



В. Ф. Простомолотов

УДК: 616.895.8-085

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

В. Ф. Простомолотов

Институт информационных и социальных технологий
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова

Аннотация.

В статье с клинико-нозологических позиций обсуждаются все «за» и «против» целесообразности включения в классификацию расстройств личности диссоциального расстройства как достоверно клинически однородного. Аргументировано обосновывается разнородность диссоциального расстройства, в которое искусственно включены описания аномальных личностей разных типов, а в случае недостаточности дифференциальной диагностики – и психически больных с невыраженными формами эндогенных и экзогенных заболеваний. Но к тому же следует заметить (и мы не открываем этим Америку), что преступления совершают и т. н. нормальные, или акцентуированные, личности. Автор полагает, что здравый смысл и научный подход должны восторжествовать. Ведь от того, например, что часть больных шизофренией (заметим, при разных ее формах и типах течения) ведет асоциальный образ жизни или склонна совершать противоправные действия, не выделена диссоциальная форма шизофрении? Тот же вопрос можно поставить и в отношении больных эпилепсией, органическими поражениями головного мозга и др.

Ключевые слова: диссоциальное расстройство, акцентуированные личности, психопатии, социопатии.

Поднимаемый в статье вопрос не нов, но требует разрешения, т. к. в отечественной нозологической традиции диссоциальный тип расстройства личности/психопатии не выделялся. Считалось, и не без основания, что преступниками могут быть представители разных типов личностей – как патологических (затем и акцентуированных), так и стандартного типа. Но во времена возникновения пограничной психиатрии в умах многих корифеев зародилась идея о том, что существует особая группа аномальных личностей, социопатов, основным клиническим проявлением заболевания которых выступает асоциальное поведение. Так, например Э. Крепелин, характеризуя психопатов этого круга как врагов общества, в 1915 г. писал: «Радость и горе окружающих трогают их так же мало, как свидетельства любви и дружбы, как угрозы и увещания, как знаки презрения. Они невозмутимы и глухи, ничему не сочувствуют, ни к чему не испытывают привязанности, лишены чувства чести и стыда, равнодушны к хуле и похвале» [1]. Более того, эту группу личностей, которую сейчас вполне достоверно можно считать разнородной, вплоть до МКБ-9 [2] определяли как психопатию, расстройство личности типа эмоционально тупых. Заметим, что от этой во всех смыслах неудачной дефиниции уже отказались.

Очевидно, отдавая дань мнению западных коллег, П. Б. Ганнушкин в составленной

им в 1930 г. классификации вариантов психопатий выделил группу антисоциальных психопатов [3]. Но в 1999 г. А. Б. Смулевич [1] уже в полном соответствии с разделяемой им отечественной традицией пишет: «Объединение лиц с признаками постоянной и общей социальной дезадаптации в рамках группы диссоциальных расстройств – дань социологическому подходу к психопатиям», разделяемому, заметим, западными авторами (В. Рош и Н. Конрад, 1966).

Однако, возвращаясь к мнению П. Б. Ганнушкина об антисоциальных личностях, необходимо привести его полностью, ибо в основе такой точки зрения лежит глубокий клиницизм: «По отношению к группе антисоциальных психопатов больше, чем по отношению к какой-либо другой из числа выделяемых нами групп, нужно сказать, что, быть может, здесь дело идет не об отдельной, сколько-нибудь самостоятельной группе явлений, а лишь о факте "развития" одной из основных конституциональных форм <...> Вообще, надо сказать, что описываемая психопатия включает очень широкую группу лиц во многом различного склада. Кроме основного типа, отличающегося чертами, близкими к эпилептоидам (люди грубые, жестокие и злобные), среди них встречаются и "холодные" бездушные резонеры, родственные шизоидам субъекты <...> Некоторые из антисоциальных психопатов удерживаются

в рамках общежития; <...> таковы многие высоко стоящие политиканы, не брезгающие для своих узкоэгоистических целей никакими средствами; таковы бездушные матери, не питающие никаких привязанностей к своим детям, преследующие их строгостью и жестокостью и без сожаления бросающие их на попечение нянек» [3].

