

# РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

**Распространенность** расстройств личности варьирует от 10,3% до 13,5% (G. de Girolamo и J. h. Reich, 1995).

Среди суицидентов выявляется около 25% психопатических лиц (Амбрумова А.Г., Тихоненко В. А., 1980).

Для врачей общей практики знание особенностей становления расстройств личности и роли семейного воспитания в процессе формирования психопатий является очень важным.



# История учения о психопатиях

Одно из первых описаний психопатий принадлежит католическому монаху **Региомонтанусу** (Иоганн Мюллер) (1436-1476).

Он писал о злых людях, не осознающих своей безнравственности, приносящим окружающим только несчастья, большинство таких людей сами ищут своей смерти, ввязываясь во всевозможные дуэли, драки и пр., а некоторые из них заканчивают жизнь в монастыре или в приюте для инвалидов, одинокие и никому не нужные.

В 1835 г. Джеймс Причард – термин, которым в течение многих десятилетий обозначали психопатии: «моральное помешательство».

В XIX в. термином «психопат» называли любую психическую патологию.

В 1880-х годах – промежуточные между нормой и психической патологией расстройства.

Приоритет в этом принадлежит великим русским психиатрам И.М. Балинскому (1827-1902), В.Х. Кандинскому (1849-1889) и С.С. Корсакову (1854-1900).

Чезаре Ломброзо в книге «Гениальность и безумие» описывал людей, которые являют собой переходную ступень между здоровым и душевнобольным человеком. Трактат о психопатах-преступниках – основа для дискуссии о природе преступности.

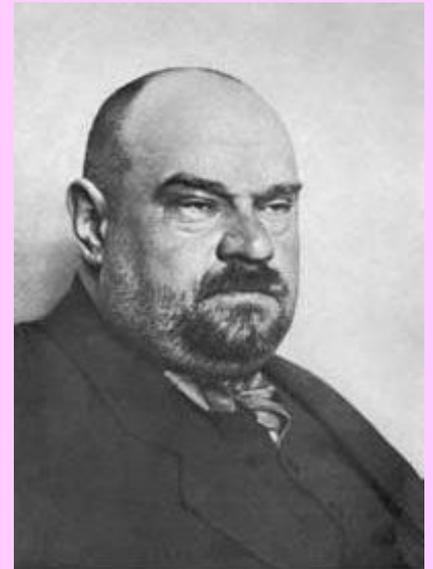


Автор первой монографии, посвященной психопатиям – **В.М.Бехтерев**

Развитие учения о психопатиях в западной психиатрии связано с именами **И.Коха, Э. Крепелина, К. Шнайдера, В. Гризингера.**

**П.Б.Ганнушкин** – наиболее четкое определение психопатии.

Работы **О.В.Кербикова**: психопатии могут быть не только «врожденными» (ядерными), но и «краевыми», сформировавшимися в результате патохарактерологического развития.





Важный этап в разработке проблематики указанных расстройств наступил с момента выделения акцентуаций – понятия, введенного **К. Леонгардом** (1964, 1981) и **А.Е. Личко** (1973, 1983), для характеристики девиаций темперамента, характера или личности психически здоровых лиц.

**Акцентуации характера** – крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, в связи с чем обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

**Расстройство личности (психопатия)** – стойкое патологическое состояние, которое характеризуется дисгармоничностью личности вследствие врожденной или рано приобретенной неполноценности высшей нервной деятельности под влиянием отрицательных внешних воздействий и не претерпевающее существенных изменений на протяжении жизни.



## три основных клинических признака РЛ (триада Ганнушкина-Кербикова)

**1. Тотальность.** Патологические черты проявляются везде, в любой обстановке (дома, на работе, в школе и т.д.). Аномальной является вся личность в целом.

**2. Стабильность.** Патологические черты проявляются рано и существенно не изменяются с возрастом.

**3. Социальная дезадаптация** вследствие патологических черт личности.

- нормальный интеллектуальный уровень
- диагноз расстройства личности не рекомендуется ранее 16-17 лет

**Согласно МКБ-10**, говорить о психопатиях можно, когда постоянные типы внутренних переживаний и поведения человека в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого диапазона. Отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- **Когнитивная сфера**, т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей, событий.
- **Эмоциональность**, т.е. диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций.
- **Контролирование влечений и удовлетворение потребностей**.
- **Отношения с окружающими**.



