Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсм ПО

РЕФЕРАТ на тему: «Расстройства личности»

Выполнила: Ординатор Розпутько Виктория Михайловна

Красноярск 2022 г.

**Содержание**

**Введение**

**1. Теория возникновения и типы расстройств личности**

1.1 Происхождение расстройств личности

1.2 Классификация расстройств личности

1.3 Типы расстройства личности

**2. Анализ расстройства личности по их классификации и динамике развития и их лечение**

2.1 Динамика расстройств личности

2.2 Надежность диагностики расстройств личности

2.3 Этиология и патопсихология расстройств личности

2.4 Лечение расстройств личности

**Заключение**

**Список используемой литературы**

**Введение**

***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 или "нарушенным". Мы все имеем черты нескольких личностных стилей, независимо от того, какие тенденции в нас преобладают. 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.

***Цель работы:*** изучить особенности расстройств личности.

Исходя из поставленной цели, были решены следующие ***задачи:***

- анализ теории возникновения расстройств личности от средних веков до современности;

- изучение происхождения расстройств личности;

- анализ расстройства личности по их классификации и динамике развития.

***Объектом*** исследования выступают проблемы расстройств личности, ***предметом*** являются социальная среда больных расстройствами личности.

***Гипотеза*** данной курсовой работы - это малая часть больных, нуждающихся в психиатрической помощи.

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.

Клинические критерии для выделения определенных видов психопатий различаются в отечественной и зарубежной психиатрии. В традиционной советской - российской психиатрии выделяют следующие типы психопатий: шизоидный, истерический, аффективный, эпилептоидный, неустойчивый, параноический, психастенический, сенситивный.

В странах Европы и Северной Америки диагностические подходы иные и, в соответствии с ними, выделяют следующие варианты расстройств личности: шизоидное, шизотипическое, параноидное, обсессивно-компульсивное, нарциссическое, тревожное (избегающее), депрессивное, гипоманиакальное, истерическое, антисоциальное, пассивно-агрессивное.

При всем разнообразии проявлений психопатий, всех этих пациентов объединяет наличие дезадаптивных моделей поведения и межличностных взаимоотношений, которые служат причиной серьезных проблем как для пациента, так и для его близких. Хотя расстройство личности считается "более легкой" патологией, чем, например, шизофрения или бредовые психозы, человек, страдающий расстройством личности, порой может причинить ничуть не меньше проблем себе и своим близким, чем больной с психотической формой душевного заболевания.

Оценка и описания патологических личностей содержатся еще в источниках, принадлежащих древним культурам. Например, Гиппократ выделял 4 классических темперамента, зависящих от преобладания определенной жидкости в организме (холерики, сангвиники, флегматики, меланхолики). В психиатрии начали появляться различные теории, касающиеся лиц с расстройствами личности с начала XIX века, а научное обоснование сложилось лишь к 30-50 гг. XX столетия.

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", а Эскироль (1838) рассматривал их как "инстинктивную мономанию", а Трела (1853) - как люцидное помешательство. В этот же период отечественный психиатр Ф.И. Герцог (1846) сообщил о лицах со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений.

Исследования аномалий личности расширились во второй половине XIX в. благодаря работам Мореля (1875), Грезингера (1866), Модсли (1868), Крафт-Эбинга (1890). Эти выдающиеся деятели описали ряд пациентов со "странными характерами", с необычными типами мышления.

Личностные девиации могут видоизменяться, т. е. усиливаться или, напротив, становиться в определенном возрасте (чаще в среднем) менее явными. В отличие от невротических нарушений, расстройства личности эгосинтонны (индивидуально приемлемы) и не воспринимаются как чуждые, требующие психиатрической помощи. Расстройства личности констатируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адаптации в обществе, т. е. в их диагностике имеют значение социальные критерии.

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 K. Leonhard ввел понятие "акцентуированной личности". Исходя из того, что характер, как стержневое свойство личности, формируется к подростковому возрасту. Андрей Евгеньевич 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…

**1. Теория возникновения и типы расстройств личности**

**1.1 Происхождение расстройств личности**

Споры о происхождении расстройств личности не утихают со времени выделения этой аномалии психики. Выделяются три основных направления в учении об их этиологии.