Согласно МКБ-10 [4], для диагностики диссоциального расстройства личности (ДРЛ), кроме выполнения общих критериев расстройства личности (РЛ) (F60), должны присутствовать по меньшей мере три признака из числа нижеследующих:

- 1) бессердечное равнодушие к чувствам других людей;
- 2) выраженные и постоянные безответственность и пренебрежение к социальным нормам, правилам и обязанностям;
- 3) неспособность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их;
- 4) очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивного поведения, включая насилие;
- 5) неспособность к переживанию вины и извлечению пользы из неблагоприятного опыта, особенно не идет впрок наказание;
- 6) выраженная склонность обвинять других или предлагать объяснение своему поведению, что приводит индивидуума к конфликту с обществом.

В примечаниях отмечено, что завершают клиническую картину постоянная раздражительность и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте, хотя сами по себе эти симптомы не требуются для установления диагноза ДРЛ.

Как можно заметить, второй, четвертый и пятый признаки явно указывают на личностей эмоционально-неустойчивого типа (возбудимой, эпилептоидной психопатии прежних систематик), а первый и шестой – существенно дополняют ее клиническую картину. Что касается третьего признака, то, согласно многочисленным наблюдениям психиатров, юристов, известно, что среди своего круга асоциальных личностей вообще – а не только из числа возбудимых/эпилептоидных психопатов – они достаточно общительны и способны к весьма длительным контактам. К такому же выводу приводит и анализ художественной литературы. Исключения составляют разве

что истерические и шизоидные личности. В последнем случае обычно и возникает необходимость в дифференциальной диагностике от вялотекущего эндогенного процесса с дефектом в форме гебоидного поведения.

Возвращаясь к приведенной ранее цитате П. Б. Ганнушкина, отметим, что после этого яркого, четкого и выпуклого описания антисоциальных личностей немного есть, что добавить. Но необходимо систематизировать приведенные им, а также и указанные далее в статье типы. Они включают:

- 1) асоциальных эпилептоидов, для которых характерны злобность, взрывчатость, злопамятность; они часто преступают закон (хулиганство, разбой, изнасилование, убийства, др.);
- 2) экспансивных шизоидов типа холодных и бездушных эгоистов (главари трудноуловимых преступных банд и преступных режимов, например, в фашистской Германии – описаны нами в наст. журн. в 2014 – Т.1, № 1) и др.; бездушных матерей, бросающих своих детей на попечение нянек;
- 3) аферистов разных мастей и разных социальных уровней из числа истерических, гипертимных личностей и эпилептоидов;
- 4) параноиков-фанатиков из главарей преступных сект или политиканов, не брезгающих никакими средствами.

Выделение МКБ-10 диссоциального расстройства личности, очевидно, обусловлено такими факторами. Во-первых, клинической реальностью – существованием внутри регистра расстройств личности т. н. социопатов, одним из основных клинических проявлений характера и поведения которых является антисоциальный стиль жизни, т. к. перманентно эти субъекты являются врагами общества. Во-вторых, социально-практической потребностью общества в защите от них правовыми, медико-психологическими и социальными нормативами.

Диссоциальных личностей, вне зависимости от их принадлежности к разным типам конституциональных аномалий, объединяет холодное равнодушие к чувствам и судьбам людей, а также пренебрежение существующими нравственными и юридическими нормами. Они безответственны и бесцеремонны. Своей вины не чувствуют и не признают, всегда возлагая ответственность на других. В этом отношении такие люди обнаруживают

явный дефект критики и совести, а также антиципационную несостоятельность – отсутствие способности делать разумные выводы из собственного опыта (можно сказать, не прекращающихся конфликтов) и скорректировать в дальнейшем свое поведение.

