
Содержание

Об авторе	17
Предисловие	19
Благодарность	20
Глава 1. Введение	21
Личность и структура личности	21
Глубинное и поверхностное содержание	22
Расстройство личности и его структура	24
Альтернативная модель <i>DSM-5</i> для расстройств личности	29
Элементы функционирования личности	29
Пример основы личности: Маркус	30
Шкала общей оценки функционирования личности	31
Измерение уровня функционирования	31
Патологические личностные черты	33
Применение альтернативной модели	35
Случай Сэнди	36
Запутанность и сложность расстройств личности	39
Пересечение критериев и сложности при постановке диагноза	40
Случай Небулуса	41
Взаимосвязанная структура расстройств личности	43
Система когнитивно-аффективной обработки	44
Модель СКАО и личность	45
Паттерны “если, то” в случае Риты	48
Модель СКАО и расстройства личности	49
Модель СКАО и лечение	54
Концепции, рассмотренные в книге	58

Глава 2. Антисоциальное расстройство личности	61
История развития АСРЛ	62
Представление АСРЛ в <i>DSM</i>	67
АСРЛ и альтернативная модель	72
Случай Терезы	75
АСРЛ и модель СКАО	77
Подкрепление патологии	82
Случай Джереми	84
Биопсихосоциальная модель и АСРЛ	86
Поведение в Интернете и выражение личностных черт при АСРЛ	89
Темная тетрада и альтернативная модель <i>DSM-5</i>	94
Успех лечения и эффективные подходы	96
Глава 3. Нарциссическое расстройство личности	103
История развития нарциссизма и НРЛ	105
Предполагаемые истоки	106
Распространенность НРЛ	109
Привязанность и НРЛ	110
Подтипы НРЛ	111
<i>DSM</i> и НРЛ	114
НРЛ и альтернативная модель	116
Случай Пола	118
НРЛ и модель СКАО	121
Подкрепление патологии	127
Случай Дианы	129
Биопсихосоциальная модель и НРЛ	131
Поведение в Интернете и выражение личностных черт при НРЛ	134
Темная тетрада, НРЛ и альтернативная модель <i>DSM-5</i>	136
Успех лечения и эффективные подходы	137

Глава 4. Пограничное расстройство личности	145
История развития ПРЛ	147
Предполагаемые истоки	150
Распространенность ПРЛ	157
Привязанность и ПРЛ	158
Подтипы ПРЛ	160
<i>DSM</i> и ПРЛ	167
ПРЛ и альтернативная модель	171
Случай Вики	174
ПРЛ и модель СКАО	177
Подкрепление патологии	184
Случай Билли	187
Биопсихосоциальная модель и ПРЛ	190
Поведение в Интернете и выражение личностных черт при ПРЛ	194
Успех лечения и эффективные подходы	197
Список литературы	203

Таблицы

Таблица 1.1. Пятифакторная модель личности	24
Таблица 1.2. Шкала общей оценки функционирования личности (ШООФ) и соответствующие степени нарушений	32
Таблица 1.3. Факторы личностных черт при расстройствах личности и их полярные противоположности	34
Таблица 1.4. Факторы личностных черт и связанные с ними грани	34
Таблица 1.5. Глубинное и поверхностное содержание НРЛ	37
Таблица 1.6. Элементы личностного функционирования и КАЕ личности	52
Таблица 2.1. Категории психопатической неполноценности Коха	65
Таблица 2.2. Подклассификации социопатического расстройства личности, <i>DSM-I</i> [APA, 1952]	68
Таблица 2.3. Патологическое глубинное содержание при АСРЛ (критерий А)	72
Таблица 2.4. Поверхностное содержание при АСРЛ (патологические черты личности, критерий В)	73
Таблица 2.5. АСРЛ и КАЕ личности	80
Таблица 2.6. Темная тетрада и патологические личностные черты АСРЛ по <i>DSM-5</i>	95
Таблица 2.7. Основные и второстепенные факторы риска/потребности	99
Таблица 3.1. Четыре подтипа НРЛ Теодора Миллона	112
Таблица 3.2. Патологическое глубинное содержание при НРЛ	117
Таблица 3.3. Поверхностное содержание НРЛ (патологические личностные черты)	118
Таблица 3.4. НРЛ и КАЕ	124
Таблица 3.5. Темная тетрада и патологические черты НРЛ по <i>DSM-5</i>	137

Таблица 3.6. Уровни тяжести нарциссизма по Кернбергу	141
Таблица 4.1. Пограничные признаки по Дж. Гундерсону и М. Сингер	149
Таблица 4.2. Инвалидирующие типы семей по Линехан	153
Таблица 4.3. Подтипы ПРЛ	166
Таблица 4.4. Патологичное глубинное содержание ПРЛ	172
Таблица 4.5. Поверхностное содержание ПРЛ (патологические личностные черты)	173
Таблица 4.6. ПРЛ и КАЕ	180
Таблица 4.7. Семь общих принципов лечения ПРЛ	199

Рисунки

Рис. 1.1. Модель СКАО с КАЕ	46
Рис. 1.2. СКАО и альтернативная модель по <i>DSM-5</i>	50
Рис. 1.3. Модель лечения СКАО-5	55
Рис. 2.1. Интеграция АСРЛ и модели СКАО	77
Рис. 2.2. Паттерн “ <i>если, то</i> ” при АСРЛ	82
Рис. 3.1. Развитие патологической грандиозности согласно Кернбергу	106
Рис. 3.2. Объединение НРЛ и модели СКАО	122
Рис. 3.3. Паттерн “ <i>если, то</i> ” при НРЛ	127
Рис. 4.1. Личностные черты пограничного типа по Штерну	147
Рис. 4.2. Объединение ПРЛ и модели СКАО	178
Рис. 4.3. Паттерн “ <i>если, то</i> ” при ПРЛ	185

Глава 2

Антисоциальное расстройство личности

Термин антисоциального расстройства личности (АСРЛ) используют для описания людей, которые совершают поступки, иллюстрирующие бесчеловечность. Этим термином описывают тех, кто занимается насилием, агрессией, манипулированием и обманом, выражая при этом черствость, несдержанность, притупленные эмоции, пренебрежение социальными правилами и нормами общества, а также безразличие к благополучию других. Люди, обладающие личностными чертами, присущими АСРЛ, наносят значительный ущерб обществу и межличностным отношениям, в том числе уничтожением имущества, физическим и эмоциональным насилием, а также надругательством над людьми. В связи с хаосом, который вызывают люди с АСРЛ, это расстройство стало предметом обширного изучения в попытках лучше понять и описать тех, кто выражает такие личностные черты.

На протяжении веков состояние, которое сейчас называется АСРЛ, называлось по-разному, в том числе: моральным расстройством [*Rush*, 1812], моральным безумием [*Prichard*, 1835], социопатией [*Lykken*, 1985] и психопатией [*Patrick*, 2006]. В то время как другие термины устарели, психопатия выдержала испытание временем и чаще всего исследуется в сочетании с АСРЛ или как более тяжелый вариант АСРЛ, существующий на конце более тяжелого спектра континуума АСРЛ [*Adshhead & Jacob*, 2012; *Coid & Ullrich*, 2010; *Hare & Neumann*, 2008; *Patrick*, 1997]. Основное различие между АСРЛ и психопатией заключается в том, что АСРЛ лучше всего понимать как диагноз, ориентированный на поведение и включенный в *DSM*, в то время как психопатия таковым не является. Она содержит такие личностные особенности, как черствость, эгоцентризм и низкий уровень тревожности [*Lilienfeld*, 1998]. В этой главе АСРЛ будет рассмотрен в контексте альтернативной модели *DSM-5*. Психопатия, концептуализированная как крайнее выражение АСРЛ, будет обсуждаться в рамках альтернативной модели

DSM-5 с уточнением “с психопатическими чертами”. Следует отметить, что больше исследований посвящено более экстремальной форме АСРЛ — психопатии, нежели АСРЛ. Поскольку эта книга призвана преодолеть разрыв между исследованиями и практикой, в следующем разделе будут рассмотрены и решены вопросы, связанные с более глобальным конструктом АСРЛ, который специально включен в альтернативную модель *DSM-5* [APA, 2013]. Тем не менее, не следует игнорировать психопатию, не рассмотрев весь спектр АСРЛ. Важно исследовать психопатию как более глобальный конструкт АСРЛ.

История развития АСРЛ

На протяжении веков клиницисты и исследователи пытались понять мотивы и выражения антисоциального поведения. В 1806 году Филипп Пинель предложил термин “безумие без бреда” для обозначения людей, которые неоднократно вели себя агрессивно по отношению к себе или другим, несмотря на отсутствие когнитивных нарушений. В 1835 году Бенджамин Раш, которого считают “отцом американской психиатрии”, описал людей с социально девиантным поведением как имеющих “моральное отчуждение ума” и страдающих от “морального расстройства”. Он отметил, что эти люди в возбужденном состоянии использовали нецензурную лексику, были названы “клептоманами”, злоупотребляли алкоголем и наркотиками и были склонны к импульсивным суицидальным моделям поведения. Эти примеры можно рассматривать как начало исследовательского и практического подхода к изучению аберрантного и аморального поведения, при помощи которого человек вредит себе, другим и обществу и которое впоследствии станет фактором, связанным с АСРЛ.

Хотя исследования и психиатрические испытания в отношении этих людей продолжались, до недавних пор не было четкого обозначения или термина для описания людей с таким антисоциальным поведением. В качестве примера можно привести Генри Модсли, британского психиатра, который в 1874 году рассмотрел случай похищения, убийства и расчленения 8-летней девочки в 1867 году 24-летним Фредриком Бейкером. Модсли отметил, что “импульсивный характер преступления, спокойная и решительная жестокость, нанесение увечий, невозмутимость сразу после этого и полное безразличие к своей судьбе — все

это указывает на внутренние расстройства личности” [*Maudsley*, 1874, p. 163]. Учитывая эти выводы, Бейкер был признан невменяемым или соответствующим квалификации моральной невменяемости [*Jones*, 2017]. Было описано и определено, все, с чем сталкивались исследователи, клиницисты и сотрудники правоохранительных органов, но все это еще вызывало сложности и путаницу. Модсли описал то, что мы сегодня понимаем как антисоциальную личность.

Несмотря на предубеждения об обратном, это расстройство психики, при котором без иллюзий, бреда или галлюцинаций, симптомы выражаются, в основном, в извращении тех психических способностей, которые обычно называют активными и моральными силами: чувства, привязанности, склонности, характер, привычки и поведение. Аффективная жизнь человека глубоко нарушена, и это нарушение выражается в том, что он чувствует, желает и делает. У него нет способности к истинному нравственному чувству; все его импульсы и желания, которым он беспрекословно подчиняется, эгоистичны; его поведение, похоже, управляется аморальными мотивами, которые он лелеет и которым подчиняется без какого-либо явного желания противостоять им. Наблюдается удивительная моральная бесчувственность. Интеллект зачастую бывает достаточно острым, но не возникает ощущения чего-то нездорового, под влиянием которого эти люди думают и действуют; более того, они часто выражают необычайную изобретательность в объяснении, оправдании или обосновании своего поведения, что-то преувеличивая, что-то игнорируя, и так расставляя приоритеты, чтобы представить себя жертвами недоразумения и преследования.

