



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.

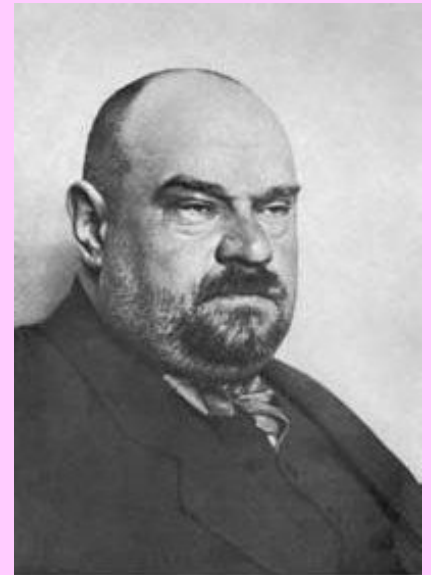


Автор первой монографии, посвященной психопатиям – **В.М.Бехтерев**

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).

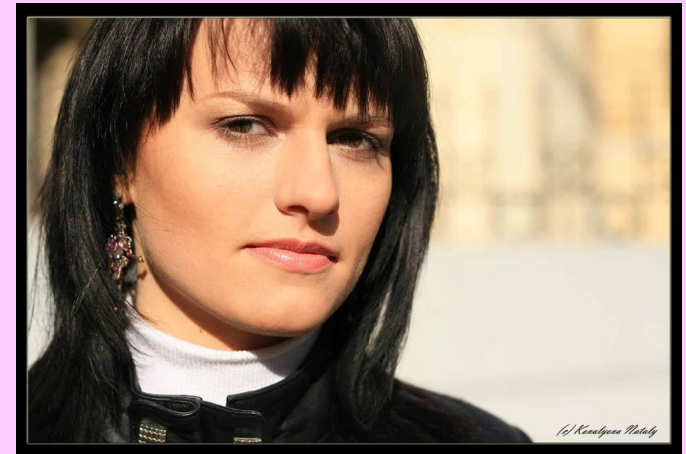
F60.0x Параноидное (параноическое) расстройство личности

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 желаниям;
- 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.

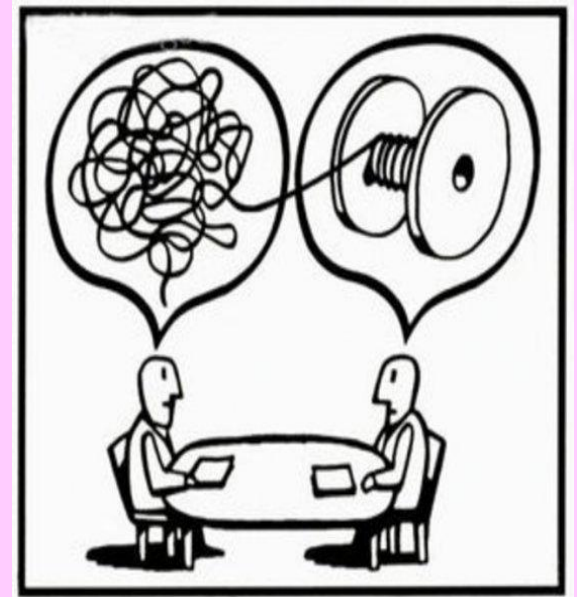
- Витамины: пиридоксина, альфа-токоферола,
витаминов группы В, никотинамида.

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!