Все же считаем нужным заметить, что полное отсутствие критики к своему поведению, к своим поступкам, пренебрежение социальными нормами и абсолютная неспособность к адаптации в социуме среди подобных аномальных личностей встречаются редко. Как правило, в этих редких случаях речь идет уже о психическом дефекте эндогенного и органического генеза. Обычно после двух-трех рецидивов антисоциальных деяний (хулиганские действия, насилие, грабеж, др. преступления против личности), завершившихся отбыванием соответствующих сроков лагерного или тюремного заключения, большинство этих антисоциальных психопатов вырабатывают тот или иной стиль адаптивного поведения. Нет, в большинстве случаев они так и не признают собственной вины из-за содеянного в прошлом и сохраняют злобу к потерпевшему, якобы спровоцировавшему их на насилие. Но они надежно (по закону табу!) избегают тех мест и ситуаций, в которых это могло бы повториться, а некоторые, пройдя тюремные университеты, резко меняют образ жизни.

К. Леонгард [5], описывает такой экстраординарный случай, касающийся популярного писателя: «До начала писательской деятельности Карл Мей более семи лет отсидел в тюрьме, отбывая наказание за кражи, грабежи со взломом и различные жульнические махинации. В 38 лет он в последний раз был в тюремном заключении. <...> Мей, став уже писателем, продолжал свои авантюристические выходы, правда, в них уже не было уголовного элемента. Например, к своему литературному псевдониму он присоединил громко звучащие имена с дворянскими титулами. Эти псевдонимы он увенчал званием доктора наук, которое впоследствии даже, так сказать, материализовал, приобретя за деньги диплом доктора в одном американском университете». Далее следуют преинтереснейшие, заслуживающие внимательного прочтения, подробности из жизни патологического лгуна, мифомана, нашедшего для себя щель социальной адаптации у самой границы уголовно наказуемых деяний.

Приведем еще один типичный в этом отношении клинический случай. В начале 70-х

годов прошлого века, когда я работал психоневрологом поликлиники МВД, ко мне как члену военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) был направлен участковый уполномоченный Н. В прилагаемой служебной характеристике указывалось, что от граждан участка, района частной застройки, на Н. поступили многочисленные жалобы. Речь шла о рукоприкладстве, пьянстве, вымогательстве и даже о насилии одиноких женщин. Согласно существующему положению я перенаправил Н. в экспертное стационарное отделение психиатрической больницы (ПБ), откуда он через три недели был выписан с диагнозом «Психопатия возбудимого/эпилептоидного круга, осложненная алкоголизмом I–II ст.». Были даны соответствующие рекомендации. Поскольку диагноз экспертного отделения ПБ не вызывал сомнений, я, согласно положению, оперативно оформил все полагающиеся документы для ВВЭ, и ее решением Н. был признан негодным к прохождению службы в органах МВД.

Гораздо позже, когда появился опыт ведения подобных случаев, я узнал, что сразу же после получения жалоб нужно было оформить документы для судебного разбирательства в отношении Н., чтобы он понес соответствующее его деяниям уголовное наказание. Но тогда это сделано не было, а руководство МВД, видимо, сохраняя честь мундира, избрало другой путь избавления от нежелательного сотрудника. Игнорируя состав преступных действий участкового уполномоченного (что, учитывая его высшее юридическое образование, было не так просто доказать), Н. направили на ВВЭ, и таким образом, фактически именно на психиатра возложили всю ответственность за судьбу офицера. Но тогда я ничего этого не знал и тем более не мог предположить, что спустя годы у меня произойдет пренеприятнейшая встреча с этим человеком.

Прошло 10 лет. Я уже работал психотерапевтом одной из центральных городских поликлиник, много времени уделял индивидуальной и групповой терапии невротических пациентов и поэтому часто задерживался допоздна. И вот как-то в конце рабочего дня, около восьми вечера, когда поликлиника уже опустела, дверь кабинета вдруг резко распахнулась, и ее проем занял крупный мужчина (за несколько секунд нашего диалога он так и не изменил своего положения!). В коридоре уже был выключен основной свет, но все же было хорошо видно посети-

теля – крупного мужчину высокого роста лет сорока, давно небритого и неряшливо одетого. Его отекавшее и обрюзгшее лицо было напряжено и дышало агрессией. В первые мгновения я не мог понять, что привело его к нам. Но долго раздумывать над этим не пришлось, он почти сразу устроил мне беглый грубо демонстративный допрос:

– Валерий Федорович?

– Да.

– Простомолотов?

– Да.

Услышав утвердительный ответ, посетитель зловеще предупредил:

– Так запомните, что вы мой главный враг на всю жизнь!

И тогда я узнал в этом сильно изменившемся человеке участкового уполномоченного Н. К счастью, в это время подошли дежурные охранники, а из кабинета напротив вышли врач с медсестрой. Ситуация разрешилась естественным образом. Мой мстительный визитер, не мешкая, повернулся и молча удалился. Когда через несколько минут я вышел из поликлиники, его уже не было. Больше он о себе не напоминал.

Два описанных случая указывают на многообразии вариантов динамики обсуждаемого расстройства личности. Но в научной литературе психиатрического профиля ДРЛ, к сожалению, уделено мало внимания, подобных примеров больше в художественной литературе. Поэтому полагаю целесообразным, пусть и в сжатой форме, рассказать о группе страдающих этим заболеванием лиц, которых довелось лично наблюдать более трех десятков лет.

Все они некогда общались в одной компании. В подростковом и юношеском возрасте успешно занимались боксом, но поскольку с детства пристрастились к курению, а некоторые и к алкоголю, спортивные успехи к 17–18 годам сошли на нет, да и у них самих пропал интерес к спорту. В начавшейся взрослой жизни все вели себя антисоциально и вступили в конфликт с законом. Тем не менее, каждый прожил жизнь по собственному сценарию, определенному разным течением и развитием болезни, которая характеризовалась индивидуальными клиническими проявлениями.

В. Ш. отбывал заключение за мошенничество, В. В. – дважды за хулиганство, Ю. Л. – дважды за хулиганство и один раз за воровство; а вот З. Ш., младший брат В. Ш., – единственный из них, кто не был осужден ни разу.

По сравнению с остальными З. Ш. обладал лучшими внешними данными, но заметно меньшими интеллектуальными способностями. Он был чем-то похож на сытого и ленивого кота, фактически всю жизнь не работал, жил за счет женщин на положении альфонса. Последний раз – 10 лет в роли мужа заведующей крупным магазином. Несмотря на то, что был на 15 лет моложе жены, умер в 45 лет. Все остальные ушли из жизни в более молодом возрасте.

В. В. еще в школе выделялся среди приятелей самой большой агрессивностью. В конце 8-го класса, затаив злобу на школьного завхоза за то, что тот пожаловался на него директору, как-то подкараулил его на улице и жестоко избил. Несмотря на взрывной и легко возбудимый характер, мог сдерживать себя, когда того требовала ситуация. Однажды на уроке географии, который проводил бывший фронтовик (дело происходило в 1955 году), потерявший на войне руку и ногу и перенесший тяжелую контузию, В. В. вел себя так возмутительно провокационно, так вызывая нагло, что учитель не сдержался и ударил его наотмашь указкой по лицу. Наиболее сильные ребята из класса уже бросились было на защиту учителя, инвалида войны, но В. В., изрядно вскипев, нашел в себе силы сдержаться.

Способности позволяли ему быть вполне успешным в учебе, но В. В. был склонен к прогулам, отчего и оценки становились все ниже. Будучи человеком конфликтным, он часто вступал в драки, в которых обычно побеждал, но шел на мировую и даже униженно уступал, когда сталкивался с уличными авторитетами.

С 30 лет, дважды к этому времени побывав в заключении, В. В. «шоферил», как говорил при встрече одноклассникам. Оставался неженатым, но захаживал к одной буфетчице, которая была старше его на 20 лет. Когда В. В. было около 35-ти, ему предложили за солидное вознаграждение избить 45-летнего преподавателя вуза. Несмотря на то, что он мог без каких-либо нравственных колебаний ударить любого человека по лицу, особенно уступающего в силе, в тот раз он, помявшись, отказался и так и не уступил уговорам. После работы и в выходные дни его с собутыльниками обычно можно было встретить в излюбленном месте в квартале от его дома. Они часами обсуждали новости, курили, выпивали...

В. В. погиб в 40 лет, сорвавшись с балкона строящегося дома во время очередной драки с Ю. Л. – в юности его противника на ринге, а в последующем постоянного собутыльника. Тот пережил В. В. всего на полгода, захлебнувшись в состоянии тяжелого опьянения рвотными массами.

В. Ш., с детства склонный к аферам и авантюрам и стремившийся нажить капитал противозаконными способами, после заключения стал намного осторожнее, занимался мелкими спекуляциями и мошенничеством. Он спился и умер от туберкулеза, как многие члены его семьи. Из описанной группы асоциальных личностей только он был привлечен к принудительному лечению от хронического алкоголизма, оказавшемуся неэффективным; остальные наркологов благополучно миновали.

Эта небольшая группа диссоциальных личностей, взятая, что называется, из самой жизни, безусловно, не исчерпывает всей гаммы описываемых расстройств, но, думается, позволяет представить ее разнородность.

Распространенность ДРЛ оценивается по различным исследованиям, проведенным в США и скандинавских странах, от 0,5 до 9,4 % населения [6].

Обсуждая вопрос о том, только ли патологические личности проявляют асоциальное поведение, нельзя не обратиться к работам К. Леонгарда, внедрившего в пограничную психиатрию и медицинскую психологию представление об акцентуированных личностях. Во введении к своему основному труду «Акцентуированные личности» [5] он указывал на сложность описания патологических и акцентуированных характеров, если основываться на одних только теоретических рассуждениях. В связи с этим К. Леонгард писал: «Поэтому особую свою задачу я усматриваю в том, чтобы дать как можно больше примеров из жизни, т. е. заняться описанием таких людей, которые в силу особой структуры личности, постоянно вступают в конфликт со своим окружением. Только то, что может быть выведено из непосредственных наблюдений над живыми людьми и их поступками, следует считать психологически достоверным. И в первую очередь здесь имеется в виду психология личностей, называемых мной акцентуированными» [5].

Как видим, К. Леонгард, обращая внимание читателей на акцентуированные личности, подчеркивает, что «в силу особой

структуры личности (они) постоянно вступают в конфликт со своим окружением». Но здесь возникает противоречие с уже существующими со времен П. Б. Ганнушкина правилами разграничения психопатов и т. н. нормальных людей – это постоянный конфликт с окружением, что характеризует патологию. Чтобы сгладить это противоречие, К. Леонгард пишет, указывая на социальную или антисоциальную направленность поведения человека: «В целом при отрицательной картине врачи склонны усматривать психопатию, при положительной – скорее акцентуацию характера. Подобный подход в достаточной степени оправдан, поскольку легкая степень отклонений связана чаще с положительными проявлениями, а высокая – с отрицательными. Обозначение "патологические личности" следовало бы применять лишь в отношении людей, которые отклоняются от стандарта и тогда, когда внешние обстоятельства, препятствующие нормальному течению жизни, исключаются». Но тут же, отдавая дань сложности (а часто и неоднозначности каждого клинического случая), он уточняет: «Однако необходимо учитывать различные пограничные случаи» [5].

Множественно перечитывая клинические описания в «Акцентуированных личностях» К. Леонгарда, убеждаешься, что во многих случаях (даже допуская всевозможные компромиссы, основанные на различиях школ и подходов) описанные пациенты диагностированы как патологические личности, а не акцентуированные. Очевидно, квалификация П. Б. Ганнушкина подобных субкомпенсированных (или временно компенсированных) личностей как латентных психопатов, на наш взгляд, оказалась в итоге более точной.

Имея в виду эти сложные клинические случаи, ранее мы уже обращали внимание [7] на то, что при оценке личности как патологической или акцентуированной необходимо вникать во все частные сферы ее жизнедеятельности, иначе неминуемы ошибки в ее общей оценке. «(Да) Принципиальным показателем, характеризующим расстройство личности, является нарушение социальной адаптации. (Но) Если к этому показателю подходить чисто формально – без должного всестороннего и глубокого анализа психологического, морального, нравственного поведения/деятельности индивидуума – и оценивать его состояние компенсации–декомпенсации

с позиции рассмотрения только роста его служебного/политического/государственного статуса как фактора, доказывающего отсутствие декомпенсации и таким образом указывающего на несомненную компенсацию, то это будет явно бытовой, а не научно психиатрической оценкой личности как гармоничной или дисгармоничной. Известно из описаний жизни многих диктаторов, находящихся у власти годы и даже десятилетия, как они, находясь в состоянии хронической гипертимии/гипомании, самозабвенно трудились по 20 часов в сутки или же перманентно испытывали высокий уровень тревоги и страха, находились во власти сверхценных идей, паранойяльной подозрительности, мести и злобы. У всех у них были разлажены семейные и межличностные отношения, а решения, которые они принимали, затем оказывались ошибочными, а не гениальными» [7].

В заключение выражаем твердое убеждение в том, что, как и при эндогенных и экзо-

генных психических заболеваниях, в случаях антисоциального поведения пациентов ни в прошлом, ни в настоящем психиатрии не наблюдалось тенденций при их классификации выделять отдельно и специально диссоциальную форму того или иного заболевания. Игнорирование конституционального фактора, как и фактора развития, а также искусственное выделение внутри создаваемой многими десятилетиями системы расстройств личности (психопатий) анклава социопатии способны внести путаницу в диагностику, а значит – отрицательно скажутся и на терапии, реабилитации и профилактике. В том случае, если социальная практика указывает на заметный рост социопатий различного генеза, можно согласиться с выделением отдельного регистра социопатий (но вне рамок расстройств личности) и направить этих пациентов на попечение правоохранительных органов, в структуре которых должна иметься психолого-психиатрическая служба.

Литература

1. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии) / А. Б. Смулевич // Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 558–606.
2. Психические расстройства (раздел V «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», адаптированный для использования в СССР). – М., 1982. – 82 с.
3. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – М. : Медицина, 1964. – 292 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. – Женева, 1996. – 208 с.

5. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. – К. : Выща школа, 1981. – 392 с.
6. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства) / Б. В. Шостакович // Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с. – С. 189–215.
7. Простомолотов В. Ф. Шизоидное расстройство личности по МКБ-10 и шизоидная психопатия Кречмера: сравнительное клиническое сопоставление и особенности биологической и психической психотерапии / В. Ф. Простомолотов // Журн. «Психиатрия, неврология и медицинская психология». – 2014. – Т. 1, №1. – С. 25–33.

References

1. Smulevich A. B. Rasstroystva lichnosti (psikhopatii) [Personality disorders (psychopathy)]. Rukovodstvo po psikhiiatrii [v 2-kh t.] [pod red. A. S. Tiganova] [Psychiatry Manual [2 Vols.] [ed. A. S. Tiganov]], vol. 1, pp. 558-606. (In Russ.)
2. Psikhicheskie rasstroystva (razdel V «Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezney, travm i prichin smerti 9-go peresmotra», adaptirovanny dlya ispol'zovaniya v SSSR) [Mental Disorders (section V «of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of death, 9th revision,» adapted for use in the USSR)]. Moscow, 1982, 82 p. (In Russ.)
3. Gannushkin P. B. Izbrannyye trudy [Selected works]. Moscow, Medicine Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
4. МКБ-10. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv: Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii [ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Research Diagnostic Criteria]. WHO, Geneva, 1996, 208 p. (In Russ.)

5. Leongard K. Aktsentuirovannyye lichnosti [Per. s nem.] [Accentuated personality [Translated from German]]. Kiev, Vishcha School Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)
6. Shostakovich B. V. Klinicheskie varianty rasstroystv lichnosti (psikhopaticheskie rasstroystva) [Clinical types of personality disorders (psychotic disorders)]. Aleksandrovskiy Yu. A. Pogranichnyye psikhicheskie rasstroystva [Boundary mental disorders]. Moscow, Medicine Publ., 2000, pp. 189-215, 496 p. (In Russ.)
7. Prostomolotov V. F. Shizoidnoe rasstroystvo lichnosti po МКБ-10 i shizoidnaya psikhopatiya Krechmera: sravnitel'noe klinicheskoe sopostavlenie i osobennosti biologicheskoy i psikhicheskoy psikhoterapii [Schizoid personality disorder ICD-10, and schizoid personality disorder Kretschmer: a comparative clinical comparison and especially biologicheskoy psikhicheskoy and psychotherapy]. Psikhiiatriya, nevrologiya i meditsinskaya psikhologiya [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology], vol. 1, no. 1, pp. 25-33. (In Russ.)

**ДИССОЦІАЛЬНИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ:
ПРОБЛЕМИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**

В. Ф. Простомолотов

Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

Анотація. У статті з клініко-нозологічних позицій обговорюються всі «за» і «проти» доцільності включення до класифікації розладів особистості диссоціального розладу як достовірно клінічно однорідного. Аргументовано обґрунтовується різноманітність диссоціального розладу особистості, в який штучно включені аномальні особистості різних типів, а в разі недостатності диференціальної діагностики – і психічно хворі з невираженими формами ендogenous та екзогенних захворювань. Але до того ж слід зауважити (і ми не відкриваємо цим Америку), що злочини скоюють і так звані нормальні, або акцентуовані, особистості. Автор вважає, що здоровий глузд і науковий підхід повинні взяти гору. Адже від того, наприклад, що частина хворих на шизофренію (зауважимо, при різних її формах і типах перебігу) веде асоціальний спосіб життя або схильна чинити протиправні дії, не виділена диссоціальна форма шизофренії? Те ж питання можна поставити і відносно хворих на епілепсію, органічні ураження головного мозку та ін.

Ключові слова: диссоціальний розлад, акцентуовані особистості, психопатія, соціопат.

**ANTI-SOCIAL PERSONALITY DISORDERS:
PROBLEMS OF THEORY AND PRACTICE**

V. F. Prostomolotov

Educational-scientific Institute of Information and Social Technologies of I. I. Mechnikov Odesa National University

Summary. The article from the clinical and nosological perspective concerns the «pros and cons» of whether to include dissocial disorder into the classification of personality disorders as the one which is reliably clinically homogeneous. The diversity of dissocial disorder is reasonably justified, with abnormal personality types included in this diversity, and in case of failure of the differential diagnosis and the mentally ill with unexpressed forms of endogenous and exogenous diseases are also included. But in addition, it should be noted that the crimes committed by the so-called normal or accentuated personalities too. The author believes that the common sense and scientific approach should prevail. Despite, for example, the proportion of patients with schizophrenia (we note with its different forms and types of flows) is leading antisocial lifestyle or inclined to commit unlawful acts, isn't dissocial form of schizophrenia sorted out? The same question can be put in relation to patients with epilepsy, organic brain damage, and others.

Key words: dissocial disorder, accentuated personality, psychopathy, sociopathy.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, г. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Простомолотов Валерій Федорович – д.мед.н., професор кафедри клінічної психології, Інститут інформаційних та соціальних технологій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова, м. Одеса, Україна; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.

Valerii Prostomolotov – MD, PhD, Professor of the Department of Clinical Psychology, Institute of Information and Social Technologies of I. I. Mechnikov Odesa National University, Odesa, Ukraine; e-mail: stomolot@onu.edu.ua.