[*Maudsley*, 1874, pp. 171-172].

Чезаре Ломброзо, как и другие психиатры, пытался лучше понять антисоциальную патологию, выявляя ее первопричину. Ломброзо определил идентификатор моральной невменяемости и предпринял шаги для дальнейшего понимания и применения этого термина. Он сделал это, выделив два типа характеристик преступников: “прирожденные” (сродни тем, кто страдает моральной невменяемостью) и “криминалоиды”. Согласно типологии Ломброзо, природные преступники обладают более глубокой и укоренившейся криминальной генетической структурой личности (атавизм и эпилепсия), которая характеризуется малой емкостью черепа, выступающим лбом,

сильно развитыми лобными пазухами, большей частотой появления вормиевых костей (дополнительные мелкие кости, иногда встречающиеся между швами костей черепа), преждевременным закрытием черепных швов (волоконистых полос ткани, соединяющих кости черепа), простотой швов, толщиной костей черепа, сильным развитием гайморовых пазух (верхней неподвижной кости челюсти) и скуловой кости (*zygotomata*), прогнатизмом (скелетное основание, при котором одна из челюстей выступает за заранее определенную воображаемую линию в корональной плоскости черепа), косоугольностью глазниц (разделенные или неровные глазницы), большей пигментацией кожи, хохолком и жесткими волосами, большими ушами. Лица, которых он определил как криминалоидов, отличаются от прирожденных преступников тем, что не имеют биологических аномалий, легче, искреннее и чаще признают свою вину. Они ценят уважение общества, могут подтолкнуть других к совершению противоправных действий, избавляя криминалоида от ответственности и клейма преступника, и могут представлять себя как добропорядочного гражданина.

Термин “моральное помешательство” часто неправильно использовали и в конце концов он стал “корзиной для мусора” для состояний и болезней, которые не вписывались в четкие и классифицируемые категории [*Partridge, 1930*]. В конце концов, в 1891 году он был вытеснен термином “психопатическая неполноценность”, введенным Йозефом Антоном Кохом, новый термин описывал “все психические отклонения, врожденные или приобретенные, которые влияют на человека в его жизни и заставляют его, даже в самых благоприятных случаях, казаться человеком, который обладает ненормальными умственными способностями” [*Pastar, Petrov, Krizaj, Bagaric, & Jukic, 2010, p. 466*]. Кох разделил психопатическую неполноценность на три основные категории: наследственная, приобретенная и наследственно-приобретенная. Далее эти категории были разделены на предрасположенность, отягощенность и дегенерацию, чтобы отразить степени психопатической неполноценности [*Gutmann, 2006*]. Описание категорий психопатической неполноценности Коха дано в табл. 2.1. Теория Коха была шагом вперед, поскольку признавала наличие как наследственных, так и средовых (или приобретенных) аспектов в психическом функционировании, в том числе в аберрантном антисоциальном поведении.

Таблица 2.1. Категории психопатической неполноценности Коха

<p>Наследственная психопатическая предрасположенность Напряженность и высокая чувствительность. Самая легкая форма, которая со временем приходит в “норму”</p>	<p>Наследственная психопатическая отягощенность Своеобразное, эгоцентричное, навязчивое и крайне импульсивное поведение</p>	<p>Наследственная психопатическая дегенерация Выражается, в основном, в нарушении когнитивных функций или в аморальном поведении, или и в том, и в другом. Считается, что это состояние может перейти в психоз</p>
<p>Приобретенная психопатическая предрасположенность Легкие “психовегетативные симптомы усталости”</p>	<p>Приобретенная психопатическая отягощенность Неврастения — истощение энергетических резервов центральной нервной системы; часто наблюдается у лиц, работающих в малоподвижных профессиях</p>	<p>Приобретенная психопатическая дегенерация Группа гетерогенных синдромов и расстройств, от того, что сейчас называется эпилепсией, до расстройства употребления алкоголя</p>

Филипп Гутманн отмечает влияние теории Коха на судебную психиатрию, поскольку Йозеф Кох признал ограниченную дееспособность и необходимость ее применения в уголовном кодексе для лиц, подпадающих под категории психопатической неполноценности, а также необходимость использования этой информации не только для определения наказания, но и лечения таких людей [Gutmann, 2006]. Это открыло возможность не просто к содержанию лиц с психопатической неполноценностью, но и к попыткам их лечить.

Адольф Мейер в целом придерживался классификации психопатической неполноценности Коха, но отличал психопатические случаи от психоневротических расстройств. Мейер проводил четкие различия между генетическим, или физическим, и психогенным происхождением расстройства и склонялся к тому, что последнее лучше помогало

объяснить невроты [Meyer, 1904]. Мейер постулировал, что невроз, или невроты, отличается от психоза тем, что в невроз вовлечена только часть личности. Он также считал, что на невротических клиентов отрицательно влияют нереалистичные ожидания и неспособность принять себя такими, каковы они есть. В американской психиатрии некоторое время продолжали придерживаться этой традиции мышления, пока термин “неполноценность” в конце концов не исключили, поскольку сочли уничижительным. В начале XX века этот термин был заменен на “конституциональное психопатическое состояние” и “психопатическую личность” [Millon, Simonsen, & Birkec-Smith, 1998].

Начиная с конца XIX и до начала XX века, многие авторы, клиницисты и исследователи придерживались теории дегенерации, в которой утверждалось, что люди возвращаются к более раннему, ухудшенному и неполноценному состоянию существования, о чем свидетельствует развращенное поведение человека. Эмиль Крепелин придерживался этого подхода, но критически относился к его повсеместному распространению и отмечал, что дегенерацию человека нельзя определить просто по его внешнему виду [Hoff, 2015]. Он ввел понятие, которое сегодня определяют как патологические типы личности, используя общий термин “психопатические личности”. В психопатические личности Крепелина входили четыре типа: 1) “лгуны и обманщики”, обаятельные, лживые и обманчивые аферисты, которым не хватало ответственности и лояльности к другим; 2) “одержимые влечением” люди, которых побуждала неспособность контролировать себя и которые были поджигателями, насильниками и kleptomанами; 3) “профессиональные преступники”, выглядевшие хорошо воспитанными и социально адекватными, но скрывавшими свою расчетливость, манипулятивность и служение себе; и 4) бесцельные, лишенные уверенности в себе и безответственные “чудаки”. В 1915 году Эмиль Крепелин пересмотрел свои психопатические личности, исключив из них “профессиональных преступников” и добавив четыре дополнительных типа: “возбудимые” — эти люди имели характеристики, схожие с современной концептуализацией пограничного расстройства личности, а также “безудержные”, “враги общества” и “патологические спорщики” [Crocq, 2013; Kraepelin, 1915].

Курт Шнайдер, немецкий психиатр, много писавший о симптомах и диагностике шизофрении и психопатических личностей, в 1923 году

опубликовал значимую работу *Психопатические личности*, в которой выделил различные патологические типы личности, назвав их “психопатическими” по своей природе. Шнайдер выделил десять типов: гипертимный (исключительно позитивный темперамент), депрессивный, неуверенный в себе, безвольный, астенический (чувствительный), эксплозивный, лабильный, фанатический, а также жаждущий признания эмоционально-лабильный и бездушный [Schneider, 1923]. Семь психопатических типов личности Крепелина определяли людей, считавшихся проблемными для общества; Эмиль Шнайдер определял людей с нетипичной личностью, которые были заметно подавлены или не уверены в себе, используя термин “психопатический” в целом, чтобы охватить широкий спектр аномальных типов личности, а не только людей с антисоциальными личностными чертами и экспрессивным поведением [Crocq, 2013].

Марк-Антуан Крок [Crocq, 2013] приписывает Шнайдеру проницательность в признании личности как дименсионального конструкта, варьирующегося от личности без нарушений до патологической личности, что в итоге будет использовано в альтернативной модели в разделе III *DSM-5* [APA, 2013]. Перед изучением дименсиональной модели АСРЛ следует рассмотреть представление АСРЛ во всех изданиях *DSM* [APA, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013].

Представление АСРЛ в *DSM*

Новаторская работа американского психиатра Херви Клекли заложила ранние фундаментальные основы к первому изданию *DSM* и тому, что впоследствии было определено как АСРЛ. Книга Клекли *The Mask of Sanity* (Маска здравомыслия) — первая работа о психопатии, которая в последующие годы (1941, 1976) неоднократно переиздавалась. Клекли определил 21 диагностический признак психопатии, которые часто упоминают как основополагающие в формулировке *DSM-I* “социопатическое расстройство личности” с подкатегорией антисоциальной реакции [Millon, 2011]. Социопатическое расстройство личности в целом описывало индивидов, которые “больны, в первую очередь, с точки зрения общества и соответствия преобладающей культурной среде, а не только с точки зрения личного дискомфорта и отношений с другими людьми” [APA, 1952; p. 38]. Социопатическое расстройство личности по *DSM-I* и психопатия по Клекли пересекаются в плане

черствости и безответственности [Gurley, 2009], и именно из-за этого часто возникает путаница между АСРЛ и психопатией. В *DSM-I* попытались дать более четкое определение социопатического расстройства личности, добавив три подклассификации, перечисленные в табл. 2.2.

Таблица 2.2. Подклассификации социопатического расстройства личности, *DSM-I* [APA, 1952]

Антисоциальная реакция	Люди “хронически антисоциальны”, постоянно попадают в неприятности, неспособны извлечь уроки из прошлого опыта или наказания, им не хватает лояльности к другим людям, группам, нормам и стандартам. Они несимпатичны, ищут удовольствия, эмоционально незрелы, лишены чувства ответственности и рассудительности, а также склонны “рационализировать свое поведение, чтобы оно казалось оправданным, разумным и обоснованным”. Этот подкласс можно сравнить с “конституциональным психопатическим состоянием” и “психопатической личностью”
Диссоциальная реакция	Люди демонстрируют открытое пренебрежение к социальным правилам и часто вступают в конфликт с ними из-за жизни в “аморальной среде”. Хотя у таких людей может проявляться сильная лояльность, она, как правило, направлена на свою собственную мошенническую, преступную или другую девиантную группу. Этот подкласс похож на “псевдосоциальную личность” и “психопатическую личность с асоциальными и аморальными тенденциями”
Сексуальная девиация	Этих людей следует отличать от людей с шизофренией и навязчивыми реакциями; под сексуальной девиацией подразумевается “патологическое поведение, такое как гомосексуализм, трансвестизм, педофилия, фетишизм и сексуальный садизм (в том числе изнасилование, сексуальное насилие, увечья)”. Этот подкласс похож на “психопатическую личность с патологической сексуальностью”

Пересмотр *DSM-I*, приведший к появлению *DSM-II* [APA, 1968], отражал переход APA от психоаналитической перспективы к более биологическим рамкам и этиологии [Pickersgill, 2012]. Однако это издание не было хорошо встречено из-за опасений по поводу надежности

применения критериев. Сомнения в надежности привели к дальнейшему недоверию к валидности диагноза “социопатическое расстройство личности” и руководства в целом [Ogloff, 2006; Spitzer, Endicott, & Robins, 1978].