Преобладают патохарактерологические аномалии истерического и возбудимого типов (возбудимые – 32,5%, истерические – 34%, тормозимые – 15-20%) (Шостакович Б. В., 1997) (по данным КОПД).

- Распространенность – выше среди городского населения и в группах с низким социально-экономическим статусом.

- Истерический и зависимый тип – чаще у женщин,
- диссоциальный и обсессивно-компульсивный – у мужчин.
- Соотношение мужчин и женщин - 2:1.



# Этиопатогенез психопатий

- Чаще – полиэтиологичный:  
наследственные факторы,
- органическое поражение ЦНС
- влияние микросоциального окружения.

# Классификация РЛ по этиопатогенезу (О.В. Кербикова)

- **Ядерные** («конституциональные», «истинные») в основе – биологическая аномальность высшей нервной деятельности. Обострения - в период возрастных кризов. Начальные проявления - в  $4,0 \pm 1,9$  лет.
- **Краевые** – основное значение в формировании - психогенные и ситуационные факторы.
  - в  $9,2 \pm 2,3$  лет.
- **Органические** – вследствие экзогенно-органических факторов до 3,5 лет при условии полного затухания органического процесса и наличия относительной сохранности интеллектуально-мнестической сферы. В основе - легкая органическая недостаточность, так называемая «минимальная мозговая дисфункция». Начальные проявления - в  $2,4 \pm 1,3$  лет.
- **Смешанные**

# Патохарактерологические реакции

Возникают на основе характерологических реакций, при этом со временем:

1. утрачивается их психологическая понятность;
2. измененное поведение выходит за пределы микросоциальной среды, в которой оно возникло;
3. присоединяются невротические расстройства;
4. нарушается социально-психологическая адаптация.

О патохарактерологическом развитии свидетельствует учащение патохарактерологических реакций и их стабильность на протяжении не менее 2 лет.



**Психопатии** – динамическое состояние.

Динамические сдвиги при психопатиях:

**Психопатические реакции** – резкий способ усиления привычного способа реагирования на внешние вредности, с кратковременным усилением психопатических особенностей.

- **Психопатическая декомпенсация** – резкое утяжеление психопатических черт характера (личность теряет способность к адаптации). Возникают под влиянием психогенных факторов. Более длительные состояния.
- **Фазовые состояния** – аутохтонно возникающие состояния утяжеления патологических черт. Первое фазовое состояние часто возникает в пубертатном возрасте.
- **Депсихопатизация** – состояние стойкой компенсации. Часто под влиянием микросоциального окружения (например, семьи).

**В МКБ-10** расстройства личности описаны под кодами **F-60** (специфическое расстройство личности).

# F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности

характерны:

- ригидность, склонность к фиксации на определенных идеях и представлениях – сверхценные идеи («мысли управляют человеком»)
- подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;
- сверхбдительность, недоверие;
- тенденция постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока (завышенная самооценка);
- чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- незрелость, прямолинейность, примитивность;

# F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности

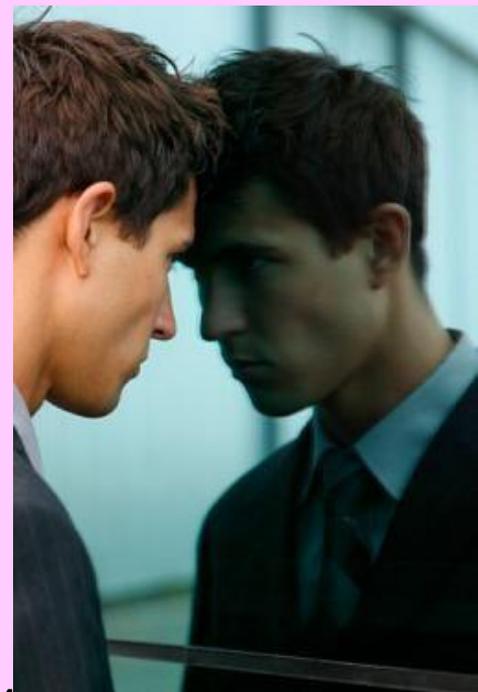
- воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;
- возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;
- тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;
- охваченность несущественными "законспирированными" толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.
- Экспансивный вариант – фанатики, реформаторы. Конфликтны, борются с врагами, а не за общее дело
- Идеи ревности, изобретательства, религии, реформаторства и др.



# F60.1x Шизоидное расстройство личности

## Критерии:

- с детства – отгорожены, интравертированы, диспропорция между умственным и моторным развитием;
- незаурядные способности к точным и абстрактным наукам,
- интерес к философским проблемам
- своеобразие хобби
- мало что доставляет удовольствие или вообще ничто;
- эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
- неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
- слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
- незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом,
- повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;
- заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам условиям,
- отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.



# F60.2x Диссоциальное расстройство личности

Грубое несоответствие между поведением и социальными нормами.

Характерно:

- Недоразвитие высших чувств
- бессердечное равнодушие к чувствам других;
- грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными
- правилами и обязанностями;
- неспособность поддерживать
- взаимоотношения при отсутствии
- затруднений в их установлении;



# F60.2x Диссоциальное расстройство личности

- крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
  - неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
  - выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.
  - Эгоистичность, импульсивность, упрямство,
  - лживость, жестокость
  - Не могут систематически трудиться
- В качестве дополнительного признака может иметь место постоянная раздражительность. Часто начинается в детском и (или) подростковом возрасте.



## F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Ярко выражена тенденция действовать импульсивно, без учета последствий. Способность планирования минимальна; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо "поведенческим взрывам", они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют.

Две разновидности (присутствует общая основа импульсивности и отсутствия самоконтроля):

### 1. Импульсивный тип (F60.30x)

- Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость, возбудимость и отсутствие контроля импульсивности.
- Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.



## 2. Пограничный тип (F60.31x)

- эмоциональная неустойчивость.
- Преобладает стремление к получению удовольствий
- Кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены.
- Склонность к напряженным (неустойчивые) отношениям может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз.
- «Зигзаги» поведения
- Внушаемы, легко попадают в асоциальные компании



# F60.4x Истерическое расстройство личности

## Характеризуется:

- самодраматизацией, эгоизмом, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;
- внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;
- поверхностностью и лабильностью;
- демонстративностью



# F60.4x Истерическое расстройство личности

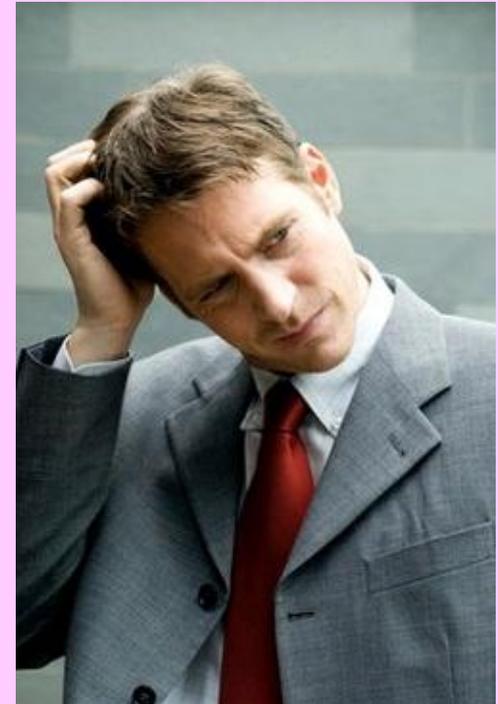
- постоянное стремление к признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой находится в центре внимания;
- неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;
- чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.
- легкость обид
- постоянное манипулятивное (демонстративно-шантажное) поведение для удовлетворения своих потребностей.
- Своеобразные хобби



# F60.5x Ананкастное расстройство личности

Характерны:

- а) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- б) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- в) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;
- г) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- д) повышенная педантичность и приверженность социальным условностям;
- е) ригидность и упрямство;
- ж) необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности, как и он сам, или неблагоприятное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;
- з) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.



# F60.6x Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности

## Характеризуется:

- постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;
- представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;
- нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;



## F60.6x Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности

- ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;
- уклонение от социальной и (или) профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения или отвержения.
- гиперсенситивность к отвержению и критике.



# F60.7x Расстройство типа зависимой личности

характеризуют:

- а) стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;
- б) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желанием;
- в) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидuum находится в зависимости;



## F60.7x Расстройство типа зависимой личности

- г) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;
- д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;
- е) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.



Дополнительные признаки могут включать представления о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью.

## F61 Смешанное расстройство личности

Эта категория предназначена для личностных расстройств и аномалий, которые часто причиняют беспокойство.

Имеются признаки нескольких расстройств из F60, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы более специфическую диагностику.



**Диагностика психопатий** основана на вышеизложенных клинических особенностях. Для квалификации расстройства личности достаточно широко используются также психометрические инструменты (шкалы, опросники и т.п.).

Опросники G.Eysenck, R.Cattell, личностная и ситуативная тревожность (Ch.Spielberger), экстернальный/интернальный локус контроля (J.Rotter) и др.

MMPI, опросник Шмишека, патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (1976, 1979) для подростков.

# Дифференциальная диагностика

- сложный вопрос (пограничное положение РЛ между здоровьем и болезнью, многообразие клинических проявлений, частота мозаичных и осложненных форм психопатии).

Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика психопатий в подростково-юношеском возрасте.

Дифференциальный диагноз с:

- Акцентуациями характера.
- Невротическими расстройствами.
- Психопатоподобной шизофренией.
- Психопатоподобными расстройствами при соматогенных и органических заболеваниях, УО, эпилепсии.
- Патохарактерологическими реакциями подросткового возраста.
- Психопатоподобным поведением при социально-педагогической запущенности.

# Судебно-психиатрическая экспертиза

Лица, страдающие психопатией, как правило, признаются вменяемыми.

Лица с глубокой личностной патологией (например, при наличии сверхценных или бредовых идей), а также, если правонарушение совершено в период тяжелой декомпенсации или острой психопатической реакции, признаются невменяемыми и к ним могут быть применены медицинские меры принудительного характера.

Резко выраженные, не поддающиеся компенсации ядерные формы психопатий и патологическое развитие личности (паранойальное, обсессивно-фобическое и др.), признаются негодными к военной службе.

**Лечение расстройств личности** является комплексным, индивидуальным, длительным и включает в себя следующие направления:

- Психотерапия
- Длительное медикаментозное лечение, направленное на компенсацию биологической недостаточности психопатий
- Купирование психопатических обострений
- Медикаментозное лечение.



# Медикаментозное лечение

С учетом преобладающего радикала РЛ (гипер- или гипостенический).

## **При гиперстеническом (возбудимом) типе:**

- нейролептики (аминазин, неупептил, сонапакс, хлорпротиксен, галоперидол, лепонекс) в средних дозах длительным курсом.

## **При гипостенической психопатии рекомендуются**

- нейролептики: трифтазин, френолон, этаперазин, сульпирид в малых дозах короткими курсами (2-3 недели),
- антидепрессанты: рексетин, пиразидол, анафранил, азафен и др.

# Медикаментозное лечение



**При зависимом, ананкастном РЛ :**

- транквилизаторы (феназепам, тазепам, сибазон и др.)

**При аффективных колебаниях:** - нормотимики  
(карбамазепин, вальпроат натрия).

- Ноотропы: пирацетам, аминалон, пантогам,  
пиридитол, пикамилон и т.д.

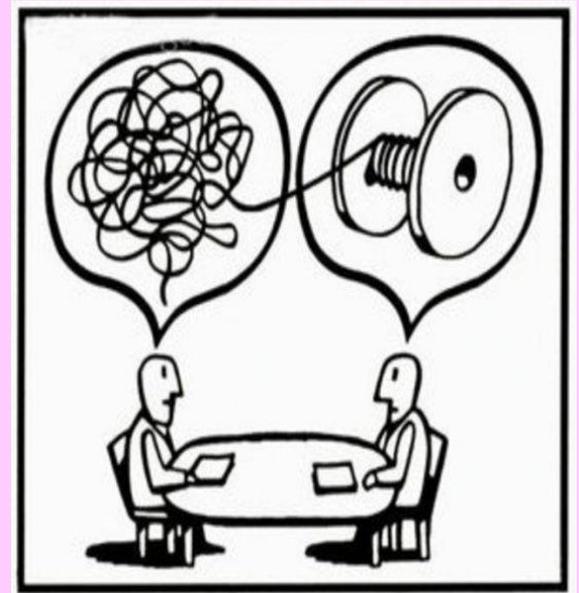
- Витамины: пиридоксина, альфа-токоферола,  
витаминов группы В, никотинамида.

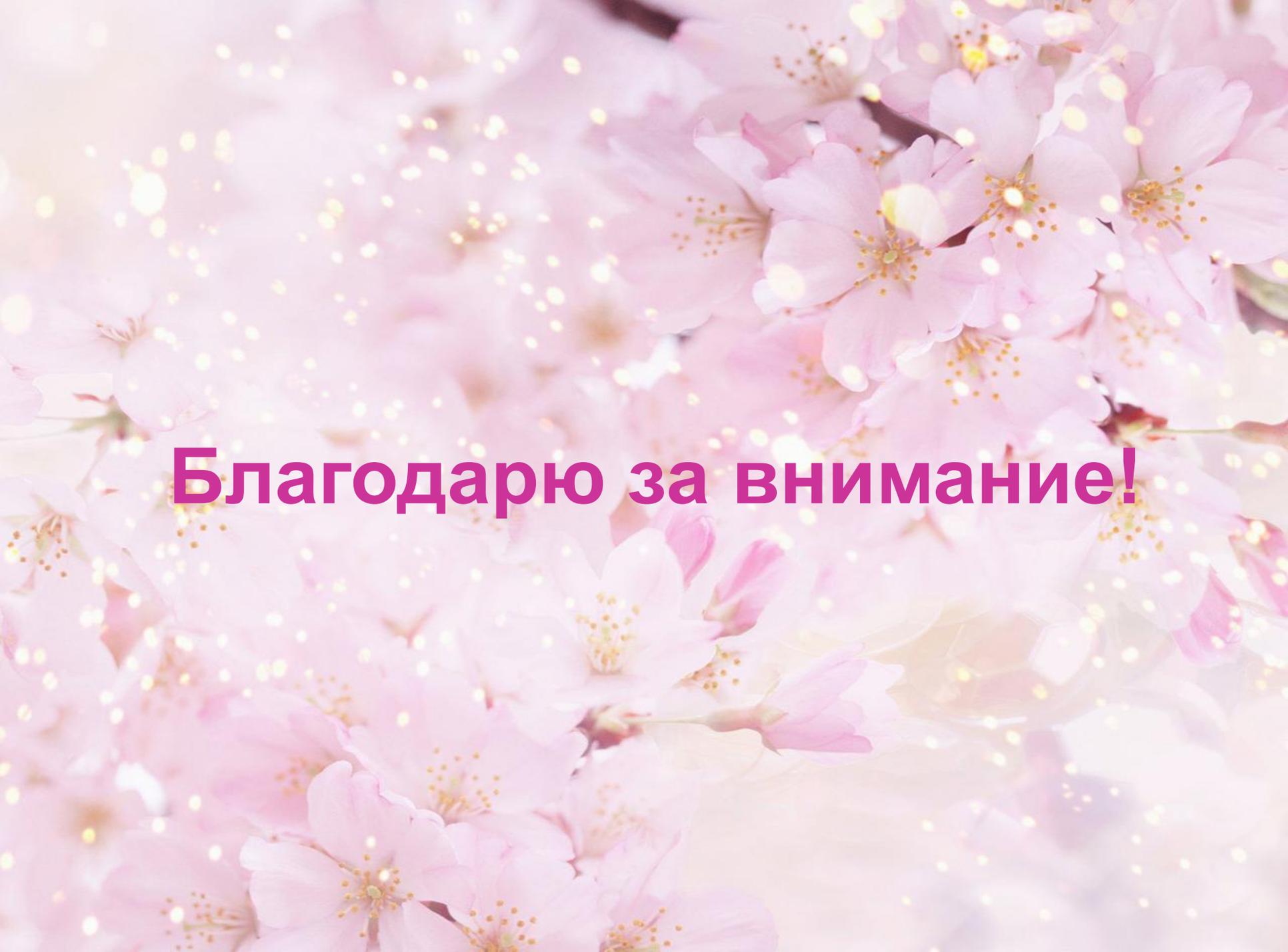
# Психотерапия

Реконструктивная психотерапия для гармонизации поведения и достижения стабильной социальной адаптации.

Используются: групповая, семейная и индивидуальная психотерапия.

Различные методы (бихевиоральные, экзистенциально-гуманистические, психоаналитические)





**Благодарю за внимание!**