1953 SMU SEMEY MEDICAL UNIVERSITY

Личностные расстройства (психопатии)

Подготовил: Ахметов Д.Б.

Семей 2020г.

Личностные расстройства (психопатии) – группа психических расстройств, клиническая картина которых определяется эмоционально -волевыми нарушениями и расстройствами поведения. вследствие искажения (или изменения) личностного склада

Причины

Психические расстройства личности возникают по разным причинам – от генетических предрасположенностей и родовых травм до перенесенного насилия в разных жизненных ситуациях. Нередко болезнь возникает на фоне пренебрежения ребенка родителями, надругательства интимного характера или проживания малыша в семье алкоголиков. Научные изыскания показывают, что мужчины более подвержены патологии, чем женщины. Факторы риска,, провоцирующие болезнь:

- склонность к суициду;
- алкогольная или наркотическая зависимость;
- депрессивные состояния;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- шизофрения.

SMU
1953 SEMEY MEDICAL UNIVERSITY

Классификация типов расстройства личности МКБ-10 DSM—IIIR

- Параноидное.
- Шизоидное.
- Диссоциальное.
- Эмоционально неустойчивое.
- Истерическое.
- Ананкастное.
- Тревожное.
- Зависимое.
- Другие специфические формы.
- Неуточненное расстройство личности.

Симптомы

У каждого вида расстройства есть свои симптомы:

Пассивно-агрессивное

Пациенты раздражительны, завистливы, довольно злобны, угрожают покончить с собой, при этом, как правило, не делают этого. Усугубляет состояние постоянная депрессия на фоне алкоголизма, а также различные соматические расстройства.

Нарциссическое

Наблюдается значительное преувеличение собственных талантов и достоинств, множественные фантазии на разнообразные тематики. Они любят восхищение в свой адрес, завидуют окружающим успешным людям и требуют непреклонного подчинения собственным требованиям.

Зависимое

У людей с данным синдромом, часто очень низкая самооценка, они проявляют неуверенность в себе, стараются избегать ответственности. Особой проблемой в этом случае считаются фундаментальные сложности принятия важных решений, люди с таким расстройством личности легко терпят обиды и унижения, страшатся одиночества.

Тревожное

Проявляется в страхе перед разнообразными факторами окружающей среды. Они боятся публично выступать, имеют ряд социальных фобий, очень чувствительны к критике, требуют постоянной поддержки и одобрения социума.

Ананкастное

Наблюдается излишняя застенчивость, впечатлительность, неуверенность в себе и своих силах. Таких пациентов часто одолевают сомнения, они страшатся ответственной работы, иногда их одолеваются навязчивые мысли.

Гистрионическое

Жаждут постоянного внимания, очень импульсивны вплоть до истерий. Крайне изменчивое настроение часто сменятся. Люди стараются выделиться самым экстравагантным способом, часто лгут и придумывают разнообразные историй о себе, чтобы добиться у социума больше значимости. Часто на людях ведут себя открыто и дружелюбно, в семьях же являются тиранами.

Эмоциоанльно-неустойчивое

Очень возбудимы, на любые события отвечают очень бурно, открыто выражая гнев, недовольство, раздражение. Вспышки гнева таких людей часто приводят к открытому насилию, если встречают сопротивление/критику со стороны других людей. Настроение у них очень изменчиво, непредсказуемо, есть большая склонность к импульсивным действиям.

Диссоциальное

Склонность к непродуманным и импульсивным поступкам, игнорирование норм морали, равнодушие и отвращение к обязанностям. Такие люди не сожалеют о совершаемых действиях, часто лгут, манипулируют другими, при этом у них нет тревог и депрессий.

Шизоидное расстройство личности

Такие люди стремятся к обособленной жизнедеятельности, они не хотят близких взаимоотношений и обычных контактов с окружающими. Пациенты равнодушны к похвалам либо критике, проявляют очень слабый интерес к половым отношениям, зато они часто привязываются к животным. Предопределяющим фактором является максимально возможная отгороженность от окружающего социума.