Что касается АСРЛ, *DSM-II* [APA, 1968] объединил описание психопатии Клекли (1941) и социопатического расстройства личности первого издания для создания термина “антисоциальная личность”. Эта более глобальная концепция учитывала поведенческие и аффективные компоненты обоих начал [APA, 1968, p. 43].

Этим термином обозначают индивидов, которые, в основном, не социализированы и чья модель поведения приводит их в постоянный конфликт с обществом. Они не способны на значительную лояльность к отдельным людям, группам или социальным ценностям. Они грубо эгоистичны, черствы, безответственны, импульсивны, не способны чувствовать вину или учиться на опыте и наказаниях. У них низкая толерантность к фрустрации. Они склонны обвинять других или предлагать правдоподобные обоснования своего поведения. Но для обоснования этого диагноза недостаточно только опыта повторяющихся юридических или социальных правонарушений.

Из-за предполагаемого неправильного применения и жалоб, связанных с *DSM-II*, авторы *DSM-III* [APA, 1980] разработали более конкретные критерии, которые были созданы в исследовательских целях Джоном П. Фейнером и его коллегами, а также Робертом Спитцером, Джинном Эндикоттом и Эли Робинсом. Что касается АСРЛ, критерии *DSM-III* [APA, 1980] касались, в частности, тяжелой и хронической безответственности, малоэффективной работы, неверности или нестабильности в отношениях, финансовой безответственности, импульсивности, раздражительности, агрессивности и нарушения прав других людей. Кроме того, в руководстве признали важность изучения поведения человека в детстве. Чтобы установить АСРЛ, важно, чтобы у человека до 15 лет присутствовали три или более следующих признаков: прогулы, исключение или отстранение от занятий в школе, правонарушения, побег, ложь, нарушение правил, драки, повторные случайные половые связи, злоупотребление психоактивными веществами, кражи, вандализм и оценки в школе ниже способностей индивида [APA, 1980]. Такие требования наличия предшествующих факторов в детстве

повысили валидность диагноза АСРЛ [Lahey, Loeber, Burke, & Applegate, 2005; Loeber, Burke, & Lahey, 2002].

Пересмотр *DSM-III* успешно повысил надежность диагностики, но возникли проблемы, связанные со специфическими поведенческими критериями, включенными в другие расстройства личности [Widiger & Trull, 1987]. Кроме того, специалисты высказывали опасения, что критерии были слишком обобщенными, так что людей ошибочно классифицировали как страдающих АСРЛ из-за частого взаимодействия с уголовными судами и принадлежности к “неблагополучной” группе [Pickersgill, 2012; Widiger, Frances, Spitzer, & Williams, 1988]. Критика относительно критериев *DSM-III* также была сосредоточена на отсутствии в них психопатических черт, определенных Херви М. Клекли, таких как низкая тревожность, высокомерие, отсутствие раскаяния и эмпатии, а также внешнее обаяние [Gurley, 2009; Widiger, 2006].

Следующее издание *DSM* вышло примерно через семь лет и стало первым пересмотренным руководством (*DSM-III-R*) [APA, 1987]. Из-за несоответствий и отсутствия ясности в диагностической системе, в *APA* была создана рабочая группа для пересмотра *DSM-III*, что привело к появлению *DSM-III-R* [Fischer, 2012]. Критерий отсутствия раскаяния Клекли добавили к набору критериев в рамках диагностики АСРЛ в ответ на критику, вызванную его отсутствием [Gurley, 2009; Widiger et al., 1988]. Это дополнение иллюстрирует влияние, которое психопатия оказывала и продолжает оказывать на конструкт антисоциальной личности [Pickersgill, 2012].

При разработке критериев АСРЛ в *DSM-IV* [APA, 1994] учитывались два аспекта: больший акцент на личностных чертах психопатии и упрощение критериев без изменения диагноза или негативного влияния на диагностическую надежность [Widiger et al., 1996]. Изменения означали удаление двух критериев: безответственность родителей и неспособность поддерживать моногамные отношения более одного года, а также перемещение презрения к чувствам других, внешнего обаяния и отсутствия эмпатии в раздел “Ассоциированные черты” [Pickersgill, 2012]. Противоречия между АСРЛ и психопатией сохранились и в *DSM-IV*. В частности, авторы отмечают, что “паттерн (антисоциальные черты) также называют психопатией, социопатией или диссоциальным расстройством личности”, подчеркивая огромное количество названий, используемых для обозначения этого состояния [APA, 1994,

р. 645]. Далее читателям напоминают, что такие личностные черты, как отсутствие эмпатии, завышенная самооценка и внешнее обаяние, могут быть крайне важны, чтобы отличить АСРЛ от психопатии, особенно в тех случаях, когда преступные и/или агрессивные действия бывают “неспецифическими”, например, в тюрьме или в судебно-медицинских учреждениях [APA, 1994, р. 647]. Это признание помогло противопоставить АСРЛ и психопатию, разделяя личностные черты, в основном, по поведенческим и социально-эмоциональным признакам.

Специалисты расценили концептуализацию в *DSM-IV* как сложную и запутанную, поскольку многих профессионалов в этой области ввели в заблуждение два набора диагностических критериев для АСРЛ, один из которых фокусировался исключительно на антисоциальном и криминальном поведении, а другой охватывал такое поведение, а также делал выводы относительно личностных качеств [Hare, 1996]. Неспособность отличить психопатию от АСРЛ может иметь последствия в реальном мире, как выразился Роберт Хейр. Например, Хейр отметил большое количество лиц, приговоренных к смертной казни, которых ошибочно воспринимали как психопатов, в то время как на самом деле, вероятнее всего, эти люди “просто соответствуют критериям АСРЛ, расстройства, которое подразумевает сомнительные последствия для лечения и вероятность повторного совершения насильственных действий” [Hare, 1996, р. 40]. В следующем издании *DSM, DSM-IV-TR* [APA, 2000], была предпринята слабая попытка решить эту проблему, когда в нем были обновлены ассоциированные черты, “чтобы уточнить, что черты, являющиеся частью традиционной концепции психопатии, могут быть более предсказуемы при рецидиве в определенных условиях (например, в тюрьмах), где преступные действия, вероятно, не являются специфическими”.

Примерно тринадцать лет спустя в *DSM-5* [APA, 2013] появились две системы классификации диагнозов расстройств личности: одна в разделе II, где представлен традиционный категориальный подход, который в значительной степени критиковали и который присутствовал со времен *DSM-III* [APA, 1980], и одна в разделе III, где представлена гибридная дименсиональная модель, призванная устранить эти критические замечания и повысить полезность, известная как альтернативная модель. Как отмечалось в главе 1, использование дименсионального подхода способствовало концептуализации и пониманию различий

между расстройствами личности, АСРЛ в том числе [*Bastiaens et al., 2016; Strickland, Drislane, Lucy, Krueger, & Patrick*].

АСРЛ и альтернативная модель

Альтернативную модель можно применять к АСРЛ, это не только улучшает описание и осознание расстройства, но и обеспечивает более четкое различие между общим глубинным содержанием и гранями личностных черт при АСРЛ и психопатии [*Wygant et al., 2016*].

В альтернативной модели *DSM-5* есть уточнение “с психопатическими чертами”, помогающее идентифицировать соответствующие дополнительные личностные черты, включающие в себя низкий уровень тревожности, низкий уровень замкнутости и высокий уровень потребности во внимании. Сильная потребность во внимании и низкий уровень замкнутости — компонент социальной эффективности (ассертивности и доминирования), а низкий уровень тревожности — компонент стрессоустойчивости (эмоциональной стабильности/жизнестойкости) [*APA, 2013*].

В рамках альтернативной модели *DSM-5* АСРЛ концептуализируется патологией элементов глубинного содержания личности, которые влияют на образ “я” и межличностное функционирование, перечисленные в табл. 2.3. Чтобы соответствовать критериям АСРЛ, человека должен испытывать трудности в двух или более из четырех областей, указанных в критерии А (глубинное содержание): идентичность, саморегуляция, эмпатия и интимность.

Таблица 2.3. Патологическое глубинное содержание при АСРЛ (критерий А)

1. Идентичность	Человек не способен понять, что мнение другого человека может отличаться от его собственного. Самоуверенность и определенность индивида обусловлены его личной выгодой, властью или удовольствием
2. Саморегуляция	Человек ставит перед собой цели, основанные на личном удовлетворении, не имеет ценностей, убеждений и взглядов, соответствующих правовым или культурным нормам этичного поведения

Окончание табл. 2.3

3. Эмпатия	Человек не интересуется чувствами, потребностями или проблемами других людей. Он не чувствует вины или сострадания после причинения боли или вреда другому
4. Интимность	Человек не способен ко взаимным близким отношениям, так как эти отношения с его стороны чаще всего основаны на манипуляции, обмане или принуждении других. Может пытаться подчинять или запугивать, чтобы контролировать других

Соответствие критерию А — только половина картины АСРЛ, поскольку человек также должен соответствовать критериям В, которые касаются личностных переменных, специфических для данного расстройства [APA, 2013]. Индивид должен обладать шестью или более из семи патологических личностных черт (подробно описаны ниже), организованных в рамках пяти общих доменов черт (негативная аффективность, враждебность, отстраненность, психотизм и расторможенность). Стоит отметить, что грани признаков критерия В есть только у двух из пяти доменов признаков — враждебности и расторможенности, — что отражает надежность модели в различении АСРЛ и психопатии (подробнее об этом см. в [Strickland et al., 2013]). Идентифицированные патологические личностные черты для критерия В при АСРЛ перечислены в табл. 2.4.

Таблица 2.4. Поверхностное содержание при АСРЛ (патологические черты личности, критерий В)

1. Манипулятивность	Человек неоднократно обманывает с целью влияния на других людей или контроля над ними и намеренно завлекает, соблазняет, “льстит” или добивается расположения другого для достижения своих целей
2. Черствость	Человек не обращает внимания на чувства или проблемы других людей, не сожалеет или не стыдится неблагоприятного или разрушительного влияния своих действий на других, а также демонстрирует неприязнь и жестокость

3. Лживость	Мошенничает, лжет или обманывает, дает ложную или вводящую в заблуждение информацию о себе, преувеличивает и говорит неправду о событиях
4. Враждебность	Часто или постоянно чувствует и выражает гнев и раздражение; в ответ на мелкие обиды и оскорбления реагирует жестоким, унижающим поведением
5. Рискованное поведение	Участвует в опасной, рискованной и потенциально саморазрушительной деятельности без необходимости в этом и с пренебрежением к наказаниям в попытке преодолеть скуку, не уделяя при этом практически никакого внимания или не осознавая своих реальных способностей и того, как это может навредить ему самому
6. Импульсивность	Быстро реагирует на стимулы без плана и без учета результата, а также имеет нарушения в разработке планов и их выполнении
7. Безответственность	Обладает и демонстрирует пренебрежение и халатность к финансовым и другим обязательствам или обязанностям, неуважительно относится к обещаниям, договоренностям и обязанностям, а также отказывается от их выполнения

Большинство исследований, касающихся АСРЛ и альтернативной модели *DSM-5*, были посвящены критерию В [Wygant et al., 2016]. Исследования поддерживают применение альтернативной модели *DSM-5* вместо традиционной категориальной, описанной в разделе II, для изучения АСРЛ и психопатии, поскольку она показала валидность и надежность результатов. С ее помощью были обнаружены еще более сильные взаимосвязи, когда в исследованиях использовалось уточнение “с психопатическими чертами” [Anderson, Sellbom, Wygant, Salekin, & Krueger, 2014].

