

ПСИХОПАТИИ
(РАССТРОЙСТВА
ЛИЧНОСТИ)

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Психическая индивидуальность человека

Совокупность психофизиологических, психологических
и социально-психологических свойств человека

1. ТЕМПЕРАМЕНТ

(биологическая составляющая психической индивидуальности)

2. ХАРАКТЕР

(психологическая составляющая психической индивидуальности)

3. ЛИЧНОСТЬ

(социальная составляющая психической индивидуальности)

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Сравнительная характеристика черт характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность, гибкость	Деадаптивность, ригидность
Адекватность самооценки (реализм в оценке окружающих)	Неадекватная самооценка (использование каузальной атрибуции)
Зрелость, автономность (самостоятельность)	Инфантилизм, зависимость (несамостоятельность)
Естественность (простота)	Неестественность
Проблемная центрация (фиксация)	Центрация (фиксация) на второстепенном (иесущественном)
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (от самоуничижения к гипероценке)
Оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА

- * В трудах **Филиппа Пинеля** (1809) неправильное поведение без признаков психоза определяется как «мания без бреда»;
- * **Причард** (1835) описывал некоторые патохарактерологические изменения под названием «моральное помешательство»;
- * **Эскироль** (1838) – «инстинктивная мономания»;
- * **Трела** (1853) – люцидное помешательство;
- * Отечественный психиатр **Ф. И. Герцог** (1846) сообщил о лицах со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА.

Различные взгляды

- * Немецкая школа – **J. Koch** (1891) и его труд «Психопатические неполноценности»;
- * Английская и американская школы – **J. C. Prichard** (1835) и его учение о моральном помешательстве и описанные **H. Maudsley** (1871) «Душевнобольной темперамент»;
- * Французская школа – труд **V. Magnan, Legrain** (1903) «Вырождающиеся» и некоторым отдельным высказываниям P. Janet в его исследованиях о неврозах и фиксированных идеях;

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА.

Различные взгляды

- * Отечественная школа – **В. М. Бехтерев (1886)**
«Психопатия (психонервная слабость) и ее отношение к вменению» - первое специальное исследование в России.
- * Психопатию как диагноз впервые поставил **В. Х. Кандинский** при рассмотрении судебного дела о убийстве, которое было совершено лицом без выраженных психических изменений.
- * Взгляды В. Х. Кандинского на психопатию поддерживали **С. С. Корсаков и И. М. Балинский**.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА.

Различные взгляды

Все сказанное свидетельствует о том, что **к концу XIX века** сложились условия для выделения патологии личности из всей массы психических расстройств.

Очевидно, что это обуславливалось не только накоплением знаний о характерологических нарушениях, но и стремлением к созданию нозологической систематики психических болезней, к более точным дефинициям в области психиатрии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Полученные данные позволили:

- * ***E. Kraepelin*** в 7-м издании руководства по психиатрии (1904) описать самостоятельную форму психической патологии – психопатию
- * ***С. С. Корсакову*** в 1901 г. выделить прирожденные психопатические конституции в специальном разделе книги «Курс психиатрии»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатии (С. С. Корсаков) – болезненное расстройство психической деятельности, которое заключается в большей или меньшей недостаточности в психических проявлениях, в неуравновешенности душевного строя, в его дисгармонии и обуславливается или наследственностью, или условиями, влияющими на развитие мозга во внутриутробном периоде.

Определенную роль могут играть внешние факторы (неправильное воспитание, алкоголизм, тяжкие соматические заболевания). Эти состояния длительные, они находятся на границе между здоровьем и психической болезнью, представляют собой аномалии характера и отсутствие нормальной гармонии психической жизни субъекта.

Проявляются они в недостаточной уравновешенности психических актов, недостаточной приспособляемости к окружающей среде и неправильной реакции на различные влияния, действующие на психику.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатии (*Е. Kraepelin*) – промежуточные состояния между психической болезнью и нормой. Они остаются неизменными в течение всей жизни человека.

При этом речь идет о не вполне развитых начальных стадиях собственно психозов или о неудачных индивидуальностях, развитие которых было расстроено вследствие неблагоприятного влияния наследственности, повреждения зародыша или других рано подействовавших задержках развития.

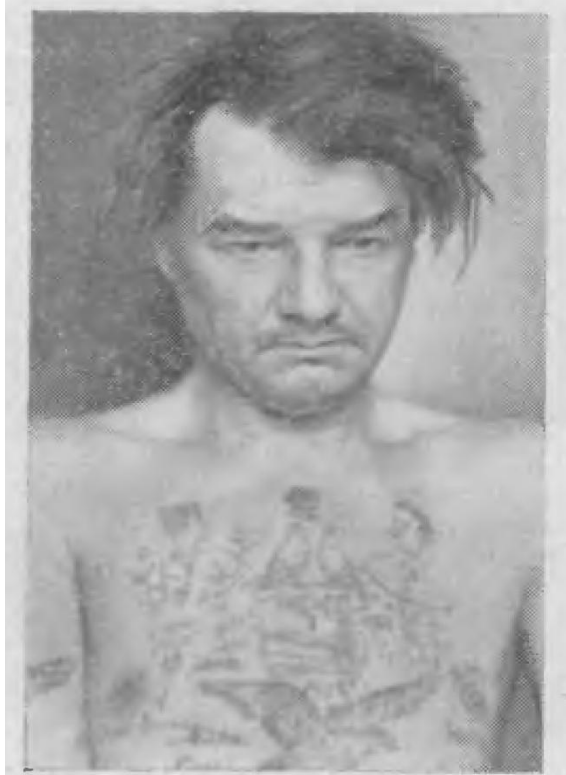
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

После этих работ начался современный этап изучения психопатии.

Большое значение для последующих представлений о психопатиях имели работы ***K. Schneider, E. Kretschmer*** в Германии, в которых даны четкие описания различных клинических форм психопатий, их типология.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатии (К. Schneider, 1923) – болезненные



состояния, проявляющиеся

характерным складом

личности, в котором

пациенты страдают или

страдают или общество.