Параноидное

Практически всегда испытывают безосновательные подозрения по поводу обмана, использования или иных действий со стороны социума. Больные не способы прощать других людей, считают, что всегда правы и понимают лишь авторитет силы и власти. В крайних формах могут быть опасны, особенно если намереваются преследовать или мстить своим воображаемым врагам и обидчикам.

А. Указание на то, что характерные и постоянные типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или "нормы"). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

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

Б. Отклонение должно быть полным в том смысле, что отсутствие гибкости, недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т. е. не ограничиваясь одним "пусковым механизмом" или ситуацией).

В. В связи с поведением, отмеченном в пункте G2, отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

Г.**(Кроме расстройства личности органической этиологии истойких изменений личности после катастрофы и психических заболеваний**). Должны быть данные о том, что отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

Д. **Для расстройств личности органической этиологии:**

На протяжении 6 или более месяцев должны отмечаться минимум 3 признака из числа следующих:

1) постоянно сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность, особенно занимающую продолжительные периоды времени и не сразу приводящую к успеху;

2) одно или более из следующих эмоциональных изменений:

- эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций);
- эйфория и плоские, неуместные шутки;
- раздражительность и (или) вспышки гнева и агрессии;
- апатия;

3) расторможение влечений без учета последствий и социальных норм (больной может участвовать в антисоциальных актах, таких как воровство, неадекватные сексуальные притязания или обжорство или обнаруживать крайнее пренебрежение к личной гигиене);

4) когнитивные нарушения, обычно в форме: а) излишней подозрительности и параноидных идей;

б) повышенной заинтересованности одной темой, например, религией, или ригидной категоризации поведения других людей как "правильного" или "неправильного";

5) выраженное изменение речи, с такими признаками как обстоятельность, вязкость и гиперграфия;

6) изменение сексуального поведения (гиперсексуальность или изменение полового предпочтения).

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую нервную систему) нет.

Диагностические исследования:

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- экспериментально-психологическое обследование.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

Минимальный перечень обследований, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

Инструментальное обследование: специфичных диагностических признаков нет.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога (для женщин) – исключение гинекологических расстройств;
- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и\или патологические состояния.

Дифференциальный диагноз

Параметры	Личностные расстройства	Шизофрения
Клиническая картина	Клиническая картина не выходит за рамки личностного и неврозоподобного регистра. Отсутствует прогредиентность	Склонность к и бредообразованию, нарастание негативной симптоматики,- прогредиентность
Инструментальное обследование	Не информативно	
Анамнез	Нередко психопатоподобное поведение вдетском возрасте	Часто - отягощенная наследственность по психическим заболеваниям.

Лечение

- **Цели лечения:** достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента.

Тактика лечения:
При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации.

Немедикаментозное лечение:
Комплаенс - терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.
Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

· общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.

· режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.

· режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.

· усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.

· строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

- **Медикаментозное лечение:**
  Предназначено для купирования явлений декомпенсации психопатии и коморбидных психопатологических расстройств.
  Основные лекарственные средства (таблицы 2 и 4):
  Нейролептические препараты – предназначены для купирования грубых поведенческих расстройств (оланзапин, кветиапин, рисперидон, палиперидон, амисульприд, сульпирид, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин).
  Дополнительные медикаменты (таблицы 3 и 5) – препараты из иных фармакологических групп, предназначенные для купирования сопутствующих психопатологических синдромов.
  Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин, топирамат).
  Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам).
  Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (дулоксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, миртазапин, агомелатин, венлафаксин). В случае неэффективности указанных препаратов или в случае наличия признаков эндогенности депрессивных нарушений рекомендуется применять амитриптилин.
  Малые нейролептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений либо для терапии психотических расстройств в пожилом и старческом возрасте (хлорпротиксен, тиоридазин).

Профилактика.

- **Профилактические мероприятия:**
  Первичная профилактика –проводится только в отношении «краевых» психопатий – психологическая коррекция в детско- подростковом возрасте.
  Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов.
  Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов, назначение препаратов-нейролептиков пролонгированного действия.

  Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса.