

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Расстройства личности (психопатии).

Выполнила: ординатор 2 года обучения
специальности «Психиатрия» Артюхова А.Ю.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Актуальность	3
3. Определение	3
4. Акцентуации характера.....	3
5. Распространённость РЛ в популяции.....	4
6. Критерии психопатий по П.Б.Ганнушкину.....	4
7. Ядерные и краевые психопатии.....	4
8. Диагностика, Классификация.....	5
9. Параноидное РЛ.....	5
10. Шизоидное РЛ.....	6
11. Диссоциальное РЛ.....	6
12. Эмоц.-неустойчивое РЛ.....	7
13. Истерическое РЛ.....	7
14. Ананкастное РЛ.....	9
15. Тревожное РЛ.....	9
16. Зависимое РЛ.....	9
17. Смешанные РЛ.....	9
18. Прогноз и лечение.....	10
19. Вывод.....	10
19. Список литературы.....	10

Введение.

В отечественной психиатрии развитие учения о психопатиях происходит, в первую очередь, с исследованиями Петра Борисовича Ганнушкина и представителей его школы. П.Б. Ганнушкин говорил, что психопатии "определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток", "в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям", "мешают... приспособляться к окружающей среде". Таким образом, П.Б. Ганнушкин впервые описал диагностические критерии психопатий:

- 1) Тотальность психопатических особенностей личности, проявляющаяся в дисгармонии всего психического склада (в отличие от акцентуантов, имеющих отдельные патологические черты).
- 2) Относительная стабильность. Наличие патологической дисгармонии характера на протяжении всего длинного жизненного периода, отсутствие прогредиентности.
- 3) Нарушение по этим причинам социальной, семейной, профессиональной адаптации.

С начала 70-х годов 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.

Актуальность.

Актуальностью выбранной темы является концепция адаптации человека в окружающей среде.

Каждый из нас обладает характером - неповторимым, уникальным набором индивидуальных личностных черт. У большинства из нас он не является патологическим. Расценивать кого-либо как личность, имеющую патологический характер или личностное нарушение можно только в том случае, когда его модели поведения настолько негибки, что препятствуют полноценному психологическому развитию или адаптации.

Определение.

Расстройство личности - патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада. Психопатический склад личности представляет собой постоянное врожденное свойство человека, хотя психопатические личности могут претерпевать некоторое видоизменение в течение жизни. Патологические свойства личности определяют всю психическую структуру личности. При этом они выражены настолько значительно, что препятствуют полноценной адаптации в жизни.

Акцентуации характера

По некоторым данным до 40% населения имеют определенные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к патологическим нарушениям поведения лишь в определенных ситуациях. Это так называемые акцентуации характера.

С целью разграничения личностных расстройств с крайними вариантами нормы К. Leonhard ввел понятие "акцентуированной личности". Исходя из того, что характер, как стержневое свойство личности, формируется к подростковому возрасту. Андрей Евгеньевич

вич Личко создал концепцию акцентуаций характера у подростков и описал различные их типы, применимые и к патологическим расстройствам личности.

На основании сказанного можно дать следующее определение акцентуации характера. Акцентуации характера - это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Согласно исследованиям А. Е. Личко, психопатии от акцентуаций (Z73.1) отличаются тем, что проявляются всегда и везде (акцентуации проявляются когда к «месту наименьшего сопротивления в характере» трудные ситуации предъявляют повышенные требования) и приводят к социальной дезадаптации. Акцентуации, в отличие от психопатий, в некоторых ситуациях даже могут способствовать социальной адаптации. Некоторые исследователи рассматривают акцентуации как характерологическую особенность, которая занимает промежуточное место между нормой и психопатией.

Распространенность расстройств личности в популяции. Исследования Вейлланта и Перри показали, что в зависимости от критериев диагностики психопатии у взрослого населения составляют 5–15%. По данным Е. Д. Соколовой и других исследователей, среди состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах и поступающих в психиатрические больницы психопатические личности составляют 4,3–5%. По данным Горвая, 10,04% госпитализированных в психиатрические стационары составляют психопатические личности. Ряд исследователей указывает, что среди психопатических личностей преобладают лица мужского пола.

Критерии психопатии по П. Б. Ганнушкину.

П.Б. Ганнушкин впервые описал диагностические критерии психопатий:

1. Тотальность патологических черт характера (страдает вся личность, а не отдельные ее черты; они проявляются везде: дома и на работе, в обыденных условиях и в стрессе);
2. Относительная стабильность и необратимость патологических черт – это длительное, стойкое патологическое состояние, отмечающееся на протяжении почти всей жизни; впервые появляются в разном возрасте, чаще в подростковом, иногда с детства; хотя психопатические особенности могут претерпевать известное видоизменение в течение жизни, т.е. усиливаться или развиваться в определенном направлении;
3. Социальная дезадаптация, которая является следствием патологических черт характера, а не наоборот.

Ядерные и краевые психопатии.

В современной психиатрии выделяются две группы психопатий:

1. Ядерные психопатии.

К ядерным психопатиям относят врожденные (в том числе генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде аномалии личности.

2. Краевые психопатии.

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 корректирующие воспитательные влияния. Одной из причин развития личностных расстройств является неадекватная стратегия воспитания. Ряд авторов обращают внимание на то, что в настоящее время во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики столетиями.

давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном принципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом «родители всегда правы, потому что они родители. Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок». У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: «Я – плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю». В рамках этой модели не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, т. к. это рассматривается как признак эгоизма. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний. Отрицательное воздействие оказывает неглектное (пренебрегающее) воспитание, когда ребенок не получает соответствующего его психологическим потребностям количества положительных эмоциональных стимулов со стороны людей, заботящихся о нем, прежде всего матери. Чрезвычайно серьезными могут быть последствия физической, психологической, сексуальной травматизации ребенка, что в ряде случаев приводит к развитию раннего посттравматического стрессового расстройства. Последнее до сих пор редко диагностируется психиатрами, хотя приводит к развитию стойких личностных изменений, выходящих на уровень личностного расстройства.

Диагностика расстройства личности

Основным инструментом диагностики расстройства личности является беседа и сбор анамнеза — истории жизни и развития заболевания. Также используются опросники:

- опросник Айзенка;
- личностные опросники MMPI;
- Калифорнийский психологический опросник;
- Фрайбургский личностный опросник.

У пациента часто выявляются признаки сразу нескольких расстройств личности. Причём одно из них может преобладать, скрывая симптомы другого

Классификация.

Выделяют следующие личностные расстройства:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| -параноидное | -ананкастное (обсессивно- |
| -шизоидное | компульсивное) |
| -диссоциальное | -тревожное (уклоняющееся) |
| -эмоционально неустойчивое | -зависимое |
| -истерическое | |

Параноидное РЛ (F60.0)

Эти лица характеризуются с одной стороны ригидностью, односторонностью, снижением критических способностей мышления, ведущих к неправильному толкованию реально существующих фактов, а с другой – нарушением эмоциональной координации мышления и поведения. Вследствие этого чаще в ситуации конфликта у них легко возникают сверхценные идеи различного содержания (преследования, ревности, отношения, изобретательства, ипохондрические, дисморфоманические и др.).

Эмоциональная фиксированность на своих переживаниях, бескомпромиссный эгоцентризм определяют тенденцию к игнорированию всего того, что противоречит представлениям больных. И наоборот – побуждают их к систематизации, патологической оценке особой значимости часто реально существующих фактов, приобретающей в конце концов вид некой жизненной концепции. Она определяет патологическую деятельность больных, характеризующуюся реформаторской, сутяжнической, кверулянтской стигматизированно-

стью. Этим пациентам свойственна переоценка собственной личности, отсутствие критического отношения к своим мнениям и поступкам. Попытки окружающих корректировать их ошибки в еще большей степени провоцируют стеничную напряженность, часто вызывают агрессивное негодование, обвинения в предвзятом отношении, злом умысле или предательстве. По этим признакам мотивы поведения больных в состоянии декомпенсации могут квалифицироваться как паранойяльный бред. Паранойяльные развития личности имеют тенденцию к хроническому течению с дальнейшим расширением, систематизацией бредовых идей. Наряду с этим как правило наблюдается нарастание личностных изменений с окончательной потерей пластичности, компромиссности, эмоциональным оскудением, грубой неадекватностью поведения, а иногда жестокостью. В этих случаях дифференциальная диагностика с шизотипическим расстройством или даже с шизофренией бывает крайне затруднительна.

Преобладающим механизмом психологической защиты у паранойяльных психопатов является проекция.

Шизоидное расстройство личности (F60.1)

Шизоидная психопатия в первую очередь характеризуется интравертированностью, аутистичностью жизненных установок. Все то, что происходит за пределами их внутреннего мира, больных интересует мало или не интересует вообще. Они стремятся к уединенности, ограничению контактов с окружающими, что касается и отношений с близкими людьми. Эта отгороженность, безучастность часто производит впечатление эмоциональной холодности, волевой пассивности, которые наблюдаются при шизофрении. Вместе с тем их внутренний мир может быть достаточно сложным и содержательно интересным. Они склонны к интроспективным переживаниям, фантазированию, повышенной саморефлексии, необычным увлечениям. При высоком интеллекте способны к достаточно продуктивной творческой деятельности и при соответствующем выборе профессии могут достигать значительных результатов. Чаще же как и при шизофрении их внимание занято оторванными от жизни умозрительными вопросами, отвлеченными теориями, абстрактными построениями («философская интоксикация»). Рассуждения на эти темы часто обнаруживают логическую несостоятельность, парадоксальность, внутреннюю противоречивость, также напоминающие формальные расстройства мышления при шизофрении. Будучи малопонятны окружающим, они могут производить впечатление глубокомысленных, фанатически увлеченных своими идеями энтузиастов, занимать лидирующее положение в различных субкультуральных движениях, сообществах.

В личной жизни они, как правило, обречены на одиночество, проявляя беспомощность в бытовых вопросах. Рудименты утраты внутренней цельности (расщепления личности) проявляются в свойственной им амбивалентности. В структуре их характера эмоциональная холодность может сосуществовать с повышенной ранимостью, чувствительностью, сентиментальностью (психэстетическая пропорция по типу «стекла и дерева»).

В других же случаях эти полярные тенденции эмоциональной жизни могут быть представлены по отдельности. У одних пациентов (сенситивных шизоидов) преобладают ранимость, ущемленное самолюбие, неспособность противостоять конфликтным ситуациям. Другие в аналогичных обстоятельствах обнаруживают решительность, непоколебимую беспристрастность, холодную сдержанность, неспособность к сопереживанию (экспансивные шизоиды).

Диссоциальное расстройство личности F60.2

Пациенты с диссоциальным расстройством личности игнорируют общепринятые правила поведения, требования, запреты. Все, что требует напряжения воли, целеустремленности усилий, оставляет их равнодушными или вызывает негативную реакцию. По этой причине они малоспособны к приобретению прочных знаний, навыков общежития, предпочитая полезной деятельности праздность и развлечения. Им редко удастся завершить даже сред-

нее образование. Находясь в постоянном конфликте с окружающими, они с трудом удерживаются в коллективе, не испытывают привязанности не только к тем, с кем вместе учатся или работают, но и к близким родственникам. Часто такие подростки совершают побеги из дома, живут или бродяжничают в компании себе подобных. Не имея морально-этических установок, определенных жизненных планов, они живут одним днем, «плывут по течению». Весьма часто по причине безволия и повышенной внушаемости эти личности становятся членами антисоциальных групп, совершают правонарушения, злоупотребляют спиртными напитками, принимают наркотики. Подобное поведение не является результатом каких-либо мировоззренческих установок и чаще оправдывается наивно-лживыми упреками окружающим или вообще остается без объяснений.

В редких случаях при постоянном принуждении и строгом внешнем контроле им удается частично компенсироваться, с трудом приспособляясь к требованиям соответствующей социальной роли.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)

Основным признаком психопатии возбудимого (эксплозивного) типа является постоянно присутствующая склонность к неадекватным, неконтролируемым вспышкам безудержного гнева, ярости. Они возникают по самым незначительным поводам и характеризуются агрессивным (часто делинквентным) поведением. Как и при других психопатиях, состояния декомпенсации чаще возникают в конфликтных, фрустрирующих ситуациях. Агрессивное поведение в рамках физиологического и даже патологического аффекта может быть отчасти спровоцировано окружающими, однако в некоторых случаях дисфорические состояния с импульсивной разрядкой могут возникать спонтанно.

С раннего возраста подобные лица характеризуются эмоциональной несдержанностью, бескомпромиссностью, низким порогом раздражения, имеют репутацию «трудных детей». Они склонны к агрессивному поведению, необузданности, стремятся к лидерству. Их эмоциональная жизнь не контролируется ни мышлением, ни волей. Конфликтность, иногда брутальная, является единственным способом разрешения проблемных ситуаций. При этом, однако, часто достигается прямо противоположный результат – эскалация конфликта. Эксплозивные психопаты неуживчивы, склонны к жестоким поступкам, угрозам, легко наживают себе врагов. Напряженность отношений с окружающими даже при наличии критики к своему поведению делает их семейную и профессиональную жизнь проблематичной, а стойкие декомпенсации нередко приводят на скамью подсудимых.

В тех случаях, когда дисфорические реакции возникают в контексте других личностных особенностей – педантичности, обстоятельности, ригидности, злопамятности, обидчивости, – говорят о т.н. эпилептоидной психопатии.

Истерическое расстройство личности F60.4

Главным признаком истерической психопатии П.Б. Ганнушкин (1933) считал стремление обратить на себя внимание окружающих любой ценой. Эта черта проявляется в неестественности поведения, театральности, позерстве, демонстративности, ретушированности экспрессивных, речевых реакций, телесной пластики. Имея завышенный уровень притязаний и будучи высокого мнения о себе, эти личности требуют соответствующего отношения со стороны окружающих. Интеллектуальная ограниченность, несоответствие, как правило, заурядных способностей и внешних данных избранной роли компенсируется хвастовством, лживостью, патологическим фантазированием. В отличие от обычных лгунов эти пациенты убеждены в реальности своих фантазий, живут в выдуманном ими, воображаемом мире, где им отводится особая, исключительная роль. Довольно часто эти построенные на экзальтированных чувствах «воздушные замки» лишены элементарных реальных рациональных оснований. В связи с доминацией у этих субъектов первой сигнальной системы («художественный тип» по И.П. Павлову) ментальная составляющая лично-

сти развита у них недостаточно и все жизненные интересы и ценности концентрируются в сфере инстинктов, витальных ощущений, эмоционально насыщенных телесных переживаний. Но и в этом отношении пациенты также характеризуются ущербностью. Общий психический инфантилизм обычно сочетается с физиологическим. При ядерных формах личностная патология нередко сочетается с задержками полового развития, дисменореей, бесплодием, вагинизмом, аноргазмией у женщин, импотенцией, гомосексуализмом у мужчин.

Конфликты, связанные с невозможностью удовлетворить завышенные эгоистические потребности за счет окружающих, разрешаются, как правило, на основе шантажного принципа или посредством бурных протестных реакций. В зависимости от степени выраженности конфликта они располагаются в диапазоне от легких поведенческих нарушений до клинически оформленных стигм. Истерические реакции могут включать аффективные расстройства, аггравационное, симулятивное поведение, демонстративную ипохондричность. В тяжелых случаях (при декомпенсациях ядерных форм) в клинической картине наблюдаются суицидные поступки, судорожные припадки, сумеречные расстройства сознания, практически весь ассортимент фантомных симптомов и псевдосоматических заболеваний, в связи с чем истерия получила название «grand simulatrix». Среди прочих наблюдаются истерические слепота, глухота, парезы, параличи, заикание, неукротимая рвота, аналгезия, астазия, абазия и т.д.