Рис. 27. Больной, страдающий психопатией.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

В отечественной психиатрии психопатиям уделяли значительное внимание:

- * С. А. Суханов (1912),
- * П. Б. Ганнушкин (1933),
- * Е. И. Краснушкин (1940),
- * Е. А. Попов (1949),
- * О. В. Кербилов (1962),
- * Н. И. Фелинская (1965).

Создали во многом самобытную концепцию психопатий как психической аномалии, которой наряду с известной стойкостью и стабильностью проявлений свойственна своеобразная специфическая динамика в виде временного изменения и усложнения клинической картины.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатии – это такие аномалии характера, которые, по словам *П. Б. Ганнушкина* (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде» .

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Обширные обзоры по клинике психопатий
представлены:

- * D. Henderson,
- * D. Cumin,
- * P. Mallinson,
- * F. Alexander,
- * P. Binder,
- * P. Tolle и др.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

С начала 70-х годов XX века определение «психопатии» в психиатрической литературе постепенно заменяется понятием «расстройства личности».

Этот термин точнее отражает сущность имеющихся у пациентов нарушений и лишен социально отрицательного звучания, которое было свойственно представлениям о психопатиях со времени их выделения в отдельную группу психических расстройств.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатия (от греч. ψυχή — душа + πάθος — страдание, болезнь) (**Расстройство личности в МКБ-10**) — тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

ЭТИОЛОГИЯ

В. Х. Кандинский основной психопатий считал неправильную организацию нервной системы, приводящую к непостоянству, изменчивости, дисгармонии всей душевной жизни. Возникновение психопатий он связывал с наследственной отягощенностью или с влиянием внешних вредностей на ЦНС в ранний постнатальный период.

ЭТИОЛОГИЯ

В. М. Бехтерев считал, что в основе психопатий лежат изменения в структуре головного мозга.

ЭТИОЛОГИЯ

Доказано, что в формировании расстройств личности играют **генетические факторы**.

Также велика роль **органической церебральной дисфункции**, особенно в формировании эмоционально неустойчивого и эпилептоидного типов.

Расстройства личности могут также формироваться под **влиянием неблагоприятных ситуационных воздействий или неправильного воспитания**.

ЭТИОЛОГИЯ

В этиопатогенезе расстройств личности принимают участие **биохимические факторы**.

У пациентов с высоким уровнем импульсивности обнаруживается повышение уровня некоторых половых гормонов (тестостерона, 17-эстрадиола, эстрогена). У них обнаружен также сниженный уровень отдельных метаболитов серотонина. Высокий уровень моноаминоксидазы коррелирует с общим снижением социальной активности больных.

ЭТИОЛОГИЯ

Большой материал по этиопатогенетическим механизмам личностных расстройств получен в ходе **психоаналитического исследования больных**.

З. Фрейд описывал расстройства характера как неблагоприятную социализацию инстинктивных побуждений вследствие нарушенных отношений с родителями. Расстройства обретают различную клиническую структуру в зависимости от периода развития больного, в котором они сформировались.

Решающую роль здесь играют **механизмы психологической защиты**, с помощью которых индивидуум пытается преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни - собственными впечатлениями, потребностями и реальностью.

ЭТИОЛОГИЯ

У пациентов с расстройствами личности **преобладают дезадаптивные защитные механизмы**, которые снижают эффективность приспособляемого поведения.

В то же время, эти защитные приемы позволяют больным контролировать болезненные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическим решениям проблем. В этом и заключается основная причина их устойчивости.

КЛАССИФИКАЦИИ

Разработка клинической классификации расстройств личности встречает серьезные препятствия. Они обусловлены:

- * многообразием вариантов аномальных личностей
- * существованием многочисленных переходных типов, изучение и систематизация которых очень сложна.

Трудности в дифференциации личностных аномалий зависят, образно говоря, «в большей мере от личности психиатра, нежели от личности больного».

Одним полюсом психопатии примыкают к **эндогенным психозам**, а другим - к **широкому кругу психогений**. Такое положение нередко ведет к смешению различных принципов (клинического, психологического и социального) при создании систематики психопатических состояний.

КЛАССИФИКАЦИЯ Е. КРАЕPELIN (1915)

- * Первая попытка классификации.
- * Нет общего критерия для выделения группы – одни группы объединены по клиничко-описательному принципу, а другие - по социально-психологическим или чисто социальным критериям .
- * Группы носят описательный характер.

2. возбудимые;
3. безудержные (неустойчивые);
4. импульсивные (люди влечений);
5. чудаки;
6. лжецы и обманщики (псевдологи);
7. враги общества (антисоциальные);
8. патологические спорщики.

КЛАССИФИКАЦИЯ К. SCHNEIDER (1928)

* Эта классификация построена по описательно-психологическому принципу.

2. **Гипертимики** - уравновешенные, активные люди с веселым нравом, добродушные оптимисты или возбудимые, спорщики, активно вмешивающиеся в чужие дела.
3. **Депрессивные** - пессимисты, скептики, сомневающиеся в ценности и смысле жизни, подчас склонные к самоистязанию и утонченному эстетизму, приукрашивающему внутреннюю безотрадность.
4. **Неуверенные в себе** - внутренне скованные, склонные к угрызениям совести, застенчивые люди, иногда скрывающие эту черту слишком смелой или даже дерзкой манерой поведения.
5. **Фанатичные** - экспансивные, активные личности, борющиеся за свои законные или воображаемые права, либо чудаковатые, склонные к фантазиям, отрешенные от действительности вялые фанатики.
6. **Ищущие признания** - тщеславные, стремящиеся казаться значительнее, чем они есть на самом деле, эксцентричные в одежде и поступках, склонные к вымыслам.

КЛАССИФИКАЦИЯ К. SCHNEIDER (1928)

6. **Эмоционально лабильные** - лица, склонные к неожиданным сменам настроения.
7. **Эксплозивные** - вспыльчивые, раздражительные, легко возбудимые.
8. **Бездушные** - лишенные чувства сострадания, стыда, чести, раскаяния, совести.
9. **Безвольные** - неустойчивые, легко подверженные как положительным, так и отрицательным влияниям.
10. **Астенические** - лица, ощущающие свою душевную и психическую недостаточность, жалующиеся на низкую работоспособность, затруднения в концентрации внимания, плохую память, а также повышенную утомляемость, бессонницу, головные боли, сердечные и сосудистые расстройства.

КЛАССИФИКАЦИЯ Е. KRETSCHMER (1930)

Все личностные аномалии объединены в две группы:
шизоидов и циклоидов.

Существуют биологические корреляции между эндогенными психозами и телесной конституцией. Среди больных шизофренией преобладают лица лептосомной, астенической, атлетической и диспластической конституции. При заболеваниях циркулярного круга преобладает пикническая конституция.

По мнению Е. Kretschmer, аналогичное распределение соматических конституциональных типов наблюдается и в двух группах патологических темпераментов (психопатий) - шизоидов и циклоидов. Шизоиды и циклоиды, по Е. Kretschmer, - это личности, «колеблющиеся» между болезнью и здоровьем.

КЛАССИФИКАЦИЯ Е. KRETSCHMER (1930)

1. **Циклоиды** - простые натуры с непосредственным, естественным и непритворным чувством. Они общительны, приветливы, добродушны, веселы, в тоже время могут быть спокойными, грустными, мягкими.
2. У **шизоидов**, по Е. Kretschmer, различают «внешнюю сторону» и «глубину». Язвительная суровость или тупая угрюмость, колкая ирония, пугливость, молчаливая замкнутость - такова внешняя сторона шизоида. Что бы ни становилось содержанием их представлений - это никому недоступно, все это только для них одних.

КЛАССИФИКАЦИЯ Е. KRETSCHMER (1930)

Для объяснения выделяемых в рамках двух основных конституциональных типов (шизоиды и циклоиды) различных вариантов патологических характеров Е.

Kretschmer выдвинул **концепцию пропорций**, т. е. сочетания ("столкновения") внутри каждого конституционального круга полярных свойств соответствующего темперамента.

- * **Циклотимический** круг определяет так называемая диатетическая пропорция, т. е. различные соотношения между повышенным - веселым и депрессивным - грустным аффектом.
- * **Шизоидам** свойственна психэстетическая пропорция, т. е. различные соотношения между гиперестезией (чувствительностью) и анестезией (холодностью).

Таким образом, в пределах каждой из основных конституциональных групп происходит дифференцировка патологических характеров в зависимости от того, приближается ли циклотимический темперамент больше к веселому или грустному полюсу, а шизотимический - к чувствительному или холодному полюсу.

КЛАССИФИКАЦИЯ П. Б. ГАННУШКИНА (1933)

1. циклоиды
2. астеники
3. шизоиды
4. параноики
5. эпилептоиды
6. истерические характеры
7. неустойчивые
8. антисоциальные
9. конституционально глупые.

КЛАССИФИКАЦИЯ О. В. КЕРБИКОВА (1962)

Две группы психопатий:

1. **конституциональные ("ядерные");**
2. **нажитые.**

К «ядерным» психопатиям относят врожденные (в т. ч. генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде аномалии личности.

Группа нажитых (приобретенных, реактивных) психопатий объединяет патологию характера, формирующуюся в детстве. В генезе личностных аномалий в этих случаях большое место занимают неблагоприятные социально-психологические факторы (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие материнской ласки либо, напротив, гиперопека, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей), которым не противостоят корригирующие воспитательные влияния.

КЛАССИФИКАЦИЯ О. В. КЕРБИКОВА (1962)

По мере окончательного формирования патохарактерологической структуры различия между клиническими проявлениями ядерных и краевых психопатий постепенно нивелируются.

Тем не менее способ формирования расстройств личности целесообразно учитывать при выборе лечебно-профилактических и воспитательных мероприятий, а также при установлении прогноза.

КЛАССИФИКАЦИИ

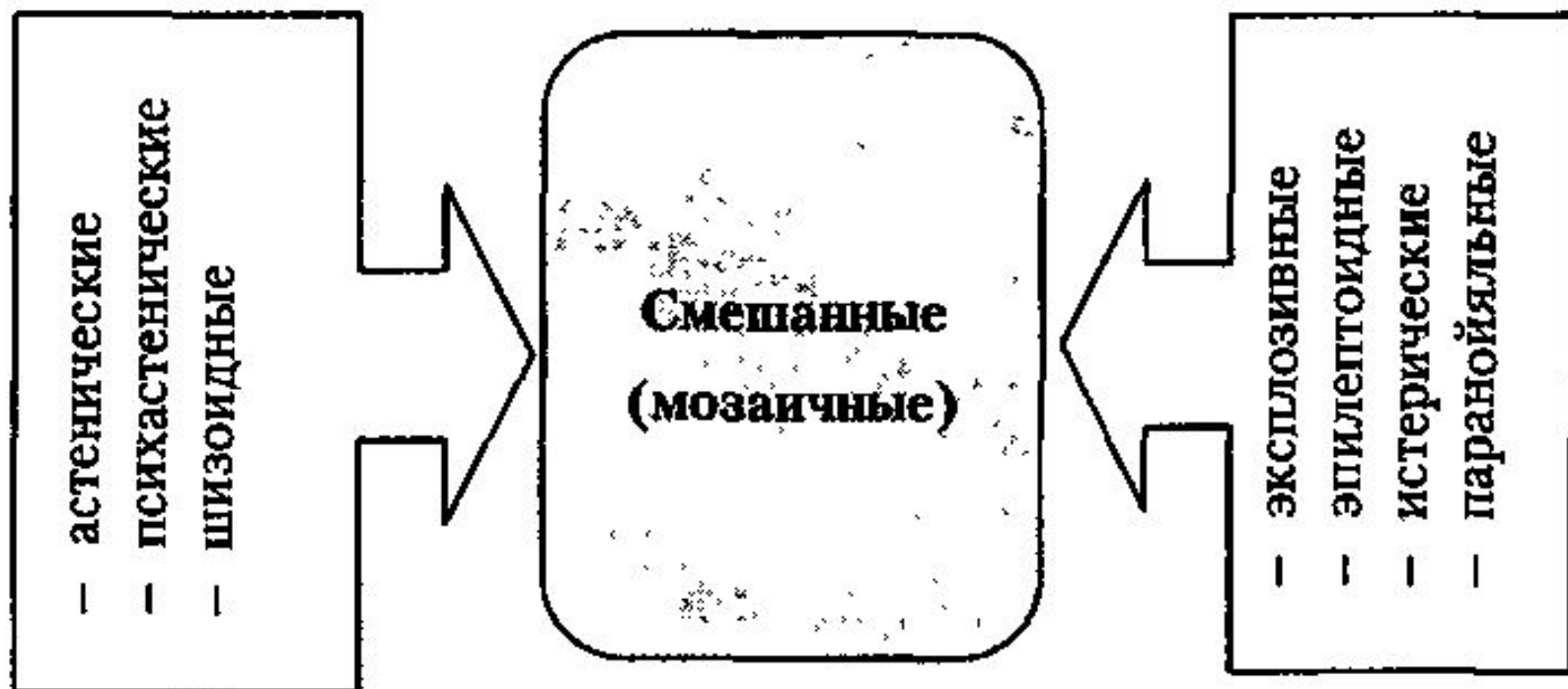
Систематика психопатий по степени выраженности (тяжести) клинических проявлений



КЛАССИФИКАЦИИ

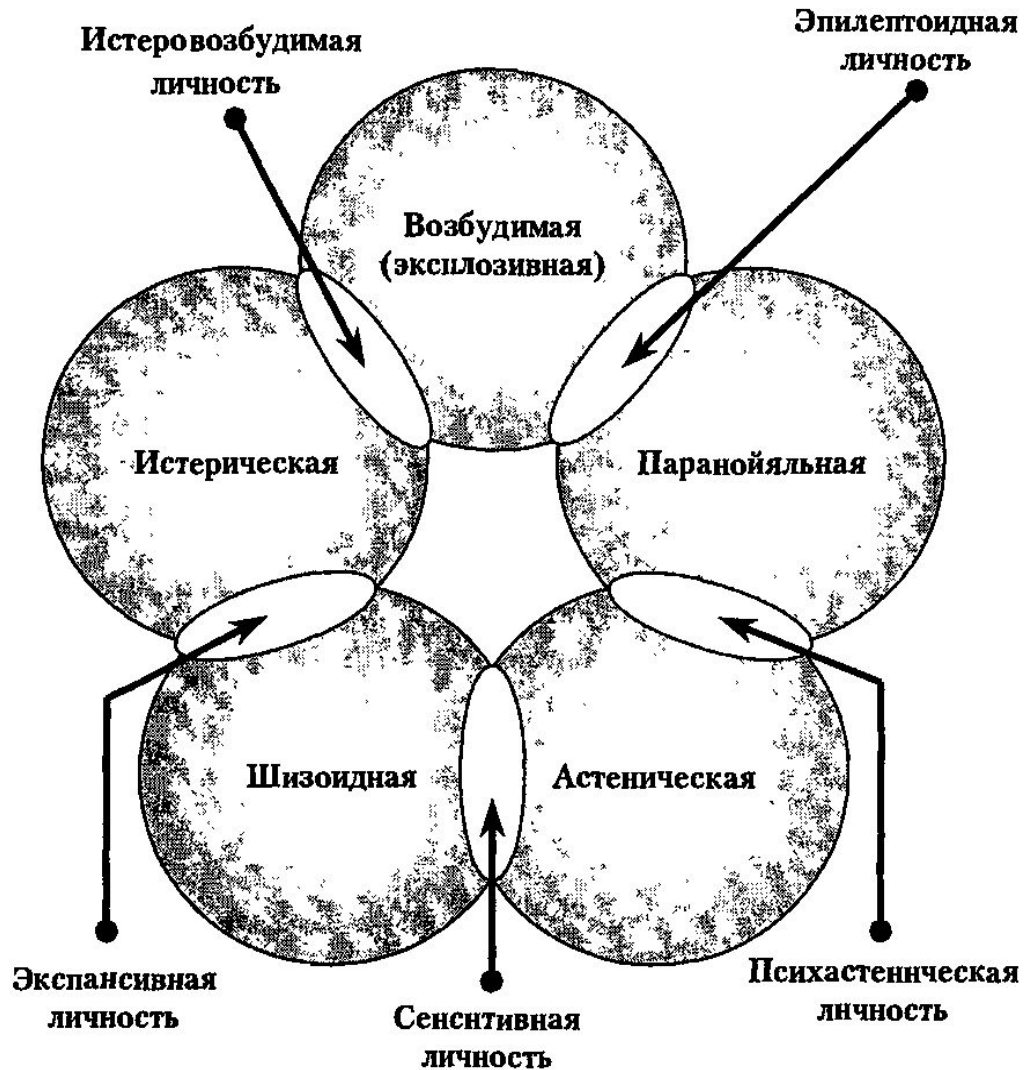
Клиническая систематика психопатий

(по О.В. Кербикову, 1962; Г.К. Ушакову, 1979)



КЛАССИФИКАЦИИ

Соотношение различных клинических форм психопатий
(по Б.В. Шостаковичу, 1988)



КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-9

Астенический тип 301.6

Ананкастический тип 301.4

Шизоидный тип 301.2

Параноидный (паранойяльный) тип 301.2

Возбудимый тип 301.3

Аффективный тип 301.1

Истерический тип 301.5

Неустойчивый тип 301.81

Половые извращения 302

Эмоционально тупые 301.7

Мозаичная психопатия 301.82

КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10

Зависимое расстройство личности F 60.7

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F 60.6

Ананкастическое расстройство личности F 60.5

Шизоидное расстройство личности F 60.1

Параноидное расстройство личности F 60.0

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F 60.30

Циклотимия F34.0

Истерическое расстройство личности F 60.4

Диссоциативное расстройство личности F 60.2

Расстройства сексуального предпочтения F 65

Смешанное расстройство личности F 61.0

КЛАССИФИКАЦИЯ DSM-IV

Группирует расстройства личности в три группы:

Кластер А (необычные или эксцентричные расстройства)

- Параноидное 301.0
- Шизоидное 301.20
- Шизотипическое 301.22

Кластер В (театральные, эмоциональные, или колеблющиеся расстройства)

- Антисоциальное 301.7
- Пограничное 301.83
- Истерическое 301.50
- Нарциссическое 301.6

Кластер С (тревожные и панические расстройства)

- Избегающее 301.82
- Зависимое 301.6
- Обсессивно-компульсивное 301.4

КЛАССИФИКАЦИИ. СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

Группы психопатий	Е.Краепelin (1904)	Е.Kretschmer(1921)	K.Schneider(1923)	Ганнушкин П. Б. (1933)	T.Henderson (1947)	Попов Е.А. (1968)	Кербиков О.В. (1968)	МКБ -9	МКБ-10
Психопатии с преобладанием изменения в сфере мышления			Астенические	Астеники		Астеники	Тормозимые	Астенический тип 301.6	Зависимое расстройство личности F60.7 +Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F60.6
			Ананкастические Неуверенные	Психастеники		Психастеники		Ананкастический тип 301.4	Ананкастическое расстройство личности F60.5
	Чудаки	Шизоиды		Шизоиды (мечтатели)	Неадекватные		Патологически замкнутые	Шизоидный тип 301.2	Шизоидное расстройство личности F60.1
	Сварливые Кверулянты		Фанатики	Фанатики Параноики		Паранойяльные		Параноидный (паранойяльный) тип 301.2	Параноидное расстройство личности F60.0

КЛАССИФИКАЦИИ. СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

Группы психопатий	Е.Кraepelin (1904)	Е.Kretschmer (1921)	K.Schneider (1923)	Ганнушкин П.Б. (1933)	T.Henderson (1947)	Попов Е.А. (1968)	Кербиков О.В. (1968)	МКБ-9	МКБ-10
Психопатии с преобладанием эмоциональных нарушений	Возбудимые	Эпилептоиды	Эксплозивные	Эпилептоиды Циклоиды	Агрессивные	Возбудимые Взрывчатые	Возбудимые	Возбудимый тип 301.3	Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F 60.30
		Циклоиды	Гипертимные Депрессивные Эмоционально-лабильные	Конституционально-возбужденные Конституционально-депрессивные Эмоционально (реактивно)-лабильные		Тимопаты		Аффективный тип 301.1	Циклотимия F34.0
	Фантасты Лгуны и мошеники		Ищущие признания	Истерические Патологические лгуны	Творческие	Истерические	Истеричные	Истерический тип 301.5	Истерическое расстройство личности F 60.4

КЛАССИФИКАЦИИ. СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

Группы психопатий	Е.Kraepelin (1904)	Е.Kretschmer (1921)	К.Schneider (1923)	Ганнушкин П.Б. (1933)	Т.Henderson (1947)	Попов Е.А. (1968)	Кербиков О. В. (1968)	МКБ -9	МКБ -10
Психопатии с преобладанием волевых нарушений	Неустойчивые		Безвольные Неустойчивые	Неустойчивые		Неустойчивые	Неустойчивые	Неустойчивый тип 301.81	Диссоциативное расстройство личности F60.2
Психопатии с расстройствами влечений	Одержимые влечениями					Половые извращения	Сексуальная психопатия	Половые извращения 302	Расстройства сексуального предпочтения F65
Психопатии с нарушением поведения в обществе	Антисоциальные		Холодные	Антисоциальные				Эмоционально тупые 301.7	
Смешанные формы психопатий				Конституционально-глупые			Мозаичная	Мозаичная психопатия 301.82	Смешанное расстройство личности F61.0

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Клинические признаки психопатий («триада П.Б. Гайнушкина»)

1. Тотальность психопатических черт личности (проявляются в любой жизненной ситуации)
2. Стойкость (малая обратимость) патологических черт личности
3. Выраженность патологических черт личности до степени социальной дезадаптации

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)



Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально принятого диапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- когнитивная сфера (т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий);
- эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
- контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
- отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)



Недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т.е. не ограничиваются одним «пусковым механизмом» или ситуацией).



В связи с поведением, отмеченном в пункте «Б», отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)

Г

Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

Д

Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста.

Е

В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга.

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Тенденция приписывать окружающим злые намерения; склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является мысль об особом значении собственной личности.

Чаще встречается у мужчин. Группой повышенного риска являются лица, сформировавшиеся в условиях разных коммуникативных ограничений (представители национальных меньшинств, эмигранты, глухие и т. д.).

Играют некоторую роль и генетические факторы (в семьях больных отмечена повышенная заболеваемость шизофренией и бредовыми расстройствами). Сам больной редко обращается за помощью, а если его направляют родственники, то при беседе с врачом он отрицает проявления расстройства личности. Особую группу составляют фанатичные личности (фанатики).

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностические критерии:

1. чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
2. тенденция постоянно быть кем-то недовольным, склонность не прощать оскорбления, причинение ущерба и пренебрежительное отношение к своей личности;
3. подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных;
4. воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, несоответствующее фактической ситуации;

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностические критерии:

5. возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга;
6. тенденция постоянно относить на свой счёт происходящее вокруг;
7. частые необоснованные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

- Амбулаторно, но при появлении ажитации или агрессии — в стационаре.
- Оптимальный подход – поддерживающая индивидуальная психотерапия (групповую терапию эти пациенты переносят плохо, а поведенческая кажется им излишне принудительной).
- К медикаментозному лечению они относятся подозрительно и эффекта от него обычно не отмечают. Тем не менее, при **эпизодах тревожной ажитации** необходимо кратковременное назначение транквилизаторов (диазепам, феназепам), а при возникновении **бредоподобных истолкований** – нейролептиков в небольших дозах (галоперидол, трифтазин, сонапакс, неупептил).

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

- Амбулаторно, но при появлении ажитации или агрессии — в стационаре.
- Оптимальный подход – поддерживающая индивидуальная психотерапия (групповую терапию эти пациенты переносят плохо, а поведенческая кажется им излишне принудительной).
- К медикаментозному лечению они относятся подозрительно и эффекта от него обычно не отмечают. Тем не менее, при **эпизодах тревожной ажитации** необходимо кратковременное назначение транквилизаторов (диазепам, феназепам), а при возникновении **бредоподобных истолкований** – нейролептиков в небольших дозах (галоперидол, трифтазин, сонапакс, неулептил).

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Характеризуется обращающим на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами.

Больные чаще встречаются в городской малообеспеченной среде. В местах заключения такие пациенты могут составлять до 75% осужденных.

Среди родственников больных этой группы повышена генетическая представленность личностных нарушений диссоциального и истерического типа. Часто обнаруживаются мягкие неврологические знаки и отклонения на ЭЭГ, свидетельствующие о минимальном мозговом поражении в детстве.

Больные могут обладать специфическим поверхностным шармом и производить впечатление (чаще на врачей противоположного пола) обаятельных и располагающих к себе людей.

Основная черта — стремление непрерывно получать удовольствие, максимально избегая труда. Жизнь, начиная с детского возраста, представляет собой богатую историю асоциальных поступков.

Все это образует своеобразный психологический комплекс, обозначаемый в быту как бессовестность.

При этом у них отсутствуют нарушения мышления, напротив, им свойственен повышенный уровень ориентировки в социальной ситуации и хороший вербальный интеллект.

Течение расстройства безремиссионное, пик антисоциального поведения приходится на поздний подростковый возраст. Некоторые лица умудряются никогда не вступать в конфликт с законом, оставаясь лживыми и безответственными в рамках избранной профессии и эксплуатируя других для собственной выгоды.



Женщина – серийная убийца

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностические критерии:

1. бессердечное равнодушие к чувствам других;
2. стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями;
3. неспособность поддерживать устойчивые отношения при отсутствии затруднений в их установлении;
4. крайне низкая толерантность к фрустрации и низкий порог появления агрессивного поведения;
5. отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, особенно наказания;
6. выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом;
7. постоянная раздражительность.

До 18-летнего возраста этот диагноз обычно не устанавливают.

ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

- Пациенты данной группы по определению неспособны к установлению стабильных психотерапевтических отношений.
- Может оказаться полезным проведение семейной или супружеской терапии.
- Медикаментозное лечение призвано решать **задачи контроля над сопутствующими тревожно-депрессивными симптомами, импульсивностью.** К назначению транквилизаторов и барбитуратов надо подходить с осторожностью, учитывая, что эти пациенты представляют собой группу повышенного риска развития токсикомании. Из нейролептиков предпочтительнее галоперидол, сонапакс, неуплептил. В качестве корректора эпизодов агрессивного поведения хорошо зарекомендовали себя препараты солей лития.

ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ИМПУЛЬСИВНЫЙ ПОДТИП

Характеризуется, наряду с неустойчивостью настроения, **выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий.**

Встречается достаточно редко, среди больных преобладают мужчины, которых часто можно обнаружить в исправительных заведениях, тогда как пациентки женского пола встречаются преимущественно в психиатрических больницах. Проявляется расстройство обычно в возрасте 20-40 лет, с достижением среднего возраста острота симптоматики сглаживается.

У больных отмечается слабо выраженные неврологические симптомы и неспецифические отклонения на ЭЭГ, свидетельствующие о незначительной мозговой дисфункции.

Среди неблагоприятных психосоциальных факторов в детстве выделяют **алкоголизм и неупорядоченные половые отношения у родителей, их насильственное поведение по отношению к детям.**

Основным компонентом расстройства являются ***отдельные эпизоды потери контроля над своими агрессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества.***

Уровень агрессивности не соответствует силе ситуативного стресса, послужившего пусковым фактором для эпизода. Вне этих эпизодов проявления импульсивности и агрессивности не типичны для больного.

Профессиональная жизнь обычно не ладится, так как ей препятствуют частые увольнения, конфликты с законом.

ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ИМПУЛЬСИВНЫЙ ПОДТИП

Диагностические критерии:

1. отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий;
2. тенденция к ссорам и конфликтам, усиливающаяся при воспрепятствовании импульсивным действиям или порицании их;
3. склонность к вспышкам ярости и насилия с неспособностью контролировать эксплозивное побуждение;
4. лабильное и непредсказуемое настроение.

ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ИМПУЛЬСИВНЫЙ ПОДТИП. ЛЕЧЕНИЕ.

1. В терапии доминирует медикаментозный компонент. **Оптимальные результаты** достигаются с помощью карбамазепина. При лечении транквилизаторами следует иметь в виду возможность парадоксального усиления раздражительности. Из нейролептиков рекомендуются сонапакс, неулептил, терален, эглонил; из антидепрессантов — обратимые ингибиторы МАО (пиразидол, моклобемид).
2. Психотерапевтические программы (групповая и семейная терапия) не в состоянии предотвратить эпизоды эксплозивности, но могут сгладить социальные последствия агрессивного поведения.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Больные замкнуты и необщительны, не способны к теплым эмоциональным отношениям с окружающими, интерес к сексуальному общению снижен, они склонны к аутистическому фантазированию и погружению в свой внутренний мир (интравертированность), понимание и усвоение общепринятых норм поведения затруднено, что проявляется в эксцентричных поступках.

По некоторым данным шизоидным расстройством личности страдают до 7,5% всего населения, преобладают мужчины (2:1).

Вероятна роль генетических факторов. Страдающие шизоидным расстройством личности обычно живут своими необычными интересами и увлечениями, в которых могут достигать больших успехов.

В связи с особенностями личности они легко переносят лишенную всякой престижности, монотонную деятельность в одиночестве, кажущуюся другим невыносимо скучной.

Характерна частая увлеченность различными философскими учениями, идеями усовершенствования жизни, схемами построения здорового образа жизни (за счет необычных диет или спортивных занятий), особенно, если для этого не надо непосредственно иметь дело с другими людьми. Именно среди них много чудаков, ревнивцев, правдоискателей, реформаторов.

У шизоидов может оказаться достаточно высоким риск пристрастия к наркотикам или алкоголю с целью получения удовольствия или улучшения контактов с окружающими.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагноз устанавливают по следующим (по меньшей мере, четырем)

критериям:

1. лишь немногие виды деятельности доставляют радость;
2. эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект;
3. снижение способности к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим;
4. внешнее безразличие к похвале и критике окружающих;
5. сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (с учетом возраста);
6. почти постоянное предпочтение уединенной деятельности;
7. чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию;
8. отсутствие близких друзей (не более одного) или доверительных отношений и нежелание их иметь;
9. недостаточный учет социальных норм и требований, частые не намеренные отступления от них.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

1. Вследствие низкой мотивации к лечению и трудностей в установлении отношений с врачом больные шизоидного типа **плохо вовлекаются в психотерапию, особенно групповую.**
2. Эффективной может оказаться ***индивидуальная поведенческая программа социальной активации.***
3. Лекарственная терапия носит в основном симптоматический характер (купирование симптомов дисфории и тревоги транквилизаторами или небольшими дозами нейролептиков).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Чрезмерная эмоциональность и стремление к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях.
- Это расстройство личности преобладает у женщин, часто сочетаясь с соматизированным расстройством и алкоголизмом. **Формирование истерической психопатии завершается в 12-17 лет.** Считают, что трудности в межличностных отношениях в детстве преодолевались с помощью театрального поведения.
- **Основная черта:** поиск внимания к себе окружающих. Пациенты непостоянны в своих привязанностях, капризны, проявляют непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу).
- В беседе с врачом больные склонны к детализированному рассказу о себе, сопровождаемому красочными метафорами, театральной жестикуляцией и интонацией. Самое непереносимое для больных — равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя». Повышенная зависимость от признания себя окружающими делает их излишне доверчивыми и наивными. Представителям обоих полов свойственно акцентировать свою сексуальную привлекательность, для чего используются фривольность, флирт, карикатурное подчеркивание своей неотразимости (при этом, однако, нередки психосексуальные дисфункции — аноргазмия у женщин и импотенция у мужчин).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагноз устанавливают при наличии, по меньшей мере, четырех из следующих критериев:

1. театральность поведения или преувеличенное выражение чувств;
2. внушаемость, легкое подчинение влиянию окружающих людей или ситуаций;
3. поверхностная и неустойчивая эмоциональность;
4. постоянный поиск возбуждающих переживаний и такой деятельности, в которой пациент находится в центре внимания;
5. неадекватное подчеркивание своей сексуальности и обольстительности (внешностью и поведением).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

1. **Медикаментозная терапия** (в самом широком диапазоне — от успокаивающих микстур до небольших доз нейролептиков — в зависимости от степени выраженности и ведущего симптома) целесообразна только **в случаях декомпенсаций**.
2. При психомоторном возбуждении и дисфории применимы все препараты с седативным действием: транквилизаторы (диазепам, феназепам), трициклические антидепрессанты (герфонал, доксепин, amitриптилин, леривон). Хороший эффект дают повторные внутримышечные инъекции тизерцина (1,0-2,0), а также назначение более «мягких» нейролептиков: сонапакс, эглонил, неупептил, терален.
3. Наиболее адекватным психотерапевтическим методом при этом расстройстве считается **психоаналитически ориентированная индивидуальная и групповая терапия**.

АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости и продуктивности.
- Расстройство чаще встречается у мужчин, особенно у старшего среди братьев и сестер.
- **Отмечается генетическая заинтересованность** (представленность расстройства среди прямых родственников больных достоверно выше, чем в популяции).
- Пациентам **свойственна чрезмерная** озабоченность правильностью, упорядочиванием всего и вся, деталями, опрятностью и стремлением к совершенству, что значительно сужает их приспособительные возможности к окружающему миру.
- Больные **лишены одного из важнейших адаптивных механизмов** — **чувства юмора** и всегда серьезны.
- Они обладают высокой работоспособностью, но лишь тогда, когда не требуется гибкого приспособления к меняющимся условиям работы.

АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Такие личности готовы посвятить себя работе в ущерб семье и друзьям. *Им не свойственна* спонтанность и импульсивность; они нетерпимы ко всему, что угрожает порядку и совершенству; созданные ими браки обычно долговременны, круг друзей узок.
- Постоянные сомнения в принятии решений вызваны страхом совершить ошибку, что отравляет им радость от работы, но тот же страх мешает им сменить место деятельности.
- В позднем возрасте, когда становится очевидно, что достигнутый ими профессиональный успех не соответствует первоначальным ожиданиям и приложенным усилиям, повышен риск развития депрессивных эпизодов и соматоформных расстройств.

АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагноз устанавливают при соответствии состояния четырем из следующих признаков:

1. постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность;
2. постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, планами;
3. стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки уже сделанного;
4. чрезмерная добросовестность и скрупулезность;
5. неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
6. чрезмерная педантичность и следование социальным условностям;
7. ригидность и упрямство;
8. необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие делали все в точности так, как и сам больной, или столь же необоснованное нежелание позволять другим поступать самостоятельно.

АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

1. Лечение облегчается тем обстоятельством, что в отличие от других больных психопатиями **они осознают причинно-следственную связь между своими личностными особенностями и теми проблемами социальной адаптации, которые они вызывают.**
2. Лечение, если нет выраженной социальной дезадаптации, амбулаторное.
3. Методом первого выбора является **психоаналитически ориентированная индивидуальная и групповая психотерапия**, которую необходимо продолжать в течение нескольких месяцев или даже лет.
4. Из фармакотерапевтических средств наиболее эффективны при купировании симптомов тревоги и субдепрессии кратковременные (2—3 мес) курсы клоназепама и антидепрессантов — анафранила и прозака.

ТРЕВОЖНОЕ (УКЛОНЯЮЩЕЕСЯ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Это чрезвычайно чувствительные и впечатлительные лица, отличающиеся высокими моральными требованиями к самим себе. Они постоянно ощущают свою неполноценность.
- Обидчивы, ранимы, застенчивы и робки, что мешает им подружиться с теми, кто им симпатичен. Они не умеют и не стремятся быть лидерами, не выносят авантюры, поэтому на первый взгляд производят впечатление замкнутых людей.
- Избегают рискованных развлечений, плохо переносят новую обстановку, с незнакомыми людьми становятся еще более робкими и застенчивыми, избегают общения с ними. Однако **их нельзя полностью отнести к замкнутым личностям**: с родственниками и хорошо знакомыми людьми они общаются охотно, послушны, приветливы, обнаруживают глубокую привязанность к тем, кто их любит, в то время как шизоиды отгорожены даже от своих близких.
- Больные с **очень слабой степенью адаптации**. Даже для взрослых людей любые незначительные неприятности, связанные с отношениями окружающих и бросающие тень на их репутацию, могут вызвать длительные периоды уныния, подавленности, вплоть до депрессивных состояний.

ТРЕВОЖНОЕ (УКЛОНЯЮЩЕЕСЯ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Для диагностики тревожного (уклоняющегося) расстройства личности кроме общих симптомов при определении расстройств личности должны быть выявлены по крайней мере четыре из нижеприведенных поведенческих стереотипов:

- 1) стойкое чувство напряженности и озабоченности;
- 2) убежденность в своей социальной непривлекательности или малоценности по сравнению с другими;
- 3) повышенная озабоченность неприятием себя в социальных ситуациях и нарастание напряженности из-за критики в свой адрес;
- 4) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться;
- 5) уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, а также из-за боязни критики в свой адрес, неодобрения или отвержения.

ТРЕВОЖНОЕ (УКЛОНЯЮЩЕЕСЯ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

1. Условия лечения: амбулаторное.
2. Фармакотерапия: транквилизаторы; антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом в малых суточных дозах (амитриптилин, тразодон, миансерин); нейролептики (тиоридазин, алимемазин).
3. Психотерапия: **психодинамическая терапия;**
когнитивная терапия.
4. Непродолжительные курсы фармакотерапии (до 3-х месяцев), направленные на купирование симптомов тревоги или субдепрессии. Длительная психотерапия (в течение нескольких месяцев или лет).

ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Принятие любых мало-мальски ответственных решений они стараются переложить на плечи окружающих. **В повседневной жизни** они малоактивны, утомляемы; в общении с людьми им недостает инициативы, самостоятельности, способности противостоять чужим желаниям.
- Признаки зависимого расстройства личности впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы, **проявляясь поначалу астеническими чертами** — резким утомлением к концу занятий, снижением успеваемости, а также повышенной робостью, нерешительностью, застенчивостью, чувством собственной неполноценности.
- Чаще всего **формирование зависимой психопатии происходит в пубертатный период.**
- Зависимым личностям **свойственны общая** «нервная слабость», чрезмерная чувствительность и впечатлительность, склонность к самонаблюдению.

ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- **Внутренний мир определяется** сложным комплексом переживаний, среди которых преобладают сознание собственной несостоятельности, беспомощности, ощущение зависимости от окружающих, опасения предстоящих трудностей, превратностей судьбы. Страхась ответственности и необходимости проявлять инициативу, они обычно довольствуются второстепенными ролями, обнаруживают пассивную подчиняемость.
- **В семье также находятся на положении** «взрослых детей», за которых родители или супруг решают все основные вопросы; из боязни быть отвергнутыми стараются не противоречить сослуживцам и родственникам, безропотно сносят все обиды и унижения, всегда готовы всем услужить.
- **При внезапном изменении обстоятельств**, связанном с необходимостью принятия самостоятельных решений, могут возникнуть кратковременные тревожные состояния с ощущением беспомощности, собственной несостоятельности. В более тяжелых ситуациях возможны реакции «ухода из действительности», протекающие с картиной тревожно-апатической депрессии со страхом одиночества и стремлением уйти от жизненных невзгод.

ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностируется при наличии трёх и более из нижеследующих признаков:

1. стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;
2. подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;
3. нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;
4. чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;
5. страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;
6. ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. ЛЕЧЕНИЕ.

- Условия лечения: амбулаторное.
- **Фармакотерапия:** транквилизаторы; трициклические антидепрессанты - в небольших суточных дозах.
- **Психотерапия:** психодинамическая терапия; когнитивная терапия.
- Непродолжительные (1 - 2 месяца) курсы фармакотерапии, направленные на купирование симптомов тревоги. Длительные курсы психотерапии (6 - 24 месяца), направленные на изменение защитных механизмов.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Основные динамические сдвиги при психопатиях

Основные динамические сдвиги		Связь с психогенными факторами	Длительность
Реакции	Специфические	+	Часы–дни
	Неспецифические		
Декомпенсации		+	Недели–месяцы
Фазы		—	Недели–месяцы

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Принято рассматривать два состояния:

- * Компенсации (состояние, при котором психопат адаптирован к тем социальным условиям, которые его окружают)
- * Декомпенсации

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Также выделяют психопатические, или патохарактерологические реакции:

1. Однозначная типу реакция (реакция вписывается в привычные рамки характера и черт личности психопата);
2. Неоднозначная типу психопатии реакция (реакция кардинально отличающаяся от привычного *modus operandi* психопата)

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Патологическое или патохарактерологическое развитие личности.

Тогда, когда присутствуют два фактора:

- * Наличие собственно психопатии
- * Постоянно действующая неблагоприятная внешняя обстановка

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Возрастная динамика.

1. Пубертатный период;
2. Далее пик «сглаживается»;
3. Инволюционный период;

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



ЛИТЕРАТУРА

1. Б. В. Шостакович, В. Ф. Матвеев «Психопатии и патохарактерологические развития» // Руководство по психиатрии. Под ред.. Г.В. Морозова. Т.2 М., 1988;
2. «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» Приказ Министерства здравоохранения РФ 6 августа 1999 г. №311 (НЦПИ)»;
3. Ю. В. Попов, В. Д. Вид «Современная клиническая психиатрия». М.: "Экспертное бюро-М", 1997, 496 с.;
4. А. Б. Смулевич «Пограничные психические нарушения»;
5. П. Б. Ганнушкин «Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Некоторые общие соображения и данные»;
6. А. Е. Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков»;
7. П. М. Зиновьев «Психопатии»;
8. А. В. Рустанович, В. К. Шамрей «Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках». СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006, 216 с.;
9. О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский «Психиатрия». М.: «Медицина», 1968, 448 с