Первое направление сводится к представлениям о расстройствах личности как о наследуемом или врожденном состоянии, возникающем в результате действия различных вредностей во внутриутробном периоде («повреждение зачатка»). Представители данного направления видят подтверждение этой позиции в появлении характерологической патологии с детства, их малой изменчивости в течении жизни, сходстве характерологических особенностей детей и родителей, проявлениях инфантильности мышления в качестве признаков недоразвития психики. Подтверждение этой точки зрения содержится также в ряде патобиологических исследований при расстройствах личности, выявляющих особенности биоэлектрической активности мозга, наличие микроневрологической симптоматики, изменений нейровегетативного тонуса и прочее. В последние годы появились данные компьютерной томографии мозга при расстройствах личности, которые свидетельствуют об изменении мозговых структур. Методом позитронной томографии получены сведения об изменениях кровотока в мозге при различных типах характера здоровых людей. У интравертированных личностей выявлено увеличение церебрального кровотока во фронтальных долях и гипоталамусе. Усиление кровотока в передних цингулярных извилинах височных долей и заднем таламусе отмечено у экстравертированных личностей. Высказывается предположение, что интраверсия связана с усилением активности фронтальных областей, а также о том, что индивидуальные различия интравертов и экстравертов обусловлены различиями в функционировании фронто-стриато-таламических кругах. Психофизиологические исследования центрального взаимодействия показали, что при расстройствах личности выявляется более высокая, чем у здоровых, корковая активация; кроме того, у личностей возбудимого типа отмечается преобладание активности правого полушария.

Большое место в современном обосновании врожденного происхождения расстройств личности имеют нейрохимические исследования обмена нейромедиаторов, которые контролируются наследственными механизмами, показавшие изменения функционирования отдельных ферментативных систем при расстройствах личности.

Второе направление объясняет происхождение патологии характера неблагоприятными условиями внешней (преимущественно микросоциальной) среды. К таким повреждающим факторам относят неблагоприятные условия воспитания в детстве в результате потери родителей или воспитания в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимания детям, больными алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогически-дидактические установки. Подтверждением этой точки зрения является большое число исследований, показавших роль отрицательных средовых факторов социальной среды на формирование характера человека, в том числе, естественно, и патологического. Кроме того, имеются данные об относительно более позднем появлении патологических черт характера в условиях неблагоприятного воспитания и возможность их сглаживания в случае устранения этих неудачных ситуаций. Таким образом, расстройства личности рассматриваются как нажитая, приобретенная в течение жизни патология характера.

Отечественная психиатрическая традиция, восходящая к исследованиям О.В. Кербикова и его учеников, принимает компромиссную точку зрения, при которой признается возможным оба типа возникновения расстройств личности. Первый тип О.В. Кербиков обозначил как ядерную психопатию -- конституционально обусловленное расстройство, второй -- как краевую, приобретенную психопатию как результат внешних психосоциальных воздействий. В качестве варианта нажитой психопатии им выделялась также органическая психопатия как следствие изменений характера в результате разного рода внемозговых вредностей, действовавших на пациента в детстве. Г.Е. Сухарева в этой связи высказывала мысль о том, что внешние, средовые воздействия являются факторами, выявляющими врожденную предрасположенность развития патологического характера.

В последних своих работах О.В. Кербиков высказывал мысль о том, что в зрелом возрасте бывает весьма затруднительно определить причину, вызвавшую расстройство личности, поскольку клинические варианты этих разных по происхождению вариантов тождественны.

Надо отметить, что в последние годы чаша весов в отношении этиологии расстройств личности благодаря распространению современных методов патобиологических исследований все больше перемещается в сторону конституциональной теории. Вместе с тем остается немало авторов, которые считают, что расстройства личности есть следствие психосоциальных воздействий.

Современная психиатрия дает следующее определение расстройствам личности. Расстройство личности (психопатия) - патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное свойство человека, сохраняющееся в течение всей жизни.

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.

Личностные расстройства (расстройства личности) могут меняться по своей выраженности в течение жизни, и в отличие от невротических расстройств не воспринимаются самим человеком как чуждые и требующие психиатрической помощи. О расстройствах личности говорят тогда, когда болезненные изменения выражены настолько, что начинают мешать полноценной адаптации в обществе.

В понимание личности входит индивидуальный способ мышления, чувствования, поведения и реагирования на окружающее у данного человека. Когда это «психо-логическое определение» отражает целесообразный баланс между постоянством и адаптивной гибкостью, то мы говорим о чертах характера. О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом.

**1.2 Классификация расстройств личности**

расстройство личность диагностика лечение

Разработка клинической классификации расстройств личности встречает серьезные препятствия. Они обусловлены, прежде всего, многообразием вариантов аномальных личностей и 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.

Ниже приводится лишь несколько классификаций расстройств личности, получивших наибольшую известность и сохраняющих клиническое значение до настоящего времени.

Классификация E. Kraepelin (1915) состоит из 7 групп:

***1. возбудимые;***

***2. безудержные (неустойчивые);***

***3. импульсивные (люди влечений);***

***4. чудаки;***

***5. лжецы и обманщики (псевдологи);***

***6. враги общества (антисоциальные);***

***7. патологические спорщики.***

В этой классификации одни группы объединены по клинико-описательному принципу, а другие - по социально-психологическим или чисто социальным критериям.

В систематике K. Schneider (1928) выделяется 10 типов психопатических личностей. Эта классификация построена по описательно-психологическому принципу.

1. ***Гипертимики*** - уравновешенные, активные люди с веселым нравом, добродушные оптимисты или возбудимые, спорщики, активно вмешивающиеся в чужие дела.

2. ***Депрессивные -***пессимисты, скептики, сомневающиеся в ценности и смысле жизни, подчас склонные к самоистязанию и утонченному эстетизму, приукрашивающему внутреннюю безотрадность.

3. ***Неуверенные в себе*** - внутренне скованные, склонные к угрызениям совести, застенчивые люди, иногда скрывающие эту черту слишком смелой или даже дерзкой манерой поведения.

4. ***Фанатичные*** - экспансивные, активные личности, борющиеся за свои законные или воображаемые права, либо чудаковатые, склонные к фантазиям, отрешенные от действительности вялые фанатики.

5. ***Ищущие признания*** - тщеславные, стремящиеся казаться значительнее, чем они есть на самом деле, эксцентричные в одежде и поступках, склонные к вымыслам.

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.

В противоположность приведенным типологиям в классификации E. Kretschmer (1930) все личностные аномалии объединены в две группы: шизоидов и циклоидов. Шизоиды и циклоиды, по E. Kretschmer, - это личности, "колеблющиеся" между болезнью и здоровьем.

Циклоиды - простые натуры с непосредственным, естественным и непритворным чувством. Они общительны, приветливы, добродушны, веселы, в тоже время могут быть спокойными, грустными, мягкими. У шизоидов, по E. 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.

В отечественной психиатрии, начиная с 30-х годов, наибольшее признание получила классификация П.Б. Ганнушкина (1933). П.Б. Ганнушкин выделил следующие типы психопатических личностей:

***1. циклоиды,***

***2. астеники,***

***3. шизоиды,***

***4. параноики,***

***5. эпилептоиды***

***6. истерические характеры,***

***7. неустойчивые,***

***8. антисоциальные,***

***9. конституционально глупые.***

В этой классификации лишь отчасти используется клинико-описательный критерий, ранее лежавший в основе классификаций E. Kraepelin и K. Schneider. Наряду с типами психопатий, выделенными на основании клинических и психологических особенностей (неустойчивые, астенические и др.), в классификации П.Б. Ганнушкина есть группа так называемых конституциональных предрасположений, или конституциональных психопатий (шизоиды, циклоиды, эпилептоиды и др.), соответствующих определенным психозам. По сравнению с систематикой E. Kretschmer классификация П.Б. Ганнушкина типологически значительно более дифференцирована. Кроме того, психопатические типы здесь приобрели большую клиническую определенность.

Общим в концепции конституциональных психопатических типов E. Kretschmer и П.Б. Ганнушкина является стремление сформировать типологию психопатий в соответствии со сходными по психопатологической структуре, но более резко очерченными болезненными состояниями, встречающимися при эндогенных психозах.

При дифференциации расстройств личности в качестве критерия используется и способ их формирования. Такой подход развивался О.В. Кербиковым и его школой. В рамках этого направления исследований выделяются две группы психопатий: конституциональные ("ядерные") и нажитые.

К "ядерным" психопатиям относят врожденные (в том числе 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.

Среди нейрофизиологических концепций, послуживших основой систематики расстройств личности, в первую очередь необходимо указать на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности. Проводя корреляции между типами высшей нервной деятельности и особенностями психического склада человека, И.П. Павлов рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности. Однако они отличаются наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. По этому принципу выделяют возбудимые и тормозимые группы психопатий.

Возбудимые, т. е. вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые, личности относятся к представителям крайних вариантов безудержного типа. Различные варианты тормозимых психопатий (астенические, психастенические, шизоидные) относятся к слабым типам высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения и склонностью к преобладанию внешнего торможения.

**1.3** **Типы расстройства личности**

***Параноидное расстройство личности.*** Лица с указанным расстройством очень подозрительны и сверхчувствительны к пренебрежительному к ним отношению или межличностным конфликтам. Они обычно сверхбдительны в отношении возможности причинения им вреда или обмана со стороны окружающих, поэтому всегда настороже, скрытны и часто недоброжелательно относятся к другим. Они могут быть ревнивы и, как правило, озабочены злонамерением окружающих. Они склонны преувеличивать трудности, очень обидчивы, легко враждебно настраиваются к собеседнику. Их эмоциональная палитра очень скудна, поэтому большинством они воспринимаются как люди холодные, неэмоциональные и лишенные чувства юмора.