Использование и применение альтернативной модели *DSM-5* для постановки диагноза АСРЛ показано на примере Терезы. После примера описаны критерии А и В и их отношение к данному конкретному случаю.

Случай Терезы

Тереза (32 года) неоднократно отбывала срок в тюрьме за кражи, мошенничество и разбойные нападения. Она крадя личные данные клиентов, которые расплачивались кредитными картами в ресторанах, где Тереза работала официанткой. Самый длительный период ее непрерывной работы на одном месте — два месяца, так как она склонна увольняться после конфликтов с начальством или с клиентами, жалующимися на ее отношение или на ее работу, либо после того, как ей указывают, что делать. В последний раз, украв личные данные клиентов, Тереза гордилась собой, поскольку собрала 29 имен и номеров кредитных карт и продала их своему соседу, который использовал эту информацию для открытия поддельных счетов, чтобы он и Тереза могли совершать покупки. Когда сосед продал часть информации и оставил деньги себе, в отместку Тереза угнала его машину и продала ее своему другу. Узнав об этом, сосед пригрозил вызвать полицию, но Тереза стала флиртовать с ним, пытаясь соблазнить. Когда сосед не поддался на ее уловки, она несколько раз ударила его по лицу и угрожала навредить его подруге, если он что-нибудь расскажет. В конце концов Терезу арестовали, так как человека, купившего машину, остановила полиция, у него не было надлежащей регистрации, и он указал на Терезу как на продавца угнанного автомобиля. Когда Терезу допрашивали в полиции по поводу кражи, она не раскаивалась, была обижена и возбуждена. Когда ее спросили, почему она не сожалеет о краже у своего соседа, она ответила следующее.

Я ничего не чувствую по этому поводу, и мне все равно. Если ему так важна была машина, нужно было лучше о ней заботиться и не позволять людям брать ее. Его следовало проучить. Считайте, что его проучили и наказали.

Тереза соответствует всем четырем критериям А АСРЛ: *идентичность, саморегуляция, эмпатия и интимность*. Критерию *идентичности* Тереза соответствует, поскольку кража личных данных клиентов и машины соседа заставила ее почувствовать себя сильной, она была оскорблена и возбуждена, когда ей указали на неподобающий поступок; она соответствует критерию *саморегуляции*, так как ее целью было получение денег путем кражи личных данных, она не обращает

внимания на конфиденциальность финансовой информации клиентов или на законы, запрещающие кражу личных данных; Тереза соответствует критерию *эмпатия*, поскольку не чувствует вины или угрызений совести за финансовые и личные последствия у людей, чьи данные она украла для открытия поддельных кредитных карт, или за то, что украла и продала машину соседа; Тереза соответствует критерию *интимность*, поскольку использует других людей, как ее сосед, для продажи собранной ею информации, а когда ее план проваливается, она применяет насилие, соблазнение и угрозы, чтобы заставить соседа не сообщать о краже и о продаже его машины.

Тереза соответствует критерию В АСРЛ, поскольку отвечает критериям всех семи патологических личностных черт. Она соответствует критерию *манипулятивность*, когда пытается соблазнить соседа после того, как тот сказал, что собирается заявить об угоне своей машины; соответствует критерию *черствость*, поскольку безжалостно крадет документы клиентов, угоняет машину соседа, бьет его и угрожает его девушке; Тереза соответствует критерию *лживость*, поскольку неоднократно воровала и мошенничала и неоднократно сидела в тюрьме; соответствует критерию *враждебность*, так как ударила соседа, когда он заговорил с ней о краже, и ее часто увольняют за то, что она вступает в конфронтацию с другими, когда ей дают негативную обратную связь; Тереза соответствует критерию *рискованное поведение*, так как ее не волнует возможность возвращения в тюрьму за кражу данных кредитных карт и машины; соответствует критерию *импульсивность*, поскольку крадет машину и продает ее после того, как чувствует себя оскорбленной и обманутой, а когда сосед не реагирует на попытку соблазнения, как ожидалось, Тереза бьет его и угрожает его девушке; и, наконец, она соответствует критерию *безответственность*, так как не соблюдает неявные обязательства, возложенные на нее по хранению информации о кредитных картах клиентов, у нее нет опыта долгосрочного трудоустройства на одном месте, что обусловлено ее неуважительным отношением к клиентам и начальству в виде конфронтаций и жалоб.

Используя альтернативную модель *DSM-5*, исследователь или клиницист может определить, что состояние Терезы соответствует критериям АСРЛ, но это дает представление лишь о малой части глубины и сложности этого расстройства. Модель системы когнитивно-аффективной

обработки (СКАО) помогает углубить понимание структуры, функционирования, выражения и возможных подходов к лечению спектра АСРЛ.

АСРЛ и модель СКАО

Используя модель СКАО, можно получить дополнительные ценные и полезные данные, помогающие исследователям и клиницистам в изучении и работе с людьми, находящимися в спектре АСРЛ. Как было описано в главе 1, модель СКАО закладывает основу для понимания того, как начальные стрессоры активируют элементы глубинного содержания личности с расстройствами, что в итоге приводит к выражению поверхностного содержания патологических личностных черт и граней. Элементы глубинного содержания можно понять с помощью когнитивно-аффективных единиц (КАЕ) в рамках модели СКАО. На рис. 2.1. изображено объединение АСРЛ и модели СКАО.

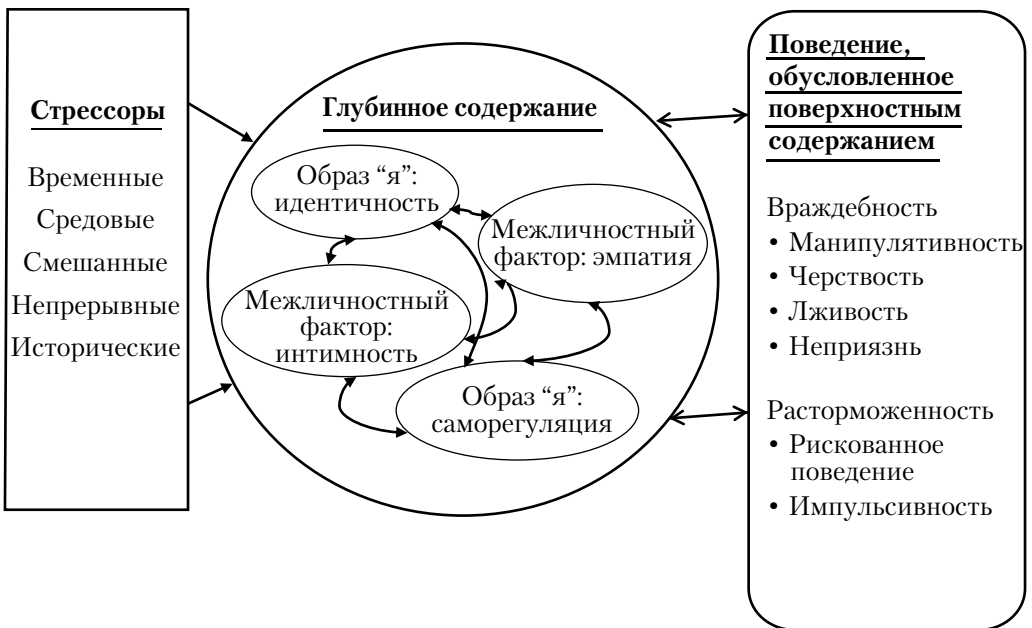


Рис. 2.1. Интеграция АСРЛ и модели СКАО

Стрессоры специфичны для конкретных людей; степень реакции и последующей когнитивно-аффективной обработки зависит

от профиля личности или типа расстройства личности [Eaton et al., 2009]. Стрессоры, как правило, относятся к одной или нескольким из следующих категорий: временные, средовые, смешанные, постоянные и исторические. Лица, относящиеся к спектру АСРЛ, склонны оценивать и воспринимать стимулы в искаженном виде, что приводит к неправильному восприятию событий как воспринимаемых угроз, манипуляций или злого умысла. Такое неверное восприятие ведет к искаженной и дисфункциональной когнитивной обработке исходных событий [Brinkley, Schmitt, & Newman, 2005; Gawda, 2013; Hiatt et al., 2002; Lorenz & Newman, 2002]. Модель оценочных и перцептивных предубеждений является причиной того, что человек со спектром АСРЛ развивает тенденцию к неточной оценке стрессового фактора и неправильному восприятию ситуации. Последующее задействование КАЕ в рамках модели СКАО, связанных с глубинным содержанием личности спектра АСРЛ, активируется на искаженной основе, что может непреднамеренно усилить перцептивное предубеждение по мере продолжения когнитивного процесса.

После активации КАЕ они взаимодействуют в рамках взаимосвязанной сети с элементами функционирования глубинного содержания личности уникальным, характерным для АСРЛ, образом. Глубинное содержание личностной психопатологии АСРЛ из альтернативной модели *DSM-5* и связанные с ним КАЕ перечислены в табл. 2.5. Для обозначения каждого компонента АСРЛ в таблице использованы ключевые слова; за сокращенным описанием обращайтесь к *DSM-5*, раздел III, критерий А [APA, 2013, с. 764].

Как видно из таблицы, некоторые элементы более тесным образом связаны с одними КАЕ, чем с другими у тех, кто находится в спектре АСРЛ. *Стратегии кодирования, ожидания и убеждения*, а также *эмоциональные реакции* наиболее сильно связаны с нарушением функционирования личности по критерию А альтернативной модели *DSM-5*, причем для каждого из них имеется по семь связанных компонентов. Это говорит о том, что на АСРЛ, на уровне глубинного содержания, наибольшим образом влияют проблемы, воспринимаемые как воздействие на себя, других и ситуации, социальный мир и самоэффективность человека в отношении ситуационного поведения, а также аффективные ответы и физиологические реакции.

