе абсолютное внутреннее насилие [98,138]. Эта идея соответствует другим воззрениям на шизофрению, указывающим на механизмы интроецирования значимых лиц, прежде всего родителей, идентификацию с ними. К таким теориям относится теория проективной идентификации М. Кляйн (а также *теории объектных отношений*), в соответствии с которой внутренняя напряженность, неудовлетворенность младенца в опеке и нехватке материнской груди формирует дисгармоничный, конфликтный аутистический внутренний мир, который человек в процессе болезни защищает путем проекции и вторичной идентификацией со своей проекцией [85]. В соответствии с теорией М. Кляйн, нарушения психического развития больного шизофренией связаны с некоторыми колебаниями между шизоидно-параноидной и депрессивной позициями, а также обусловлены нарушениями структурирования внутренних объектов эго и супер-эго [85].

Психологическая теория шизофрении, принадлежащая философу Г. Бейтсону, прямо постулирует патологию информационного обмена как причине заболевания [124]. Это концепция «двойного послания». Суть ее сводится к тому, что ребенок получает от родителей два логически несовместимых предписания. Логическое несоответствие вербального содержания сообщения матери невербальному вызывает у ребенка глубокий эмоциональный конфликт. Такое понимание развития шизофренического процесса согласуется с концепцией нарушения информационного и энергетического обмена при шизофрении А. Кемпински. Дальнейшее изучение шизофрении нашло свое отражение в исследованиях психологов и психиатров [82], которые отдавали предпочтение отдельным личностным структурам либо акцентировали роль внешних факторов в возникновении и развитии данной патологии (О. Кернберг, 1975; Ф. Римап, 1998) [83,126].

Американский психоаналитик Х. Спотниц (1962) высказал идею о наличии «шизофренического ядра личности», которое может быть сформировано при комбинации трех первичных факторов – агрессии,

защиты объекта и принесения себя в жертву. В соответствии с таким пониманием «шизофрения является организованной психической ситуацией, структурно сложной, но психологически неуспешной защитой от деструктивного поведения. Когда нарушается психическое равновесие, система пытается восстановить равновесие. Организм побуждается к адаптации» [134]. Если, как при шизофрении, восстановить равновесие не удастся, то реализуется патологическая стратегия приспособления в форме *психотической реакции*. В этой организованной структуре наличествуют как агрессивные, так и либидозные побуждения: одни обеспечивают взрывную силу, другие играют тормозящую роль. Действие защиты, по мнению Х. Спотница, предохраняет объект от высвобождения взрывной агрессии, но вызывает разрушение психики (в терминологии информационно-термодинамического метода указанный патогенный процесс соответствует понятию *энтропии*, ее росту при нарастании хаоса системы).

В конечном счете, шизофрению ученый трактует как «патологический способ нейтрализации агрессии в отсутствие адекватной изоляции от действия импульсов». По сути, Х. Спотниц предполагает первичный дефект эго при шизофрении, который неизбежно проявляется на уровне бессознательного в форме патологии влечений.

О роли преморбидных факторов в развитии шизофрении писал американский психоаналитик Г. Салливан (1955). Он считал, что шизофрения является результатом нарушений, возникающих при процессах диссоциаций в основных структурах или компонентах мотивационных систем личности. Салливан уделил особое внимание рассмотрению жизни по шизофреническому типу и ее возможным исходам, когда внутриспсихические процессы протекают при полном сознании, что ведет к «глубокой мистификации самого человека». Эти процессы представляются самому человеку настолько причудливыми, что жизнь по шизофреническому типу порой описывается как целиком находящаяся за гранью понимания. Ученый делает акцент на патологическом развитии. Салливан исходил из того, что люди, переживающие шизофренические расстройства, неминуемо приходят к

одному из двух крайне неблагоприятных исходов. Первый связан с параноидной неприспособленностью, при которой присутствующие в структуре личности элементы осуждения и вины распространяются на окружающих людей, деструктивно влияя на возможность установления с ними близких отношений; второй – с дезинтеграцией личности, сопровождающейся такими изменениями, которые ведут к гебефренической деградации. По мнению Салливана, эти заболевания «следует рассматривать не как проявления шизофрении, а в качестве исключительно неблагоприятных исходов шизофренического процесса» [229, с.89]. Таким образом, исследователь подчеркивал дезорганизацию мотивационных, управляющих структур психики, играющую ведущую роль в развитии психической патологии при шизофрении.

Роль «структурной патологии» при шизофрении подчеркивал и Э. Берн, отмечавший у компенсированных больных шизофренией механизм исключения любых ролей, кроме роли «родителя»<sup>1</sup>. В декомпенсированных случаях, согласно автору, возможно преобладание роли «ребенка» с проявлением морали. «Функциональная патология» в концепции Берна также связана со структурными особенностями, такими как проницаемость границ эго при шизофрении. Берн в обоих случаях отмечает изменения катексиса, как нарушения распределения психической энергии без дефектов границ эго.

Широко представлена в психодинамическом направлении идея семейной обусловленности шизофрении (Э. Якобсон, М. Малер, 1969). Первое направление постулирует коммуникативные нарушения в семье, в частности ролевые с однополюсным распределением власти, наличие симбиотических или гиперпротективных отношений (D. Levy, 1938), эротизация отношений между родителями и ребенком (Th. Lidz, 1976), эмоциональный «развод» между родителями при одновременной трансляции ребенку роли подобия супруга (B. Parker, A. Cornelison, 1956). Второе направление связывает развитие болезни с эмоциональными отклонениями внутрисемейных отношений, с негативным аффективным стилем, а также с интерактив-

---

<sup>1</sup> Трансактный анализ исходит из ролевой модели структуры личности.

ным стилем выражения враждебности и критичности (J. Doan, 1986; C. Vaughn, C. Leff, H. Kick, 1993). Современные психоаналитики исходят из того, что душевный беспорядок пациентов часто отражает беспорядок, который имеет место в их семье [42,56]. Среди них преобладают теории, связывающие развитие шизофрении с интрапсихическим конфликтом, возникающим в раннем возрасте (N. London, 1973; S. Mentzos, 1988), неадекватными отношениями в семье или нарушением интерперсональных взаимоотношений (К.Г. Ланге, 1980) [25]. Первоначально психоаналитические исследования взаимоотношений матери и ребенка способствовали установлению связи между проявлением шизофрении у взрослого человека и его тревожным развитием в детстве, обусловленным недостаточным вниманием со стороны матери, или ее невротическим поведением. В психоаналитическую литературу было введено представление о «шизофреногенной» матери, не принимающей ребенка и вызывающей у него фрустрацию [229]. В дальнейшем появились работы по исследованию не только матерей, но и других членов семьи, семейной группы. Изучение семей лиц, страдающих шизофренией, выявило, что личность является частью широкой сети крайне беспорядочных отношений, становящихся моделью общения человека. В контексте подобного понимания возникло представление о «шизофреногенной» семье [66, 87, 144, 164, 165, 167, 174, 175, 198].

Другую группу среди теорий психогенеза шизофрении составляет феноменологически-экзистенциальная модель, рассматривающая это заболевание как специфическую форму существования личности. Ее разработал австрийский психотерапевт В. Франкл (1963). Согласно экзистенциально-аналитической концепции, отдельные проявления болезни в форме бреда наблюдения, преследования или воздействия могут быть рассмотрены в контексте общего переживания чистой объективности. В соответствии с такой интерпретацией «шизофреник переживает самого себя, как если бы он, субъект, был трансформирован в объект». По В. Франклу, *закон психологии шизофрении состоит в том, что имеет место «переживание пассивизации психических*

*функций»* [152]. Больной страдает от «гипотонии сознания», в результате чего наблюдается расстройство «я», снижается энергетический потенциал. При шизофрении оказывается пораженной личность. В таком понимании шизофрении оказывается затронутой и проблема границ «эго», обусловленная или обуславливающая пассивизацию психических функций. Подобной точки зрения придерживался психолог L. Binswanger (1921), считая шизофрению особым видом человеческого существования. Близкая этой позиции антропологическая психиатрия ставит своей целью исследование роли шизофренического психоза в преобразовании личности и ее изменений в процессе взаимоотношений с миром и собой [37].

Английский психоаналитик Р. Лэнг (1995) пересмотрел традиционные представления о шизофрении. Он исходил из того, что шизофрения – это не столько заболевание, сколько естественный процесс исцеления человека. Такой парадоксальный вердикт автора становится логически оправданным при анализе шизофрении как процесса самоорганизации системы, находящейся в состоянии «вдали от равновесия». В работе «Расколотовое Я» больной шизофренией рассматривается в качестве личности, не способной переживать самое себя «вместе с» остальными или «как у себя» [102]. Лэнг провел различие между здоровым шизоидным и психотическим способами бытия человека в мире. Такой подход подразумевает анализ внутренних, субъективных переменных.

В современной отечественной науке есть оригинальные междисциплинарные исследования шизофрении, пытающиеся комплексно изучать данный феномен в различных его биологических, социальных и психологических проявлениях. «Диатез-стрессовая модель», базирующаяся на идеях и теории стресса Г. Селье, основывается на допущении существования у индивидуума сензитивности, проявляющейся снижением уровня стрессоустойчивости по отношению к воздействиям стрессоров, приводящих, по мнению авторов, к болезни (А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др., 1972) [171].

Описанные теории и гипотезы вполне сочетаются с постулатом наследственной этиологии шизофрении, теорией генотропизма (теория влечений). В них учитываются социально-психологический и поведенческий факторы, влияющие на высшие структуры личности. Авторы предлагают свое видение проблемы патогенеза шизофрении. Одни отдают предпочтение определенным влечениям или личностным образованиям, их дефектам; другие связывают патогенные влияния с внешними событиями, воздействием окружения, например неадекватными отношениями и неадаптивным поведением в семье больного, патологическим семейным воспитанием.

Возможность выделять в развитии шизофрении как ведущие совершенно разные факторы и патогенные психологические механизмы, по-видимому, объясняется тем, что шизофренический процесс, постепенно вовлекая все новые структуры, проявляется на всех уровнях психики (и на уровне организма) [3, 4, 7, 12, 14, 23, 24, 44, 58, 69, 93, 94, 96]. Вместе с тем, как и в психоаналитических концепциях, авторы альтернативных теорий отмечают сбой всей системы психики, захватывающий подсознательную сферу влечений. В связи с этим исследование сферы влечений, как энергетического потенциала психики, высокоинформативного в оценке ее состояния и диагностике процессов, протекающих на бессознательном уровне, является перспективным и концептуально обоснованным в изучении механизмов психической организации на функциональном уровне.

Использование системного метода и принципов синергетического анализа психики как сложной системы не только методологически возможно при исследовании шизофрении, но и необходимо для оценки происходящих «психоэнергетических» изменений. Параллельное исследование личностной сферы помогает системно отразить патологические изменения и самоорганизационные процессы психики на структурном уровне.



## **Глава 2. Механизмы и модели структурно-функциональной самоорганизации психики при параноидной шизофрении**

### **2.1. Инструментально-методологический аппарат исследования**

Эмпирическую базу исследования составили данные диагностики больных параноидной формой шизофрении непрерывно-прогредиентного течения. В их числе 47 мужчин и 56 женщин с продолжительностью болезни от 10 до 20 лет, проходивших неоднократно амбулаторное и стационарное лечение. Средний возраст больных составил 41 год. На момент обследования все испытуемые проходили амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере №1 г. Самары. Несмотря на выраженное апатоабулическое снижение личности, испытуемые проявили достаточную для коммуникации и психологического исследования интеллектуальную сохранность.

В качестве психодиагностического инструментария применялась *методика портретного выбора Л. Сонди (1930)*, основанная на технике аффективного выбора (Л. Франк, 1900). Для зондирования сферы влечений методика избрана в связи с тем, что она является универсальным аппаратом, проникающим в подсознательную область, посредством активации направленного проецирования, минуя защитные механизмы. При интерпретации результатов использованы психодинамический подход и принципы теории влечений. Валидность и надежность метода подтверждена рядом исследователей (Л.Н. Собчик, В.А. Лапин, 1987 и др.) [61, 67]. Помимо стандартных алгоритмов интерпретации, был реализован авторский подход, основанный на анализе динамических характеристик с помощью метода ангармонических колебаний [44]. *Аппроксимация* результатов исследования психодинамики влечений выполнена на основе периодической функции с помощью программного пакета MathCAD. В качестве аппроксимирующей кривой выбрана одна из периодических функций (Фурье-анализ), в

данном случае  $\sin x$ . Уравнение кривой записывается в виде:  $y = a \cdot \sin(bx + c) + d$ , где  $a$ ,  $b$ ,  $c$ ,  $d$  – искомые коэффициенты,  $x$  – время,  $y$  – значение фактора. Для отображения результатов непрерывной периодической функцией использовался нелинейный метод аппроксимации Квази-Ньютона [38, 52, 57]. Решая  $n$  уравнений с четырьмя неизвестными ( $n$  – результат,  $n > 4$ ), получаем функцию, максимально приближенно описывающую процесс. Основная кривая функции колебаний выбирается по преобладающей тенденции из парных чисел, отражающих количество положительных и отрицательных выборов (не менее 3). Парное значение откладывается от основной моды в виде флуктуаций (положительные откладываются вверх (пики), а отрицательные – вниз (западения)). Логика и смысл значений психодинамики влечений полностью соответствуют методу Л. Сонди, при этом выявляются новые диагностические критерии [46-48].

*Шестнадцатифакторный личностный опросник Р. Кеттелла* предназначен для исследования личности с количественными оценками. Методология Р. Кеттелла исходит из представления о многофакторной структуре личности и подразумевает необходимость исследования всех характеристик, обуславливающих поведение. Факторы дают возможность качественно и количественно представить структуру личностной организации. Опросник является достоверным методом исследования личности, валидность и надежность которого подтверждены многочисленными исследованиями (Л.Т. Ямпольский, В.М. Мельников, 1985; Л.В. Мургулец, 1987; А.А. Бодалев, В.В. Столин, 1987; А.Г. Шмелев, 1989) [26,36,105,139,171,178].

В качестве *математических методов* применялись методы описательной статистики (вариационный анализ), корреляционный анализ, регрессионный анализ, дисперсионный анализ, определение коэффициента Стьюдента ( $t$ ). Применяемые методы статистики позволили математически описать данные исследования, определить зависимости и связи (силу, направление); создать на основании надежных прогностических критериев математическую модель, описывающую наблюдаемые закономерности, что дает возможность прогностически

подойти к решению дифференциально-диагностических задач, в том числе на ранних стадиях заболевания.

Для оценки структурной организации личности применен **структурно-аналитический подход**, базирующийся на вероятностных распределениях случайных процессов и корреляционном анализе, на принципах структурной и дифференциальной психологии с использованием в качестве диагностического аппарата теста Р. Кеттелла [49]. Данный подход отвечает передовым направлениям современной отечественной психологии личности, в частности структурно-иерархической модели личности (Б.Г. Ананьев, 1950), конструируемых в виде графов (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1987) по исследованию свойств личности и установлению характера их взаимосвязей, опирается на метод корреляционных плеяд (В.Л. Терентьев, 1961). Анализ топологии личности проведен по значимым корреляционным зависимостям между факторами с графической презентацией их в единой схеме. Для анализа топологии личности мы выявляем значимые корреляционные зависимости между факторами личности, в графическом виде изображая их в единой, взаимосвязанной схеме. Так возникает схема условной структуры личности. Далее определяем выраженные факторы, и на их основе производим первичный структурно-психологический анализ с выявлением нормальных и патологических образований [44].

Отметим, что структурно-аналитический подход дает информацию об особенностях изучаемого психического образования с выявлением не только нормальных и патологических элементов, но и с определением нормальных и патогенных комплексов. Для нахождения и проверки достоверности аналитических связей между факторами использовалось программное обеспечение MathCAD по аппроксимации корреляционных зависимостей на основе метода наименьших квадратов [32]. Общий вид корреляционных зависимостей имеет вид:  $Y=F(x)$ .

В качестве функции  $F(x)$  использовалась показательная функция:  $F(x)=A*(x+b)^n+c$ , где  $A$ ,  $b$ ,  $c$ ,  $n$  – константы, являются искомыми величинами, определяемыми численно на основе метода наименьших квадратов. В общем случае:  $Y=(\varphi*y)$ ,  $X=f(x)$ , где  $x$ ,  $y$  – факторы личности.

Разработанный в данном исследовании структурно-аналитический подход одновременно упрощает и обогащает анализ психических образований, визуализируя данные, представляя новые возможности интегральной оценки структур психики [46-49]. Указанный подход дает представление об организации и особенностях функционирования личности, в частности по ее структурной динамике.

Для определения взаимозависимости психодинамики влечений и организации личности в работе был использован общенаучный **феноменологический подход**, позволяющий исследовать психику на структурно-функциональном уровне. Исследовательская работа проводилась с учетом психиатрической диагностики и соответствующих нозологических критериев. В работе реализован системно-синергетический подход, который по определению предназначен для комплексного изучения сложных систем, находящихся в состоянии «вдали от равновесия», с применением широкого спектра психологических и естественно-математических методов исследования. В качестве методологического инструментария в настоящем исследовании применены: психоаналитическая (З. Фрейд) и ананкологическая (Л. Сонди) методология; факторный анализ (Р. Кеттелл) структурная теория личности (Б.Г. Ананьев, 1950; В.С. Мерлин, 1952; К.К. Платонов, 1960); математико-статистические методы и регрессионный анализ; системно-синергетический метод<sup>1</sup> исследования сложных систем (Л. Берталанфи, 1940; И. Пригожин, 1965; Г. Хакен, 1980). В качестве обобщающего метода был реализован *инфомационно-термодинамический подход*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Синергетика, основные положения которой были сформулированы профессором Штутгартского университета Г. Хакеном, впитала в себя все значимые для исследования процессов самоорганизации теоретические и методологические выводы системных исследований. Она представляет собой эвристический метод исследования открытых самоорганизующихся систем, подверженных кооперативному эффекту, который сопровождается образованием временных или функциональных структур, или процессов самоорганизации систем различной природы.

<sup>2</sup> Инфомационно-термодинамический подход разработан профессором, доктором технических наук, доктором экономических наук, доктором педагогических наук В.Т. Воловым в 2003 году.

## **2.2. Синергетический подход как инновационный инструментарий в исследовании механизмов самоорганизации при шизофрении**

Синергетика, являясь крупнейшим научным направлением конца XX и начала XXI в., сочетающим в себе принципы различных наук, позволяет анализировать динамические свойства сложных систем разной природы, находящихся как в состоянии равновесия, так и вдали от равновесия [60, 157].

Синергетика – междисциплинарная наука, нацеленная на выявление общих принципов развития и самоорганизации сложных систем разной природы и на основе построения нелинейных динамических математических моделей. Синергетика, изучая законы самоорганизации, самодезорганизации и самоуправления сложных систем, дает универсальное знание законов самоорганизации и развития систем. Роль синергетики как новой научной картины мира и методологии исследования процессов движения систем особенно велика, если учитывать ее синтетический характер. Так, Г. Хакен определил цель, которую ставит перед собой синергетика: решение вопроса, как перегруженную огромным количеством деталей информацию о системах различной природы, изучаемых современной наукой, сжать, превратить в небольшое число законов или концепций [190].

Важными понятиями синергетики являются «устойчивость», «катастрофа», «бифуркация», «предельный цикл», «диссипативная структура», «бегущая волна» и др. При использовании сравнительно простых нелинейных моделей данные понятия позволяют нам глубже проникнуть в суть многих процессов и явлений. Неудивительно, что эта универсальная методология, возникшая сравнительно недавно и хорошо зарекомендовавшая себя в естествознании, стала проникать в традиционные гуманитарные науки, и в том числе в психологию. Параллельно с синергетическими исследованиями, но независимо от них в рамках брюссельской научной школы развивалась теория изменений, обладающая большой эвристической силой. Специалисты по теории изменений разработали методологию и соответ-

ствующий понятийный аппарат исследования процессов движения систем, в особенности фазы «скачка». Синергетика и теория изменений<sup>1</sup> составили фундамент концепций самоорганизации, на котором уже построены многие физические, химические, биологические теории [31, 113, 231].

Наряду с синергетическими концепциями развиваются системные исследования представляющие собой совокупность научных теорий, концепций и методов, в которых объект исследования или моделирования рассматривается как система. Главенствующее место в системных исследованиях занимает общая теория систем, основы которой заложил в 40-х гг. XX в. Л. фон Берталанфи. Общая теория систем опирается на два базовых принципа: принцип системности и принцип изоморфизма.

Согласно В.П. Кузьмину, принцип системности – это рассмотрение явлений объективной действительности с позиций системного целого и его закономерностей. Принцип изоморфизма обычно понимается как наличие однозначного (собственно изоморфизм) или частичного (гомоморфизм) соответствия структуры одной системы структуре другой, что позволяет моделировать ту или иную систему посредством другой, подобной ей в том или ином отношении. В основе системного анализа лежит принцип системности, а в основе теорий самоорганизации – принцип развития. Оба принципа взаимно дополняют друг друга и образуют единство, отражающееся в познании как единство теорий самоорганизации и системных исследований в том, что первые основываются на методологии и теоретических выводах вторых. Обратный процесс – ассимиляция общей теории систем, системного анализа и системного подхода методологических находок теорий самоорганизации – пока отстает, что вполне объяснимо, поскольку эти дисциплины акцентируют свое внимание на разных аспектах одних и тех же объектов – систем различных видов. Общие закономерности и пытается вскрыть общая теория систем, тогда как

---

<sup>1</sup> В целом синергетика и теория изменений уже с трудом отделимы друг от друга, поскольку, будучи очень близки по объектам и методам исследования, они впитали понятийный аппарат друг друга.

анализом общего и особенного в конкретных системах занимаются другие отрасли науки [118].

Таким образом, целью синергетики и общей теории систем является определение принципов, общих для различных объектов, на основе остановленного эмпирическими исследованиями изоморфизма структуры объектов, а также их функционирования.

**Информационно-термодинамический подход** предназначен для комплексного изучения сложных систем, находящихся до и после «скачка» системы, т.е. в равновесии и в неравновесном состоянии, основанный на принципах классической и неравновесной термодинамики в их информационной интерпретации. Таким образом, данный подход позволяет исследовать предельное образование, находящееся в предельном состоянии, учитывая диссипативные процессы. Поэтому обобщающим методом анализа в исследовании динамики влечений принят информационно-термодинамический метод.

Информационно-термодинамический подход при анализе динамики влечений вполне приемлем ввиду того, что позволяет формализовать описание состояния психики как системы, используя такое понятие, как условная «энтропия», критерии статической и динамической устойчивости.

Психика как система, будучи вершиной организации живого, как виртуальное образование, выполняющее высшие регуляционные функции, в известном смысле, сама является предельной системой. Психика, выступая в качестве сложной открытой системой, отвечает всем характеристикам, позволяющим рассматривать ее как информационно-термодинамическую. Правомерность рассмотрения психики человека как сложной открытой нелинейной системы имеет под собой основания. Вообще любая самоорганизующаяся система, обменивающаяся энергией, информацией, продуктами своей жизнедеятельности со средой – по определению открытая. Психика человека, будучи условной подструктурой макросистемы «человек», обеспечивает, прежде всего, информационный обмен со средой.

Основные динамические психические величины можно подразделять на подмножества быстрых и медленных переменных. К быст-

рым динамическим психическим характеристикам в числе первых следует отнести влечения как побуждающие силы организма, а также стремления, мотивы и другие производные влечений. К медленным динамическим характеристикам психики человека можно отнести темперамент, черты характера и личностные факторы.

При разделении взаимодействующих подсистем на быстрые и медленные можно достичь предсказуемости поведения всей системы, которое иначе должно быть признано непредсказуемым, хаотическим. Установлено, что некоторые из медленных переменных имеют значение коллективных, т.е. могут играть роль параметров порядка при анализе психической системы.

В физическом мире имеются две основные формы энергии с точки зрения их утилизации. К первой форме относятся виды энергии, которые могут быть полностью утилизированы, например, в другие формы энергии или в полезную работу. И данный вид энергии не может характеризоваться энтропией (мера хаоса). Ко второй форме энергии относятся ее виды, которые даже в идеальном случае не могут быть полностью преобразованы в другие виды энергии или работу. Поскольку все живое подвержено старению (2-е начало термодинамики), постольку в нем превалирует вторая форма энергии, т.е. такие системы характеризуются *энтропией*.

Психика, являясь отраженной реальностью, обнаруживая связи с высшей нервной деятельностью, подчиняется указанному принципу. И энергия психики соответственно также относится ко второй форме энергии. С точки зрения психоанализа и теории влечений, именно влечения являются энергетической характеристикой психики<sup>1</sup>. Качество энергии, возможность превращения в другие формы или полезную работу (например, психическую деятельность), характеризуется *эксергией* системы<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Идея Л. Сонди об непревращаемости или частичном превращении одной формы психической энергии (в форме влечения) в другую оказывается, таким образом, более предпочтительной относительно обратной идеи З. Фрейда.

<sup>2</sup> Условная эксергия психики человека – это часть психической энергии, которая в идеальном случае полностью обращается в «полезную работу» или необходимую форму энергии.



### 2.3. Исследование структурной организации личности

На основе медианного анализа были получены и проанализированы личностные свойства группового профиля обследованного контингента лиц. По ряду признаков в группах больных и здоровых женщин, больных и здоровых мужчин найдены общие, отличные и противоположные личностные радикалы. Распределение значений факторов является нормальным (хи-квадрат). Сравнивая характеристики распределения в группах больных параноидной шизофренией (БПШ) с данными здоровых по каждому фактору личности (16 PF, Кеттелл), на основе t-теста определены статистически достоверно отличающиеся признаки. Идентификация структурной организации личности проведена на основе структурно-аналитического подхода и отражена в представленных далее графо-факторных схемах<sup>1</sup>.

Выделяя в структурно-психологическом анализе, в первую очередь, выраженные факторы (по значениям), мы определили блоки и комплексы<sup>2</sup>. В группе женщин уровень значимости составляет  $t=2,052$ , статистически значимые корреляции  $r>0,368$ ; у мужчин  $t=2,086$ ;  $r>0,423$ . В основу анализа заложена оценка топологического расположения факторов, их комплексов и блоков на схеме, определение их взаимовлияния. В результате выявлены особенности личностной организации больных параноидной шизофренией. С помощью системного подхода, включающего структурно-аналитический подход, психологический анализ, метод экспертных оценок (в т.ч. клинические наблюдения), проведена интегральная интерпретация структурной организации личности здоровых и больных женщин и мужчин, с выявлением личностных новообразований.

---

<sup>1</sup> Графо-факторные схемы составлены из комплекса факторов; связи между ними отображены линиями (сплошные – положительные, пунктирные – отрицательные корреляции). Факторы, имеющие выраженные значения, отмечены знаком. Факторы супер-эго, интеллектуальной сферы и блока тревоги выделены цветом.

<sup>2</sup> Под «блоком» понимается совокупность факторов, имеющих парные интеркорреляционные связи. Некоторые из них представляют собой стандартные блоки, составляющие факторы Кеттелла второго порядка (Л.В. Мургулец, 1988; А.Н. Капустина, 1991). Под «комплексом» понимается совокупность выраженных факторов, относящихся либо к факторам второго порядка (независимо от наличия интеркорреляций), либо к факторам, образующим блоки в одних выборках и присутствующим в других без связей.

**Исследование женщин.** Выявлены статистически значимые различия между группой больных и контрольной группой женщин (рис.1) по фактору интеллекта (В) и фактору гипотимии (О) при  $p=0,05$  ( $t_B=2,117$ ,  $t_O=2,065$   $t$  критическое= $2,005$ , число степеней свободы  $\nu=101$ ), а также по факторам силы эго (С), робости-беззаботности (Н), мечтательности-практичности (М) и фрустрированности ( $Q_4$ ) при уровне значимости  $p=0,001$  ( $t_C=3,878$ ,  $t_H=6,100$ ,  $t_M=4,287$ ,  $t_{Q_4}=3,369$   $t$  критическое= $3,480$ ,  $\nu=101$ ).

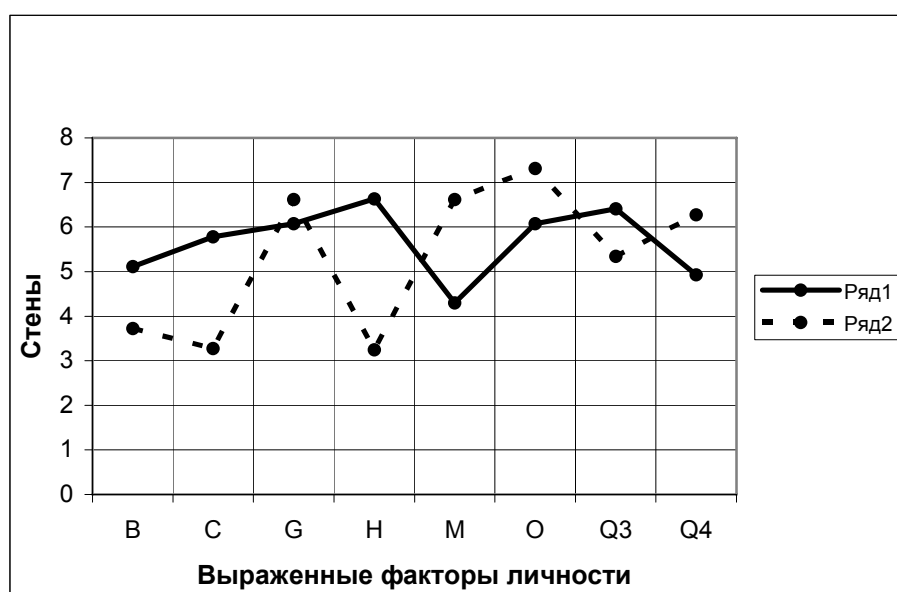


Рис. 1. Личностные профили женщин контрольной (ряд 1) и основной групп (ряд 2):  
 В – интеллект; С – сила «я»; G – сила «сверх-я»; Н – робость-беззаботность;  
 М – мечтательность; О – чувство вины; Q<sub>3</sub> – контроль желаний;  
 Q<sub>4</sub> – фрустрированность

Группу женщин, страдающих параноидной шизофренией, отличают низкие значения ( $3,7 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ) по фактору интеллекта (В), что свидетельствует о затруднении в решении абстрактных задач, сниженной оперативности мышления. Данный показатель носит прежде всего качественный характер, что проявляется в клинических симптомах психоза (резонерство, персеверации, разорванность). Совершенные при тестировании ошибки часто оказываются проявлением своеобразия мыслительной деятельности больных, в них просматривается личностный элемент интерпретации вопросов через призму

собственного опыта и специфики психопатологии. В связи с этим низкие оценки по фактору следует оценивать как искажение и *снижение общей интеллектуальной активности*.

Низкие оценки ( $3,3 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ) по фактору силы эго ( $C^-$ ) говорят о слабости «я», об эмоциональной неустойчивости и низкой толерантности к фрустрации, что соответствует эмоционально-волевому дефекту личности. Согласно концепции Р. Кеттелла, личность с полюсом « $C^-$ » характеризуется слабой *волей*. Фактор в большой степени направлен на измерение эмоциональной стабильности, т.е. отражает степень *самоуправления* системы «психика». В общем, свойства, связанные с фактором силы эго, соответствуют клиническим проявлениям. Слабость «я» является специфическим клиническим симптомом-комплексом при шизофрении. Некоторые психоаналитические теории шизофрении относят слабость «я» к личностной предрасположенности к болезни (Х. Спотниц).

Низкие оценки по фактору трекции ( $H^-$ ) определяют эмоциональную сдержанность, чувствительность к угрозе и низкую *активность в социальных контактах* ( $3,2 \pm 0,7$ ,  $p < 0,05$ ). Низкие оценки по фактору характеризуют людей робких, трудно принимающих самостоятельные решения, испытывающих страх к жизни. Это соответствует эмпирическим данным, основанным на наблюдениях за поведением и социальной активностью больных параноидной шизофренией, особенно ярко проявляясь в общении. В контрольной группе преобладают высокие значения по фактору ( $6,6 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ), свидетельствующие об активности, наличии эмоциональных интересов, готовности к контактам.

Высокие оценки ( $6,6 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ) по фактору аутии ( $M^+$ ) в группе больных свидетельствуют о развитом воображении, поглощенности иллюзиями, отражая «клиническую» реальность. Больным свойственны глубокое погружение во внутренний мир, неподдающееся клиническому анализу, увлеченность бредовыми идеями и фантазмами, оторванность от реальности. Контрольную группу отличают противоположные тенденции: практичность и направленность сознания на решение реальных проблем ( $4,2 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ).

В экспериментальной группе выявлено выраженное чувство вины ( $O^+$ ). Гипотимия ( $7,3 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ) определяет беспокойство и ранимость, проницаемость границ эго. В нем важен компонент *устойчивости*. Личность с высокими оценками по фактору чувствует свою неустойчивость, напряженность в трудных ситуациях, полна сожалений и сострадания с комбинацией симптомов ипохондрии и неврастении с преобладанием *страхов*. Согласно клиническим наблюдениям, тема виновности является одним из распространенных бредовых сюжетов при параноидной шизофрении (бред виновности, греховности, преследования; сверхценные и навязчивые идеи вины и сопричастности). Таким образом, повышение фактора гипотимии также является характерным для шизофрении.

Контрольную группу отличает низкий уровень фрустрированности ( $Q_4^-$ ), свидетельствующий о стабильности личности ( $4,9 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$ ) (рис.1).

Таким образом, личностные факторы, отличающие больных параноидной шизофренией женщин, соответствуют клиническим проявлениям и отражают характерные психопатологические особенности. На основе структурно-аналитического подхода выявлены значимые связи между факторами личности, которые представлены в виде графо-факторных схем. Статистически значимыми стали значения корреляции  $r > 0,368$  при  $p = 2,052$ .

На основе структурно-аналитического подхода выявлены значимые связи между факторами личности, которые представлены в виде графо-факторных схем. Анализируя схему условной структуры личности женщины контрольной группы, полученную с помощью структурно-аналитического подхода, мы, прежде всего, обнаруживаем ее целостность (рис.2, а).

Отмечается устойчивость структуры личности женщины. Как видно, факторы, составляющие схему, формируют связи с другими факторами, образуя единый, внутренне согласованный каркас структуры личности. Фактор силы эго находится в центре и в отличие от других факторов имеет множественные, значимые связи с другими



лектуальную сферу: факторы интеллекта (В), аутии (М) и ригидности ( $Q_1$ ); а также фактор искусственности (N).

Сравнивая схемы личности здоровой (рис.2, а) и больной параноидной шизофренией женщины (рис.2, б), мы находим ряд принципиальных отличий. Так, условная структура личности БПШ женщины характеризуется отсутствием целостности и ряда связей факторов, обнаруженных в группе здоровых. Анализируя архитектонику личности, мы отмечаем зыбкость, неустойчивость ее организации, выявляем наличие сложных нелинейных и не характерных для группы здоровых связей. Фактор силы эго (С) не входит в структуру личности, не обнаруживая значимых связей, не является структурирующим звеном. Факторы супер-эго ( $G^+$ ,  $O^+$ ,  $Q_3^+$ ) не образуют структурного блока, не образуя общих связей, и входят в единую структуру личности. Выделяется блок факторов, характеризующих интеллектуальную сферу ( $B^+$ ,  $M^+$ ,  $Q_1^+$ ) включенный в общую структуру личности БПШ женщин – когнитивный блок. Кроме того, выделяется функциональный блок<sup>1</sup> тревоги, включающий факторы протенсии, чувства вины и фрустрации ( $L^+$ ,  $O^+$ ,  $Q_4^+$ ), свидетельствующий о наличии *интрапсихического конфликта*.

Низкие оценки по фактору силы эго ( $C^-$ ) в основной группе свидетельствуют о слабости «я», об эмоциональной неустойчивости и в целом отражают степень *самоуправления* системы психика. В контрольной группе женщин данный фактор не имеет определенных тенденций, но обнаруживает значимые связи с другими личностными факторами, свидетельствующие о сформированности эго, его устойчивости и *централизующей функции* в структуре личности. Так, фактор силы «я» (С) коррелирует с фактором фрустрированности ( $Q_4^-$ ), обеспечивая эмоциональную уравновешенность личности. Кроме того, выявлена положительная связь с фактором общения – аффектотимией (А). Таким образом, фактор силы «я» влияет на степень откры-

---

<sup>1</sup> Под функциональным блоком понимается наличие факторов единой направленности, обнаруживающих связи с другими личностными факторами. Под структурным блоком понимается комплекс взаимосвязанных факторов единой направленности, обнаруживающих связи с другими личностными факторами.

тости, общительность и социабельность личности. Отмечается связь с фактором «премсия» (I), обуславливая чувствительность и сентиментальность.

В группе БПШ женщин эго слабое, несформированное (либо деструктивное), не выполняет своей основной централизующей функции. Это соответствует клиническим проявлениям шизофрении на личностном уровне. Отсутствие связей фактора силы эго с другими факторами свидетельствует и об отсутствии управляющей функции «я». На основе вышеизложенного анализа данную личностную тенденцию можно трактовать как *патологическое проявление* шизофрении на структурно-функциональном уровне личности. В соответствии с общей теорией систем функционирование сложных самоорганизующихся систем возможно только при наличии управления. При потере управляющей функции происходит дезорганизация системы, личности и эту функцию должны осуществлять другие образования. В качестве гипотетического предположения можно высказать мысль о трансляции функции управления эго другому образованию.

Факторы когнитивного блока имеют выраженные значения в основной группе. Высокие оценки по фактору аутии в группе больных параноидной шизофренией определяют развитое воображение, поглощенность идеями, иллюзиями, ориентированность на внутренний мир ( $M^+$ ). В контрольной группе женщин фактор «аутия» не включен в единую структуру личности и по нему определены противоположные тенденции ( $M^-$ ).

Низкие оценки по фактору интеллекта ( $B^-$ ) в группе больных шизофренией женщин свидетельствуют о конкретности и ригидности мышления, его сниженной оперативности. Фактор интеллекта в основной группе включен в структуру личности, образуя связи с другими личностными факторами. При этом связи носят нелинейный, специфический характер. Между факторами активности интеллекта и аутии определена выраженная положительная связь. На основе нее можно предположить, что развитое и активное воображение стимулирует интеллектуальную деятельность. Это касается как патологии, так

и нормы у женщин, так как корреляционная зависимость факторов обнаружена в обеих группах. Поэтому мы определяем связь факторов аутии и активности интеллекта как *естественную*, обусловленную половой принадлежностью. Однако в контрольной группе женщин данная связка факторов не имеет дополнительных связей с другими факторами, т.е. не является структурным элементом условной системы личность. В основной же группе оба фактора включены в ее структуру, образуя дополнительные связи. Так, аутия в изучаемой группе женщин обнаруживает отрицательную корреляцию с фактором силы супер-эго и фактором контроля желаний, а также положительную с фактором нонконформизма ( $Q_2$ ), связанным со стремлением к достижению самостоятельности и самодостаточности личности (*самости*). Именно стремление к самодостаточности (т.е. целостности в условиях распада), мы полагаем, определяет высокий потенциал по фактору аутии. Погруженность в свой внутренний мир, определяет, по-видимому, активность и направленность аутистического мышления (и когнитивной сферы в целом).

Показательным является тот факт, что во время обострения больной часто замыкается, погружается в свой внутренний мир, отрешаясь от внешней реальности и связанных с ней переживаний. Появляющиеся при этом бред и галлюцинации формируют новую измененную реальность. Как видно из анализа, «аутизм» выполняет *функцию стабилизации* состояния психики путем изменения восприятия (функциональный уровень) на уровне личности, способствуя ее целостности, формированию самости (структурный уровень). В связи с этим данный фактор, составляя патогенетическое звено в клинике параноидной шизофрении, вместе с тем не является патологическим.

В основной группе БПШ женщин фактор радикализма ( $Q_1^+$ ) также имеет высокие значения. Фактор определяет отношение к информации. Характерными качествами являются скептицизм, недоверие и одновременно терпимость к неясностям. Это проявляется и в клинике заболевания. Параноидная подозрительность ко всему новому сочетается с интересом и даже увлечением непонятным, таинственным. Как



известно, при шизофрении наблюдается широкий спектр изменений и преобразований в интеллектуальной сфере, прежде всего мышления (бредообразование, сверхценные идеи, паралогизмы, конфабуляции, снижение интеллектуальной активности, быстрая утомляемость при умственном напряжении, «отсутствие мыслей» и т.п.), ярко выраженные во время психо-эмоциональных всплесков в период обострений. Таким образом, аутия ( $M^+$ ), как свободное фантазирование, изменяет процесс отражения реальности на идеаторном уровне, влияя на процесс восприятия. Фактор же радикализма ( $Q_1^+$ ), связанный с критичностью к новой информации, воздействует на уровень интеллектуальной активности и характер восприятия новой информации<sup>1</sup>.

Таким специфическим образом факторы радикализма и аутии защищают психику от резких флуктуаций на информационном уровне, влияя на интеллектуальную сферу, ее активность в зависимости от состояния эмоциональной сферы (связка факторов  $H - Q_4$ ).

Выявленная закономерность, по всей видимости, касается и фактора интеллекта ( $B^-$ ). Будучи включенным в личностную структуру, интеллект (мышление), основные параметры его функционирования зависят от аффективного состояния на данный момент времени и наличия аффективного комплекса (активизирующегося при неблагоприятных обстоятельствах). Соответствующие изменения мышления (прежде всего, качественные), с одной стороны, выполняют защитную функцию. Во избежание травмирующего действия тех или иных событий, переживаний и мыслей, определенной информации и чувств интеллект как бы извращает их интерпретацию, снижая уровень тревожности. С другой стороны, эти изменения могут являться следствием измененного состояния сознания (вызванное психозом), обусловленного патологическим восприятием<sup>2</sup>, общим снижением уровня психической саморегуляции из-за болезни. Каждая из этих интерпре-

---

<sup>1</sup> То есть, своего рода информационный фильтр. Такая трактовка входит и в более широкую интерпретацию фактора по Р. Кеттеллу.

<sup>2</sup> Проблема нарушения восприятия рассматривается в работах по изучению механизмов нервно-психических расстройств, в частности в антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д. Менделевич, 1997).

таций не исключает другую, а в целом описанный феномен проявления болезни на когнитивном уровне соответствует синергетическому принципу роста энтропии открытой нелинейной самоорганизационной системы на основе изменений ее информации и соответствует современным теоретическим представлениям *о нарушении информационного фильтра*<sup>1</sup> при шизофрении [156].

Клинические наблюдения согласуются с предложенной гипотезой: во время развития психотического состояния у больных шизофренией отмечаются серьезные сдвиги эмоционального состояния (изменения в настроении, патологические аффекты, неадекватные эмоциональные реакции, возникновение без видимых причин угнетающих чувств и др.), сочетающиеся с характерными сдвигами в интеллектуальной сфере и измененным состоянием сознания. Развивающиеся при этом бред и патологическое фантазирование связаны по смыслу с содержанием переживаемого (аффективного комплекса). Больной перестает адекватно воспринимать реальность. Он отстраняется от реального мира, погружаясь в мир значимых переживаний и сверхценных идей.

Таким образом, согласно нашей гипотезе, комплекс факторов когнитивного блока (аутия, интеллект и радикализм) с фактором самодостаточности ( $M^+$ ,  $B^-$ ,  $Q_1^+$ ,  $Q_2$ ) влияет на *функцию управления* эго посредством преобразования информации о внешнем и внутреннем мире (преломление реальности). Такое явление соответствует понятию искажения информационного фильтра.

В соответствии с психоаналитическими теориями, супер-эго представляет собой интроект родительского воспитания и воздействия, и является своеобразной личностной преднадстройкой. Комплекс факторов супер-эго в контрольной группе выделяется из общей структуры, и его влияние на личность соответственно является опосредованным (через фактор подчиняемости)<sup>2</sup>, в то время как в основ-

---

<sup>1</sup> Данный феномен согласуется с концепцией когнитивного диссонанса Л. Фестингера.

<sup>2</sup> Это соответствует ведущим теориям «супер-эго» (теория З. Фрейда, теория М. Кляйн).

ной группе исследования факторы нормативности поведения, чувства вины и контроля желаний обнаруживают связи с другими факторами. Получается, что включенное в общую структуру личности женщины, болеющей параноидной шизофренией, данное образование влияет на личность непосредственно<sup>1</sup> (это напоминает внедрение вируса в клетку). Однако вместе факторы данного комплекса не представляют единого структурного блока (он как бы является расщепленным) (рис.2, б). Открытый нами факт имеет клиническое выражение. Известно, как меняется отношение больных во время развития шизофрении к близким и родным, прежде всего к родителям. Появляются ненависть, озлобленность, равнодушие и отчужденность без видимых причин. Исходя из нашей гипотезы, таким символическим образом эго отрицает влияние супер-эго, претендующее в структуре личности на его роль. Резко отрицательные эмоциональные реакции к родителям лишь выявляют ассоциативным путем аффективный комплекс, связанный с внутренней борьбой за управляющую роль эго с интроецированным образованием, соответствующим супер-эго. Интересно отметить, что дебют параноидной шизофрении, как правило, наблюдается в период 20-25 лет – возраст, когда человек оформляется как личность и отделяется от своей нуклеарной семьи. Это время самоопределения и становления, период социально-психологического отделения от родителей, время создания своей собственной семьи. Также начало заболевания диагностируется в пубертатный период, период бурного половозрастного развития и социализации личности, в результате которого завершается разрешение комплекса Эдипа и начинается половая жизнь. В этот период обостряются отношения с родителями, возникают острые конфликты. Оба периода соответственно ознаменованы серьезными психофизиологическими и личностными кризисами, когда система психики попадает в неравновесное состояние, проявляя внутренние противоречия и противоборства.

---

<sup>1</sup> На самом деле, мы лишь предполагаем внедрение «интроекта». Возможно, что супер-эго, наоборот, не выделяется из «эго». Важно, другое – сам факт отличия самоорганизации личности при параноидной шизофрении и конкретное отличие по комплексу факторов супер-эго.

Факторы силы супер-эго и чувства вины имеют высокие значения в основной группе ( $G^+$ ,  $O^+$ ). Высокие оценки по фактору «нормативности поведения» ( $G^+$ ) в основной группе свидетельствует о силе «сверх-я». С данным фактором связаны такие личностные свойства, как уравновешенность, настойчивость и развитое чувство долга. Фактор  $G$  характеризует особенности эмоционально-волевой сферы и регуляции поведения. Этим фактор  $G$  напоминает фактор силы эго ( $C$ ) – связью с функцией *саморегуляции*.

Группе БПШ женщин свойственно повышенное чувство вины ( $O^+$ ). Высокие оценки по данному фактору определяют беспокойство. В нем важен компонент *устойчивости*. Люди с высокими оценками по фактору чувствуют свою неустойчивость, напряженность с преобладанием страхов. В связи с этим возникают устойчивые фрустрационные ( $Q_4$ ) тенденции и состояния, которые закрепляются на личностном (структурном) уровне, о чем свидетельствует корреляционная зависимость между факторами. На основе анализа связи фактора гипотимии ( $O^+$ ) с фактором фрустрации ( $Q_4$ ) и их опосредованного влияния на другие личностные черты данная связь определяется как *патологическая*. Есть основания полагать, что в комплексе указанные факторы вместе с протенсией представляет собой *патогенный аффективный комплекс*<sup>1</sup> (блок тревоги) [160,173]. При этом «гипотимия», включенная в структуру личности БПШ женщины, делает ее более ранимой, определяя выраженное чувство вины и зыбкость границ эго.

Будучи устойчивым *патогенным* личностным образованием, комплекс факторов фрустрированности ( $Q_4$ ) и чувства вины ( $O^+$ ) обнаруживает связь с конформизмом ( $Q_4 - E$ ), определяя такие личностные тенденции, как пассивность, неуверенность в себе и импунитивность (склонность к самообвинению). Фактор фрустрированности также связан со сдержанностью и осторожностью в контактах ( $Q_4 - H^-$ ), в итоге приводя к обособлению от внешнего мира. В комплексе с выраженным

---

<sup>1</sup> Автономный психический комплекс (синоним) – понятие из аналитической психологии К.Г. Юнга.

фактором «протенсии» факторы фрустрированности и чувства вины образуют *блок тревоги* ( $Q_4$ ,  $O^+$ ,  $L^+$ ).

Высокие оценки по фактору протенсии ( $L^+$ ) в основной группе женщин свидетельствуют о патологической подозрительности, осторожности, эгоцентричности. Фактор определяет излишнюю защиту и эмоциональную напряженность личности. Протенсия обнаруживает парадоксальную связь с фактором сургенсии ( $F$ ), обеспечивая реализацию минимальной экспрессивности, импульсивность и возможность общения. Таким специфическим образом реализуется приспособительная функция и обеспечивается баланс информационного обмена психики со средой на минимальном уровне.

Связь факторов конформизма ( $E$ ) и проницательности ( $N$ ) в структуре личности БПШ женщин также обусловлена *блоком тревоги*. Конформизм, обусловленный фрустрированностью ( $Q_4$ ), потенцирует развитие таких свойств, как искусственность, эмоциональная сдержанность, осторожность, патологическая подозрительность. В связи с этим данная связь факторов является *защитно-приспособительным* личностным комплексом. С блоком тревоги, таким образом, связаны основные изменения в эмоциональной сфере и приводящие ее к блокаде.

Выраженным свойством в группе больных женщин является «тректия» ( $H^-$ ). Низкие оценки по этому фактору определяют такие личностные особенности, как эмоциональная сдержанность, осторожность, социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе. В контрольной группе женщин преобладают высокие значения по фактору ( $H^+$ ), свидетельствующие об активности, наличии эмоциональных интересов, готовности к риску и сотрудничеству с людьми. Фактор имеет противоположные по направленности значения у больных и здоровых женщин. У здоровых женщин он выполняет адаптивную функцию, у БПШ женщин этот фактор является защитным личностным образованием, способствуя обособлению.

Данную гипотезу подтверждает анализ связей с другими факторами. Так, например, тректия коррелирует с фактором радикализма

( $Q_1^+$ ), отвечающим за критическое восприятие информации. Данная связь свидетельствует о *защитной функции* обоих факторов от информации и аффектов, угрожающих психической устойчивости и равновесию эмоциональной сферы. Корреляционная связь фактора тректии с фактором фрустрированности ( $Q_4$ ) подтверждает это. При этом тректия (Н) непосредственно сдерживает эмоциональные проявления, а «радикализм» ( $Q_1^+$ ) – посредством защиты от неприемлемой информации. Учитывая, что в группе БПШ женщин в патогенном комплексе чувство вины является выраженной чертой, именно оно определяет формирование фрустрационных тенденций, а вместе с этим тректии и радикализма, как антагонистических блоку тревоги личностных тенденций, отражая принцип устойчивости, как условие самоорганизации. В контрольной группе данные факторы имеют противоположные тенденции: «пармия» (Н+) и «консерватизм» ( $Q_1^-$ ). И характерной чертой выступает нефрустрированность, расслабленность ( $Q_4^-$ ).

Представляет интерес общая связь факторов шизотимии (А) и самодостаточности ( $Q_2$ ) в основной и контрольной группах женщин. Закономерность общая и, значит, определена половой принадлежностью. По-видимому, у здоровых женщин открытость обуславливает социабельность и коммуникабельность; у больных женщин стремление к самодостаточности, формированию самости (в целях стабилизации структуры личности) приводит к закрытости и сдержанности в общении. Следовательно, этот личностный комплекс выполняет адаптационную функцию в обеих группах и защитную (от внешнего вмешательства) в структуре личности женщин, больных параноидной шизофренией.

В комплексе данные подтверждают нашу гипотезу о качественно различном стиле самоорганизации психики, диалектически отраженном в личностной организации больных шизофренией и здоровых женщин. Предполагается, что между эго и супер-эго существуют сложные динамические отношения, представляющие собой процесс самоорганизации психики, при котором каждое из этих образований

стремится к управлению всей системой психика на основе распределения психической энергии: супер-эго путем прямого контроля влечений, эго – путем изменения восприятия действительности и состояния сознания. При этом отмечается расщепление и комплекса фактора супер-эго и всей структуры личности.