Истерические проявления могут временно компенсироваться, если окружающие по каким-либо причинам принимают правила навязываемых им отношений. Однако при отсутствии внешних проявлений в этих случаях происходит дальнейшее углубление психопатических черт и завышенных экзистенциальных притязаний, что становится предпосылкой еще более тяжелых конфликтов в будущем при изменении жизненной ситуации. Так, например, воспитание по типу «кумира семьи», компенсирующее поначалу истерические проявления, в дальнейшем становится причиной невозможности адаптироваться в условиях самостоятельной жизни (при поступлении в вуз, на работу, военную службу или замужестве), что чаще всего сопровождается клиническими проявлениями.

В зрелом возрасте чаще у женщин видимость компенсации возможна при благоприятно складывающейся семейной ситуации – отсутствии материальных проблем при наличии мужа, покровителя, любовника, готового (по разным причинам) исполнить любой каприз своей избранницы. Период мнимого благополучия и бесконфликтного существования в этих случаях обычно завершается с началом климакса, меняющего экзистенциальную роль и лишшающего соответствующих привилегий.

Попытки психотерапевтической или педагогической коррекции установок психопатической личности могут быть эффективны только в отношении отдельных жизненных ситуаций и не в состоянии изменить характерологических девиаций пациента в целом (критерий «стабильности» П.Б. Ганнушкина). Тем более к этому неспособны сами больные с их эгоизмом, интеллектуальной ограниченностью, эгоцентрической направленностью эмоционально-волевой активности. По этим причинам они лишены возможности длительно и серьезно стремиться к позитивной внутренней трансформации (перфекционизму), и без того считая себя безупречными. Все усилия направляются исключительно на то, чтобы убедить в этом других.

Декомпенсации в зависимости от тяжести психопатических отклонений проявляются в виде ярких аффективных или протестно-поведенческих реакций, стойкими симптомами истерического невроза и даже истерическими психозами.

Механизмами психологической защиты являются вытеснение, регрессия, идентификация и диссоциация.

Ананкастное расстройство личности (F60.5)

Зацикленность на порядке и соблюдении норм, отсутствие гибкости, аффективности и открытости, жесткость и упрямство относятся к проявлениям ананкастного расстройства личности.

Люди с ананкастным расстройством из-за своего перфекционизма зачастую фокусируются на какой-то определенной задаче, пренебрегая другими аспектами жизни.

Для сохранения субъективного ощущения контроля люди с данным типом расстройства полностью сосредотачиваются на выполнении правил, требованиях регламента, уделяют повышенное внимание деталям, многократно проверяют возможные ошибки. Они неправильно распределяют приоритеты, пренебрегая эффективностью в пользу своих представлений о том, как должна быть выполнена работа. Эти проявления ананкастного расстройства личности часто препятствуют профессиональной деятельности и создают проблемы в быту.

Такие личности хотят, чтобы все делалось строго определенным образом, поэтому им сложно делегировать полномочия или сотрудничать с другими людьми. На службе они зачастую испытывают трудности, поскольку не приспособлены к совместной работе. Они составляют для своих коллег точные инструкции и не проявляют гибкости, если предложен альтернативный способ выполнения задания. Чаще всего они отказываются от чьей-то помощи, даже, если она необходима, из-за опасений, что работа будет выполнена не так, как нужно.

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

Расстройство личности, характеризующееся постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих и избеганием социального взаимодействия. Люди с тревожным расстройством личности часто считают, что они не умеют общаться, или что их личность не привлекательна, и избегают социального взаимодействия из-за страха быть осмеянными, униженными, отверженными или что к ним будут испытывать лишь неприязнь. Часто они преподносят себя как индивидуалистов и говорят о чувстве отчужденности от общества. Чаще всего на тревожное расстройство личности впервые обращают внимание в период 18—24 лет, связывая его с кажущимся или реальным отвержением от родителей или сверстников в период детства. На сегодняшний день остаётся спорным, является ли чувство отверженности следствием повышенного внимания к межличностному взаимодействию, свойственного людям с расстройством.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7)

Характеризуется трудностями при самостоятельном принятии повседневных решений, потребностью в людях, которые брали бы на себя ответственность за их жизнь. Также характерны сложности с выражением несогласия с другими людьми из-за страха утраты одобрения или материальной поддержки, проблемы с проявлением инициативы; При зависимом расстройстве личности дискомфорт или беспомощность из-за преувеличенного страха, что не сможет о себе позаботиться.

Смешанное и другие расстройства личности (F61)

Эта категория предназначена для личностных расстройств и аномалий, которые часто причиняют беспокойство, но не проявляются специфическим набором симптомов, которые характеризуют расстройства, описанные в F60.- В результате часто они более трудны для диагностики, чем расстройства в рубрике F60.

Прогноз и лечение.

Течение и прогноз личностных расстройств различное и зависит от конкретного случая. При шизоидных расстройствах личности возможны осложнения в виде развития шизофрении, бредового расстройства и других психозов. При диссоциальных и эмоционально неустойчивых расстройствах возможно улучшение состояния пациента в зрелом возрасте, но и бывают осложнения в виде насильственной смерти, злоупотребления психоактивными веществами и алкоголем, самоубийства, криминальных и финансовых проблем. У истероидных психопатов могут возникнуть соматизированные, конверсионные, диссоциативные, сексуальные, депрессивные расстройства.

Пациенты с расстройствами личности как правило попадают в поле зрения психиатров в периоды выраженных декомпенсаций состояния, в остальное время они не склонны к лечению. В лечении используют различные комплексы: психоанализ, аналитическую психотерапию, поддерживающую психотерапию, групповую терапию, семейную терапию, терапию средой, госпитализацию (кратковременную и длительную), фармакотерапию (антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы).

Вывод:

Таким образом, психопатия как врожденная аномалия личности существует как врожденная данность, но ее клинические проявления становятся очевидными в результате изменения условий существования. Последние, определяя динамику психопатии, могут оказывать как компенсирующее, так и декомпенсирующее воздействие. В принципе то же самое может происходить и с нормальными личностями, находящимися постоянно в ситуации хронического конфликта (невротического развития). В этих случаях также могут развиваться достаточно стойкие личностные девиации, что делает дифференциальную диагностику этих состояний достаточно проблематичной. Однако патологическое развитие психопатической личности под влиянием неблагоприятных жизненных обстоятельств, как правило, приводит к более тяжелым личностным трансформациям, достигающим подчас по выраженности клинических проявлений психотического уровня. При подобной неблагоприятной динамике течение психопатии может приобретать характер бредового психоза (паранойя), осложняться алкоголизмом, токсикоманиями, различными психогенными, в том числе и психотическими, реакциями.

Список литературы

- 1) Менделевич В. Д. Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Ростов- на-Дону : Феникс, 2018
- 2) Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина. Психиатрия и медицинская. психология. -Москва, издательство "ГЭОТАР-Медиа", 2016.
- 3) Д.Ф. Хритинин "Лекции по психиатрии и наркологии". Издательство: БИНОМ, 2019 год
- 4) С.Ю.Циркин "Аналитическая психопатология". -Москва. Издательство: БИНОМ, 2017
- 5) И.М. Беккер "Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии". - Москва. Издательство: БИНОМ, 2019
- 6) Нервные и психические болезни / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов- на-Дону : Феникс, 2021
- 7) Александровский Ю.А. - Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. 2018г.
- 8) Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.: Психиатрия. Национальное руководство, 2020.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Артюхова А.Ю.
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Расстройства личности (психопатии)»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	В
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

Дата: «1» февраля 20 22 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Артюхова А.Ю.