Далее в табл. 2.5 показано, какая область в наименьшей степени влияет на нарушенное функционирование личности АСРЛ, *компетенции и планы саморегуляции*. Это соответствует представлениям об индивидах, находящихся в спектре АСРЛ, поскольку они не склонны планировать, разрабатывать стратегии или организовывать свое поведение, чтобы влиять на свое внутреннее состояние или на желаемые результаты. Это также согласуется с данными о том, что у людей, относящихся к спектру АСРЛ, как правило, искажены и дисфункциональны когнитивно-аффективные процессы, в сочетании с трудностями в регуляции или координации поведения и эмоций, что ведет к тенденции более интенсивно реагировать, используя стратегии кодировки, ожидания и убеждения, а также эмоциональные реакции [Brinkley et al., 2005; Gawda, 2013; Hiatt et al., 2002; Lorenz & Newman, 2002]. КАЕ *целей и ценностей* не оказывает такого влияния, как *стратегий кодировки, ожидания и убеждения и эмоциональные реакции*, поскольку слабо связаны с глубинным содержанием АСРЛ. Опять же, это соответствует концептуализации случаев тех, кто находится в спектре АСРЛ, поскольку их *цели и ценности* не столь мощная движущая сила в процессе выражения поверхностного содержания. Наиболее важным фактором поверхностного содержания, является скорее всего то, как индивид интерпретирует события, чего он ожидает, во что верит и как эмоционально реагирует на возникающие стрессоры.

Выражение патологических личностных черт в поверхностном содержании АСРЛ, скорее всего, соответствует тем, что определены в альтернативной модели *DSM-5*, но способ и степень их выражения очень индивидуализированы. Прежде чем описывать паттерн “если, то” человека в спектре АСРЛ, необходимо рассмотреть несколько ключевых факторов. К ним относятся: расположение индивида в спектре АСРЛ (незначительные или отсутствующие, слабые, умеренные, тяжелые или крайние нарушения); стрессор, активизировавший модели СКАО; последовательно активированные КАЕ; любые возможные коморбидные или двойные диагнозы (злоупотребление психоактивными веществами, расстройство настроения или мышления); набор дезадаптивных и адаптивных стратегий преодоления, из которых индивид способен извлечь пользу.

Таблица 2.5. АСРЛ и КАЕ личности

Элементы личностного функционирования	Когнитивно-аффективные единицы					Компетенции и планы саморегуляции
	Стратегии кодирования	Ожидания и убеждения	Цели и ценности	Эмоциональные реакции		
<i>Образ "я": идентичность. Эгоцентризм</i>	X		X	X	X	X
<i>Образ "я": идентичность. Самоценность, связанная с властью и прибылью</i>	X	X		X		X
<i>Образ "я": саморегуляция. Цели, основанные на удовлетворении собственных потребностей</i>		X		X		X
<i>Образ "я": саморегуляция. Ценности, убеждения и взгляды противозаконны или противоречат культурным нормам</i>	X	X	X		X	
<i>Межличностный фактор. Нарушенная эмпатия к чужому опыту и мотивам</i>	X	X	X			
<i>Межличностный фактор. Мало или совсем нет эмпатии или терпимости к различным точкам зрения</i>	X	X	X			

Элементы личного функционирования	Когнитивно-аффективные единицы				
	Стратегии кодирования	Ожидания и убеждения	Цели и ценности	Эмоциональные реакции	Компетенции и планы саморегуляции
<i>Межличностный фактор.</i> Нарушенная эмпатия для понимания своих действий в отношении других	X	X	X	X	
<i>Межличностный фактор.</i> Нарушенная интимность в отношениях с другими людьми	X	X	X		
<i>Межличностный фактор.</i> Нарушение интереса и способности к близости			X		
<i>Межличностный фактор.</i> Нарушение взаимности межличностного поведения			X	X	X

Эти соображения помогут лучше понять личность со спектром АСРЛ, чтобы составить еще более надежную прогностическую картину, используя последовательность паттерна “если, то”.

Изучив паттерн “если, то” индивида в спектре АСРЛ и рассмотрев факторы, составляющие его, мы можем лучше описать модель реагирования индивида. В результате частого использования модель СКАО индивида укрепляется, в итоге эта модель, основанная на враждебности и расторможенности, затрудняет лечение. Например, индивид спектра АСРЛ переживает средовой стрессовый фактор, когда не получает за свою работу ту зарплату, на которую рассчитывал, в результате чувствует себя неуважаемым и злится. Если индивид спектра АСРЛ чувствует неуважение и гнев, он отвечает вербальной агрессией по отношению к тому, кто недоплачивает. Этот паттерн “если, то”, вероятно, характерен для данного индивида и согласуется с теорией модели СКАО [Shoda & LeeTiernan, 2002; Shoda et al., 2002; Shoda, Mischel, & Wright, 1994], поскольку, когда индивид сталкивается со стрессовым фактором и чувствует неуважение и гнев, мы можем ожидать, что он ответит вербальной агрессией. Паттерн “если, то” показан на рис. 2.2.

Согласно модели СКАО, именно сочетание типа стимула, элементов глубинного содержания личности, располагающих его в спектре АСРЛ, когний и аффектов, составляющих КАЕ индивида, и выражение поверхностного содержания личностных черт создает предсказуемую и стабильную ответную реакцию в паттерне “если, то” [Borkenau et al., 2006; English & Chen, 2007; Mendoza-Denton & Mischel, 2007; Mischel & Shoda, 1995, 2008].



Рис. 2.2. Паттерн “если, то” при АСРЛ

Подкрепление патологии

Все люди существуют в рамках межличностной системы, поддерживающей их убеждения, восприятие и поведенческие выражения. Эта

система состоит из социальных норм и определяется ими. Социальные нормы можно обозначить как групповые или общественные ситуации и стандарты, влияющие на восприятие и суждения индивида [Sherif & Sherif, 1953]. Кроме того, социальные, или групповые нормы, регулируют отношения и поведение определенной группы, что может служить для ее отличия от других групп [Hogg & Reid, 2006]. Например, когда человек входит в лифт, он не теснится к другому человеку, если в лифте достаточно места, не становится лицом к другим людям и не нажимает все кнопки подряд. Любая из этих моделей поведения, скорее всего, вызовет давление со стороны общества, которое заставит человека соответствовать нормам: уступать место, когда оно есть, стоять лицом вперед и нажимать кнопку только того этажа, на котором вы планируете выйти.

Социальные нормы являются важнейшими компонентами межличностной системы человека и, как было установлено, влияют на вовлечение и подкрепление антисоциального поведения, убеждений и поведенческих моделей [Brendgen et al., 2000; Farrington, 2004; Heinze, Toro, & Urberg, 2004; Monahan, Steinberg, & Cauffman, 2009].

Социальные нормы можно использовать для понимания межличностной системы индивида и того, как она подкрепляет и поддерживает патологию глубинного и поверхностного содержания, которой обладают и которую выражают индивиды спектра АСРЛ. Многие личности спектра АСРЛ ассоциируют себя с людьми, прямо или косвенно поддерживающими антисоциальные убеждения, поведение и паттерны в группе социальных норм индивида. Например, человек с АСРЛ употребляет запрещенные психотропные вещества и, скорее всего, будет общаться с другими употребляющими людьми, что поддерживает такое поведение в группе социальных норм. При помощи модели СКАО и альтернативной модели *DSM-5* можно глубже изучить подкрепление патологии спектра АСРЛ.

Сочетание этих схем помогает лучше объяснить неразрешимую природу глубинного и поверхностного содержания у индивида спектра АСРЛ. Как уже отмечалось в этой главе, люди спектра АСРЛ склонны воспринимать стрессовые факторы как угрожающие, манипулятивные или злонамеренные, используя искаженную и дисфункциональную когнитивно-аффективную обработку [Brinkley et al., 2005; Gawda, 2013; Hiatt et al., 2002; Lorenz & Newman, 2002]. Индивид спектра АСРЛ,

скорее всего, столкнется с тем, что окружение и межличностная система будут побуждать его оспаривать эти искажения, особенно если социально принятые нормы индивида соответствуют этим искажениям или способствуют им. Несоответствие между восприятием стрессора и его реальностью, если его не оспаривать, сильно влияет на чувство “я” и активирует межличностные элементы основного содержания личности. Внутриличностные элементы могут включать в себя эгоцентризм, получение личной власти и удовольствия от манипуляций или причинения вреда другим.

В межличностном плане, скажем, это ослабленная эмпатия и отсутствие угрызений совести от причинения вреда другим при совершении проступков, а также поощрение эксплуатации и доминирования для сохранения контроля. Когда активируется глубинное содержание, без межличностной или внутриличностной коррекции, влияния или диссонанса, за ним следует поведение, обусловленное поверхностным содержанием, или патологические личностные черты, включающие в себя манипулирование, черствость, лживость, враждебность, рискованное поведение, импульсивность и безответственность. Параметры социальных норм индивида с АСРЛ устанавливаются и регулируются его межличностной системой, что приводит к сильному давлению и диссонансу со стороны тех, кто внутри группы, чтобы индивид оставался в рамках ожидаемых границ (например, девиантное поведение). Давление и диссонанс служат для поддержания гомеостаза и повторного установления контроля над поведением [Bisin & Verdier, 2001; Fox, Kaplan, Damasio, & Damasio, 2015; Immordino-Yang, McColl, Damasio, & Damasio, 2009]. Эти параметры и нормы социальной группы создают межличностный систематический негативный цикл, подкрепляющий патологическое глубинное и поверхностное содержание личности, что показано ниже на примере Джереми.

Случай Джереми

У 23-летнего Джереми продолжительная история уголовных преступлений и судимостей за кражи, грабежи, сетевое мошенничество, разбойные нападения и хранение наркотиков. Эти преступления давали ему чувство гордости за то, что он добытчик, и укрепляли в нем идентификацию себя как “гангстера” и человека, обладающего властью брать и получать то, что хочет, когда он этого хочет.

Мать, отец и брат Джереми также неоднократно сидели в тюрьме за аналогичные преступления. Девушка Джереми, Лорен, косвенно наживается на его преступлениях, получая деньги и легкий доступ к наркотикам. У друзей Джереми также криминальное прошлое, они неоднократно отбывали сроки в тюрьме по самым разным обвинениям. Джереми недавно вышел из тюрьмы, отсидев 13 месяцев за грабеж, и пока он находился в заключении, Лорен родила ему дочь. Будучи в тюрьме, Джереми участвовал в различных группах помощи, получил аттестат о среднем образовании и дал себе обещание не возвращаться к преступному поведению, чтобы быть примером для дочери. Первые несколько дней после освобождения Джереми его друзья звонили, писали и приходили к нему домой, чтобы рассказать ему о различных незаконных способах заработать “быстрые и легкие деньги”. Джереми твердо решил не попадать в тюрьму и не совершать преступлений. В рамках испытательного срока он должен работать в местном универсаме, зарабатывая \$9,00 в час. Его друг часто смеялся над тем, что ему приходится регулярно ходить на восьмичасовую работу, чтобы зарабатывать так мало. Родители, брат и Лорен обвиняют его в том, что он не заботится о семье, потому что слишком мало зарабатывает, и теперь им приходится жить на социальную помощь.

Джереми чувствовал сильное давление и стресс, пытаясь противостоять искушению вернуться к преступной деятельности. Однажды вечером Лорен захотела пойти на ужин и в кино, но Джереми не мог себе этого позволить. Возникла ссора, Лорен позвонила одному из друзей Джереми, который отвез ее в кино и на шикарный ужин. Джереми был взбешен и почувствовал, что его самооощущение подвергается нападкам, его мужественность ставят под сомнение, а его чувство близости с Лорен, дочерью и с семьей разрушено. Активация его глубинного содержания (самооценка, основанная на личной власти, самооценка, основанная на личной выгоде и власти, отсутствие угрызений совести после причинения вреда или плохого обращения с другим и т.д.) побудила его позвонить своему другу и согласиться на вооруженное ограбление винного магазина. Во время ограбления Джереми все еще злился, что семья и друзья считают его слабым и бесполезным. Эти мысли продолжали вновь активировать его глубинное содержание, и в ярости он застрелил покупательницу, нервно выронившую кошелек. Джереми не заметил ее нервозности, а расценил ее поведение как проявление

неуважения. У него исказилось восприятие ее действий, когда она уронила кошелек и поставила под сомнение его мужественность и его способность доминировать и контролировать ситуацию. Джереми и его сообщник были арестованы несколько часов спустя у него дома. Когда его усаживали в полицейскую машину, Лорен вернулась домой и увидела его. Она посмотрела на него и кивнула. Джереми знал, что означает этот кивок, и почувствовал, что его репутация и уважение восстановлены.

Как видно из примера, давление, оказываемое на человека с целью соблюдения им социальных норм в его межличностной системе, очень сильно. Отклонение от этих норм нарушает гомеостаз межличностной системы индивида, что постоянно и сильно давит на него, побуждая его вернуться к гомеостазу — нормализованному и ожидаемому поведению. В случае Джереми его возвращение к антисоциальным убеждениям, поведению и паттернам нормализовало его межличностную систему, уменьшив давление и диссонанс, и в то же время усилило его искаженное чувство “я” и близость с Лорен, его семьей и друзьями.

Межличностная система и социальные нормы этой системы, будь то просоциальные, антисоциальные или их смесь, оказывают мощное влияние на развитие, выражение и подкрепление патологии. Но несмотря на их важность, социальные нормы и правила не являются единственным значимым фактором. Развитие и поддержание глубинных элементов личности, а также выражение этих элементов посредством убеждений, обусловленных поверхностным содержанием, поведение и паттерны также зависят от огромного количества этиологических факторов, включающих в себя биологию и окружающую среду.

Биопсихосоциальная модель и АСРЛ

Выражение элементов глубинного содержания спектра АСРЛ и убеждений, поведения, а также паттернов поверхностного содержания, лучше всего рассматривать с помощью биопсихосоциальной модели, впервые представленной Джорджем Либманом Энгелем. В этой современной эпидемиологической теории признано, что патология возникает в результате сочетания, а не изоляции многочисленных источников и факторов риска [*Mausner & Kramer, 1986*]. В биопсихосоциальной модели признано, что с развитием патологии может быть

связано множество этиологических факторов, и что рассмотрение этих факторов в совокупности дает более полный отчет или понимание индивидуальной траектории развития патологии, нежели рассмотрение ряда факторов по-отдельности. Этот подход обеспечивает наиболее полное объяснение развития и выражения патологии личности, в том числе личностных черт и диагностируемых расстройств [Paris, 1993].

Джоэл Пэрис объясняет, в чем ценность рассмотрения взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов для объяснения личностных особенностей, которые усугубляют, ухудшают функционирование, а также взаимодействуют в сочетании с другими чертами, создавая расстройство личности.

Биологические факторы определяют специфику расстройств личности, а психологические и социальные факторы наиболее сильно детерминируют то, приведет ли скрытая предрасположенность к открытому расстройству. Психологические факторы риска повышают вероятность развития расстройств личности, но сами по себе они необязательно должны приводить к расстройствам, поскольку при отсутствии других факторов риска дети могут быть достаточно устойчивыми, чтобы компенсировать психологические травмы. Социальные влияния могут действовать либо как защитные факторы против личностных расстройств, смягчающие влияние биологического и психологического риска, либо как самостоятельные факторы риска.

[Paris, 1993, p. 262]

Это признание взаимозависимости между биологическими, социальными и психологическими факторами в развитии расстройств личности в то время было весьма поучительным. Руководство по концептуализации помогло проложить путь будущим исследователям и клиницистам к пониманию и признанию огромного количества взаимодействующих факторов при развитии патологии расстройства личности.

Рассмотрение патологии личности спектра АСРЛ через призму биопсихосоциальной модели обеспечивает ценную основу для определения критических факторов риска, повышающих вероятность развития у человека АСРЛ. Генетические и биологические факторы, связанные с патологией личности спектра АСРЛ, указывают на то, что наследственность АСРЛ оценивают в 69%, что эквивалентно пограничному

расстройству личности [Glatt, Faraone, & Tsuang, 2008]. Показатели патологии личности спектра АСРЛ выше среди родственников первой степени родства у лиц с этим расстройством [Cloninger, Gottesman, & Mednick, 2009]. Су Хуин Ри и Ирвин Уолдман [Rhee, Waldman, 2002], проведя мета-анализ 51 близнеца и усыновленных детей для оценки наследуемости антисоциального поведения, обнаружили, что взаимодействие генетических и средовых факторов на антисоциальное поведение является значительным. При оценке антисоциального поведения родителями или опекунами общие показатели средового влияния были выше по сравнению с самоотчетами детей. При этом не было обнаружено существенной разницы между мужчинами и женщинами в отношении степени генетических и средовых различий.

Исследователи и клиницисты признают, что генетическая предрасположенность к антисоциальному поведению не обуславливает развитие или соответствие критериям АСРЛ. Адриан Рейн во всестороннем обзоре изучил биопсихосоциальное влияние на антисоциальное и агрессивное поведение из нескольких ключевых областей, в том числе генетики, психофизиологии, акушерства, визуализации мозга, нейропсихологии, неврологии, а также роли гормонов, нейротрансмиттеров и токсинов окружающей среды. Результаты показали, что биологические и социальные факторы в совокупности отображают экспоненциальный рост антисоциального поведения. Этот вывод вписывается в биопсихосоциальную модель, поскольку показывает, что не один компонент обуславливает поведение при АСРЛ, а комбинация факторов. Кроме того, отмечается, что не просто наличие или отсутствие фактора приводит к наличию или отсутствию патологии, а скорее статус в континууме факторов риска и защитных факторов влияет на статус в сложном измерении патологии личности.

Кумулятивный эффект биологических, психологических и социальных факторов, составляющих биопсихосоциальную модель, влияет на все аспекты модели СКАО и альтернативной модели *DSM-5*. Изначально взаимодействие между биопсихосоциальными факторами риска и защитными факторами влияет на то, как человек интерпретирует стрессор и, таким образом, подвергается его воздействию. Факторы, способные повлиять на развитие дезадаптивного паттерна, включают в себя генетическую предрасположенность к антисоциальному поведению, взросление в жестокой либо в безопасной среде, свидетельство

и участие в жестоком либо в просоциальном поведении. Эти генетические, средовые и социальные компоненты влияют на глубинное содержание АСРЛ, непосредственно воздействующее на идентичность и саморегуляции человека, а также на его межличностную интимность и эмпатию; например, эгоцентризм, ориентированная на личное удовлетворение постановка целей, отсутствие заботы о чувствах, потребностях или участия к страданиям других людей, неспособность пребывать во взаимных интимных отношениях.

Эта последовательность приводит к выражению личностных черт поверхностного содержания, характерных для данного человека. Сочетание биопсихосоциальной, СКАО и альтернативной модели *DSM-5* похоже на процессинговую биосоциальную модель антисоциального поведения, предложенную Лорой Бейкер, Сириной Безджян и Адрианом Рейном [*Baker, Bezdjian & Raine, 2006*]. Модель, хотя и сфокусирована на взаимодействии биологических и социальных факторов, способствующих антисоциальному поведению, также признает влияние психологических факторов, в том числе психофизиологии, нейропсихологии и психосоциальных факторов (например, физического и сексуального насилия, отсутствия заботы, крайней бедности, помещения в приемную семью, наличия преступных родителей, серьезных семейных конфликтов и т.д.). Биосоциальная модель описывает развитие от базовых процессов (генетика и окружающая среда), факторов риска (биологические и социальные риски), биосоциального взаимодействия, защитных факторов и превентивных мер, до конечно-го результата — антисоциального поведения.

Изучение развития АСРЛ с помощью этой комбинированной процессинговой модели обеспечивает всесторонний взгляд на развитие элементов глубинного содержания, личностных черт и выраженности поверхностной структуры при АСРЛ.

Поведение в Интернете и выражение личностных черт при АСРЛ

Как сказано в главе 1, Интернет — уникальная среда, в которой человек сталкивается с различными стимулами и стрессорами, влияющими на элементы глубинного содержания личности и определяющими поведение поверхностного содержания. Активация и последовательность

от стрессора к поведению соответствует альтернативным моделям СКАО и *DSM-5*. Интернет предоставляет благодатную почву для антисоциального поведения и выражения поверхностного содержания АСРЛ благодаря неограниченному доступу к стимулам и стрессорам в виде блогов, сайтов электронных торговых площадок, вики-сайтов (позволяют другим людям сотрудничать и писать контент), разделов комментариев и досок объявлений, а также социальных сетей (как Facebook, LinkedIn, Twitter).

Антисоциальное поведение нередко встречается в Интернете и связано с выражениями поверхностного содержания личности, составляющего АСРЛ. Криминальная деятельность в форме компьютерных преступлений, таких как создание вирусов, мошенничество/кража личных данных и взлом веб-сайтов, обусловлена как насильственным, так и ненасильственным антисоциальным поведением в сети [*Seigfried-Spellar, Villacís-Vukadinović, & Lynam, 2017*]. Однако преступная деятельность не единственное выражение антисоциального поведения в Интернете. Было установлено, что онлайн-агрессия, преследования и запугивания усиливают гнев и грусть, а также негативно сказываются на социальном и эмоциональном развитии подростков [*Akbulut, Sahin, & Eristi, 2010; Li, 2005; Raskauskas & Stoltz, 2007*].

Большинство антисоциальных действий, совершаемых в Интернете, изучали с помощью конструктива *The Dark Triad* (Темная триада), состоящего из таких типов личности, как макиавеллизм, нарциссизм и психопатия [*Paulhus & Williams, 2002; Williams, McAndrew, Learn, Harms, & Paulhus, 2001*]. Хотя триада была разработана для включения в нее патологических личностей, обладающих “социально злобными личностными чертами с тенденциями к самопродвижению, эмоциональной холодности, двуличности и агрессивности”, исследования триады проводились как в клинических, так и в субклинических популяциях [*Furnham, Richards, & Paulhus, 2013; Paulhus, & Williams, 2002, p. 557*]. Недавно была добавлена еще одна черта личности — “повседневный садизм”, в результате чего появилась новая *Dark Tetrad* (Темная тетрада) [*Buckels, Jones, & Paulhus, 2013; Chabrol, Van Leeuwen, Rodgers, & Séjourné, 2009; Furnham et al., 2013*]. В этом разделе будут рассмотрены четыре личностных компонента Темной тетрады.