Таким образом, структурная организация личности БПШ женщин имеет характерные отличия. Фактор силы эго (С) не входит в структуру личности, не обнаруживая значимых связей с другими факторами. В общий конструктор личности БПШ входят: *комплексы* факторов супер-эго (G, O, Q<sub>3</sub>), *тревоги* (L, O, Q<sub>4</sub>) и *интеллектуальный комплекс* (B, M, Q<sub>1</sub>). Факторы супер-эго не образуют отдельного образования, не проявляя связей. Предполагается, что именно с наличием интеллектуального комплекса связано искажение информационного фильтра, проявляющееся в клинике заболевания. В группе здоровых женщин не обнаружено и комплекса тревоги, проявляющего все признаки патогенного комплекса в группе больных. Различия проявляются в специфических связях между факторами при шизофрении и в вырождении стандартных связей.

На основе представленного системного анализа условная структура личности женщин, больных параноидной шизофренией, характеризуется отсутствием целостности, наличием блоков и комплексов, связанных с патологическими симптомами, обнаруживающих взаимодействия с другими факторами, отражая внутренний диссонанс на структурно-функциональном уровне.

**Исследование мужчин.** Выявленные различия между группой больных параноидной шизофренией и контрольной группой (рис.3) мужчин шизотимии (А), контролю желаний (Q<sub>3</sub>) и фрустрированности (Q<sub>4</sub>) являются статистически значимыми при  $p=0,005$  ( $t_A=3,403$ ,  $t_{Q_3}=3,007$ ,  $t_{Q_4}=3,272$ ,  $t$  критическое=2,971, число степеней свободы  $v=92$ ). По фактору силы эго (С) различия тоже статистически значимы при уровне значимости  $p=0,05$  ( $t_C=2,161$ ,  $t$  критическое=2,021, число степеней свободы  $v=92$ ). По фактору тректии (Н) различия также являются значимыми при уровне значимости  $p=0,001$  ( $t_H=4,342$ ,  $t$  критическое=3,551, число степеней свободы  $v=92$ ).



Рис. 3. Личностные профили мужчин основной (ряд 1) контрольной (ряд 2) групп: А – обособленность-общительность, В – интеллект, С – сила «я», F – озбоченность-беспечность, Н – робость-беззаботность, I – жесткость-нежность, М – мечтательность, О – чувство вины, Q<sub>3</sub> – контроль желаний, Q<sub>4</sub> – фрустрированность (16 PF)

Группу мужчин, больных параноидной шизофренией, отличает выраженный фактор шизотимии<sup>1</sup> (A<sup>-</sup>), определяющий скрытность, отчужденность, необщительность и замкнутость ( $4,1 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ). В соответствии с общей теорией систем, закрытие от внешнего мира, сведение к минимуму внесения новой информации позволяет контролировать рост информационной энтропии (хаоса) в целях защиты самой личности. Следовательно, фактор шизотимии выполняет защитно-адаптационную функцию. В контрольной группе доминирует противоположная тенденция (A<sup>+</sup>), обуславливающая гибкость общения и открытость ( $6,7 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ). Низкие оценки по фактору силы эго (C<sup>-</sup>) свидетельствуют о слабости «я» (как и у БПШ женщин), об эмоциональной неустойчивости, импульсивности, низкой толерантности к фрустрации ( $4,1 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ). Данный показатель отражает степень

<sup>1</sup> Изначально термин «шизотимия» взят автором методики из психиатрии и связан с названием заболевания шизофрения.



*самоуправления* системы психика. В целом, свойства, связанные с низкими значениями фактора, соответствуют клиническим наблюдениям, а эмоционально-волевой дефект личности является специфическим клиническим симптомокомплексом при шизофрении. В контрольной группе фактор С имеет более высокие значения ( $6,1 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ ).

Отмеченное снижение фактора «тректия» ( $H^-$ ) определяет эмоциональную сдержанность, социальную пассивность, чувствительность к угрозе (как у БПШ женщин), что соответствует клинической картине ( $4,2 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ). Фактор характеризует *степень активности в социальных контактах*. Низкие оценки характеризуют людей застенчивых, робких, испытывающих страх к жизни. Это соответствует эмпирическим данным по наблюдению за поведением и социальной активностью больных шизофренией.

В контрольной группе преобладают высокие значения по фактору, свидетельствующие об активности, наличии эмоциональных интересов ( $6,6 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ). Как и фактор силы эго, фактор тректии является противоположным по направленности у больных и здоровых мужчин. Выявлен высокий уровень фрустрированности ( $Q_4^+$ ), определяющий напряженность, беспокойство и раздражительность ( $6,2 \pm 1,0$ ,  $p < 0,05$ ). В контрольной группе фактор имеет низкие значения, свидетельствующие о внутренней стабильности ( $3,8 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ). Контрольную группу отличают высокие значения по фактору  $Q_3$ , говорящие о достаточном самоконтроле ( $7,3 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ).

В целом, личностные факторы, отличающие больных параноидной шизофренией мужчин, отражают характерные психопатологические особенности и имеют клинические проявления при шизофрении (рис.3).

Выявленные на основе структурно-аналитического подхода значимые связи между факторами личности мы отражаем в виде единых графо-факторных схем. Уровень значимости  $p = 2,086$ . Статистически значимыми стали значения корреляции  $r > 0,423$ .

Анализируя схему условной структуры личности мужчины контрольной группы, мы обнаруживаем сложное целостное образование, характеризующееся единством и устойчивостью (рис.4, а).

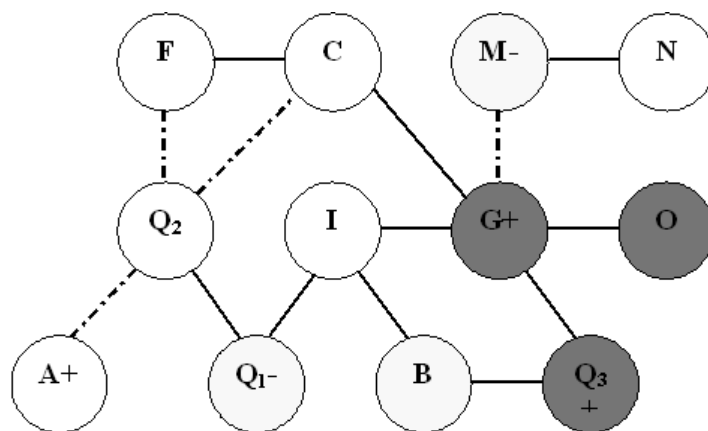


Рис.4, а. Графо-факторная схема личности здорового мужчины

Обозначения: (B) – факторы блока интеллекта

Как видно на схеме, факторы формируют связи, образуя общий, внутренне согласованный каркас личности. Как показал анализ, связи обнаруживают большинство факторов (12 из 16). Факторы конформности, пармии, протенсии и фрустрированности не входят в общую схему личности. Фактор силы эго (С) входят в общую структуру личности, образуя связи с факторами, укрепляет ее. В структуру личности здорового мужчины входит и факторы блока интеллекта (в норме не обнаруживаемые в структуре личности здоровой женщины). Комплекс из трех факторов, связанных попарно между собой, включающий факторы силы супер-эго, чувства вины и контроля желаний, как целостное образование входит в структуру личности здорового мужчины. Данное образование, по сути, соответствующее супер-эго, воздействует на психику непосредственно. Комплекс супер-эго обнаруживает связи с факторами силы эго (С), премсии (I) и интеллекта (B), таким образом, обеспечивая конструктивное влияние чувства вины на поведение, общение и регулирование системой личности в целом.

Сравнивая схемы личности здорового и больного параноидной шизофренией мужчины, мы находим ряд принципиальных отличий. Условная структура личности БПШ мужчины характеризуется еще бо-

лее сложной организацией и отсутствием гармоничности (рис.4, б). В нее входят 15 из 16 факторов (7 из 16 по отрицательным корреляциям).

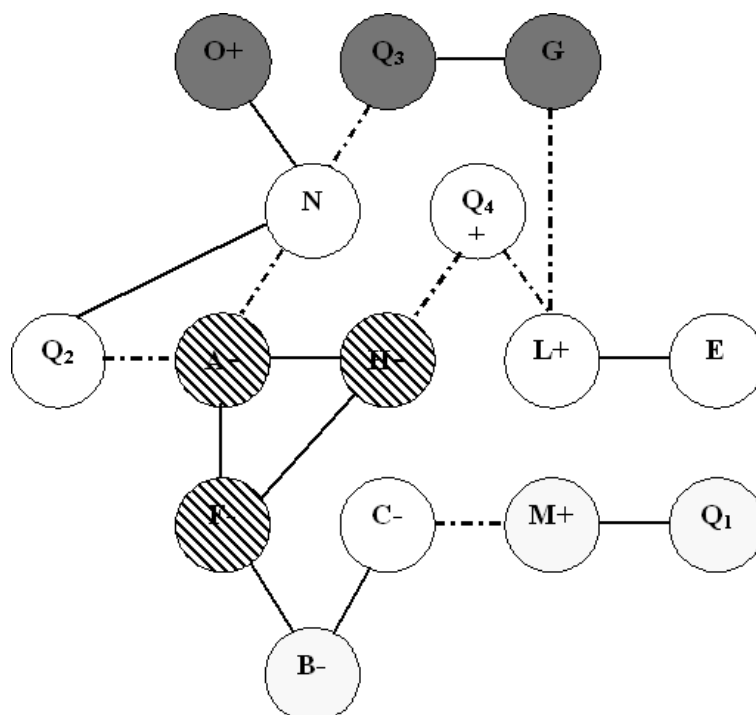


Рис.4, б. Графо-факторная схема личности БПШ мужчины

Обозначения:  — факторы блока интроверсии

Отмечая сложность организации личности больного шизофренией мужчины, мы в то же время констатируем ее зыбкость и неустойчивость. Фактор силы эго входит в общую личностную структуру в рамках когнитивного блока. Так же, как и у здоровых, у больных мужчин комплекс факторов супер-эго входит в общую структуру личности. Отдельно выделяется образование из трех взаимосвязанных факторов шизотимии ( $A^-$ ), тректии ( $H^-$ ), десургенсии ( $F^-$ ), формирующих блок интроверсии. Кроме того, выделяется (как у женщин БПШ) функциональный блок тревоги, включающий факторы протенсии ( $L^+$ ), чувства вины ( $O^+$ ) и фрустрации ( $Q_4^+$ ). На основе структурно-аналитического подхода и сравнительного анализа особенностей топологической организации личности здоровых и больных мужчин осуществлен психологический анализ.

В структуре личности БПШ мужчин так же, как и в группе больных женщин, обнаруживается комплекс факторов, относящихся к

субстанции супер-эго ( $G$ ,  $Q_3$ ,  $O^+$ ). Однако в отличие от женщин комплекс *супер-эго* у мужчин является целостным, нерасщепленным (что подтверждают найденные корреляции между факторами), поэтому предполагается, что он обладает большей силой и влиянием на личность. Кроме того, в отличие от структурной организации личности женщин, факторы супер-эго у мужчин включены в общую структуру личности и в норме и при патологии, причем у больных мужчин комплекс факторов супер-эго образует нелинейные связи с другими личностными факторами. В связи с этим взаимодействия образований эго и комплекса факторов супер-эго у мужчин БПШ имеет сложный, динамичный характер по типу отторжения (это напоминает аутоаллергическую реакцию).

Высокие оценки по фактору нормативности поведения ( $G^+$ ) в контрольной группе мужчин свидетельствуют о силе сверх-я. Данный фактор характеризует особенности эмоционально-волевой сферы и регуляции социального поведения. В структуре личности БПШ мужчин, как и у здоровых, отмечается выраженная связь фактора силы сверх-я с фактором контроля желаний ( $Q_3$ ), определяющая контролирующую функцию субстанции супер-эго. Также определена связь с фактором подозрительности.

Группе БПШ мужчин свойственно выраженное чувство вины – гипотимия ( $O^+$ ). Высокие оценки по фактору выявляют такие личностные особенности, как беспокойство, ранимость, подверженность настроению, тревожность, неуверенность в себе, склонность к предчувствиям и самобичеванию. Фактор чувство вины, как и третий фактор супер-эго – контроль желаний ( $Q_3$ ), коррелирует с фактором искусственности. При этом корреляционная зависимость факторов искусственности ( $N$ ) и чувством вины ( $O^+$ ) определяет следующую закономерность: с ростом чувства вины возрастают, и значения по фактору искусственности. Это явление напоминает мимикрию в биологическом мире – психика пытается приспособиться к мнимой угрозе путем изменения самопрезентации.

Таким образом, личность, изменяя информацию о себе, защищает себя (свое эго). Подтверждением данной идеи являются клинические наблюдения: больные часто жалуются на ощущение потери себя, на забывание собственной личности; появляется фантазирование на тему собственной персоны. Связь искусственности с фактором контроля желаний нелинейная, сложная в то же время имеет противоположные тенденции: потенцирует безыскусственность – в этом проявляются управленческое начало супер-эго. Фактор искусственности обнаруживает корреляции со связанными между собой факторами «самодостаточность» и «шизотимия». Связь факторов искусственности и самодостаточности в основной группе указывает на то, что искусственность отчасти обуславливает развитие самости.

Такой парадокс разрешается, согласно нашей гипотезе, в контексте целевого назначения фактора искусственности – внесение информационного хаоса с целью защиты от экспансии супер-эго. Данная связь отражает условие обретения и сохранения самости – как условия целостности и устойчивости личности на структурном уровне. В свою очередь, фактор самодостаточности обнаруживает связь с шизотимией: стремление к самодостаточности, самости способствует снижению активности в сфере общения, закрытости. Это общая связь факторов у больных и здоровых мужчин, однако, у здоровых закономерность иная: социабельность, стремление к контактам потенцирует общительность и коммуникабельность. Связь факторов искусственности и шизотимии определяет появление озабоченности, апатии, печали, отрешения и беспокойства. Обособление от внешнего мира, замкнутость и уход от контактов, сопряженные с фактором шизотимии, оберегают психику от дополнительных внешних стимулов. Это соответствует внутреннему диссонансу, возникающему на эмоциональном уровне, что свидетельствует о нарастании энтропии (хаоса) на информационном уровне.

Таким образом, функция *защиты* эго комплекса факторов искусственности, шизотимии и самодостаточности проявляется в *искажении самопрезентации*. Для группы БПШ мужчин свойственны скрыт-

ность, обособленность, отчужденность, недоверчивость, необщительность, замкнутость ( $A^-$ ). Закрытие от внешнего мира, сведение к минимуму внесения новой информации позволяет контролировать рост информационной энтропии, внесенной в целях защиты самой личностью. Следовательно, фактор шизотимии выполняет защитно-адаптационную функцию. Фактор определяет развитие соответствующих свойств – робости, застенчивости, связанных с фактором тректии ( $H^-$ ). Выявленная связь факторов обнаружена и у здоровых мужчин. Но в контрольной группе данный фактор имеет противоположные тенденции ( $A^+$ , аффектотимия), обуславливая гибкость общения, открытость и беспечность. Фактор шизотимии связан с фактором десургенсии ( $F^-$ ), выраженным в группе БПШ мужчин и обуславливающим такие свойства, как озабоченность, апатичность. Десургенсия связана с фактором тректии. Выделяется комплекс интеркоррелирующих выраженных факторов шизотимии, десургенсии и тректии, образующих блок интроверсии. Такое внутриличностное образование имеет стабильное клиническое выражение в форме отстраненности, замкнутости и обособленности.

Выраженным свойством в группе больных мужчин в рамках блока интроверсии является тректия ( $H^-$ ), определяющая эмоциональную сдержанность, социальную пассивность, повышенную чувствительность к угрозе. В контрольной группе преобладают высокие значения по фактору (пармия), свидетельствующие об активности, наличии эмоциональных интересов, готовности к сотрудничеству. Как и фактор силы эго, фактор тректии имеет противоположные значения у больных и здоровых мужчин: в контрольной группе он выполняет адаптационную функцию, у БПШ мужчин является защитным личностным образованиям.

В структуру личности БПШ мужчины входят факторы интеллектуальной сферы, идущие в едином блоке с фактором силы эго, связанным с блоком интроверсии через фактор десургенсии. Определены низкие оценки по фактору активности интеллекта ( $B^-$ ), что говорит о конкретности и ригидности мышления, о затруднении в решении абст-

рактных задач, сниженной оперативности мышления. Снижение интеллектуальной активности обнаруживает связь с фактором десургенсии ( $F^-$ ). Предполагается, что беспокойство, озабоченность и подавленность, связанные с фактором десургенсии и соответственно с блоком интроверсии в целом, способствуют снижению активности интеллекта, познавательной сферы. Фактор интеллекта положительно коррелирует с фактором силы эго ( $C^-$ ), уровнем его активности. Таким образом, снижение интеллектуальной активности, обуславливающей информационный обмен, у БПШ мужчин зависит от силы эго.

Состояние эмоциональной сферы у БПШ мужчин характеризуется нестабильностью. Низкие оценки по фактору силы эго ( $C^-$ ) в основной группе говорят о слабости «я», об эмоциональной неустойчивости. Отмечаются низкая толерантность к фрустрации, утомляемость. Данный показатель отражает степень *самоуправления* системы «психика». В контрольной группе мужчин фактор силы эго также обнаруживает связи с другими факторами, но не имеет выраженных тенденций. Таким образом, мы констатируем наличие центрального фактора эго-комплекса в структуре личности в основной группе мужчин, как и в контрольной. Однако в структуре личности здорового мужчины фактор силы эго обнаруживает связь с фактором силы супер-эго. Сила одного фактора и связанного с ним образования потенцирует другой фактор и соответствующее образование. Данная гипотеза подтверждается связью фактора интеллекта с фактором контроля желаний, говорящей о том, что интеллект здоровой мужской психики, как элемент сознательного «я», также участвует в управляющей функции, в том числе над желаниями и влечениями. Все это свидетельствует о гармоничном взаимодействии между образованиями эго и супер-эго на структурном уровне личности у здоровых мужчин. В основной группе фактор обнаруживает связи с факторами активности интеллекта и аутии ( $M^+$ ). Фактор аутии ( $M^+$ ) свидетельствует об умении оперировать абстрактными понятиями, о развитом воображении, поглощенности своими внутренними иллюзиями, ориентированности на внутренний мир с интенсивным проживанием идей и чувств. Фак-

тор аутии обнаруживает связь с фактором радикализма интеллектуальной сферы.

Таким образом, в структуру личности БПШ мужчины входит когнитивный блок, включающий в себя факторы интеллектуальной сферы, связанные с фактором силы эго.

Высокие оценки по фактору протенсии ( $L^+$ ) свидетельствуют о патологической подозрительности, осторожности, эгоцентричности, настороженности к людям. Во многом свойства названного фактора соотносятся с параноидными чертами больных мужчин. Это второй личностный фактор, с которым взаимодействует комплекс супер-эго. Фактор имеет нелинейную связь с фактором силы супер-эго ( $G$ ), отражающую сложные взаимодействия между образованиями эго и супер-эго на внутриличностном уровне. При этом подозрительность способствует снижению контроля супер-эго, уменьшая его силу за счет искажения личностной установки к информации о внешней и внутренней реальности (повышается психологическая восприимчивость), за счет изменения восприятия. Подозрительность ко всему чужеродному, как защита (в том числе к супер-эго) в форме искажения информации о нем (информационный уровень) вносит хаос в то же время (уровень неопределенности) в само эго. И ложная информация является фактором риска искажения самовосприятия и самосознания (феномены деперсонализации). Обнаруженная связь с фактором доминантности подтверждает нашу гипотезу: фактор протенсии потенцирует настойчивость, конфликтность и экстрапунитивность как защитно-оборонительные черты на коммуникативном уровне. В целом, высокие оценки по фактору говорят об излишней защите и эмоциональной напряженности, фрустрированности личности. Об этом свидетельствует и отрицательная корреляция с фактором фрустрированности ( $Q_4^+$ ).

Высокий уровень фрустрированности ( $Q_4^+$ ), выявленный в основной группе мужчин, определяет напряженность, беспокойство и раздражительность. В контрольной группе, наоборот, фактор имеет низкие значения и не является структурным компонентом личности. В



методологии Кеттелла данный фактор интерпретируется как *энергетическая возбужденность*, является устойчивым личностным образованием в группе БПШ мужчин, обнаруживает связь с фактором тректии, обуславливая осторожность в контактах, сдержанность и страх к жизни.

Вместе факторы чувства вины, фрустрации и протенсии образуют *блок тревоги*, связанный с *блоком интроверсии* через фактор тректии. В свою очередь тректия коррелирует с шизотимией (А<sup>-</sup>) и десургенсией (F<sup>-</sup>), образуя защитный *блок интроверсии*. Вне связей выделяется фактор харрии (Г). Низкие значения по фактору у больных шизофренией мужчин определяют самоуверенность, гибкость в суждениях, жесткость и черствость по отношению к окружающим. Таким образом, фактор, с одной стороны, снижает чувствительность, оберегая психику, с другой стороны, обеспечивает экономию психической энергии, связанной со сферой аффективности.

Таким образом, среди образований, связанных с патологическими проявлениями параноидной шизофрении, в структуре личности мужчин выделяется *блок тревоги*, включающий в себя факторы фрустрированности, подозрительности, чувство вины (блок, сдерживающий активность в коммуникативной сфере). *Блок интроверсии*, связанный с блоком тревоги, также определяет патологическую симптоматику шизофрении в форме апатии и беспокойства (десургенсия), социальной пассивности, эмоциональной сдержанности (тректия), замкнутости и отстраненности (шизотимии). Выделяется *когнитивный блок* (факторы интеллекта, радикализма и аутии), включающий в себя фактор силы эго и связанный с блоком интроверсии. Личностный *комплекс* факторов, связанных с субстанцией *супер-эго* (контроль желаний, супер-эго и чувство вины), отличается своими взаимодействиями с другими факторами (искусственности, подозрительности).

Мы предполагаем, что включенный в единую структуру личности комплекс супер-эго является внутренним оппонентом субстанции эго. Предполагается, что в структуре личности БПШ мужчин (как у БПШ женщин) между образованиями эго и супер-эго существ-

вуют сложные взаимодействия, представляющие собой процесс самоорганизации психики, при котором каждое из них стремится к управлению всей системой на основе распределения психической «энергии» (целостность сохраняют оба объекта). Супер-эго связано с управлением путем прямого контроля влечений, эго – путем изменения информации о себе (фактор искусственности) и о внутреннем объекте (фактор подозрительности). При этом проявляются одновременно и противоборство и защита эго. На основе системного анализа условная структура личности мужчин, больных шизофренией, характеризуется сложной организацией, неустойчивостью, наличием блоков и комплексов факторов, отражающих внутренний диссонанс на структурном уровне, проявляющемся изменением информационного обмена.

**Результаты дисперсионного и регрессионного анализов.** Для вычисления вероятности наличия заболевания по значениям личностных факторов Кеттелла (16 PF) была разработана математическая модель. Первоначально было получено линейное уравнение. Однако уровень дисперсии не превышал 50%. Поэтому было решено перейти на нелинейный регрессионный анализ. В работе регрессионные модели были получены методом пошаговой регрессии «на увеличение» с помощью ППП «Statistica 6.0.». Оценив с помощью корреляционного анализа силу связей, используя уравнения регрессии, математически были описаны зависимости величин факторных характеристик и наличия заболевания отдельно для мужчин и женщин. Регрессионная модель позволяет по величине одного признака предсказать значение другого, т.е. по значениям параметров определить степень предрасположенности к параноидной шизофрении.

Для женщин модель имеет вид:

$$Y=0,01 * H - 0,008 * H^2 + 0,04 * M + 0,002 * M^2 + 0,08 * O - 0,005 * O^2 - \\ - 0,02 * Q_4 + 0,005 * Q_4^2$$

где  $H$ ,  $M$ ,  $O$ ,  $Q_4$  – личностные факторы,  $Y$  – степень предрасположенности к параноидной шизофрении.

Формула расчета предрасположенности к заболеванию у мужчин:

$$Y=0,27*A-0,03*A^2-0,26*C+0,03*C^2+0,22*I-0,03*I^2+0,03*M-0,16*Q_2+0,02*Q_2^2+0,01*Q_4^2,$$

где  $A$ ,  $C$ ,  $Q_2$  – личностные факторы,  $Y$  – степень предрасположенности к параноидной шизофрении.

В результате регрессионного анализа выявлен критерий (порог) признака. Если полученные значения превышает 0,5, то вероятность наличия заболевания увеличивается (чем больше  $Y$ , тем выше вероятность). Коэффициент множественной корреляции в уравнении регрессии для женщин равен 0,858, то есть дисперсия ( $D$ ) равна 0,736. Следовательно, данная формула описывает 73,6% всей выборки. Коэффициент множественной корреляции в уравнении регрессии для мужчин равен 0,883, то есть дисперсия ( $D$ ) равна 0,780. Следовательно, данная формула описывает 78% всей выборки.

**У женщин дисперсионный анализ** позволил определить взаимовлияние личностных факторов. На основе **нелинейного регрессионного уравнения** при spline-аппроксимации были построены 3-мерные модели зависимости вероятности заболевания ( $Y$ ) от факторов. В комплексе дисперсионный анализ и 3-мерные модели зависимости, построенные на основе регрессионного уравнения, позволили углубить и обосновать отдельные результаты структурно-аналитического подхода и, таким образом, уточнить модели структурно-функциональной организации психики женщин, больных параноидной шизофренией. В результате было установлено влияние на вероятность заболевания факторов чувства вины ( $O^+$ ,  $p=0,018$ ), фрустрации ( $Q_4^+$ ,  $p=0,02$ ), тректии ( $H^-$ ,  $p=0,001$ ), аутии ( $M^+$ ,  $p=0,001$ ) и фактора силы эго ( $C$ ,  $p=0,003$ ).

Из анализа следует, что о патогенности с уверенностью можно говорить в отношении факторов  $Q_4^+$  и  $O$ . Из комплексного анализа следует и то, что факторы чувства вины и фрустрированности комплекса тревоги, представляющие т.н. аффективный патогенный комплекс, взаимно влияют друг на друга: высокие значения одного потенцируют высокие значения другого. Вместе факторы вносят макси-

мальный вклад увеличения вероятности развития заболевания. Кроме того, оба фактора влияют на фактор Н, снижая его значения. На фактор Н оказывают влияние также фактор контроля желаний и фактор силы эго с аналогичным эффектом. Относительно фактора С можно сказать, что слабое эго является лишь предрасполагающим к заболеванию. Значение факторов М и Н, не смотря на влияние на фактор У, сводится к их условной патогенности, что следует из предшествующего анализа, указывающего защитные и адаптационные эффекты обоих факторов. Кроме того, 3-мерные модели зависимости факторов при spline-аппроксимации позволили установить, что фактор аутии при средневысоких значениях (6-7 б.) и низких значениях фактора чувства вины (1-4 б.) снижает риск заболевания (У). То же касается фактора тректии: при низких значениях Н (1-4 б.) и малых значениях по фактору фрустрированности (1-4 б.) риск развития заболевания минимален. Данные результаты позволяют сделать предварительный вывод о вкладе фактора тректии и психологическом значении в определенном диапазоне его значений, т.е. речь идет об *адаптационном коридоре возможностей*. Важно отметить, что «тректия» влияет на шизотимию (А), которая в свою очередь влияет на гипотимию (О) и, таким образом, способствует снижению фрустрированности (Q<sub>4</sub>). Так, опосредованно эмоциональная сдержанность, снижение социальной активности (Н), развивая отчужденность, ригидность, замкнутость и обособленность (А), способствуют снижению беспокойства и чувства вины (О). Вместе со снижением чувства вины наблюдается снижение фрустрированности и в результате риск развития заболевания становится минимальным. Необходимо отметить, при уменьшении чувства вины высокие значения по фактору аутии (М) также способствуют снижению У. И учитывая выявленное влияние фактора Н на М, предложенный механизм становится завершенным.

В заключение необходимо отметить, что фактор когнитивного блока – радикализм – влияет на фактор С, т.е. на эмоциональную устойчивость, в свою очередь влияющим на тректию. Круг замыкается. Таким образом, наша предварительная гипотеза о влиянии факторов когнитивного блока находит дополнительное подтверждение.

**У мужчин дисперсионный анализ** позволил определить взаимовлияние личностных факторов. На основе **нелинейного регрессионного уравнения** при spline-аппроксимации были построены 3-мерные модели зависимости вероятности заболевания (Y) от факторов. В результате на основе комплексного анализа установлено влияние на вероятность заболевания факторов шизотимии ( $A^-$ ,  $p=0,001$ ), силы супер-эго (G,  $p=0,002$ ), самодостаточности ( $Q_2$ ,  $p=0,07$ ) и фрустрированности ( $Q_4^+$ ,  $p=0,054$ ). О патогенности с уверенностью можно говорить в отношении фактора G, O, и  $Q_4$ . Комплексный анализ показывает, что фактор чувства вины определяет высокие значения фактора силы супер-эго, влияющего на Y и фактор фрустрированности, имеющий высокие значения (и также влияющий на Y). Вместе факторы вносят максимальный вклад увеличения вероятности развития заболевания.

Из дисперсионного анализа следует, что у мужчин фактор развития заболевания (Y) влияет на многие личностные факторы, среди которых факторы силы эго, силы супер-эго, самодостаточности, шизотимии, тректии, фрустрированности. Определено, что слабое эго является у мужчин следствием болезни (Y,  $p=0,005$ ). То же касается и фактора тректии (Y,  $p=0,05$ ). Чувство вины определяет силу супер-эго у мужчин. Если у женщин шизотимия влияет на чувство вины, то у мужчин, наоборот – чувство вины влияет на шизотимию.

Значение факторов A и  $Q_2$ , не смотря на влияние на фактор Y, сводится к их условной патогенности, что следует из предшествующего анализа, указывающего защитные и адаптационные эффекты обоих факторов (функция искаженной самопрезентации). 3-мерные модели зависимости факторов при spline-аппроксимации позволили установить, что фактор шизотимии при средних значениях (3-5 б.) и низких значениях фактора самодостаточности (3-4 б.), а также при  $A=1-3$  и  $Q_2=2-6$  балла снижает риск заболевания (Y).

Значение фактора самодостаточности обусловлено также влиянием на фактор силы эго, косвенно определяя снижение фрустрированности и в итоге снижение значений фактора Y. Данные результаты

позволяют сделать предварительный вывод о вкладе фактора, его психологическом значении в определенном диапазоне значений (*адаптационном коридоре возможностей*). Интересно отметить, что «шизотимия» влияет на тректию, которая в свою очередь влияет на фактор аутии (М), также связанным с фактором силы эго (корреляционные зависимости). Фактор шизотимии влияет на фактор G, также косвенно влияя на Y. Интактным остается фактор чувства вины (О).

**Комплексный анализ гендерных личностных различий.** В исследовании идентифицированы отдельные механизмы психической самоорганизации при параноидной шизофрении. Выявленный профиль личностной организации (факторов и новообразований), отличающий больных шизофренией, объясняет отдельные клинические признаки заболевания. Общим для БПШ мужчин и женщин выступает наличие в структуре личности интеллектуального блока, комплексов тревоги и супер-эго. Определены гендерные различия при параноидной шизофрении: у женщин комплекс тревоги связан с блоком интеллекта, у мужчин – с блоком интроверсии. Как выяснилось, интроверсия у мужчин служит компенсаторным механизмом, снижающим эмоциональное напряжение. У женщин снижение эмоционального напряжения и тревоги обеспечивает механизм интеллектуальной переработки. В результате у мужчин и женщин, страдающих параноидной шизофренией, выявлены общие образования: интеллектуальный блок, комплексы тревоги и супер-эго. Определены принципиальные гендерные различия структурной организации при параноидной шизофрении. Выявленный у женщин когнитивный блок связан с блоком тревоги для защиты от негативных переживаний и состояний, обусловленных выраженным чувством вины и фрустрированностью. У мужчин блок тревоги связан с блоком интроверсии, снижающим напряженность на личностном уровне путем уменьшения аффективной и интеллектуальной активности, связанных с когнитивным блоком.

Структурная организация личности женщин при параноидной шизофрении отличается от здоровых рядом признаков: включенный блок факторов супер-эго, блок тревоги, когнитивный блок. Структур-

ная организация личности БПШ мужчин отличается наличием *блока интроверсии*.

Из дисперсионного анализа следует, что у мужчин в отличие от женщин фактор развития заболевания (Y) влияет на многие личностные факторы, среди которых факторы силы эго, силы супер-эго, самодостаточности, шизотимии, тректии, фрустрированности. Анализ показал, что у мужчин и женщин на болезнь оказывают влияние разные факторы, а влияние между факторами имеют порой противоположные тенденции. Так, слабое эго (С) является у мужчин следствием болезни, а у женщин лишь предрасполагающим к заболеванию. То же касается и фактора тректии: у мужчин на него влияет фактор Y, а у женщин Н влияет на Y. Чувство вины определяет силу супер-эго у мужчин, а у женщин – фрустрированность. Если у женщин шизотимия влияет на чувство вины, то у мужчин, наоборот. Есть и другие различия. Кроме того, анализ показал у мужчин наличие блока супер-эго (влияние О на G), что говорит о силе данного образования.

В комплексе дисперсионный анализ и 3-мерные модели зависимости, построенные на основе регрессионного уравнения, позволили углубить и обосновать отдельные результаты структурно-аналитического подхода. На его основе были выявлены факторы, в определенном диапазоне значений представляющие *адаптационный коридор возможностей для снижения вероятности (или развития) параноидной шизофрении*.

Таким образом, в представленном исследовании идентифицированы отдельные механизмы психической самоорганизации при параноидной шизофрении на структурном уровне, которые отражают взаимосвязи образований и выявляют их отличия от личностной организации здоровых людей. Различия обусловлены наличием личностных блоков и комплексов, специфическими связями между факторами при шизофрении и вырождении стандартных связей, обнаруженных в контрольных группах. Определены гендерные отличия. В исследовании показано, что относительно большинства личностных факторов и образований можно говорить лишь об условной патогенности. Некоторые факторы выполняют адаптационную функцию в

определенном диапазоне значений. Психологический и психоаналитический методы, корреляционный, регрессионный, дисперсионный и аналитико-корреляционный методы аппроксимации подтверждают основные выводы по исследованию личности, проведенного на базе структурно-аналитического метода. Показана биекция между результатами проведенных анализов.

## 2.4. Исследование психодинамики влечений

*Конечная цель любой науки – охватить наибольшее число эмпирических фактов, выведя их логически из как можно меньшего количества гипотез и аксиом.*

*Альберт Эйнштейн*

В проведенном лонгитюдном исследовании влечений у женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией, выявлен ряд отклонений по качественным характеристикам по сравнению с нормой на основе судьбоаналитической и психоаналитической интерпретации, определены количественные изменения динамики влечений как процесса с помощью анализа гармонических функций (Фурье-анализ). При изучении специфики подсознательных процессов, их динамических и стохастических параметров обнаружены отклонения от закона ангармонических колебаний. Так, если для здоровых выявленная периодичность факторов влечений максимально приближена к гармоническому закону колебаний, то при параноидной шизофрении отмечаются аperiodичность и асинхронность. Прежде всего, это касается симптомо-факторов, т.е. динамичных потребностей с высокой степенью напряжения. Как показал анализ, при шизофрении имеют место выраженные амплитудно-частотные отклонения в спектре колебаний факторов пароксизмального и эго-влечения. Это характеризует количественную сторону динамики влечений. Качественная оценка представлена выраженными радикалами влечений, устойчивыми факторными стремлениями влечений, их сочетаниями и связями с личност-



ными факторами. Выявленные векторные отклонения в обеих группах больных связаны с эго-влечением, соответствующим инстинкту самосохранения (как принципу устойчивости), и с контактным влечением, обуславливающим взаимодействие с внешним миром, а у БПШ мужчин также с сексуальным влечением. По полученным данным проведен системный анализ состояния сферы влечений.

**Векторная картина влечений больных параноидной шизофренией.** В результате исследования сферы влечений<sup>1</sup> женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией, обнаружены четыре общие факторные реакции по трем влечениям. Эти стабильные по динамике потребности, выявленные в результате пятикратной психодиагностики, представлены фактором сексуальной недифференцированности (h+ аналог эроса сексуального влечения – S) (85%, 80%), фактором кататонии (k-) эго-влечения (Sch), депрессивным (d-) (90%, 95%) и маниакальным (m+) (88%, 85%) факторами контактного влечения (C). Единственная реакция отличает факторную картину мужчин от БПШ женщин: реакция по фактору садизма (s-) сексуального влечения (82%). В связи с этим мы комплексно проанализируем факторную картину влечений БПШ женщин и мужчин.

Первоначально мы рассмотрим общую характерную реакцию (тенденцию) по фактору депрессивности (d-). Изначально фактор проявляется у младенца как побуждение «прилипнуть» к материнской груди. В дальнейшем в жизни это выражается в стремлении противиться всякому изменению ситуации, проявляющемся, в частности, в желании собирать и удерживать при себе все, что предположительно имеет ценность<sup>2</sup>. Указанный фактор развивает такие качества, как консерватизм (застывание), верность семье и традициям – в целом формируется выраженная *инерционная тенденция* во всех проявлениях

---

<sup>1</sup> Для оценки влечений, выраженных реакций по факторам, т.е. имеющих стабильную тенденцию, было решено фиксировать из них те, что имеют одну и ту же реакцию не менее трех раз на протяжении всего пятикратного исследования.

<sup>2</sup> Проявляется также фактор в страсти к накоплению, стремлении держаться за все старое и бывшее, выражается в способности испытывать удовольствие от отказа себе во всем ради накопительства.

ях. Все контактные ситуации с d-фактором несут в себе две личностные особенности: неспособность перестроиться на другой тип деятельности и инфантилизм в сфере межличностных контактов. При избыточном давлении<sup>1</sup> негативных d-реакций (d-!, d-!!, d-!!!) отмечается болезненно выраженная инертность<sup>2</sup>.

При сопутствующих реакциях парного фактора контактного влечения маниакальности (m+) подтверждается пролонгированная привязанность к матери как к первичному объекту, что проявляется в инцестуозной любви или ненависти, и накладывает отпечаток на всю жизнь. В целом, реакции по фактору m свидетельствуют о тенденции к акцептации и безопасности. Побуждение быть принимаемым с безусловностью доверия трансформируется в жизни в стремление цепляться за жизнь, бытие (m+). Данные реакции контактного влечения характерны для обеих групп больных шизофренией, свидетельствуют о глобальном влиянии и связи больного с матерью на неосознаваемом уровне.

Стабильной в обеих группах является реакция по эрос-фактору (h+). В целом, данный фактор Сонди интерпретирует как психоаналитический эрос. Эрос-радикал является корнем как индивидуальной, так и коллективной любви (к человечеству). Это понятие близко к фрейдовскому влечению к жизни. Энергия h-фактора – это либидо<sup>3</sup>. В

---

<sup>1</sup> Избыточное давление (напряжение) реакций по факторам влечений в методике Л. Сонди определяется количеством выбранных портретов испытуемым одной серии (более трех), относящихся к одному фактору.

<sup>2</sup> Согласно теории влечений, «прилипание» к старому объекту делает невозможной какую-либо перемену в контактной жизни. Речь может идти о повышенной потребности в сексе, при связке с s- об анальмазохизме, перверзиях или инверсиях.

<sup>3</sup> В отличие от З. Фрейда Л. Сонди не считает, что либидо имеет только сексуальную природу. Также он не согласен с К.Г. Юнгом и не расценивает ее лишь как показатель общей психической энергии. Всякий фактор, утверждает Сонди, обладает своим собственным, специфическим, непревращаемым источником энергии. Всего их четыре, и они не могут обмениваться своими специфическими силами. Инстанция, которая трансформируется, всегда только эго, а не общая психическая энергия. Трансформирующееся «я» может мобилизовать то одну, то другую силу влечения, выдвигаемую на передний план бытия. Генная теория предполагает, что отдельные источники энергии восьми факторов представляют собой четыре группы влечений, которые могут трансформироваться лишь в результате мутаций, но не под влиянием ситуативных изменений в жизни. Однако

обеих группах одинаково часто встречаются позитивные средние реакции и с избыточным давлением. Позитивные реакции с избыточным давлением (h+!, h+!!, h+!!!) называются эрос-гипертоническими, обозначают выраженную потребность в сексуальных контактах. В клиническом опыте это означает невозможность разрядки эротической потребности в связи с *нарушением (или дефектом) структуры «я» (!)*. Именно указанный процесс – процесс схизиса, разрушения эго – отмечается у больных параноидной шизофренией и обнаруживается в нашем исследовании личности на уровне структурной организации в обеих группах (п. 2.3.). Сонди считает, что уродливое отношение общества к возможности реализации человеком потребности в любви приносит много вреда и является базой для всяческих нарушений и психических заболеваний. Имеет место и обратная зависимость: в связи с особым положением душевнобольных в обществе их жизнь, в том числе и интимная, ограничена<sup>1</sup>. Часто встречающиеся позитивные средние реакции «h» указывают на нормальное состояние индивида в отношении любви и секса. Однако повторяющиеся реакции по эрос-фактору, меняясь по интенсивности, говорят о невозможности разрядки эрос-потребности в связи с нарушением структуры «я» БПШ испытуемых (и в связи с отсутствием половой жизни). *Либидозастойная реакция* проявляется в обеих БПШ группах (S+!!!0), но особенно часто и выражено она проявляется у женщин.

Другой характерной для женщин и мужчин БПШ является реакция по фактору кататонии (k). Фактор кататонии эго-влечения осуществляет функцию сужения «я», эго-систолю. Он обеспечивает самосохранение личности *путем приспособления к реальности* и побуждения «я» к обладанию (капитализации). Фактор k ограничивает стремления к расширению эго параноидного фактора (p). В исследовании

---

форма их проявления может несколько видоизменяться в пределах ограниченной сферы, т.е. в пределах собственного «я», обусловленного полом, возрастом, средой и образом жизни, личной и общей с близкими судьбой.

<sup>1</sup> Понятно, что, помимо социальных ограничений и запретов, имеют место и объективные сложности в проявлении и реализации сексуальных потребностей. Это и нарушение сознания, в целом психического состояния, а также побочный эффект психотропных препаратов.

реакции по фактору эго-систола приобрели постоянный характер. Отмечается выраженное подсознательное стремление приспособиться к реальности в обеих группах БПШ. Отметим, что признаки изменения состояния сознания как способа приспособления к внешней и внутренней реальности, мы обнаружили при анализе структурной организации личности (п. 2.3.).

Фактор кататонии как сдерживающий эго соответствует во многих отношениях фрейдовскому «влечению к самосохранению», однако силой эго-влечения, на взгляд Сонди, является не либидо, а наследственно обусловленная сила побуждения к обладанию. Сущность и психология фактора эго-систола – интроекция<sup>1</sup> и отречение. Его функция различается двумя противоположными тенденциями «я»: включение в себя – интроекция (k+) и отрицание (k-). По Фрейду, влечение и эго скорее противопоставляются, чем сводятся воедино<sup>2</sup>. Парный кататоническому, паранойяльный фактор (p), является фактором расширения «я», эго-диастолы. Сонди считает, что оба эти фактора<sup>3</sup> функционируют в качестве «я» в структуре «оно» еще бессознательно. Единство «я» и «оно» в матрице материнской почвы бессоз-

---

<sup>1</sup> Интроекция – древнейшее бессознательное стремление «я» к присоединению к себе, овладению ценными объектами как внешнего, так и внутреннего мира, тенденция к всеобладанию. Это мост к восприятию внешнего и внутреннего миров, при разрушении моста происходит отчуждение мира и самого себя.

<sup>2</sup> Именно конфликт между «я» и «оно» (представляющим инстинктивное, влеченческое начало) и приводит к неврозу. Но в этом парадоксе Сонди видит историческое развитие теории влечений Фрейда, ссылаясь на поздние высказывания Фрейда о «я-оно-матрице» и выделение им «недифференцированной фазы развития», а также на собственные выводы о возможности усмотреть в сублимировании не только нереализованную сексуальность, но и «нейтрализацию» сил влечения.

<sup>3</sup> В факторах k и p по основному смыслу воплощается фрейдовское эго-влечение, однако их функциональное пространство шире и проявляется четырьмя функциями: проекцией, инфляцией, интроекцией и отречением в соотношении с интегративной функцией эго, сводящей воедино все противоположности в рамках автономного «я». Исходя из наследственных корней шизофрении, а именно ее двух ведущих форм – кататонии и паранойи, Сонди вывел знак эго-вектора – «Sch» и обозначения факторов «k» и «p».

нательного служит основой судьбоанализа<sup>1</sup>, отличающего от психоанализа в основном тем, что делает большой акцент на наследственность матрицы эго-влечений.

В обеих группах БПШ стабильно преобладает негативная функция k-фактора, означающая отрицание. Крайняя, экстремальная форма отречения – негация, эго-деструкция. Изначально фактор кататонии как фактор сужения «я» во многом соответствует влечению (инстинкту) самосохранения. В психологии влечений «k-»-реакция интерпретируется как негация, представляющая собой частично скрытое, частично явное элементарное стремление эго к устранению, отрицанию, сдерживанию, отчуждению и вытеснению импульсивных притязаний, понятий и идеалов, которые угрожают самосохранению. Указанная реакция проявляется в стремлении «я» отстраниться от предосудительных импульсивных побуждений «оно» и в приспособлении своего «сверх-я» или приспособления к нему. Невозможность приспособления соответственно приводит к реакциям самодеструкции. Отрицание, по своей сути, близко к механизмам вытеснения из сознания травмирующей психику информации, но отличается тем, что формами проявления отречения являются приспособительные функции торможения, *самоограничения*, отчуждения и негативизма.

Таким образом, сущность «k-»-реакции – во фрейдовском супер-эго, точнее в приспособлении к нему посредством отрицания неприемлемых влечений. В нашем случае речь, по всей видимости, идет о вытеснении и отрицании именно тех влечений, которые не соответствуют супер-эго, точнее морали и нравственности. Вместе с тем, как мы выяснили из исследования структурной динамики личности у БПШ мужчин и женщин, образования супер-эго и эго имеют сложный характер взаимодействия (п.2.3.). Исходя из данных по фактору кататонии, мы делаем предположение, что отрицание влечений эго, как самоотрицание, отражает внутриспсихический *конфликт*. Это особенно важно, учитывая, что негативная реакция k-фактора с избыточным

---

<sup>1</sup> Судьбоанализ открыл «семейное бессознательное» как общую материнскую почву эго-влечений. На основании экспериментальных данных Сонди установил связь автономного «я» с сексуальным, k и p.

давлением (k-!, k-!!, k-!!!), периодически наблюдавшаяся в процессе исследования, приобретает значение устойчивой и выраженной эго-деструкции. Гипертоническая k- реакция, встречающаяся в исследовании до двух-трех раз, указывает на опасность для «я»<sup>1</sup>. Таким специфическим образом осуществляется отрицание супер-эго, воспринимаемого как чуждое образование. Заметим, что в обеих группах БПШ такая реакция встречается достаточно часто. И описанная картина созвучна психологическим теориям, связывающими болезнь с дисгармонией внутрисемейных отношений, патологическим воспитанием и с другими признанными психологическими теориями шизофрении [132,133,138,157,234]. Это согласуется и с полученными нами результатами, согласно которым при шизофрении имеет место сложный характер взаимодействия эго и супер-эго (на структурном уровне) в результате интроецирования последнего в личность у женщин, и в результате отторжения сильного супер-эго – у мужчин (подробнее п. 2.3.).

Новые данные, полученные нами при диагностике сферы влечений, таким образом, выявляют признаки конфликта с интроецированным «значимым» на подсознательном уровне. Сопутствующие реакции по парному фактору паранойи носят защитный, сдерживающий характер: это реакции вытеснения (p0), торможения (p+), тенденции к приспособлению (p-) и отчуждения (p+-). Особый интерес для нас представляет векторная реакция по эго-влечению (k-, p+), так как болезненно заостренными проявлениями негативистически-систолической и инфляционно-диастолической реакциями согласно теории влечений Л. Сонди является шизофрения (аксиоматическая реакция). Стремление воспрепятствовать и вытеснить чувство кровосмесительной любви, приспособиться к половым табу – так определяется со-

---

<sup>1</sup> В интерпретации судьбоанализа такая реакция означает, что личность, притязающая на любовь и принятие себя другим значимым лицом, отвергается, но рпи этом пытается включить в собственное «я» этих других, ощущая их как жестких и переоценивая их значимость (фаза интроекции). Затем, в результате утраты доверия, происходит разрушение всех ценностей, сначала внешних, а затем и внутренних (k-) – аутодеструкция вплоть до самоубийства.

циализированное стремление «я» отрицательно действующей эгосистологической функции<sup>1</sup>. Соответствующие клинические проявления имеют выраженный, деструктивный характер.

Реакции по фактору разрушения (s+! или s-!), сопровождающие негацию (k-) у БПШ мужчин, свидетельствуют об аллодеструкции, обесценивании ценностей мира<sup>2</sup>. Обе деструктивные тенденции постоянны в группе мужчин – и реакция негативизма, и реакция танатоса (s-, k-). Получается, что реакция по фактору кататонии выявляет у мужчин основу противоборства эго с супер-эго путем обесценивания ее ценностей посредством фактора танатоса. Это подтверждает нашу гипотезу по исследованию личностной организации об информационном механизме противоборства на основе искажения информационного фильтра. Таким образом, обнаруживаются дополнительный признак и механизм внутреннего конфликта у мужчин при шизофрении.

Отличительной тенденцией у БПШ мужчин, как было отмечено выше, является реакция по фактору садизма (s-). Сущность данного фактора состоит в потребности к разрушению и саморазрушению, в садизме и мазохизме, в активности и пассивности. Это радикал, выявляющий противоположное либидозному началу, стремление к разрушению и смерти. Если эрос олицетворяет влечение к жизни, то танатос – к смерти<sup>3</sup>. Танатос-фактор выявляет садистические тенденции, и поэтому он ближе к самоотречению эго через фактор k-!, k-!! или k-!!!. Именно такое сочетание тенденций по факторам мы выявляем у мужчин. Выявленная реакция с избыточным давлением (s-!, s-!!, s-!!!)

---

<sup>1</sup> По З. Фрейду, отрицание было одной из интеллектуальных, скрытых умственных функций. Отрицание чего-то – это интеллектуальная замена вытеснения. Отрицание есть высвобождение вытесненного содержания из скрытого бытия, которое, однако, отрицается впоследствии интеллектуальной рассудочной функцией.

<sup>2</sup> Сонди считает, что это два генетически самостоятельных процесса: один в пространстве сексуальных влечений, другой – в сфере эго – негативизма.

<sup>3</sup> В своей книге «По ту сторону принципа удовольствия» Фрейд писал о резком различии между влечением к жизни и к смерти. Ссылаясь на данное высказывание великого психоаналитика, Сонди утверждает единство, а не противоположность указанных тенденций и описывает их как дуалистическое влечение, опираясь при этом на собственные экспериментальные данные. Сонди указывает, что факторы h и s определяет глубинность сущность эго.

указывает на реакцию подавления или вытеснения выраженных разрушительных тенденций. Гипертония фактора s- в нашем случае указывает на тенденции к саморазрушению, к смерти, о чем свидетельствует и наличие средних негативных реакций (s-). Фактически это реакция самоотречения, отторжения себя человеком.

Позитивная эрос-реакция означает пассивность, пассивно-мазохистические тенденции в гомо- или гетеросексуальной связи. Такая интерпретация подсознательных тенденций сексуального вектора становится понятной и обоснованной в свете предложенной нами интерпретации внутриличностного конфликта у БПШ мужчин.

Согласно нашей гипотезе, существующий конфликт между эго и супер-эго приводит к различным адаптационным решениям, основанным, в частности, на изменении самовосприятия. Так, у мужчин возникают бредовые идеи и системы, связанные с темой гомосексуальности. Учитывая, что первичным субъектом воспитания, как правило, является женщина, именно с ней, с ее ролью и происходит (временная или частичная) самоидентификация. Таким специфическим образом психика больного находит выход из конфликта с родительским интроектом (п.2.3). Но если для женщины подобное решение является психологически обоснованным и возможным, то для мужчины дело обстоит сложнее. Данный процесс по смыслу близок идентификации жертвы с агрессором. Другими словами, тема гомосексуализма, идентификация себя БПШ мужчиной гомосексуалом, или сверхценные идеи (и бредовые системы), связанные с подозрением себя другими в этом, оказываются психологическим приемом адаптации, специфическим уходом от внутриспсихического конфликта с интроецированным супер-эго.

Это наша гипотеза, однако, она подтверждается и другими клинико-катамнестическими наблюдениями – в форме негативного резкого изменения отношения к своим родителям, появления ненависти и отчуждения (проявление конфликта). Данный процесс не столько отражает изменение взаимоотношений и чувств к родным, сколько символизирует отторжение, отрицание связанного с ними интроекта.



Попытка же идентификации с женским супер-эго в форме навязчивых идей на тему гомосексуальности выглядит как попытка компромисса. Кроме того, тема «великой женщины» (женщина-гипнотизер, женщина-богиня и т.п.), воздействующей на больного, часто встречается в параноидно-галлюцинаторных фантазиях БПШ мужчин.

Итак, факторная картина влечений, схожая у женщин и мужчин при параноидной шизофрении, характеризуется стойкой направленностью по четырем стремлениям. Отмечены стабильные реакции по векторам влечений. Контактное влечение (С) со стабильной тенденцией при диаметрально противоположных стремлениях по парным факторам (d-m+) сигнализирует о психической патологии, указывает на инерционность и инфантилизм в сфере межличностных контактов, связанных с пролонгированной связью с первичным объектом и отказом от всяческих изменений. Эта реакция обуславливает отсутствие коммуникативных интересов и нежелание развивать имеющиеся отношения. Наблюдается процесс обособления и замыкания в своем внутреннем мире – аутизм. Данные по влечениям соответствуют данным по сфере личности. Выявлен выраженный фактор аутии у БПШ женщин и мужчин, а также блок интроверсии у мужчин (шизотимия, ригидность, тректия), схожий по психологическому значению и проявлениям с инерционными тенденциям контактного влечения, проявляющимся на клиническом уровне.

Представляют интерес реакции эго-влечения, свидетельствующие о стремлении к сдерживанию расширения «я» путем его сужения. Такая реакция в интерпретации теории влечений Л. Сонди обеспечивает самосохранение личности (психики) путем приспособления к реальности и побуждением «я» к обладанию. Это также согласуется с нашими данными по личностной организации, в соответствии с которыми подсознательное стремление приспособиться к реальности у БПШ женщин и мужчин осуществляется разными путями, но в обоих случаях имеет место изменение восприятия. При этом у женщин превалирует изменение восприятия реальности, внешнего мира, тогда как у мужчин происходит изменение самовосприятия, восприятия внут-

ренной реальности. Реакции по парному эго-влечению фактору паранойи менее стабильны. В динамике разрядки и напряжения часто наблюдаются положительные реакции, являющиеся характерными для шизофрении. Предполагается, что в такой симптоматической, патологической форме выражается стремление эго к управлению психическим состоянием.

Только одна реакция – по фактору садизма – отличает динамику влечений БПШ мужчин. Вместе с парным фактором они представляют собой влечение со стабильной тенденцией при диаметрально противоположных стремлениях. В соответствии с теорией влечений, это сигнализирует о признаках психической патологии. Такая реакция (h+s-) указывает на аутодеструктивные тенденции. По реакции эрос-фактора определяется либидо-застой в обеих группах. В комплексе данные сигнализируют о выраженном чувстве вины, что было выявлено в исследовании личностной организации БПШ мужчин (п. 2.3.).

По пароксизмальному влечению у БПШ мужчин и женщин не было выявлено стабильной тенденции и направленности. Учитывая, что это влечение связано со сферой аффективности, мы можем предположить, что пароксизмальный вектор, являясь отражением состояния эмоциональной сферы, выявляет ее блокаду. Признаком блокады сферы аффективности служит низкий уровень внутривекторного напряжения пароксизмального влечения при высоких степенях напряжения его факторов. Об этом свидетельствуют и клиникатамнестические сведения. Известно, как меняется эмоциональная сфера у больного шизофренией. В частности наблюдаются снижение эмоциональной активности, уплощение и извращение чувств, их инверсия, притупление.

В соответствии с теорией влечений вектор, обнаруживающий самую малую РВН и самую низкую степень латентности, указывает на привычные механизмы защиты и ухода от фрустрации. Его блокада во многом определяется выраженным чувством вины. У БПШ женщин блокировка энергии либидо сочетается с блокадой аффективной сферой. В итоге блокируется эмоциональная сфера (п. 2.3.). Механизм

блокировки либидо у мужчин осуществляется на более глубоком уровне, и изменения в эмоциональной сфере носят характер последствия блокады либидо, отражающейся на состоянии пароксизмального влечения (следствие) и проявляющейся в эмоциональной сфере.

Таким образом, состояние, динамика пароксизмального вектора указывают как на функциональные защитные механизмы в сфере аффективности у женщин, так и на аналогичные изменения как последствия у мужчин, направленные в обеих группах на уход от фрустрации путем сдерживания динамичных составляющих это влечение факторов. По структурному анализу личности выявлены аналогичные результаты, связанные с аффективным комплексом у женщин и защитным у БПШ мужчин.

В итоге мы отмечаем либидо-застой, обусловленный глубинным (онтологическим) чувством вины у БПШ мужчин и аффективным комплексом (связанным с фактором чувства вины на уровне личности) у женщин. Определены общие патологические тенденции по контактному влечению в обеих группах и по сексуальному влечению в группе мужчин. У последних данная реакция выражает в соответствии с теорией влечений аутодеструктивные процессы. По эговлечению отмечаются характерная для параноидной шизофрении картина. Выявленная реакция, связанная с флуктуациями границ «я», является симптоматической. Предполагается, что таким образом проявляется стремление эго приспособиться при развивающейся патологии. Вектор контактного влечения, отражая патологический процесс, в обеих группах указывает на инерционные тенденции в коммуникативной сфере и на стремление к обособлению. По пароксизмальному влечению не выявлено четкой динамики. Учитывая напряженность и специфику внутривекторных факторов влечений, мы предполагаем общую блокировку данного влечения и связанной с ним эмоциональной сферы. Динамика пароксизмального влечения, его блокада во многом определяются выраженным чувством вины, как и динамика сексуального влечения.

В контрольных группах факторная картина влечений характеризуется динамизмом, а векторная – отсутствием патологических тенденций<sup>1</sup>. Для системной оценки сферы влечений проведен анализ связей между факторами и векторами, выявивший принципиальные отличия у больных шизофренией, а также гендерные различия.

**Связи влечений у БПШ женщин.** В основной группе женщин выявлена связь фактора депрессивных тенденций (d-) контактного влечения (С) с фактором аффективности (е – эмоциональное напряжение) пароксизмального влечения (Р) свидетельствует об избыточном накоплении грубого аффекта, обуславливающим внутреннее напряжение; определяет выраженную инертность в стремлении контактировать. Аффективный патологический комплекс при этом остается незатронутым, нереализованным. Связь фактора маниакальности (m) с выраженной параноидной позицией (p+,-) в группе свидетельствует, что эго-расширение сопутствует тенденции к «цеплянию» за первичный объект. В группе одинаково часто встречаются как реакции эго-диастолы (p+), свидетельствующие об инфлятивном параноиде с безмерным расширением «я» (что можно интерпретировать как рост условного энтропийного критерия системы), так и реакции эго-систола, говорящие о болезненной избыточной проекции (p-). Психологические теории определяют как первичный объект родителей, и почти все без исключения отмечают патологическую связь больного шизофренией с данным объектом. Стремление к сцеплению с этим объектом объясняется *попыткой самосохранения*, защиты от неконтролируемой эго-диастолы (p+). Это соответствует ведущим психоанали-

---

<sup>1</sup> В группе женщин по сексуальному влечению отмечаются реакции замещения потребности в любви (h0s-). Встречаются реакции подавленной сексуальности, сдержанности чувств при выраженной глубине переживаний (h-s-). По пароксизмальному влечению выявлены реакции сентиментального устремления к идеалу (e+-hy-). По эго-влечению определены социальная адаптированность личности, самоконтроль (k-p-). По контактному влечению отмечается реакция (d-) - преданность. В группе мужчин по сексуальному влечению отмечены реакции, свидетельствующие о контроле над агрессивными тенденциями (h+-s-). По параксистическому влечению определены скрытые переживания, связанные с этико-моральными проблемами (e+-hy+-), по эго-влечению - социальная адаптированность личности, самоконтроль (k-p-).

тическим теориям шизофрении, опирающихся на зыбкость границ эго как патогенетическое звено.

При выраженных маниакальных тенденциях наблюдается напряжение фактора садизма (s) сексуального влечения (S), соответствующего «танатосу» – стремлению к смерти и разрушению. В психоаналитической интерпретации данный феномен объясняет возникновение аутодеструктивных тенденций в связи с выраженным стремлением «цепляния» за старый объект – единственный и неприемлемый. Отмечены связи векторов влечений: попарно связаны сексуальное влечение, пароксизмальное и эго-влечение. Посредством сексуального вектора указанные влечения связаны с личностными факторами. В контрольной группе связей между векторами не обнаружено.

Выявленные связи между факторами и векторами влечений являются собой единую функциональную систему как «энергетический» комплекс, принципиально отличающий от контрольной группы женщин.

**Связи влечений у БПШ мужчин.** Депрессивный фактор имеет связь с параноидным фактором. Закономерность связи следующая: чем меньше депрессивной напряженности, тем ниже напряжение в параноидном факторе. В группе одинаково часто встречаются как реакции эго-диастолы, (p+, инфлятивный параноид с безмерным расширением «я»), так и реакции эго-систола (p-, избыточная проекция). Обе реакции находят связь с фактором депрессивности (d-) как с болезненно выраженной инертностью, сигнализирующей о невозможности перемен в контактах. Связь больного шизофренией с первичным объектом объясняется *стремлением к самосохранению* (защита от неконтролируемой эго-диастолы). Связь факторов эроса сексуального влечения и эпилептоидного фактора (e) пароксизмального влечения свидетельствует о связи либидозастоя, выявленного по гипертоническим повторяющимся реакциям h-фактора, и общего «энергетического» застоя, проявляющегося на уровне аффективности. Отмечены связи векторов эго-влечения и контактного влечения. В контрольной группе выявлены аналогичные связи влечений.

Таким образом, качественная картина состояния влечений у женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией, является подобной. В обеих группах больных определены характерные аутодеструктивные тенденции, связанные с реакциями по эго-влечению, выявлена выраженная инертность по контактному влечению, отмечен либидозастой по сексуальному. Вместе с тем обнаружены и принципиальные гендерные отличия психодинамики влечений. Мужчин отличают аллодеструктивные тенденции и более выраженные аутодеструктивные тенденции, выявляемые не только по эго-влечению, но также по сексуальному влечению, обусловленные глубоким чувством вины и приводящие к либидозастою. У женщин либидозастой реализуется вместе с блокадой пароксизмального и эго-влечения, и в целом аффективной сферы. Отмечено, что связи влечений у мужчин, больных шизофренией, и здоровых имеют общие закономерности, у женщин сходства не обнаружено.

**Психодинамика влечений.** При исследовании психодинамики влечений у женщин и мужчин основной группы больных параноидной шизофренией выявлены аутодеструктивные тенденции по эго-вектору Sch (k-p+), связанные с реакциями измененного восприятия реальности (стабильная реакция k-). Определена инертность коммуникативных потребностей по контактному влечению C-+ (d-m+). Выявлен либидозастой по сексуальному влечению, о чем свидетельствуют повторяющиеся реакции h+!. В комплексе данные свидетельствуют о внутреннем конфликте указанных влечений в соответствии с теорией Л. Сонди. В контрольных группах аутодеструктивных и других патологических тенденций не обнаружено.

Выявлены гендерные различия психодинамики влечений, как у больных, так и у здоровых. Психодинамику влечений БПШ мужчин отличают аутодеструктивные тенденции (постоянные реакции h+s-). В интерпретации Л. Сонди такая реакция может указывать на неинтегрированный конфликт, связанный с сексуальностью (S+-). Подавление сексуального влечения у БПШ сопровождается девальвацией (негацией «я»), о чем говорит устойчивая связь «s-k-» в профиле

больных. Качественные отличия психодинамики влечений связаны с аллодеструктивными тенденциями: отрицание ценностей супер-эго – признак и механизм внутреннего конфликта у мужчин при параноидной шизофрении (s-k-). Факторная картина эго-влечения: k-r+. При этом коренным фактором является k (фактор кататонии), не изменяющийся в динамике, r (параноидный) – симптоматический, т.е. имеющий выраженную динамику. Это говорит о том, что нагрузка фактора имеет механизм защиты: именно r+ противостоит деструкции «я» в k. Кроме того, данные факты соответствуют теоретическим представлениям о психологических механизмах флуктуации границ эго при шизофрении (Кречмер Э., Франкл В., Кемпински А. и др.). Противоположное направление факторов в векторе отражает конфликт эго. Динамика факторов Р-вектора асинхронна и не позволяет выявить устойчивую векторную картину.

Психодинамика влечений у здоровых и больных отличается и на количественном уровне (рис.5, а; 5, б) по спектру амплитудно-частотных характеристик и режиму колебаний<sup>1</sup>.

Установлены изменения динамики факторов сексуального, пароксизмального и эго – влечений. Количественные изменения влечений определены на основе анализа гармонических функций (Фурье-анализ).

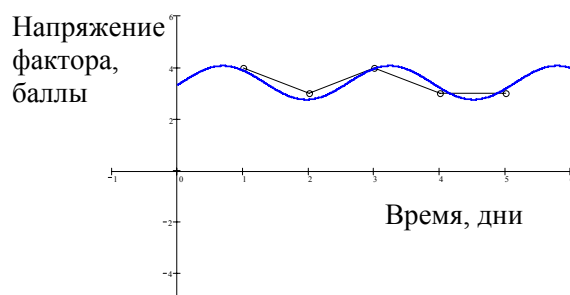


Рисунок 5, а. Пример динамики h-фактора в контрольной группе

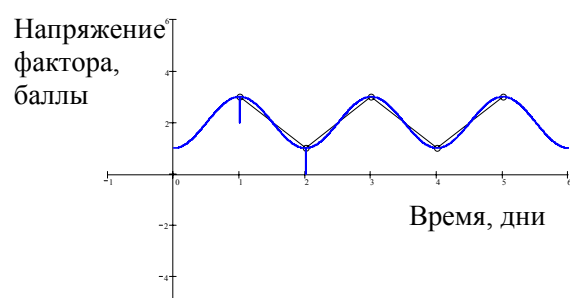


Рисунок 5, б. Пример динамики h-фактора в БПШ группе

<sup>1</sup> Еще В.М. Бехтерев ввел в психологические исследования закон периодичности, ритма и колебаний психических процессов, подчеркивая, в первую очередь, энергетическую природу психических явлений.

Изучение динамических и стохастических параметров динамики влечений по факторам выявило ряд отклонений от закона ангармонических колебаний. Так, если для здоровых выявленная периодичность факторов влечений максимально приближена к гармоническому закону колебаний, то при параноидной шизофрении отмечается аперiodичность и асинхронность. Это касается симптомо-факторов, т.е. динамичных потребностей, имеющих высокую степень напряжения (валентность). С позиции общей теории систем, данные эксперимента свидетельствуют о том, что система находится в кризисном состоянии, в состоянии «вдали от равновесия» [43-51, 70].

Психодинамика влечений у здоровых и больных параноидной шизофренией отличается на количественном уровне по спектру амплитудно-частотных колебаний по большинству факторов влечений. Динамика влечений у здоровых обладает более широкой вариабельностью, большей степенью свободы при устойчивом (квазигармоническом) режиме колебаний, отсутствием тенденций нарастания флуктуаций (рис.6). По количественным изменениям установлены гендерные различия влечений при параноидной шизофрении, связанные с сексуальным, пароксизмальным и эго-векторам.

Как показал анализ, при шизофрении имеют место выраженные амплитудно-частотные отклонения в спектре колебаний факторов пароксизмального и эго-влечения.

Психодинамика влечений больных отличается неустойчивым режимом колебаний пароксистического вектора при высоких и возрастающих флуктуациях по эпилептоидному фактору у мужчин и по истероидному – у женщин, а также по параноидному у тех и других. Для мужчин это означает напряжение в сфере аффективной составляющей с агрессивным компонентом, а для женщин – экспрессивной составляющей. Неустойчивый режим колебаний вектора пароксистического влечения характерен для обеих групп больных.

В целом данные ангармонического анализа свидетельствуют о неоднозначном состоянии аффективной сферы, что во многом противоречит официальным представлениям об эмоциональной холодности



больных шизофренией. Наоборот, выявлены *признаки активности эмоциональной сферы*. Так, отмеченные у женщин флуктуации порядка амплитуды по  $h\gamma$ -фактору свидетельствуют о высоком эмоциональном напряжении и неустойчивом (кризисном) режиме. Вместе с тем анализ обоих факторов пароксизмального влечения (P) обнаруживает гашение колебаний факторов ( $e$ ,  $h\gamma$ ) при наложении их волн, находящихся в противофазе, что говорит о нарушении механизма эмоционального контроля, с одной стороны, и наличии сдерживающих начал, с другой стороны (см. п. 2.3, п. 2.4.).

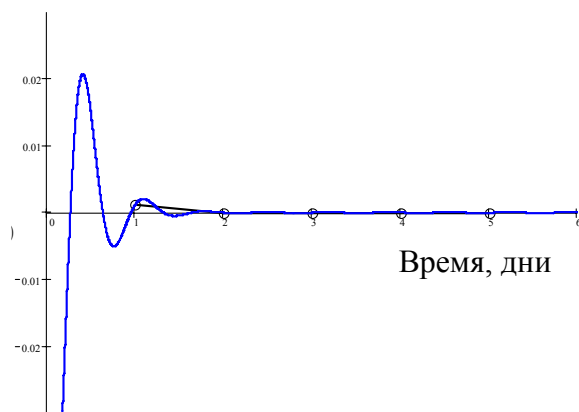


Рисунок 6, а. Пример «затухания» флуктуаций в норме

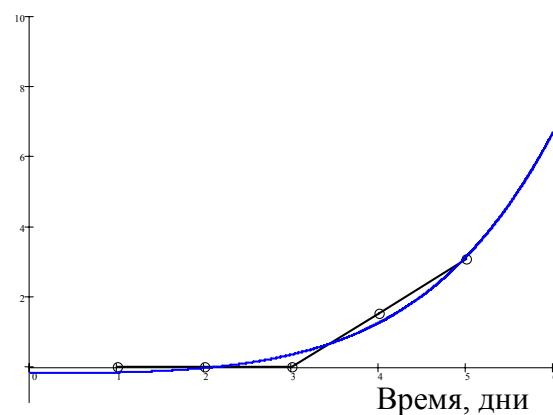


Рисунок 6, б. Пример возрастания флуктуаций у БПШ

Наращение флуктуаций во времени отмечается также по параноидному фактору эго-влечения, что свидетельствует о зыбкости границ эго (в обеих группах). Этот эмпирический факт на практике подтверждает известные тезисы психоаналитиков, постулирующих прозрачность и неустойчивость эго больных шизофренией.

В целом данные количественной оценки психодинамики влечений при параноидной шизофрении свидетельствуют о неустойчивом режиме колебаний, глубокой десинхронизации и дестабилизации влечений, связанные с режимом колебаний факторов, нарастанием во времени флуктуаций. В исследовании выявлены гендерные отличия, что обусловленные пароксизмальным влечением. Определены отдельные функциональные звенья нарушения психодинамики как составляющие общей модели структурно-функциональной самоорганизации при параноидной шизофрении.

## 2.5. Системно-синергетический анализ психодинамики влечений и организации личности

Интеграция результатов исследования состоит в сопоставлении и обобщении результатов по организации личности и психодинамике влечений<sup>1</sup> мужчин и женщин при шизофрении с определением гендерных различий, а также в сравнении с контрольными группами.

У **женщин**, больных параноидной шизофренией, связи между факторами влечений и факторами личности кардинально отличаются от контрольной группы (рис.7).

У здоровых обнаружено значительно больше корреляций между факторами влечений и личности. У женщин, больных параноидной шизофренией, обнаружена связь между фактором s и фактором В ( $r=0,46$ ), говорящая о попытке «больного» интеллекта осуществлять контроль над сексуальностью, как выяснилось, путем искажения идеаторной деятельности. В контрольной группе выявлена противоположная закономерность ( $r=-0,44$ ), свидетельствующая о том, что сексуальное влечение находится под контролем эго, опосредовано уровнем интеллектуальной активности, и изменение сексуальной активности не является у здоровых аутодеструктивным механизмом, как у больных.

В основной группе выявлена связь ( $r=0,61$ ) фактора шизотимии (А) с фактором маниакальности контактного влечения ( $m+$ !), что, вероятно, объясняет интровертивную позицию, инерционные тенденции в сфере контактов, «прилипание» к первичному объекту (С-+). У здоровых же выявлена корреляция между А и d (фактор контактного влечения), что объясняет поиск новых объектов при установлении социальных коммуникаций. Определена отрицательная связь ( $r=-0,42$ ) между кататоническим фактором (k-) и фактором «проницательность» (N), что свидетельствует о возможности контактов и приспособления только при условии отказа от собственного «я». Фактор «проницательность» коррелирует с фактором «конформизм» (Е), определяющим подчинение, интрапунитивность, что согласуется с выдвинутым предположением.

---

<sup>1</sup> Факторы и вектора влечений на схеме отмечены точечным рисунком.

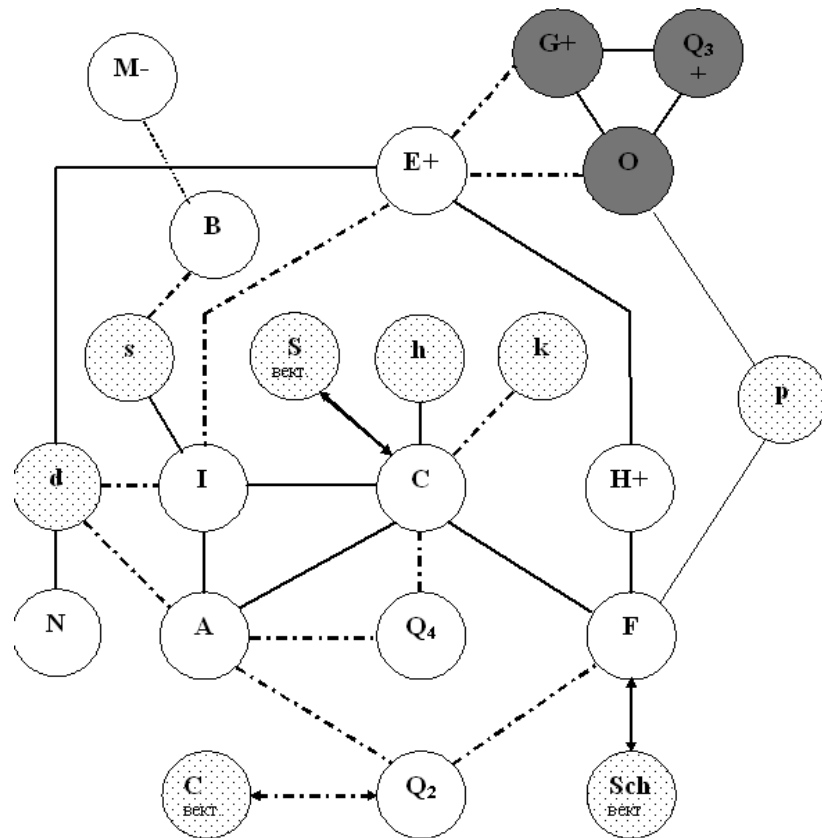


Рис. 7, а. Интегральная графо-факторная схема здоровой женщины

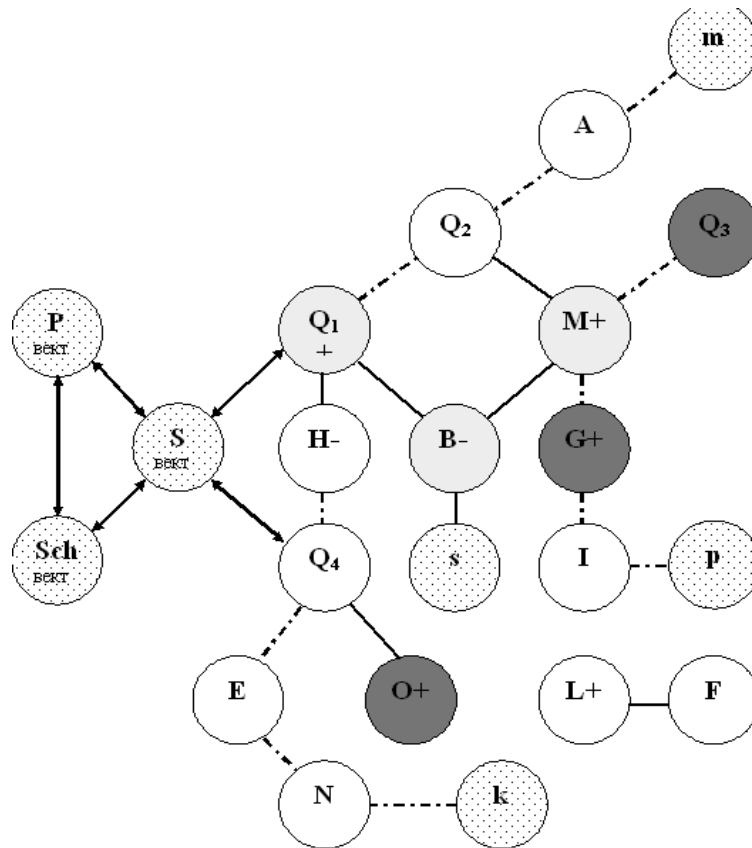


Рисунок 7, б. Интегральная графо-факторная схема БПШ женщины

Обозначения:  – факторы и векторы влечений

Фактор I (премсия) отрицательно коррелирует ( $r=-0,42$ ) с фактором p эго-влечения, что говорит о том, что адаптацию определяет нарастание параноидных тенденций. Жесткость, черствость, реалистичность, эмоциональная зажатость (I), обусловленные влиянием супер-эго (G), вызывают противоположные тенденции на уровне влечений, связанные с расширением границ эго (p+). Связь также свидетельствует о том, что адаптация может быть осуществлена только при опоре на интуицию (I) с расширением границ эго, его экспансивности и искажении информационного фильтра. Вместе с тем по парному фактору эго-влечения отмечены тенденции сужения границ «я». Повторяющиеся реакции отрицания, негации (k-) связаны с вытеснением неприемлемых для супер-эго побуждений и проявляются аутодеструктивными тенденциями, что свидетельствует о роли данного образования в дезорганизации личности.

По связям векторов влечений с личностными факторами выявлены две значимые связи. Связь сексуального влечения (S) с факторами радикализма ( $Q_1^+$ ,  $r=0,41$ ) и фрустрированности ( $Q_4^+$ ,  $r=-0,49$ ) говорит о том, что его удовлетворение сопряжено с разрешающим поведением, радикализмом, что вместе с тем сопровождается нарастанием фрустрации и чувства вины ( $O^+$ ). Фрустрированность способствует низкому уровню векторного напряжения и «либидозастою», характеризующим векторную картину сексуального влечения. Фактор радикализма, наоборот, способствует динамизму сексуального влечения. Связь факторов можно трактовать и как механизм разрядки фрустрации посредством сексуальности.

Обе гипотезы согласуются с данными по связям s-фактора и вектора сексуального влечения с В-фактором о механизме контроля интеллекта над сексуальностью. В результате отмечается торможение разрядки сексуального влечения. Отсутствие разрядки сексуального влечения вызывает снижение напряжения по эго- и пароксизмальному влечениям, которые попарно связаны с ним и между собой ( $r(P, S)=0,61$ ;  $r(Sch, S)=0,54$ ;  $r(Sch, P)=0,45$ ), что обуславливает общее снижение психоэнергетической активности. В результате нереализован-



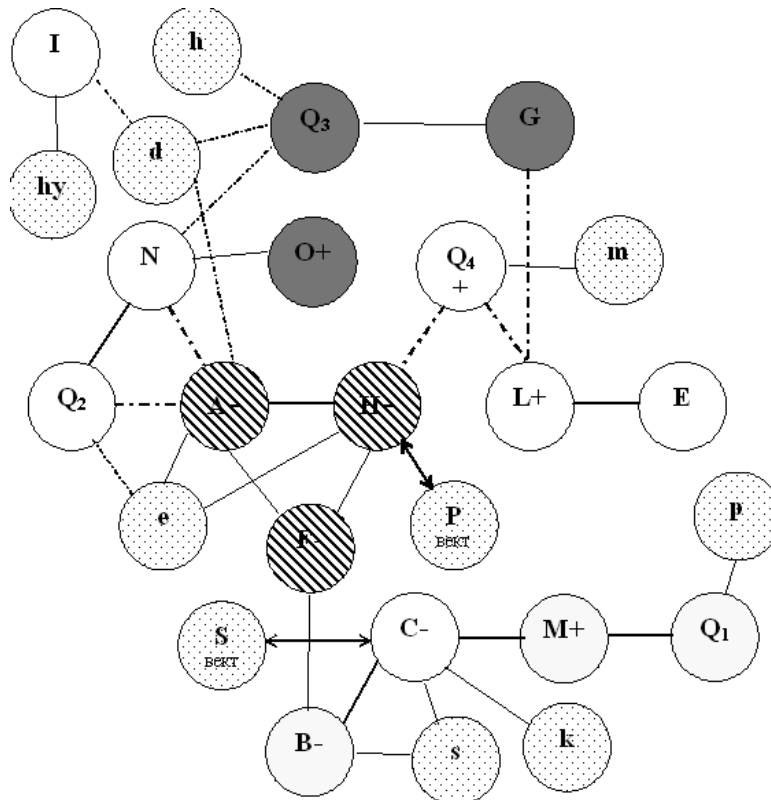


Рисунок 8, б. Интегральная графо-факторная схема БПШ мужчины

В интеллектуальный блок БПШ мужчин наряду с классическими факторами (В, М, Q<sub>1</sub>) входит и фактор С: В<sup>-</sup>, М<sup>+</sup>, Q<sub>1</sub><sup>+</sup>, т.е. интеллектуальная недостаточность (В<sup>-</sup>) сопровождается снижением силы «я» (С<sup>-</sup>), усилением аутии (М<sup>+</sup>) и радикализмом, ограничивающим рациональную фильтрацию информации (Q<sub>1</sub><sup>+</sup>).

Сопоставление результатов показывает взаимосвязь интеллектуального блока Кеттелла с факторами Сонди ( $r(s, B)=0,55$ ;  $r(k, C)=0,46$ ), имеющими в группе больных шизофренией отрицательную валентность (s-k-), в отличие от здоровых (s+k+). Это говорит о том, что *интеллектуальный контроль, сопряженный с ощущением маскулинности (s+) и самосознания, ослаблен*. Выявленная связь (как и у женщин, больных параноидной шизофренией) между факторами садизма (s) и интеллекта (В) также свидетельствует о когнитивном механизме контроля сексуального влечения путем искажения идеаторной активности. Реакция отрицания ценностей супер-эго, сопровождающаяся интеллектуальной недостаточностью, свидетельствует о его роли в деструкции эго.

Параноидный фактор, обуславливающий флуктуации границ и расширение «я» ( $p^+$ ), связан с фактором радикализма ( $Q_1^+$ ) интеллектуального блока ( $r=0,50$ ), что говорит о том, что патологические тенденции экспансии «я» сопряжены с особенностями восприятия и переработки информации при шизофрении. Эпилептоидный фактор связан с факторами блока интроверсии ( $A^-$ ,  $H^-$ ), снижающим экспрессивность ( $r(e, A)=0,58$ ;  $r(e, H)=0,50$ ), и с фактором социабельности ( $r(e; Q_2)=-0,64$ ). Таким образом, сдерживание аффективности обеспечивается на уровне личности снижением социабельности и усилением интроверсии, что также соответствует инерционным тенденциям, отмеченным по контактному влечению.

В группах здоровых и больных параноидной шизофренией мужчин обнаружена общая связь между вектором пароксизмального влечения ( $P$ , Сонди) и личностным фактором социальной активности ( $H$ , Кеттелла). Однако в группе здоровых мужчин сопряженные отношения высокие, а у больных низкие ( $r(S,C)=0,47$ ), но при этом у здоровых имеется тенденция к взаимному усилению обоих показателей, а у больных – к ослаблению. Это согласуется с аналогичными показателями, выявленными по гипертоническим реакциям эрос-фактора.

Таким образом, блокада либидо, связанная с фактором контроля желаний супер-эго ( $Q_3$ ), приводит к снижению сексуального влечения ( $S$ ) и сопровождается глубинным чувством вины, обуславливая деструкцию эго. В классической психоаналитической интерпретации такая реакция может означать, что супер-эго ( $G$ ,  $O$ ,  $Q_3$ ) отслеживает инцестуозное влечение, что вызывает вину ( $H^-$ ,  $E^-$ ,  $O^+$ ) и деструкцию эго. Данная реакция, гипотетически, может привести в действие механизм защитного (вторичного) нарциссизма, когда либидо обращается на собственное эго (т.е. к закрытию системы).

Пароксизмальное влечение обнаруживает связь с фактором  $H$  блока интроверсии ( $r(P, H)=0,55$ ): низкий уровень напряжения  $P$ -вектора сочетается со сдержанностью и осторожностью, что подтверждает идею о блокаде аффективности на уровне блока интроверсии личности. При этом эпилептоидный фактор и эрос-фактор связаны, то

есть блокада либидо и аффективности взаимообусловлены ( $r(e, h)=0,58$ ). В свою очередь это и контактное влечения связаны, как в группе здоровых ( $r(\text{Sch}, C)=-0,50$ ). Так, снижение аффективности, связанной с блокадой либидо посредством факторов супер-эго, отражается на уровне личности снижением коммуникативных стремлений. Инерционные тенденции контактного влечения связаны с деструкцией эго-влечения ( $k-p+$ ) и определяют флуктуацию границ «я».

Отмеченный нарастающий режим флуктуаций параноидного фактора убедительно демонстрирует результаты на основе анализа амплитудно-частотных характеристик колебаний. Факторное напряжение выявлено и по эпилептоидному фактору, связанному со сферой аффективности.

В комплексе данные указывают в группе БПШ мужчин наличие признаков интрапсихического конфликта, связанного с противоборством эго и супер-эго, сопровождающиеся структурно-функциональными нарушениями.

Таким образом, в исследовании психодинамики влечений у женщин и мужчин, страдающих параноидной шизофренией, выявлены аутодеструктивные тенденции с реакциями по эго-влечению, связанные с реакциями измененного восприятия реальности; выраженная инертность коммуникативных потребностей по контактному влечению и либидозастой по сексуальному, в комплексе свидетельствующие о внутреннем конфликте. В группах здоровых людей аутодеструктивных и других патологических тенденций не выявлено. У БПШ мужчин выраженные аутодеструктивные тенденции обусловлены подсознательным чувством вины и связаны с либидозастоем. Качественные отличия связаны и с аллодеструктивными тенденциями, как отрицание ценностей супер-эго – признак и механизм внутреннего конфликта у мужчин при параноидной шизофрении. В целом патологические тенденции психодинамики влечений сопряжены с блокадой либидо и проявляются аутодеструктивными реакциями и флуктуациями границ эго.



Итак, в настоящем исследовании определены и сформулированы механизмы взаимосвязи патологии влечений и дезорганизации личности, построены модели структурно-функциональной организации психики при параноидной шизофрении. Патология психодинамики влечений у женщин характеризуется адинамизмом сексуального влечения, связанного с нарушением динамики пароксизмального и эго-влечения. На уровне личностной организации это связано с комплексом тревоги и нарушением интеллектуальной переработки информации. У мужчин дезорганизация динамики пароксистического влечения и адинамизм сексуального связаны с блоком интроверсии и сопровождаются нарушением переработки информации. Данные отклонения структурно-функциональной организации, отличные у мужчин и женщин при шизофрении, отражают признаки интрапсихического деструктивного конфликта, являющегося системообразующим фактором. Признаки конфликта являют собой не только проявление патологии, дезорганизации психики как системы, но и отражают процессы самоорганизации на уровне влечений и личности в условиях неравновесного состояния. Определены механизмы взаимодействия и взаимовлияния сфер влечений и личности, отражающие глобальное стремление психики к самоорганизации в условиях нестабильности при параноидной шизофрении. Проведенное структурно-функциональное исследование организации личности и психодинамики влечений представляет собой реализацию психологического анализа отдельных механизмов психиатрической проблемы шизофрении с опорой на методологию и принципы синергетики.

## Заключение

На основе комплексного исследования сферы влечений и личности в настоящем исследовании раскрыты *механизмы* и разработаны *модели структурно-функциональной самоорганизации психики при параноидной шизофрении* у мужчин и женщин. Определены характерные отклонения психодинамики на уровне организации личности и реакций неосознаваемой сферы влечений. Диагностика влечений как функциональной характеристики психики проведена с помощью проективной методики, опирающейся на методологию теории Л. Сонди, основано на законах психоанализа и соответствующем понятийном аппарате. Диагностика личности как структурного образования психики проведена с использованием методики, базирующейся на факторном анализе и опирающейся на методологию структурной психологии и теорию черт Р. Кеттелла, которая также содержит психоаналитические понятия и, в общем, совместима с психодинамической теорией.

На базе системного анализа с применением в качестве обобщающего синергетического метода произведена оценка структурно-функционального состояния психики женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией. В результате выявлены признаки интрапсихического конфликта, обусловленного противоборством образований эго и супер-эго; определены его характер, динамика и половая специфичность.

Образования эго и супер-эго разработаны в теории психоанализа, а конфликт изначально рассматривается в психодинамическом направлении как основа различных нервно-психических расстройств и в целом как ключевой механизм функционирования психики. Традиционно в психодинамическом направлении внутриспсихические конфликты интерпретируются в энергетическом ключе. При этом именно сфере влечений отводится роль «энергии» психики. Предложенный нами анализ состояния психики, проведенный на основе оценки состояния сферы влечений как энергетической составляющей, является

методологически обоснованным. Оценка личностной организации, на основе которой также определены признаки конфликта, в свою очередь, позволяет выявить особенности структурной организации (дезорганизации) психики при шизофрении.

В комплексе данные обоих исследований предоставили возможность установить некоторые *механизмы и принципы психической самоорганизации при параноидной шизофрении*. Отметим, что у БПШ женщин и мужчин выявленный конфликт развивается по разным механизмам. Различия отмечаются и на структурном, и на функциональном уровнях. В обеих группах обнаруживается структурная дезорганизация личности, связанная с конфликтом эго и супер-эго. Однако в исследовании условной структуры личности мужчин было установлено, что факторы супер-эго входят в общую структуру личности в норме и патологии. По-видимому, при шизофрении происходит эго отторжение. В итоге это приводит к аутизму и замыканию на личностном уровне (но сохраняется целостность и эго, и супер-эго). У женщин в норме образование супер-эго вынесено за основной конструкт личности, а при патологии – интроецировано в него, приводя к распаду, схизису личности (частично расщепляются оба образования). В результате оба сценария противоборства приводят к аутизму и распаду психики.

По результатам комплексного исследования сферы влечений определено, что противоборство эго и супер-эго осуществляется на основе распределения «психической энергии»: супер-эго путем прямого контроля влечений, эго – путем изменения информации о себе и о внутреннем объекте у мужчин (деперсонализация) и путем изменения восприятия действительности у женщин (дереализация). Предполагается, что патология восприятия себя и окружающего мира как механизм искажения информационного фильтра при шизофрении по-разному развивается у женщин и мужчин. В результате независимо от пола, как известно, отмечаются комплексные дереализационно-деперсонализационные расстройства. Отличия механизмов искажения информационного фильтра связаны с тем, что у мужчин супер-эго,

как патологический интроект, является более устойчивым образованием (множество интер-корреляций по факторам), вызывающее ауто- и аллодеструктивные тенденции и глубинное чувство вины (выявлено на уровне личности и влечений). И искажение самовосприятия, как защитный механизм от эго-деструкции, в таких обстоятельствах является психологически обоснованным. Для женщин достаточным оказывается измененное восприятие реальности. Данные исследования по признакам искажения информационного фильтра при шизофрении согласуются с концепцией когнитивного диссонанса Л. Фестингера (теория когнитивного диссонанса, 1957). Согласно данной концепции между когнитивными элементами может возникать диссонанс; существование диссонанса вызывает стремление уменьшить его или воспрепятствовать его росту; проявление этого стремления включает в себя или изменение поведения, или изменение знаний, или осторожное, избирательное отношение к новой информации. Кроме того, у больных параноидной шизофренией мужчин на бессознательном уровне отмечается тенденция отрицания ценностей, как глубинный механизм борьбы эго с супер-эго – путем разрушения его онтологических основ. В обеих группах БПШ отмечается либидозастой. Как выяснилось из комплексного анализа сферы влечений и личностной организации, у женщин он связан с защитным действием личностных факторов от негативных переживаний и состояний, вызванных аффективным патогенным комплексом (блок тревоги). У мужчин «либидозастой обусловлен снижением аффективной и интеллектуальной активности как защитной реакцией на психическую напряженность, связанную с негативными переживаниями, обусловленными внутриличностным противоборством, вызывающим глубинное чувство вины. Данные о состоянии психики на «энергетическом» уровне подтверждены и уточнены по анализу психодинамики влечений. Интересно отметить, что качественная картина состояния влечений у женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией, является подобной. В обеих группах испытуемых определены характерные для шизофрении аутодеструктивные тенденции, связанные с реакциями

по эго-влечению (у мужчин аутодеструктивные тенденции выявляются и по сексуальному влечению). Отмечаются либидозастой по сексуальному влечению, выраженная инертность коммуникативных потребностей по контактному влечению.

Патология влечений при шизофрении у женщин, как и у мужчин, проявляется по контактному влечению и по эго-влечению. Данные по влечениям согласуются с нашими результатами по исследованию сферы личности. Реакции по контактному влечению указывают на инерционность и инфантилизм в сфере межличностных отношений, связанных с пролонгированной связью с первичным объектом и одновременным отказом от всяческих изменений. Эта реакция обуславливает отсутствие коммуникативных интересов, а также нежелание развивать имеющиеся отношения, приводя к аутии, обособлению и замыканию в своем внутреннем мире. Реакции эго-систолы вектора эго-влечения свидетельствует о стремлении к сдерживанию расширения «я» путем его сужения. Такая реакция, в интерпретации теории влечений Л. Сонди, обеспечивает самосохранение личности (психики) путем приспособления к реальности и побуждения «я» к обладанию. Однако тенденции по парным факторам обоих влечений свидетельствуют об их патологии, проявляющейся их флуктуациями и противоположными потребностями.

У БПШ мужчин патология влечений, как было отмечено выше, выявляется также по сексуальному влечению. Мужчин отличают более выраженные аутодеструктивные тенденции, обусловленные глубинным чувством вины и приводящие к либидозастою. У БПШ женщин чувство вины как базовый признак внутреннего конфликта, определяется только на личностном уровне и обуславливается аффективным комплексом, связанным с выраженной фрустрированностью. В целом, отмечается блокировка эмоциональной сферы, связанной с пароксизмальным влечением, в обеих группах. Это определяется и по количественным изменениям пароксизмального влечения. Факторы данного влечения имеют высокие степени напряжения, их динамика отличается неустойчивостью, свидетельствующей об их глубокой де-

синхронизации. Будучи напрямую связанным со сферой аффективности, пароксизмальное влечение, таким образом, определяет ее неустойчивость и в критических, предельных состояниях (при психотических эпизодах) приводит к блокировке эмоциональной сферы. У женщин блокада эмоциональной сферы сопряжена со структурной организацией – чувством вины и фрустрированности как составляющих аффективного комплекса, являющегося стабильным новообразованием. Таким специфическим образом посредством блокады (угнетения) сферы аффективности осуществляется и блокада либидо. У мужчин, по всей видимости, блокада либидо осуществляется еще на уровне бессознательного, и блокада эмоциональной сферы является в этом случае лишь следствием. Блокада «энергии» либидо у мужчин связана с подсознательным чувством вины, способствующим структурной дезорганизации личности. Блокада «энергии» либидо и у женщин и мужчин, больных параноидной шизофренией, связана с противоборством с образованием «сверх-я», которое, по определению, контролирует сферу влечений. Такой способ предотвращения дезорганизации психики, по-видимому, является единственно возможным и определяется типом структурной организации, различным у женщин и мужчин. В обоих случаях мы отмечаем проявление конфликта со «сверх-я».

Интегрируя полученные результаты с помощью системно-синергетического анализа, мы определяем и фиксируем принципы самоорганизации психики при параноидной шизофрении. При этом в исследовании достоверно подтверждаются не только отдельные идеи классических теорий шизофрении, но и выявляются новые звенья психогенеза заболевания с количественной и качественной оценками. Так, например, гипотетические постулаты современных психоаналитиков о зыбкости границ эго и их флуктуациях, предсказанные еще З. Фрейдом, находят в нашем исследовании фактическое подтверждение. При этом нами вскрываются конкретные механизмы данного явления, предлагается их синергетическая интерпретация. Данные по энергетическому застою у женщин соотносятся с идеями К.Г. Юнга об аф-

аффективном комплексе при шизофрении. В нашем исследовании аффективный комплекс больных шизофренией женщин представляет образование факторов фрустрированности и чувства вины в блоке тревоги, которые связаны с блокадой эмоциональной сферы. В свою очередь, состояние аффективной сферы исследовано и проанализировано по влечениям, их векторам и динамике. Определены амплитудно-частотные и флуктуационные критерии патологического состояния пароксизмальной сферы, связанной с аффективностью, на основе анализа динамики влечения во времени. Так была установлена десинхронизация факторов пароксизмального влечения; выявлено нарастание флуктуаций во времени порядка амплитуды истероидного фактора у женщин, и эпилептоидного – у мужчин. На основе этих результатов выявлены механизмы и патогенетические звенья процесса блокировки эмоциональной сферы. В результате обнаружены не только соответствующие психологические закономерности, но и определены системные качества данного процесса на обобщающем – синергетическом – уровне. Представленный механизм взаимосвязи перцептивных искажений собственного образа, либидозастоя и аффективной блокады расшифровывает наблюдения психоаналитика П. Шилдера о том, что «у индивидов, страдающих деперсонализацией, вовсе не отсутствуют чувства, они просто испытывают сопротивление собственным переживаниям».

Результаты настоящего научного исследования согласуются и с представлениями классического психоанализа на природу психотических расстройств. Как известно, Фрейд полагал, что шизофрения наряду с другими психическими расстройствами развивается из-за подавления сексуальности и перемещения эротического интереса с объектов внешнего мира во внутренний мир больного. Именно подавление сексуальности, либидозастой мы обнаруживаем в исследовании [114].

В анализе влечений у мужчин, страдающих параноидной шизофренией, на бессознательном уровне выявляется глубинное чувство вины. Вместе с этим обнаружено отторжение родительского интроек-

та супер-эго. Такое проявление борьбы с патогенным для психики интроектом осуществимо только при блокаде «энергии» либидо. Учитывая, что данное новообразование у мужчин включено в общую структуру личности и при шизофрении и в норме, блокада либидо осуществляется соответственно на уровне всей личности (блок интроверсии). У женщин же в связи с тем, что патогенный интроект в форме супер-эго обнаруживается в общей структуре личности только при патологии, достаточно блокировать эмоциональную сферу в целях ее общей энергетической блокады.

Вместе с тем динамика либидо традиционно рассматривалась в психоанализе в контексте его цели, направленности и объекта. Шизофрению гипотетически связывали с отсутствием привязанности либидо к сексуальному объекту. Согласно классификации З. Фрейда, речь в случае шизофрении, по всей видимости, идет о вторичном нарциссизме. Если же следовать логике теории объектных отношений и теории М. Кляйн, то шизофрения связана с первичным нарциссизмом как следствием нарушения психосексуального развития ребенка в ранний постнатальный период. Так или иначе, независимо от времени (антенатальный, ранний постнатальный, до- или постпурертатный период) данного патологического процесса мы имеем все основания рассматривать обнаруженную в исследовании реакцию стаза либидо при параноидной шизофрении как проявление перевода либидо на собственное «я». И такая реакция во многом соответствует проявлению инстинкта самосохранения. Отличия же сценариев конфликтов при параноидной шизофрении у женщин и мужчин, вероятно, связаны с природой самого комплекса Эдипа, изначально определяются поло-ролевой идентификацией и сексуальным развитием ребенка (возможно, и другими, в частности био-физиологическими факторами). Отметим, что с позиции психоанализа, с разрешением эдипова конфликта оформляется и приобретает автономию супер-эго как самостоятельное психическое новообразование. Учитывая, что между эго и супер-эго при шизофрении происходит конфликт, именно в



данный период он может привести к формированию дефекта или патологии развития.

Вообще, возрастной аспект в данном исследовании не рассматривается. Учитывая, что выявленный в исследовании интрапсихический конфликт относится к сложным, многоуровневым, так как затрагивает и быстрые (влечения), и медленные (факторы личности) переменные, есть все основания предполагать стабильность его сценария в разных возрастных группах. Этот вопрос касается и проблем генезиса заболевания.

Данные исследования, полученные на основе методологии судьбоанализа и теории черт, опирающихся на принципы психоанализа и соответствующий психодиагностический инструментарий, свидетельствуют о выражении патологии шизофрении на уровне влечений и личности. Выявленный психический конфликт лишней раз свидетельствует и о роли самого психогенного фактора в патогенезе параноидной шизофрении.

Таким образом, мы отмечаем и практически обосновываем значение в развитии и течении параноидной шизофрении блокады сексуальной «энергии» как перевода либидо на собственное эго. На базе настоящего комплексного анализа личностной организации, психического «энергообмена» данный психопатологический феномен расшифровывается.

Помимо проблем психической энергии, интерес в контексте анализа выявленного конфликта представляет информационная составляющая в схеме систем защит психики и общем механизме ее самоорганизации при параноидной шизофрении. В настоящем исследовании это явления измененного восприятия и сознания.

К.Г. Юнг в своих исследованиях экспериментально изучал распад представлений при шизофрении. В соответствии с данными его исследований, контакт с внешним миром поддерживается, помимо сексуального, и другими способами. И потерю контакта с реальностью, характерную для шизофрении, нельзя связывать лишь с сексуальным перемещением, как считал З. Фрейд. Сам феномен блокады либидо и

его перевод на собственное эго, по Фрейду, обусловлен регрессией психики до архаического недифференцированного уровня. Именно поэтому блокировка либидо в этом состоянии и приводит к общему психоэнергетическому стазу – ведь на этом деструктуральном уровне это единственная форма психической энергии...

Согласно Фрейду, при шизофрении происходит не вытеснение, а отрицание части «я». Причем если при неврозе происходит отрицание только словесных представлений, то при психозе утрачивается и само представление о предмете. Объект больше не существует как психическая данность, он не представлен во внутрепсихическом как нечто отдельное. Речь в нашем случае идет об объекте супер-эго, связанном с конфликтом. Вместе с этим появляется эмоциональная непредставленность, снижающая психологическую нагрузку, связанную с конфликтом. Таким специфическим образом осуществляется отщепление части «я», чуждого интроекта на информационном уровне<sup>1</sup>.

В настоящем исследовании шизофрении мы обнаруживаем отдельные (косвенные) признаки рассматриваемых процессов на когнитивном уровне. Выявлены феномен отщепления супер-эго и его механизмы посредством измененного восприятия и сознания: у женщин – изменением восприятия действительности; у мужчин – искажением самовосприятия и восприятия патогенного интроекта. В итоге больной шизофренией меняет не только восприятие себя самого и связанных с интроектом объектов, родителей. Трансформируется в целом восприятие действительности, более того – больной продуцирует свою реальность. При параноидной шизофрении наблюдается распад всех психических функций, а также распад управляющей субстанции эго. Оппонент эго – супер-эго – продолжает свою функцию, однако вне содействия с эго.

---

<sup>1</sup> Данный феномен является широко распространенным клиническим признаком развивающегося психотического состояния при шизофрении, а также наблюдается вне психоза у больных с тяжелыми формами шизофрении, либо при большом стаже заболевания. Обычно это проявляется в форме отчуждения собственной личности, «забывания» своих родителей, близких, замещения и изменения некоторых понятий изменения восприятия действительности с игнорированием определенных сторон жизни (болезненных) и т.п.

Известно, каким образом оказывает влияние на «я» «сверх-я» в норме и патологии. Принято считать, что давление на «я» осуществляется посредством страха и чувства вины. Как мы выяснили в настоящем исследовании, чувство вины входит структурным элементом в образование супер-эго (комплекс факторов), а страх является едва ли не самым грозным предвестником надвигающегося психоза<sup>1</sup>. Кроме того, посредством установок и запретов супер-эго регулирует поведение, а также влияет на самооценку, изначально участвуя в формировании «я»-идеала. Перечисленные функции и свойства «сверх-я», получая автономию, становятся, в определенном смысле, его арсеналом управления (в норме) и борьбы при развитии внутреннего конфликта (при патологии, в частности при параноидной шизофрении). Помимо прочего, действенным в борьбе за управляющую функцию и распределение бюджета либидо оказывается когнитивный механизм. Выявленные признаки искажения психической деятельности при параноидной шизофрении и вскрытые нами психологические механизмы самоорганизации согласуются с отдельными гипотезами современных психоаналитиков о нарушении функции эго оценивания реальности, процессе дезинтеграции эго, свидетельствуя о нарушении целостности личности.

Важно понимать, что природа «сверх-я» не ограничивается рамками морали, совести и этики. С инстанцией контроля сопряжена изначально и другая важная функция – познание действительности посредством прививания родными и близким окружением перцептивных навыков, когнитивных аксиом восприятия действительности, предлагаемых в целях обучения и воспитания ребенка. Следовательно, любые ошибки, отклонения и сбои данного процесса могут привести к искажению и патологии развития. Именно с когнитивной

---

<sup>1</sup> Данный факт широко распространен в клинической практике параноидной шизофрении. Необоснованное чувство тревоги обычно свидетельствует об ухудшении психического состояния. Чаще всего после тревоги развивается дополнительно положительная симптоматика (бредообразование, галлюцинирование и т.п.).

функцией супер-эго мы связываем возникающий внутриспсихический антагонизм при параноидной шизофрении<sup>1</sup>.

Супер-эго как производное эдипова комплекса в норме содействует эго в овладении бессознательными влечениями. При шизофрении управление влечениями осуществляется уже вне контроля эго. Поэтому объектом конфликта при параноидной шизофрении становится управляющая функция, которая достижима только при обладании возможностью регулирования «энергией» системы. В данном случае это сфера влечений, которая соответственно является предметом конфликта. Сферой противоборства эго и супер-эго оказываются восприятие и когнитивная сфера в целом, а также сознание, как критерий действительности. При этом именно субстанция «я» осуществляет данную функцию, так как с ней по определению связаны интеллектуальная деятельность и когнитивные функции. Данные выводы по результатам исследования согласуются с идеей З. Фрейда о том, что «оно» и «сверх-я» часто при различных расстройствах занимают позицию против «я». При этом, достигая определенной силы, им удается расшатать и изменить организацию «я» таким образом, что его нормальная связь с реальностью оказывается нарушенной и даже прерванной вовсе.

Итак, в исследовании психодинамики при параноидной шизофрении идентифицирован патологический процесс в форме интрапсихического конфликта<sup>2</sup>. Определены его противоборствующие стороны, объект и предмет; механизм и половая специфичность. Сформулированы феноменология и характер конфликта. Если на психологическом уровне это конфликт между эго и супер-эго, то на синергетическом уровне его интерпретации это конфликт с реальностью. Методами борьбы выступают механизмы преломления сознания посредством изменения восприятия, когнитивной сферы в целом и управление

---

<sup>1</sup> Это согласуется с теориями шизофрении, как процесса нарушения информационного обмена. К ним относятся теория «двойного посыла» Г. Бейтсона, теория информационного диссонанса Л. Фестингера и др.

<sup>2</sup> Наши выводы по интерпретации психодинамики при шизофрении согласуются с воззрениями З. Фрейда на психоз, как конфликт эго с реальностью.

распределением либидо. В настоящем исследовании впервые установлена и роль образования супер-эго в данном конфликте. В контексте системной, синергетической интерпретации супер-эго с выделением когнитивной его составляющей определяется характер конфликта с реальностью при шизофрении, гипотетически связанный с изменением восприятия и управлением сознанием.

Таким образом, в данном исследовании психодинамики влечений и организации личности у больных параноидной шизофренией впервые выявлены признаки внутриличностного конфликта, определена его специфичность, сформулирована роль информационного фактора. Вместе с этим определена и феноменология данного конфликта, выходящего за рамки только психологического. Выявлены критерии для оценки противоборства эго и супер-эго на «энергетическом» уровне. Проявления патологического процесса мы фиксируем на функциональном уровне в виде патологических стремлений, дезорганизации векторов, десинхронизации факторов влечений, увеличении и нарастании их флуктуаций, и на структурном уровне – в форме дезорганизации личности, патологических комплексов. При этом самоорганизация (как стремление к упорядочиванию) психики при шизофрении продолжается в условиях распада и роста ее энтропии. Проявления конфликта образований эго и супер-эго с развитием болезни свидетельствуют как о патологии, так и о продолжающемся процессе самоорганизации психики.

Исследуя психологические механизмы самоорганизации при параноидной шизофрении, нами, помимо интрапсихического конфликта, была выявлена роль в нем образования супер-эго. Проявление признаков конфликта с образованием супер-эго подняло вопрос о происхождении, содержании и влиянии данного образования в психической жизни индивида в норме и при патологии.

Мы полагаем, что данное образование, по сути, является прототипом, точнее, моделью эго. Предполагается, что супер-эго предшествует образованию эго в онтогенезе, будучи при этом своего рода

матрицей<sup>1</sup>. Это противоречит общепринятой концепции супер-эго, согласно которой данное психическое образование формируется последним. Согласно нашей гипотезе супер-эго, наоборот, является архаическим образованием, транслируемым в процессе общения ребенка его родителями (или лицами, их замещающими). Более того, мы полагаем, что содержание данного образования предопределяется не только и не столько воспитательными и обучающими посылками родителей, сколько контекстным содержанием культурно-исторического опыта того рода и общества, в котором растет человек и развивается его личность. Таким образом, супер-эго – уникальный общепсихологический феномен, порожденный цивилизацией, с одной стороны, и опытом отдельного рода, с другой стороны. Кроме ценностно-ориентационных, морально-этических и других нормативных установок данное психологическое образование включает в себя также когнитивный компонент, транслируемый непосредственно в процессе воспитания и общения. Это, прежде всего, первичные представления, образы, символы, значения. Они закладываются аксиоматически и, как правило, содержат общесоциальные и архитипические когниции. К ним относятся паттерны восприятия действительности, перцептивные стереотипы, первичные социально-психологические установки и другие социальные и несоциальные когниции, различные когнитивные и перцептивные эталоны, закладываемые в процессе интериоризации.

Содержание супер-эго закладывается на сознательном и неосознаваемом уровнях в процессе обучения и воспитания, наблюдения за поведением, благодаря общению и речи взрослых, через метафоры и сказки, беседы. При этом транслируемые модели и установки интроецируются формирующейся психикой как единая, внутренне согласованная психологическая система.

---

<sup>1</sup> О гипотезе психической матрицы писали L. Szondi (1938), S.H. Foulkes (1977). Анализируя эдипов конфликт, Foulkes показывает, что он не является архаическим, наследственным. Это всегда конфликт группы-семьи, т.е. порождается ее структурой, передающий целостно весь предшествующий культурный и биологический опыт [living transmission].

Мы полагаем, что *таким образом обеспечиваются структурирование, преемственность и изменчивость развития, организация психического аппарата по единому образу и подобию* (принцип фрактальности). Впоследствии, как с матрицы, формируется собственное эго, корректируемое в течение жизни. Предполагается, что, достигая сознательного уровня самоорганизации, эго стремится к автономии и однажды получает ее. В пубертатный и пост-пубертатный период супер-эго начинает терять управляющую функцию, частично редуцируясь и вытесняясь в неосознаваемую сферу психики. Так, в норме роль супер-эго постепенно ограничивается внутренним контролем.

Исследуя деструктивные процессы, происходящие на психическом уровне при шизофрении, мы выявили признаки интрапсихического конфликта и роль в нем образования супер-эго. В комплексе данные инструментально-психологического и клинического исследования свидетельствуют о признаках эго отторжения. *Феноменологию интрапсихического конфликта при шизофрении мы определяем как проявление кризиса самоидентификации, возникающего в переходные этапы, периоды становления человека в условиях несоответствия базовых образований.* Сам схизис, распад психической деятельности, рост личностных дефектов и другие ведущие симптомы данного заболевания представляются нам проявлением диссипативных и самоорганизационных процессов на психическом уровне в неравновесном состоянии. При этом возникающий конфликт предстает как системообразующий фактор в условиях распада психики.

Необходимо отметить, что выдвинутый тезис согласуется с данными современных классиков психоанализа (В. Тэкхэ), отмечающих возможность формирования и организации психики только при развитии структуры психики (т.е. при структурной динамике) и опыте переживания собственного «я» (т.е. при самоидентификации). Учитывая взаимозависимость наличия структурной динамики и возможности самоидентификации, выявленные в исследовании защитные механизмы при шизофрении как реакция на интрапсихическую несовместимость (в форме искажения информационного фильтра, патоло-

гических защит в форме негации, отрицания и др.), приводя к нарушению самовосприятия, вторично вызывают нарушения развития структуры психики. Это и приводит к психической патологии, круг замыкается.

Исходя из идеи о происхождении и сущности супер-эго как образования-модели, предшествующей эго и программирующей его развитие, истоки развития шизофрении нам видятся именно здесь – в процессе «сборки». Здесь возможны ошибки, передачи патогномических когний, формирование дезадаптивных установок, систем защиты, систем отношений и паттернов перцепции<sup>1</sup>. Наконец, возможны несовместимость (неконгруэнтность) двух образований, проявляющаяся на одном из кризисных этапов становления личности<sup>2</sup>, либо деструктивность самой модели супер-эго как матрицы родового бессознательного, несущего в себе родовой конфликт<sup>3</sup>.

Любой сюжет, таким образом, несет в себе заложенный конфликт как дефект программы самоорганизации психики, представляющий собой информационный «груз» родового бессознательного, проявляясь в характерных симптомах-признаках, связанных с архаичным характером данного образования. Интересно отметить, что признаки архаичности супер-эго проявляют себя и при других психических и психоорганических заболеваниях на определенной стадии – при достижении глубокого регресса (в психотические эпизоды, при синдромах помраченного сознания и т.д.) в форме бреда виновности, греховности, сверхценных идей и галлюцинаторно-параноидальных пере-

---

<sup>1</sup> Предлагаемая модель психического развития на основе трансляции родовой информации соответствует законам «наследования» в органическом мире и общим фундаментальным принципам самоорганизации.

<sup>2</sup> Не случайно клиницисты отмечают характерные возрастные периоды дебюта шизофрении.

<sup>3</sup> Исследуя неосознаваемую сферу больных шизофренией, мы собирали обширный анамнестический материал, в частности о семье. В результате было выявлено, что у большинства больных родственники страдали психическими заболеваниями, совершали суициды и тяжкие преступления, имели тяжелые онкологические и психосоматические заболевания. Такие данные встречаются и у других исследователей. Б. Морель еще в XIX в. создал концепцию вырождения как основной причины психических заболеваний (Трактат о дегенерациях. 1857).



живаний проблем божественного и демонического и т.п. Особенно ярко данное явление обнаруживает себя при эпилепсии во время психотических эпизодов, причем при совершенно разных ее формах.

С появлением сознания, самосознания формируется способность к критическому восприятию действительности и себя, неизбежно приводя к обнаружению связанных с субстанцией супер-эго интрапсихических противоречий и проявляясь в противоборстве. Именно противоборство в форме негации (у психиатров – негативизм) являет созревшее противоречие на клиническом уровне при данном заболевании.

Происходит отрицание всего и вся, развитие искаженного восприятия действительности, близких и самого себя. «Недоверию» и параноидному анализу подвергается все – вплоть до значений и смысла слов. Бредовая система, развиваясь, достигает уровня проблем устройства мира. Апогеем психотической прогрессивности становятся мегаломанические и парафренические формы бреда, отражающие проблемы добра и зла, божественного через призму собственной личности посредством галлюцинаторно-параноидных переживаний, что свидетельствует о достижении архаического уровня супер-эго и активного интрапсихического конфликта. Когда же исчезают признаки конфликта, процесс распада психики можно считать завершенным. В этом и проявляется парадокс шизофрении. Из проведенного анализа следует и то, что форма и течение шизофрении, прогрессивность (и, возможно, прогноз) зависят от периода начала заболевания и соответственно от инициируемого характера (связанного с конкретными онтогенетическими особенностями возраста) конфликта.

Такое понимание сущности истоков шизофренического процесса в целом не противоречит основным гипотезам и концепциям<sup>1</sup> шизофрении, имеющим обширные статистические данные и клинические факты, косвенно подтверждающие их. И не случайно. Эмоциональная депривация ребенка, возникающий на его основе аф-

---

<sup>1</sup> Теорий шизофрении на сегодняшний день не существует.

фективный комплекс, патологическое воспитание, наличие «двойных посылов» и другие патологические факторы действительно возникают на различных этапах развития при шизофрении, сопровождая его, обостряя или проявляя на фактическом уровне тот базовый конфликт, что лежит в основе заболевания. Что касается биологических<sup>1</sup>, психофизиологических и других «органических» концепций, то, по всей видимости, они являют собой лишь отдельные патогенетические звенья заболевания проявляющегося на уровне различных систем организма<sup>2</sup>.

Вместе с тем во многом умозрительная теория генотропизма Л. Сонди (теория влечений), его идея о роли родового бессознательного в происхождении и развитии психических заболеваний получают неожиданное подтверждение, новое толкование и значение в свете представленной нами новой модели шизофрении и феноменологии образования супер-эго. Введя понятие родового бессознательного, Сонди тем самым проложил новый путь анализа психической сферы, в частности и сферы бессознательного.

Изучая подсознательную сферу людей с различными нозологическими группами психических заболеваний, исследователю удалось с помощью собственного диагностического метода и психоанализа вскрыть родовой пласт бессознательной сферы, выявить его специфику и характер проявления в индивидуальном бессознательном. При этом ученый показал общность, подобие содержания и закономерностей проявления родовых паттернов, стереотипов, выражающихся в норме и при патологии во влечениях, инстинктивных побуждениях, аффективных реакциях, автоматизированных действиях, навязчивых образах и т.п. Сонди гипотетически связал действие открытого им родового бессознательного с латентными генами. Несмотря на зыбкость

---

<sup>1</sup> Генетическая концепция шизофрении не оправдала себя: не только не найден ген шизофрении, но и данные статистики наследования заболевания в семьях больных не соответствуют законам наследования.

<sup>2</sup> Известно, что одни и те же нарушения передачи и выработки нейромедиаторов, изменения проводимости мембран синапсов и другие «характерные» изменения проявляют себя при совершенно разных психических, психоорганических и просто органических заболеваниях.

такой научной платформы<sup>1</sup>, в целом концепция родового бессознательного с уникальным инструментально-диагностическим методом показала свою состоятельность, позволив выявить отдельные механизмы и закономерности развития и функционирования психики.

Таким образом, идея родового бессознательного обретает новые очертания в свете предложенной в настоящей работе синергетической интерпретации *дрейфующего конфликта* и нового понимания феномена супер-эго. Наша трактовка феноменологии шизофрении как нарушения информационной модели<sup>2</sup> развития системы «психика» с разнообразными структурно-функциональными отклонениями, отражающимися на психо-энергетическом уровне, опирается на универсальный методологический и инструментально-методический аппарат синергетики и информационно-термодинамический подход.

Применение методов и принципов синергетики позволило в исследовании психических механизмов самоорганизации при параноидной шизофрении применить для диагностики и анализа единые фундаментальные законы и принципы естественных наук, совместимые, и главное, адаптированные для гуманитарных и смежных исследований. Такой подход помог нам унифицировать наблюдаемые (и ожидаемые) психические феномены для их интерпретации в понятиях информации и энергии, структуры и функции. В нашем исследовании это позволило также выйти за пределы «дебрей» условных понятий, проблем методологической совместимости используемых психологических концепций и диагностического инструментария. Также нам удалось адаптировать инструментально-диагностический аппарат зондирования неосознаваемой сферы психики (методика портретного выбора Л. Сонди) с использованием математических моделей и мето-

---

<sup>1</sup> В своих трудах Сонди не опирается на генетику, а проводит своего рода заочную апологетику своей концепции методологией современной ему и передовой на то время естественной науки генетики.

<sup>2</sup> Авторские идеи информационной модели развития психики, открытие образования-транслятора данной модели и феноменологии шизофрении как дрейфующего конфликта в комплексе представляют собой универсальную концепцию основ психического развития и его нарушений.

дов отражения трендов и флуктуаций факторов и векторов влечений как психических процессов в формате автоволновых процессов.

Выявленные признаки интрапсихического конфликта вскрывают заложенную патологическую несовместимость психических образований<sup>1</sup> – формирующейся личности, его ядра (эго) и транслируемой модели-матрицы (супер-эго) на информационном уровне – связанную с родовыми «конфликтами» биологического, психического, поведенческого и любого другого уровня, имеющего предельный и экспансивный характер<sup>2</sup>.

Мы пока можем только предполагать, что, приобретая статус родового, данный конфликт в форме родового мифа, общей морально-психологической проблемы, сюжета внутрисемейной несовместимости, генетических пороков<sup>3</sup>, семейных соматических и психических заболеваний, отражаясь в психике ребенка на неосознаваемом, завуалированном (закодированном) уровне, передается из поколения в поколение посредством универсального психического носителя – супер-эго.

Таким образом, психологические механизмы самоорганизации при шизофрении детерминируются моделью отраженной интрапсихической несовместимости, проявляющейся структурно-функциональными нарушениями в переходные периоды или в предельных условиях развития, и выходят за рамки только психической патологии отдельной личности.

---

<sup>1</sup> На самом деле, супер-эго, в нашем понимании, – условное понятие, отражающее тот родовой интроект, который представляет собой образец личностной самоорганизации и определяет тренд развития психики.

<sup>2</sup> Сама идея «трансформирующейся наследственности» не нова. Биологическое понимание наследования занимала умы психиатров середины XIX в. (Пинель, Эскироль, Кальмейль, Якоби, Флеминг, Дамеров, Гаген, Морель). Наша концепция постулирует передачу тех или иных «пороков» посредством психического отражения и трансляции матрицей супер-эго формирующейся психике на информационном уровне.

<sup>3</sup> Отдельного внимания заслуживают генетические концепции, опирающиеся на неоднозначные данные собственных исследований и в то же время предоставляющие неоспоримые данные об участии генетического фактора в развитии шизофрении. Мы не исключаем факта участия генетического субстрата, и считаем возможность его включения и проявления на самых разных уровнях онтогенеза и различных систем организма.

## Библиографический список

1. Аболин, Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л.М. Аболин; под ред. В. В. Давыдова. – Казань: Изд-во КГУ, 1987. – 262 с.
2. Адлер, А.К теории галлюцинаций // Практика и теория индивидуальной психологии. Лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. – М.: Изд-во института психотерапии, 2002. – 214 с.
3. Айзенк, Г.Ю. Структура личности / Г.Ю. Айзенк. – М.: Ювента, 1999. – 109с.
4. Александров, А.А. О преморбидных особенностях характера подростков с вялотекущей шизофренией // Патохарактерологические исследования у подростков. – Л., 1981. – С. 97-102.
5. Александров, А.А. Современная психотерапия / А.А. Александров.– СПб.: Академ. проект, 1997. – 333 с.
6. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 271 с.
7. Алимов, У.Х. Факторы прогноза при приступообразно-прогредиентной шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – № 10. – С. 22-25.
8. Альтенвегер, А. Судьбоаналитическая психология Л. Сонди // Психология судьбы: сб. ст. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 14-18.
9. Амон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Амон. – СПб.: Питер, 1996. – 197 с.
10. Анохин, П.К. Эмоции // БМЭ. – 2-е изд. – М.: Наука, 1964. Т. 35. – С. 339–367.
11. Асмус, Ф. Психоз и стигма / Ф. Асмус. – М.: Смысл, 2001. – 254 с.
12. Бажин, Е.Ф. К вопросу об изучении эмоционального общения при шизофрении // Актуальные вопр. Мед. психологии. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1980. – С. 8-12.

13. Беккер, Л.М. Психологические процессы / Л.М. Беккер. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1981. – 157 с.

14. Беляев, Б.С. Особенности преморбидных свойств личности больных параноидной шизофренией // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. – М., 1982. – С. 18-25.

15. Бенесько, О.И. Математические аспекты прогностической оценки течения параноидной шизофрении // Кибернетика и вычислительная техника / О.И. Бенесько, А.С. Коваленко. – М., 1991. – Вып. 90. – С. 87-92.

16. Беребин, М.А. Феномен психической ригидности в механизмах дезадаптивных состояний / М.А. Беребин, Л.И. Вассерман // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1996. – № 3. – С. 30-34.

17. Березин, Ф.Б. Психическая и физиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 268 с.

18. Бернье, Ж. Судьбоанализ и психосоматическая медицина // Психология судьбы: Сб. ст. / под ред. д-ра филос. наук, проф. В.Б. Куликова. – Екатеринбург: Изд-во УрО РАН, 1995. – № 2. – С. 23-29.

19. Берно-Беллекур, И.В. Психические состояния как предиктор аутодеструктивного поведения // Психология психических состояний: сб. ст / под ред. проф. А.О. Прохорова. – Казань: КГПУ, 1999. – С. 12-20.

20. Бернье-Хюрбин, А. Судьбоаналитическая психология Л. Сонди // Психология судьбы: сб. ст. – 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 19-38.

21. Беспалько, И.Г. Феномен эмоциональной проекции в структуре эмоциональных отношений / И.Г. Беспалько. – М.: Наука, 1988. – 124 с.

22. Бехтерева, Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека / Н.П. Бехтерева. – Л.: Наука, 1971. – 86 с.

23. Бистер, В. О новом понимании шизофренических психозов // Энциклопедия глубинной психологии. – М.: Наука, 2001. – Т. 2. – С. 125-128.

24. Блейлер, Э. Аффективность, внушаемость и паранойя / Э. Блейлер. – Одесса, 1929. – 138 с.

25. Блюм, Дж. Психоаналитические теории личности: пер. с англ. / Дж. Блюм. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 224 с.

26. Бодалев, А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин. – М.: Речь, 2002. – 440 с.

27. Боков, С.Н. Значение исследований аффективности для дифференциальной диагностики невротозов и невротоподобной шизофрении / С.Н. Боков. – М.: Медицина, 2000. – 128 с.

28. Бойко, В.В. Энергия эмоций / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2004. – 480 с.

29. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.

30. Браун, Д. Психология Фрейда и постфрейдисты. М.: Рельфбук: Ваклер, 1997, – с. 96 - 97.

31. Бродянский, В.М. Эксергетический метод термодинамического анализа / В.М. Бродянский. – М.: Энергия, 1973. – 296 с.

32. Брушлинский, А.В. Психология индивидуального и группового субъекта / А.В. Брушлинский. – М.: PERSE, 2002. – 368 с.

33. Бурковский, Г.В. Преморбидная структура личности больных шизофренией и особенности клинической картины заболевания / Г.В. Бурковский, Э.Д. Пинк. – Л.: Наука, 1981. – 251 с.

34. Бурлачук, Л.Ф. О проекции как принципе построения методов исследования личности // Вопр. диагностики психического развития: тез. симпозиума. – Таллин, 1974. – С. 27-28.

35. Буянов, М.И. Страсти и судьбы / М.И. Буянов. – М.: Прометей, 1995. – 232 с.

36. Бюрги-Майер, К. Судьбоаналитическая психология Л. Сонди // Психология судьбы: сб. ст. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 39-44.

37. Бюрги-Майер, К. Вера как судьба. Религиозная глубинная психология по Леопольду Сонди // Психология судьбы: сб. ст. 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 44-48.
38. Васильев, В.А. Автоволновые процессы в распределенных кинетических системах / В.А. Васильев, Ю.М. Романовской, В.Г. Яхт // УФН. – 1979, № 4, С. 625-666.
39. Вассерман, Л.И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л.И. Вассерман, М.А. Беребин // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. БВ.М. Бехтерева. – 1994. – №3. – С. 16-25
40. Вержбицкий, В.М. Численные методы / В.М. Вержбицкий. – М.: Высш. шк., 2000. – 265 с.
41. Вид, В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2001. – 432 с.
42. Волков, П.В. Рессентимент, резиньяция и психоз // Московский психотерапевт. журн. – 1993. – №2. – С. 24-26.
43. Волов, В.В. Анализ динамики влечений и структурной организации личности / В.В. Волов, Н.И. Мельченко // Актуальные проблемы современной науки: тр. 5-й междунар. конф. молодых ученых и студентов. Ч. 36-38. Психология, культурология, искусствоведение. – Самара, 2004. – С. 6-9.
44. Волов, В.В. Анализ параноидной шизофрении как предельного состояния психики / В.В. Волов, Н.И. Мельченко // тр. 5-й междунар. конф. молодых ученых и студентов Актуальные проблемы современной науки: часть 27. Мед. науки. – Самара, 2004. – С. 28-31.
45. Волов, В.В. Интегрированность личности как фактор психического здоровья // Проблемы здоровья молодежи: материалы междунар. конф. – Самара, 2004, – №3. – С. 33-34.
46. Волов, В.В. Психодинамика влечений при параноидной шизофрении // Аспирант. вестн. Поволжья. – Самара, 2004. – №1. – С. 7-8.
47. Волов, В.В. Психодинамическая характеристика влечений и структуры личности у женщин при параноидной шизофрении // Аспирантские чтения 2004: сб. материалов докл. V научн. Конф. моло-



дых ученых. «Региональная медицинская наука: тенденции и перспективы развития». – Самара, 2004. – С. 28-32.

48. Волов, В.В. Психодинамическая характеристика влечений при параноидной шизофрении // Обозрение прикладной и промышленной математики. – М., 2004. – Т., 11. – Вып.1. – С. 104-105.

49. Волов, В.В. Структурно-аналитический метод идентификации психических образований // Обозрение прикладной и промышленной математики. – М., 2004. – Т., 11. – Вып. 3. – С. 529-530.

50. Волов, В.В. Филогенез влечений // Обозрение прикладной и промышленной математики. – М., 2001. – Т., 8. Вып.1. – С. 134-135.

51. Волов, В.В. Фрактально-кластерный анализ психики как открытой самоорганизующейся системы / В.В. Волов, В.Т. Волов // Обозрение прикладной и промышленной математики. – М., 2003. – Т. 10. – Вып.1. – С. 119-120.

52. Волькенштейн, В.М. Энтропия и информация / В.М. Волькенштейн. – М.: Наука, 1986. – 190 с.

53. Воловик, В.М. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении / В.М. Воловик, В.А. Гайда, А.П. Коцюбинский // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1978. – С. 20-31.

54. Воробьев, В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – М., 1993. – №2. – С. 33-39.

55. Воробьев, В.Ю. Шизофренический дефект. – М.: Медицина, 1988. – 213 с.

56. Гаддини Е. По ту сторону инстинкта смерти / Е. Гаддини // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 226 с.

57. Гапонов-Грехов, А.В. Л.И. Мандельштам и современная теория нелинейных колебаний и волн / А.В. Гапонов-Грехов, М.И. Рабинович. – УФН. – 1979. – 128. – № 4. – С. 579-624.

58. Гиндикин, А.А. Раннее распознавание шизофрении / А.А. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Высш. шк. психологии. – 2002. – 145 с.

59. Гинзен, В.А., Юрченко В.Н. Систематика психических состояний человека / В.А. Гинзен, В.Н. Юрченко / В.А. Гинзен, В.Н. Юрченко // Вестн. ЛГУ. – 1991. – Сер. 6. – Вып. 1. – С. 47-55.

60. Гленсдорф, П.И. Термодинамическая теория структуры, устойчивости и флуктуаций / П. Гленсдорф, И. Пригожин. – М.: Мир, 1973. – 280 с.

61. Голик, А.Н. Интегральная психопатологическая модель нарушений влечений при шизофрении детского, подросткового и юношеского возраста // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – № 9. – С. 18-25.

62. Головина, А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией / Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Вып. 1. – С. 16-21.

63. Декарт, Р. Страсти души / Р. Декарт; пер. с фр. А.К. Сыкопалова // Соч. в 2 т. Т. 1. – М.: Мысль, 1989. – 482 с.

64. Дерябин, В.С. Чувства, влечения, эмоции / Дерябин В.С.; Ред. В.М. Смирнов; АН СССР. – Л.: Наука, 1974. – 259 с.

65. Дерябин, В.С. Эмоции как источник силы // Наука и жизнь. – 1940. – № 10. – С. 21-25.

66. Джонс, Э. Значение деда в судьбе отдельного человека // Зарубежный психоанализ. Хрестоматия. – СПб.: Питер, 2002. – С. 127-133.

67. Джосс, В.В. Теория Л. Сонди не просто методика, но и теория судьбоанализа // Психосфера. – 1998. – №6. – С. 28-37.

68. Ефремов, В.С. Ситуационные факторы и начинающая шизофрения / Журнал невропатологии и психиатрии – 1976. – Вып. 1. – С.95-102.

69. Ермак, В.Д. Структура и функционирование психики человека с системной точки зрения // Соционика, ментология и психология личности. – М., 1996, № 3. – С. 72-79.

70. Жаботинский, А.М. Концентрационные автоколебания / А.М. Жаботинский. М.: Наука, 1974. – 178 с.

71. Жариков, М.Н. Влияние факторов внешней среды на формирование клинического полиморфизма семейной шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии. – М., 1991. – Вып. 12. – С. 68-71.

72. Журавлев, И.В. Субъективность как граница: топологическая и генетическая модели / И.В. Журавлев, А.Ш. Тхостов // Психол. журн. – 2003. – Т. 24. – №3. – С. 5-12.

73. Заика, Е.В. Особенности нарушений предметного и аффективного компонентов эмоций у больных шизофренией / Е.В. Заика, М.Ю. Лотоцкая // Психологический журнал. – Т. 22. – №5. – С. 79-85.

74. Залевский, Г.В. Психическая ригидность и понятие отношений личности в концепции В.Н. Мясищева / Г.В. Залевский. – М.: Мысль, 1989. – 168 с.

75. Зейгарник, Б.В. Нарушение саморегуляции когнитивных способностей у больных шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1985. № 1. – С. 18-22.

76. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник – М.: Наука, 1976. – 276 с.

77. Изард, К. Эмоции человека / К. Изард. – М.: Изд-во МГУ, 1980. – 268 с.

78. Ильин, Е.П. Теория функциональных систем и психофизиологические состояния // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. – М. – 1978.

79. Кабанов, М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психических больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1998. – № 2. – С. 13-15.

80. Кемпински, А. Психология шизофрении / А. Кемпински. – СПб.: Ювента, 1998. – 294 с.

81. Кемпински, А. Экзистенциальная психиатрия / А. Кемпински. – М.: Совершенство, 1998. – 320 с.

82. Кернберг, О. Пограничная организация личности // Антология современного психоанализа. Т. 1. – М.: Высш. шк., 2000. – С. 349-381.

83. Кернберг, О. Психоаналитические теории объектных отношений / Ключевые понятия психоанализа / под ред. В. Мертенса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 78-84.

84. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Кернберг. – М.: Класс, 2000. – С. 36-39.

85. Кириллова, М.Г. Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции // Психол. журн. – М., 2002. – Т. 23. – № 5. – С. 80-87.

86. Кляйн, М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – С. 60-97.

87. Кодуэлл, К. Иллюзия и действительность: Об источниках поэзии: пер. с англ./ Кодуэлл К.; ред. Д.М. Урнов. – М.: Прогресс, 1969. – 363 с.

88. Козулин, А. Понятие психологической регрессии // Вопросы психологии. – М., 1990. – № 2. – С. 24.

89. Коннабих, М.Ю. История психиатрии / М.Ю. Коннабих. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1936. – 520 с.

90. Крамер, М. Судьбоаналитическая психология Л. Сонди // Психология судьбы: сб. ст. – Изд. второе, испр. и доп. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 49-54.

91. Кречмер, Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. – М.: Жизнь и знание, 1927. – 349 с.

92. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская. – М: Изд-во МГУ, 1991. – 278 с.

93. Критская, В.П. Экспериментально-психическое исследование изменений психической деятельности больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журн. неврологии и психиатрии. – 1983. – Вып. 12. – С. 1821-1827.

94. Кьеркегор, С. Страх и трепет / С. Кьеркегор. – М.: Республика, 1993. – 162 с.

95. Кьюперс, Л. Шизофрения – Работа с семьями: практ. руководство / Л. Кьюперс, Д. Лефф, Д. Лэм. – Амстердам; Киев: Наукова думка. – 1996. – 128 с.

96. Курек, Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь / Н.С. Курек; Ин. психологии РАН. М. – 1996. – 245 с.

97. Ланге, К.Г. Аффекты (душевные движения) / пер. под ред. А. Вирениуса. СПб., 1890 (рец.) // Вопросы философии и психологии. – 1890. – Кн. 5 (IV). – С. 87-89.

98. Лапланш, Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж. Понталис. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.

99. Левин, К. Динамическая психология: избр. тр. / К. Левин. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.

100. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 298 с.

101. Ломброзо, Ч. Гениальность и помешательство / Ч. Ломброзо. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 268 с.

102. Лэнг, Р. Расколотое «Я»: Антипсихиатрия / Р. Лэнг. – М.: Академия; СПб.: Белый кролик, 1995. – 298 с.

103. Мандельштам, Л.И. Лекции по колебаниям / Л.И. Мандельштам. – М.: Изд-во АН СССР, 1955. – 503 с.

104. Малис, Г.Ю. К этиологии шизофрении / Г.Ю. Малис. – М.: Мугис, 1959. – 215 с.

105. Мельников, В.М. Принцип единства и иерархии действительности как методологическая теория личности // Материалы XXII психол. конгресса. – Лейпциг, 1980. – С. 28-45.

106. Мейли, Р. Структура личности // Экспериментальная психология / ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. Вып.5. – М.: Прогресс, 1975. – С. 196-279.

107. Менделевич, В.Д. Антиципационные механизмы невротогенеза // Психол. журн. – 1996, № 4. – С.107-115.

108. Менцос, Ст. Психодинамические модели в психотерапии / Ст. Менцос. – М.: Алетейа, 2001. – 235 с.

109. Мэй, Р. Проблема тревоги / Р. Мэй. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 431 с.

110. Мясищев, В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности // Психология личности. – Самара: Бахрах, 1999. – С. 24-29.

111. Назлоян, Г.М. Лицо болезни // «Вопросы ментальной медицины и экологии». – 2003. – Т. 9, № 1. – С. 18-31.

112. Нестурх, М. Половое влечение / М. Нестурх. – М.: Новая Москва, 1924. – 96 с.

113. Николаев, Г., Пригожин И. Самоорганизация в неравновесных системах / Г. Николаев, И. Пригожин.: Мир, 1979. – 512 с.

114. Обуховский, К. Галактика потребностей / К. Обуховский. – М.: Речь, 2003. – 296 с.

115. Обуховский, К. Психология влечений человека / К. Обуховский. – М.: Прогресс, 1972. – 248 с.

116. Основные теории бессознательного / под ред. С.С. Петрова. – Казань: Изд-во КГУ, 1995. – 268 с.

117. Петров, С.С. Влечение «я» у больных, перенесших алкогольные психозы (по данным теста Сонди) // Современные проблемы наркологии: материалы науч.-практ. конф., 21-22 окт. 1999. – Астрахань: Изд-во Астрах. гос. мед. акад., 1999. – С. 29-36.

118. Пригожин, И. От существующего к возникающему / И. Пригожин. – М.: Наука, 1985. – 85 с.

119. Приображенский, П.А. Нервно- и душевнобольные как объект культа // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1911. – N 3. – С. 129-154.

120. Прохоров, А.О. Интегрирующая функция психических состояний // Психол. журн. – 1994. – Т. 15. – № 3. – С. 38-43.

121. Прохоров, А.О. Неравновесные психические состояния человека // Мир психологии. – 1998. – № 2 (14). – С. 35-40.

122. Прохоров, А.О. Психические состояния и их функции / А.О. Прохаров. – Казань: Изд-во КГУ. – 1994. – 134 с.

123. Прохоров, А.О. Функциональные структуры психических состояний // Психол. журн. – 1996. – Т. 17. – № 3. – С. 9-18.
124. Райнкрофт, Ч. Критический словарь по психоанализу / Ч. Райнкрофт. – СПб.: Питер, 1995. – 452с.
125. Райх, В. Характероанализ / В. Райх. – М.: Республика, 1999. – 461 с.
126. Римап, Ф. Основные формы страха. Исследование в области глубинной психологии / Ф. Римап. – М.: Алетейа, 1998. – 336 с.
127. Рубинштейн, С.Л. Эмоции / С.Л. Рубинштейн. – М.: Наука, 1979. – 160 с.
128. Руднев, В. Экстраекция и психоз // Моск. психотерапевт. журн. – 2001. – № 2. – С. 24-26.
129. Савина, Т.Д. Ригидность психических процессов в системе факторов предрасположения к шизофрении / Т.Д. Савина, В.А. Орлова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – № 7. – С. 14-19.
130. Сартр, Ж.-П. Очерк теории эмоций // Психология эмоций: тексты. – М.: Наука, 1984. – С. 205-212.
131. Сергеев, И.И. Психопатология и динамика бредовой деперсонализации у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – М.: Медпрактика, 2002. – 258 с.
132. Симонов, П.В. Информационная теория эмоций. // Психология эмоций: тексты. – М.: Наука, 1984. – С. 179-181.
133. Случевский, Ф.И. Эмоции и их патология // Актуальные вопросы медицинской психологии / под ред. М.М. Кабанова, И.М. Тонконового. – Л.: Медицина, 1974. – С. 33-37.
134. Собчик, Л.Н. Метод портретных выборов - адаптированный тест Сонди: практ. руководство / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 158 с.
135. Соловьева, С.Л. Психология экстремальных состояний / С.Л. Соловьева. – СПб: Академ. проект, 2003. – 126 с.
136. Сонди, Л. Учебник экспериментальной диагностики побуждений / Л. Сонди. – Штутгарт, 1960. – 320 с.

137. Сонди, Л. Моисей: ответ Каину // Психология судьбы: сб. ст. – Изд. второе, испр. и доп. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 55-58.
138. Спотниц, Х. Современный психоанализ шизофренического пациента // Психоаналит. вестн. – 1999. – С. 18-25.
139. Столин, В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания личности: дисс. ... д-ра психол. наук. – М., 1985. – 530 с.
140. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1994. – 232 с.
141. Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. / А.С. Тиганов. – М.: Медицина, 1999. – 452 с.
142. Тихомиров, А.В. Путь в судьбу // Психология судьбы: сб. ст. – Изд. второе, испр. и доп. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 66-70.
143. Томанов, Л.В. Психологическое и психофизиологическое исследования эмоционально-мотивационных характеристик больных неврозами и шизофренией: автореф дис. канд. пс. наук. – Л., 1990.
144. Томе, Х. Современный психоанализ. – Т. 1. – М.: Прогресс, 1996. – 425 с.
145. Трубников, В.И. Многомерный генетический анализ данных комплексного исследования predisпозиции к шизофрении / В.И. Трубников, М.В. Алфимова // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1995. – № 1. – С. 18-24.
146. Тугушев, Р.Х. Системная персонология: качественный и количественный анализ / Р.Х. Тугушев. – Саратов: Деловая книга, 1998. – 192 с.
147. Тхостов, А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология. – 1994. – № 2-3. – С. 35-48.
148. Тэххэ, В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход / В. Тэххэ. – М.: Академ. проект, 2001. – 576 с.
149. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель. – М.: Академ. проект, 2001. – 848 с.
150. Ференци, Ш. Теория и практика психоанализа. – М.: PERSE, 2000. – 540 с.



151. Фонда, П. Развитие психоанализа в последние десятилетия / П. Фонда, Э. Йоган. В сб: Психоанализ в развитии: сб. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 134 с.
152. Франкл, В. Воля к смыслу / В. Франкл. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 230 с.
153. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
154. Фрейд, З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – М.: Просвещение, 1990. – 413с.
155. Фрейд, З. Толкование сновидений / З. Фрейд. – Киев: Современные проблемы, 1998. – 241 с.
156. Фуко, М. Воля к истине: По ту сторону знания, власти и сексуальности / М. Фуко. – М.: Касталь, 1997. – 211 с.
157. Хакен, Г. Синергетика / Г. Хакен. – М.: Мир, 1980. – 230 с.
158. Харман, Г. Современный факторный анализ / Г. Харман. – М.: Статистика, 1972. – 485с.
159. Холл, К. Теории личности / К. Холл. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 590 с.
160. Юнг, К.Г. Либи́до, его метаморфозы и символы / К.Г. Юнг; под ред. А.И. Белкина. – СПб.: Вост.-европ. инс. психоанализа. – 1994. – 416 с.
161. Юнг, К.Г. Психология dementia praecox / К.Г. Юнг. – Минск: Харвест, 2003. – 400 с.
162. Ютнер, Ф. Судьбоаналитическая психология Л. Сонди // Психология судьбы: сб. ст. – Екатеринбург: УрО РАН, 1994. – С. 85-89.
163. Эбелинг, В. Образование структур при необратимых процессах. М.: – Мир, 1979. – С. 13-14.
164. Эдельштейн, А.О. Исходные состояния при шизофрении / А.О. Эдельштейн. – М.: Наука, 1938. – 114 с.
165. Эйдемиллер, Э.Г. Роль внутрисемейных отношений в развитии шизофрении подросткового возраста // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями. – Л., 1978. – С. 78-82.

166. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – 268 с.
167. Шизофрении / под ред. Д. Хелл, М. Фишер-Фельтен. – М.: Алетейа, 1998. – 562 с.
168. Шизофрения. Изучение спектра психозов / под ред. Р.Дж. Энцилла, С. Холидея. – М.: Медицина, 2001. – 452 с.
169. Шизофрения / Под ред. Э. Фуллер Торри. – СПб.: Питер, 1996. – 368 с.
170. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
171. Шмелев, А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 480 с.
172. Шоттер, Дж. М.М. Бахтин и Л.С. Выготский: интериоризация как феномен границы // Вопр. психологии. – М., 1966. – № 6. – С. 107-108.
173. Шпильрейн, С.Н. Деструкция как причина становления // Логос: филос.-лит. журн. – М., 1994. – № 5. – С. 207-238.
174. Штыпель, А.М. Исследование возрастных аспектов психологической защиты в клинике малопрогрессирующей шизофрении и пограничных психических расстройств // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: сб. научн. тр. Ин. им. В.М. Бехтерева. – Л., 1988. – С. 16-19.
175. Щелкова, О.Ю. Значение личностных и социально-психологических характеристик больных шизофренией для эффективности восстановительного лечения в клинике: автореф. дис. канд. мед. наук. – Л., 1998.
176. Цизе, П. Психоаналитическая теория влечений // Энциклопедия глубинной психологии: в 4 т. Т.1. – М.: Когито-центр, 2001. – С. 45-50.
177. Якоби, И. Психологическое учение К.Г. Юнга / И. Якоби. – М.: Практика, 1996. – 176 с.
178. Ямпольский, Л.Т. Анализ структуры связей шкал личностных опросников // Вопр. психологии. – 1981. – № 2. – С. 90-100.

179. Яньшин, П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П.В. Яньшин. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с.
180. Яппе, Г. Развитие фрейдовского понятия Я // Энциклопедия глубинной психологии: 4 т. Т.1. – М.: Когито-центр, 2001. – С. 50-53.
181. Andreasen, N. Magnetic resonance imaging of the brain in schizophrenia / N. Andreasen, C. Ehrhardt. – Berkeley: University of California Press, 1992. – 180 p.
182. Balint, M. The Basic Fault: Therapeutic aspects of Regression / M. Ballint. London: Tavistock Publications, 1968. – 112 p.
183. Barta, P., Pearlson, G., Richards, S., Powers, R. and Tune, L. Reduced superior temporal gyms volume in schizophrenia: relationship to hallucinations // Psychiatr. Res. – 1990. – № 2. – P. 108-123.
184. Bellak, L. The concept of projection. Psychiatry / L. Bellak. – New York: International Universities Press, 1944. – 173 p.
185. Bergler, E. Curable and Incurable Neurotics, New York: Liveright, 1961.
186. Berliner, B. (1958), The role of object relations in moral masochism. Psychoanal. Q., 27: 38-56.
187. Bogerts, B., Meertz, E. and Schonfeldt-Bausch, R. Basal ganglia and limbic system pathology in schizophrenia: a morphometric study of brain volume and shrinkage // Psychiatr. Res. – 1985. – №5. – P. 15-23.
188. Carpenter, W., Buchanan, R., Kirkpatrick, B., Tamminga M. Strong inference, theory testing, and the neuroanatomy of schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1993. – №14. – P. 43-57.
189. Cattell, R. (Ed.) Handbook of multivariate experimental psychology. – Chicago: Rand McNally, 1966. – 107 p.
190. Chaos and order in nature / Ed. by H. Haken. B. etc. – 1980. – 271 p.
191. Chodorow N. Feminism and psychoanalytic theory. – New Haven, CT: Yale University Press, 1987. – 115 p.
192. Christodoulou G. Role of depersonalization-derealization phenomena the delusional misidentification syndromes // Karger, Basel. – 1986. – № 164. – P. 44-61.

193. Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestalt analysedes Wahns. – 1958. – № 17. – P. 7-14.

194. Crow, T. Strategies for biological research: psychosis as an anomaly of the cerebral dominance gene. In Search for the Causes of Schizophrenia / T. Crow. – New York: International Universities Press, 1996. – 100 p.

195. DeLisi, L., Lieberman, J. American College of Neuropsychopharmacology Satellite Meeting. Longitudinal perspectives on the pathophysiology of schizophrenia examining the neurodevelopmental versus neurodegenerative hypotheses // Schizophr. Res. – 1991. – № 22. – P. 54-68.

196. Deutsch, H. Psychology of Women. – I: New York: Straton, 1944.

197. Dynamic of synergetic systems/ Ed. by H. Haken. B. etc., 1980. – 271 p.

198. Foulkes, S. Oedipus conflict and regression / S. Foulkes. – London: Karc. Books, 1977. – 86 p.

199. Eidelberg, L. Humiliation and masochism // Amer. Psychoanal. Assn., 1959 – 7: 274-283.

200. Eysenck, H. The structure of human personality / H. Eysenk. – London: Basic Books, 1960. – 97 p.

201. Fenichel, O. The psychoanalytic Theory of Neurosis / O. Fenichel. – New York: International Univ. Press., 1945. – 214 p.

202. Frank, L. Projective methods for the study of personality. – New York: Basic Books, 1939. – 174 p.

203. Frosch, J. The psychotic Process / J. Frosch. Intern. – New York: Universities Press, New York, 1983. – 180 p.

204. Gesammelte Werke. Szondiana. Etat des savan sur le Szondi. Bulletin de Psychologie. – Psychol., Bull. – 1939. – № 3. – P. 15-45.

205. Goldstein, J. Gender differences in the course of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 1988. – №2. – P. 24-53.

206. Grinberg, L. Projective counteridentification and countertransference / L. Grinberg. – New York: Jason Aronson, 1979. – 145 p.

207. Guntrip, H. The Manic-Depressive Problem in the Light of the Schizoid Process // Intern. J. of Psychoan. –1980. – № 8. – P. 18-33.
208. Gill M. The point of view of psychoanalysis Psychoanalysis and Contemporary Thought / M. Gill. – New York: Basic Books, 1982. – 124 p.
209. Hafner, H. Iraos: an instrument for the assessment of onset course of schizophrenia // Schizophr. Res. –1992. – № 9. – P. 29-42.
210. Hartman, H. Ego psychology and the problem of adaptation / H. Hartman. – N. Y.: Norton, 1951. – 130 p.
211. Holmes, D. Dimensions of projection / D. Holmes. – New York: Brunner, 1968. – 146 p.
212. Kernberg, O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. – New York: Aronson., 1975
213. Lewine R., Gulley L., Risch S., Jewart, R. and Houpt J. Sexual dimorphism, brain morphology and schizophrenia // Schizophr. Bull. – № 1. – P. 22-38.
214. Loewald, H. On the therapeutic action of psychoanalysis. Internat. // Psycho-Anal., 41: 16-33, 1960.
215. Loewenstein, R.M. A contribution to the psychoanalytic theory on masochism // J. Amer. Psychoanal. – Assn., 5: 197-234, 1957.
216. May, R. The emergence of existential psychology / R. May. – New York: Random House, 1968. – 123 p.
217. Meyers, H.A. Consideration of Treatment Techniques in Relation to the Functions of Masochism // Masochism: Current psychoanalytic Perspectives. (Ed. by R.A. Glick and D.I. Meyers). – The Analytic Press, 1988.
218. Maleson, F. The multiple meanings of masochism in psychoanalytic discourse. J. Amer. Psychoanal. Assn., 32: 325-357, 1984.
219. Meyers, H. (1986), Analytic work by and with women: the complexity and the challenge. In: Between Analyst and Patient: New Dimensions in Countertransference and Transference, ed. H. Meyers. – Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1986.
220. Mesulam, M. On the possible role of neocortex and its limbic connections in the process of attention and schizophrenia // Psychiatr. Res., 1983. – № 8. – P. 5-19.

221. Pattern formation by dynamic systems and pattern recognition / Ed. by H. Haken. B. etc. – 1979. – 305 p.

222. Pearlson, G. Symptomatic familial, perinatal and social correlates of CT changes in schizophrenics and bipolars // Arch. Gen. Psych. – 1989. – № 7. – 5-12 p.

223. Racamier, P. Die Schizophrenien. Eine psychoanalytische Interpretation / P. Racamier. – Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1982. – 124 s.

224. Rado, S. Development of conscience. In: Adaptational Psychodynamics. – New York: Science House, 1969. – P. 128-137.

225. Reich, W. Character Analysis / W. Reich. – New York: Orgone Institute Press, 1953.

226. Reik, T. Masochism and Modern Man / T. Reik. – New York: Fauer and Strauss, 1941.

227. Smirnoff, V.M. The masochistic contract. Internal. J. Psycho-Anal., 1969, 50: 665-672.

228. Stolorow, R.D. The narcissistic function of masochism (and sadism). Internal. – Psycho-Anal. – 1975, 56: 441-448.

229. Sullivan, H. Schizophrenia as a human process / H. Sullivan. – New York: Norton, 1962. – 69 p.

230. Szondi, L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik / Szondi. – Bern: Verlag Hans Huber, 1972. – 354 s.

231. Synergetics. A Workshop / Ed. by И. Hakell. 3rd ел. B. etc. – 1977. – 277 p.

232. Synergetics far from equilibrium/Ed. by A. Pacault, C. Vidal. B. etc. – 1978. – 120 p.

233. Structural stability in physics/ Ed. by W. Guttinger, H. Eikenmeier. B. etc. – 1978. – 311 p.

234. Tessier, G. Les Szondiana. Etat des savan sur le Szondi. Bulletin de Psychologie // Psychol. Bull. – 1963. – № 17.2-7 n.225, P. 378-387.

235. White R. The Interpretation of Dreams: Oneiroscritica by Artemidorus / R. White, N. Ridge. New York: Noyes Press, 1975. – 158 p.

Научное издание

**Волов Всеволод Вячеславович**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ  
САМООРГАНИЗАЦИИ  
ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

*Монография*

Печатается в авторской редакции  
Компьютерная верстка, макет В.И. Никонов  
Художник С.Ю. Рутинов

Подписано в печать 25.01.08

Гарнитура Times New Roman. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл.-печ. л. 9,5. Уч.-изд. л. 7,14. Тираж 200 экз. Заказ № 756

Издательство «Универс групп», 443011, Самара, ул. Академика Павлова, 1

Отпечатано ООО «Универс групп»