Макиавеллизм — это тактика использования лести и обмана для манипулирования людьми в целях личной выгоды. Люди, обладающие

этой чертой, как правило, циничные и ловкие манипуляторы, которых не беспокоит эксплуатация других [Geis & Moon, 1981]. Нарциссизм в рамках Темной триады относится к людям, выставляющим на показ собственную грандиозность, претенциозность и значимость. Они склонны считать себя уникальными и гиперчувствительны к оскорблениям [Furnham et al., 2013]. Это во многом соответствует концептуализации нарциссического расстройства личности в *DSM-5* [APA, 2013]. Нарциссическое антисоциальное поведение обычно выражается в виде хвастовства, межличностной неискренности или игры, а также эгоизма в романтических отношениях [Foster, Shiverdecker, & Turner, 2016; Vazire & Funder, 2006]. Психопатия — наиболее опасный компонент, включающий в себя высокий уровень импульсивности, стремление к острым ощущениям, межличностную холодность и практически полное отсутствие контроля импульсов, угрызений совести или эмпатии [Baughman, Dearing, Giammarco, & Vernon, 2012; Hare, 1996; Lilienfeld & Andrews, 1996].

Темная тетрада включает в себя как клиническую, так и неклиническую концепцию психопатии. Лица с высоким уровнем выражения личностных черт психопатии в рамках этого конструкта попадают в подкатегорию “успешного психопата”, поскольку такие люди, как правило, обладают более высокими уровнями вегетативной реактивности и исполнительного функционирования, а также имеют архетипические характеристики, такие как поверхностное обаяние, отсутствие тревожности, склонность к самовыражению, отсутствие вины, черствость, эгоцентризм и бесцельность [Lilienfeld, Watts, & Smith, 2015; Mullins-Nelson, Salekin, & Leistico, 2006]. Считается, что эти люди не относятся к судебнo-медицинским и криминальным группам населения и поэтому лучше всего подходят в качестве примеров для применения концептуализации Темной тетрады, поскольку могут свободно взаимодействовать с другими людьми в Интернете, в отличие от заключенных.

Повседневный садизм — четвертый признак в Темной тетраде, описываемый как жестокость, выраженная в повседневной жизни, например, в просмотре жестоких фильмов, просмотре или занятиях жестокими видами спорта, а также в прохождении видеоигр с жестоким содержанием [Buckels et al., 2013]. Исследования показали, что те, кто набрал большее количество баллов по показателю садистских личностных

черт, больше предпочитают висцеральные ощущения от убийства жуков (например, засовывание жуков в “машину для пыток”). Более того, люди с высоким баллом по этой черте склонны усиливать агрессию, тратить больше энергии и времени, чтобы причинить вред другому человеку, с которым соревнуются в компьютерной игре, особенно когда понимают, что другой не будет сопротивляться [Buckels et al., 2013].

Было установлено, что черты, составляющие Темную тетраду, предсказывают антисоциальное поведение в Интернете, как троллинг, нечестную саморекламу, киберагрессию, киберсталкинг и кибербуллинг [Abell & Brewer, 2014; Craker & March, 2016; Sest & March, 2017; Smoker & March, 2017]. Было установлено, что троллинг непосредственно связан с антисоциальным поведением в Интернете и Темной тетрадой. Троллинг — это преднамеренное, агрессивное, обманное и целенаправленно подстрекательское поведение в Интернете [Buckels, Trapnell, & Paulhus, 2014]. Скажем, зайти в чат, предназначенный для представителей определенной политической партии и пропагандировать противоположную партию, или разместить заведомо ложную новость или научную статью, чтобы вызвать споры. Личностные черты Темной тетрады предсказывают участие в троллинге. В частности, было установлено, что психопатия и повседневный садизм являются значимыми предикторами троллинга в нескольких соцсетях, таких как Tinder и Facebook [Buckels et al., 2014; Craker & March, 2016; March, Grieve, Marrington, & Jonason, 2017]. Кроме того, было установлено, что онлайн-троллинг со стороны людей с высоким уровнем психопатии более вероятен, когда жертвы считаются популярными, слабыми и обладают заниженной самооценкой [Book, Costello, & Camilleri, 2013; Hare, 2006; Lopes & Yu, 2017].

Манипулирование информацией с целью саморекламы — обычное явление в онлайн-сообществах, таких как Facebook [Nadkarni & Hofmann, 2012; Petpek, Yermolayeva, & Calvert, 2009]. Макиавеллизм, описанный в Темной тетраде, тесно связан с саморекламой как у женщин, так и у мужчин. Женщины с высоким уровнем макиавеллизма склонны к нечестной саморекламе: пропаганде и реляционной агрессии, как размещение постыдного контента о друге, когда злятся на него, или к иным формам агрессивного поведения в сети, чтобы заставить другого чувствовать себя пристыженным, смущенным или виноватым. Что касается мужчин, то те, у кого высокий балл по макиавеллизму,

склонны больше заниматься саморекламой, публикуя обновления статуса и отмечая себя на фотографиях, чтобы повысить привлекательность и количество подписчиков в социальной сети [Abell & Brewer, 2014; Austin, Farrelly, Black, & Moore, 2007].

Антисоциальное поведение в Интернете может также выражаться в форме киберагрессии, кибербуллинга или киберпреследования. Киберагрессия определяется как преднамеренное нанесение вреда человеку или группе людей с помощью электронных сообщений, целенаправленно оскорбительного, унижительного, вредного или нежелательного содержания [Grigg, 2010]. Например, отправка кому-либо текстового сообщения со словами “ты толстая и никому не нравишься” или распространение слухов о ком-либо на Facebook. Было установлено, что личностная черта психопатии Темной тетрады является самым сильным предиктором участия в киберагрессии на Facebook среди подростков 14–18 лет. Макиавеллизм и нарциссизм также были связаны с таким поведением, но наличие этих черт не является прогностически значимым [Pabian, De Backer, & Vandebosch, 2015]. Анна Курек и ее коллеги обнаружили, что садизм напрямую предсказывает киберагрессию, а психопатия, нарциссизм и макиавеллизм становятся предикторами для киберагрессии только по мере онлайн-расторжения. Это иллюстрирует, что, поскольку люди в Интернете могут скрывать свою личность, они с большей вероятностью выражают эмоциональную холодность, двуличность, агрессивность и хвастовство собой.

Киберсталкинг — еще одна форма онлайн-поведения спектра АСРЛ, которая определяется как преднамеренная, повторяющаяся и злонамеренная слежка или преследование другого человека в сети. Такое поведение включает в себя постоянное удаленное наблюдение, угрозы в адрес идентифицированной жертвы и неоднократные контакты с ней, несмотря на выраженное или подразумеваемое нежелание жертвы в дальнейших контактах [Coleman, 1997; Smoker & March, 2017]. Результаты показывают, что все личностные черты, связанные с Темной тетрадой, являются значимыми предикторами киберпреследования сексуального партнера [Smoker & March, 2017].

Кибербуллинг описывают как постоянное, преднамеренное и вредоносное поведение в Интернете, демонстрируемое против предположительно более слабых людей [Patchin & Hinduja, 2015]. Кибербуллинг

связан с черствостью и безразличием из-за отсутствия эмпатии, раскаяния, чувства вины и минимальной озабоченности собственным поведением и его влиянием на других. Присутствие черствых и безэмоциональных личностных черт также может усиливаться по мере того, как люди чувствуют себя более раскованными в сети, что приводит к кибербуллингу [Wright, Harper, & Wachs, 2019]. Кибербуллинг значительно связан с садизмом, поскольку люди с высоким уровнем садизма склонны к такому поведению и получают личное удовлетворение от того, что их жертвы страдают [van Geel, Goemans, Toprak, & Vedder, 2017]. Нарциссизм, макиавеллизм и психопатия также были косвенно связаны с кибербуллингом; однако только психопатия оказалась связана с буллингом оффлайн, таким как физическое, вербальное, расовое/этническое, косвенное и сексуально ориентированное поведение [Goodboy & Martin, 2015].

Темная тетрада и альтернативная модель DSM-5

Троллинг, нечестная самореклама, киберагрессия, киберсталкерство и кибербуллинг обусловлены или предсказываются компонентами личностных черт, составляющими Темную тетраду. Черты личности, составляющие Темную тетраду, соответствуют идентифицированным патологическим личностным чертам АСРЛ, обнаруженным в альтернативной модели DSM-5. В табл. 2.6 дано краткое описание этой взаимосвязи.

Что касается патологических личностных черт АСРЛ в альтернативной модели DSM-5, существующие исследования продемонстрировали взаимосвязь между макиавеллизмом и манипулятивностью [Bacon & Regan, 2016; Belschak, Muhammad, & Den Hartog, 2018], черствостью [Jones & Paulhus, 2010], лживостью [Lyons, 2019], враждебностью [Jones & Neria, 2015; Pabian et al., 2015] и рискованным поведением [Jones, 2016], но не импульсивностью [Malesza & Ostaszewskil, 2016] или безответственностью [Grigoras & Wille, 2017]. Черта нарциссизма в рамках Темной тетрады сильно связана со всеми патологическими чертами АСРЛ альтернативной модели DSM-5, в том числе с импульсивностью [Krizan & Herlache, 2018; Paulhus & Williams, 2002], рискованным поведением [Foster, Reidy, Misra, & Goff, 2011] и безответственностью [Kernberg, 2007].

Таблица 2.6. Темная тетрада и патологические личностные черты АСРЛ по DSM-5

Личностные черты АСРЛ	Макиавеллизм	Нарциссизм	Психопатия	Садизм
Манипулятивность	Х	Х	Х	
Черствость	Х	Х	Х	Х
Лживость	Х	Х	Х	
Враждебность	Х	Х	Х	Х
Рискованное поведение	Х	Х	Х	
Импульсивность	Х	Х	Х	Х
Безответственность		Х	Х	

Психопатия, или более подходящее определение “успешный психопат”, в рамках Темной тетрады отображает все аспекты патологических личностных черт, составляющих АСРЛ в альтернативной модели DSM-5. Было установлено, что психопатия предсказывает манипулятивность, черствость, лживость, враждебность, рискованное поведение, импульсивность и безответственность [Baughman et al., 2012; Goodboy & Martin, 2015; Lilienfeld & Andrews, 1996; Paulhus & Williams, 2002]. Было установлено, что повседневный садизм сильно связан с черствостью [Paulhus, 2014; Pfattheicher & Schindler, 2015], враждебностью [Buckels et al., 2013; Pfattheicher & Schindler, 2015] и импульсивностью [March et al., 2017]. После обширного поиска не удалось найти данных, связывающих садизм с манипулятивностью, лживостью, рискованным поведением или безответственностью. Это может быть вызвано относительной редкостью этих личностных черт у тех, кто обладает высокой степенью садизма, поскольку они могут быть более откровенными и прямыми в плане причинения боли и неудовольствия другим (не нуждаясь в манипуляции или обмане), могут обладать меньшей склонностью к рискованному поведению, поскольку наслаждение страданиями других не требует личного риска, а наслаждение или причинение боли другим не связано с ответственным выполнением обязательств, соглашений и обещаний.

Темная тетрада и АСРЛ имеют много общих черт и областей различий. Чем больше исследователи и клиницисты будут понимать эти конструкты и аберрантное выражение личностных черт, тем больше вероятность того, что они смогут определить и разработать подходящие методы

лечения для уменьшения прямого разрушения личности и сопутствующего ущерба, часто наносимого людьми, находящимися в спектре АСРЛ.

Успех лечения и эффективные подходы

Поиск эффективных методов лечения для людей, находящихся в спектре АСРЛ, ведется давно, и результаты не слишком обнадеживающие. Многие исследования вмешательств, проведенные с лицами, находящимися в спектре АСРЛ, показывают, что вмешательство неэффективно или связано с высоким уровнем рецидива [Harris & Rice, 2006; Wilson, 2014]. Более того, в метаанализе с изучением более 120 исследований получены выводы, что принудительное лечение неэффективно в плане снижения рецидивов и повышения приверженности терапии, особенно в исправительных учреждениях; напротив, добровольное лечение превосходит принудительное в плане результатов, независимо от его условий [Parhar, Wormith, Derksen, & Beauregard, 2008]. Некоторые исследователи пришли к выводу, что, хотя лица с АСРЛ могут быть устойчивы к некоторым формам когнитивно-поведенческой терапии, поведенческие вмешательства в форме обучения с вознаграждением и обучения на основе условностей могут принести определенную пользу [Brazil, van Dongen, Maes, Mars, & Baskin-Sommers, 2018; Byrd, Loeber, & Pardini, 2014].

Симметрия между моделью СКАО и альтернативной моделью *DSM-5* хорошо объяснена. При добавлении компонента лечения в модели развивается дополнительный конструкт, влияющий на ее течение, который представляет собой опыт индивида в объединенной системе, которую мы называем моделью лечения СКАО-5; полное описание модели и объяснение дано в главе 1. Пятифакторную модель (“большую пятерку”) Кристофера Хопвуда к работе с людьми с расстройствами личности и модель лечения СКАО-5 можно легко применить к АСРЛ.

Первый шаг — определение степени нарушения элементов функционирования личности при АСРЛ, критерий А, с помощью валидных показателей, таких как Шкала оценки общего функционирования личности, самоотчет (LPFS-SR) [Morey, 2017] или Структурированное клиническое интервью для альтернативной модели расстройств личности *DSM-5* (SCID-5 AMPD) [Bender, Skodol, First, & Oldham, 2018], модуль I. Эти показатели иллюстрируют глубинное содержание личностных

черт спектра АСРЛ в отношении идентичности, саморегуляции, эмпатии и интимности.

Следующий шаг в подходе Кристофера Хопвуда по выявлению и определению тяжести имеющихся патологических личностных черт, критерий В, можно применить к индивидууму спектра АСРЛ. Оценку тяжести можно выполнить с помощью таких инструментов, как Личностный опросник для *DSM-5* (PID-5) [Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012], Структурированное клиническое интервью для альтернативной модели расстройств личности *DSM-5*, модуль II или Клинический опросник личностных черт *DSM-5* (PTRF) [APA, 2011]. Эти опросники можно использовать для оценки каждой из 25 предложенных патологических личностных черт, объединенных в пять доменов: негативная аффективность, отстраненность, враждебность, расторможенность и психотизм. Если говорить конкретно об АСРЛ, то у человека, скорее всего, будет повышен уровень враждебности, содержащей манипулятивность, жестокость, лживость и неприязнь, и расторможенности, содержащей рискованное поведение, импульсивность и безответственность. Важно признать, что это вероятные области повышения для индивидов, относящихся к спектру АСРЛ; однако возможно, что из-за вариативности личностной патологии вероятны и другие особенности, характерные для оцениваемого индивида. В процессе лечения важно выявить повышение индивидуальных показателей в других областях.

Далее необходимо выбрать подходящую стратегию вмешательства для людей со спектром АСРЛ. Любая интервенция должна включать принципы модели “риск-потребность-восприимчивость” (Risk-Need-Responsivity, RNR) для решения возникающих проблем и вопросов, чтобы обеспечить практическую структуру организации и проведения программ для исправительных учреждений. Модель RNR более 30 лет используется в лечении правонарушителей в Канаде, Великобритании, Новой Зеландии и Австралии [Andrews, Bonta, & Hoge, 1990]. Ее часто применяют для снижения криминального поведения, характерного для лиц с АСРЛ, и она помогает в реабилитации правонарушителей путем выявления как динамических, так и статических факторов, способствующих повторному совершению правонарушений. Хотя модель RNR ориентирована на уголовных преступников, ее также можно использовать для работы с теми, кто демонстрирует личностные

поведенческие паттерны АСРЛ [Bonta & Andrews, 2007]. Модель RNR базируется на трех основах — выявлении и устранении: 1) факторов риска (например, злоупотребление психоактивными веществами, безработица); 2) областей криминогенных потребностей (характеристик, личностных чертах, проблем или вопросов, непосредственно связанных с вероятностью совершения преступления и повторного преступления); и 3) факторов реактивности (например, потребности в возбуждении, слабой аффективности [Andrews & Bonta, 2010; Andrews, 1990]).

В сочетании с соответствующими данными оценки личности со спектром АСРЛ, собранными на этапах 1 и 2, модель RNR помогает клиницисту определить соответствующие цели лечения. Например, уровень риска в RNR подразумевает определение вероятности того, что человек будет вести себя преступным образом или демонстрировать поведение, обусловленное поверхностным содержанием АСРЛ. Потребность в модели RNR подразумевает определение целей лечения, связанных с характеристиками, личностными чертами, проблемами или вопросами, непосредственно влияющими на вероятность того, что человек повторно совершит правонарушение или будет демонстрировать преступное поведение. Опять же, эта модель фокусируется на преступнике, и ее использование здесь обобщается, чтобы включить тех, кто с большей вероятностью будет вести себя асоциально, например, тех, кто находится в спектре АСРЛ. В табл. 2.7 показаны основные и второстепенные факторы риска/потребности, связанные с RNR, в соответствии с определением Джеймса Бонты и Дональда Артура Эндрюса.

Факторы, перечисленные в категории основных и второстепенных, помогают клиницисту оценить наличие и серьезность проблем, требующих решения, а также вероятность того, что человек применит криминальное поведение или поведение, обусловленное поверхностным содержанием АСРЛ, которое нарушит процесс лечения и прогнозируемые результаты. Если объединить эту информацию с двумя предыдущими этапами модели Кристофера Хопвуда, клиницист получит подробную картину личностных черт спектра АСРЛ, которую обычно не видят и не используют в лечебных учреждениях. Компонент восприимчивости в модели RNR относится к использованию интервенций когнитивного социального обучения [Andrews & Bonta, 2010; Andrews,

1990; Bonta & Andrews, 2007], которые можно включить в следующий этап в процессе лечения.

Таблица 2.7. Основные и второстепенные факторы риска/потребности

Основные	Антисоциальные личностные паттерны	Человек выражает импульсивность, стремление к ярким ощущениям, агрессивность и раздражительность
	Про-криминальные установки	Оправдывает преступное поведение и негативно относится к правовой системе
	Социальная поддержка преступности	Взаимодействует с сетью лиц, совершающих преступления, и не имеет связей с просоциальными людьми
	Злоупотребление психоактивными веществами	Человек в прошлом или настоящем злоупотреблял наркотиками и/или алкоголем
	Семейные/брачные отношения	У человека плохой и непоследовательный родительский контроль и дисциплинарное воспитание, а также бурные семейные отношения
	Учеба/работа	Человек не справляется с учебой или работой и имеет низкий уровень удовлетворенности, связанный с этой сферой
	Низкий уровень просоциальной активности	У человека отсутствует просоциальная активность в сфере досуга и отдыха
Второстепенные	Низкая самооценка	Человек не уверен в своей значимости или способностях
	Необъяснимые чувства дистресса	Переживает необъяснимые чувства тревоги и печали
	Серьезное психическое расстройство	Соответствует критериям шизофрении или биполярного аффективного расстройства

	Физическое здоровье	У человека есть физическое отклонение или дефицит питательных веществ
--	----------------------------	--

Информацию, полученную на предыдущих этапах, лучше всего использовать при определении и целенаправленном вмешательстве для решения проблем глубинного и поверхностного содержания, возникающих под воздействием стресса, чтобы определить частоту сеансов и общую продолжительность лечения. Далее можно использовать когнитивные вмешательства по социальному обучению для решения различных проблем поверхностного содержания, таких как уменьшение депрессивных симптомов и мыслей, увеличение просоциального поведения и сокращение специфического антисоциального поведения и когнийций [Andrews & Bonta, 2010].

Четвертый этап подразумевает предоставление собранной информации клиенту и его близким. Необходимо получить согласие на продолжение терапии и предоставить четкие детали, относящиеся к “правилам лечения”. Эта информация ценна не только для подготовки клиента, но и его близких, которых затрагивает его лечение (супругов, детей). В правилах также следует описать, как будут решаться вопросы безопасности, касающиеся клиента, например угрозы самоубийства. Подготовку к срыву лечения и способы его преодоления также нужно объяснить клиенту, так как лечение людей спектра АСРЛ может быть сорвано различными способами. Это может быть угроза клиницисту или другому персоналу, насилие или агрессивное поведение, злоупотребление психоактивными веществами или рецидив, лишение свободы или тюремное заключение во время прохождения курса лечения, а также потеря жилья и работы [National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010].

Последний шаг этого подхода включает в себя регулярную оценку терапевтического прогресса для определения ослабления или обострения проблем глубинного и поверхностного содержания. Для завершения этого шага можно использовать несколько оценочных показателей, ранее упомянутых в этом разделе. Информация, полученная в ходе постоянного и периодического мониторинга, необходима для оценки изменений в проблемах глубинного и поверхностного содержания, основных/маловажных факторов риска и потребностей. Оценка реакции на вмешательство требует понимания колебаний

этих характеристик во времени и в результате вмешательства, а также позволяет определить новые области для лечения, которые могут возникнуть.

Работа с людьми спектра АСРЛ сопряжена со многими трудностями. Как клиницисты, так и исследователи должны знать, что люди, находящиеся в конце спектра АСРЛ, от умеренной до крайней степени (включая психопатию), могут не получить пользы от лечения, неохотно участвовать в нем или иметь скрытые мотивы, о которых клиницист узнает лишь спустя недели или месяцы терапии. Эти проблемы не означают, что все люди, находящиеся в этом спектре, не должны получать лечение. Чтобы способствовать более точной концептуализации и эффективному лечению следует рассмотреть подходы к нему, такие как обсуждались в этой книге, а также исследовательские и клинические модели, как сформулированные в этой главе, для определения и углубления понимания этого сложного типа личности.