***Шизоидное расстройство личности.*** Шизоидные индивидуумы обычно одиночки, кажется, что они мало нуждаются в обществе других людей. Они производят впечатление очень холодных и замкнутых лиц, безразличных к похвалам или критике; у них, как правило, не бывает близких друзей, так что они нередко являются затворниками в социальном плане. В более ранних номенклатурных описаниях иногда им приписывали еще и эксцентрическое мышление. Однако вторичные категории не принимаются в расчет, они считаются шизотипическими и имеющими отношение к трудностям познавательной функции мозга, а не к трудностям межличностных отношений.

***Расстройство личности шизофренического типа* *(шизотипическое).*** Шизотипические личности похожи на больных шизофренией эксцентричностью мышления, восприятия окружающего, речью и характером межличностных отношений, однако степень выраженности указанных особенностей и охват ими личности не достигает той степени, когда можно поставить диагноз шизофрении. У них странная речь (например, метафоричная, уклончивая, детализированная), референтные идеи (т. е. идеи с неадекватным выводом, что какие-то нейтральные события имеют особое отношение к их личности), магическое (нереалистическое) мышление и выраженная подозрительность. Многие шизотипические личности также нередко бывают социально изолированными, что делает их похожими на шизоидные личности.

***Пограничное расстройство личности.*** Лица с указанным расстройством личности были описаны как «стабильно-нестабильные». Они испытывают постоянные трудности в сохранении устойчивого настроения, межличностных привязанностей, а также в поддержании устойчивого собственного имиджа. Пограничная личность может проявиться импульсивным поведением, иногда носящим самоповреждающий характер (например, причинение себе того или иного увечья, суицидальное поведение). Настроение таких лиц обычно непредсказуемо. У некоторых из них возникают как бы спонтанно «взрывы» гнева, раздражительности, «тяжелого горя», страха. Другие же, напротив, страдают от хронической душевной пустоты. Несмотря на хаотичность их межличностных отношений, в которых безмерная любовь сменяется безмерной ненавистью, пограничные личности не переносят одиночества. Защитный механизм «расщепления» (других лиц или событий на «исключительно хорошие» и «исключительно плохие») окружающего у них может быть выражен достаточно резко.

***«Театральное» (показное, истерическое) расстройство личности.*** Люди с «театральным» типом личности характеризуются очень «интенсивными», но в действительности поверхностными межличностными отношениями. Они обычно производят впечатление очень занятых людей, события вокруг них драматизированы, и они, конечно, являются центром этих событий. Как правило, они преувеличенно выражают свои эмоции, хотят обратить на себя внимание, ищут эмоционального возбуждения, несут в себе тенденцию к сверхактивности. Хотя поверхностно они теплы и очаровательны, все же «театральные» личности воспринимаются как мелкие, невдумчивые, суетливые, требовательные, зависимые от других, легко самопрощающие и авантюрные. Некоторые из них часто пытаются покончить собой или угрожают этим.

***Нарциссическое расстройство личности.*** У нарциссической личности обычно повышено чувство собственной значимости, они нередко считают себя уникальными, одаренными и обладающими невероятными потенциями. Такой больной обычно сильно преувеличивает свои таланты и возможности, поэтому ожидает восхищения собой со стороны других лиц и нередко использует их для достижения лучшего положения в обществе, оставаясь индифферентным к их чувствам и нуждам. Отказ со стороны окружающих помочь им может вызвать у них бурю гнева, чувство униженности, стыда или покорности. Нарциссическим личностям трудно видеть других в реальном свете, они их либо сверхидеализируют, либо сразу обесценивают.

***Антисоциальное расстройство личности.*** Антисоциальное поведение характеризуется несоответствием общепринятыми правилами поведения индивидуума; он совершает поступки, которых от него никак не ожидают, неоднократно нарушает права других лиц. Указанный диагноз может относиться лишь к взрослым лицам (у больных моложе 18 лет черты антисоциального поведения классифицируются как поведенческие расстройства), у которых черты антисоциального поведения проявились еще в возрасте до 15 лет. Такое поведение включает манкирование учебой и работой, различные правонарушения, побеги из дома, ложь, преждевременную сексуальность, нарушения общеустановленной законности, злоупотребление алкоголем и некоторыми лекарственными препаратами. Кроме перечисленных анамнестических данных, лицо, которому ставят диагноз антисоциального расстройства личности, должно и в момент диагностики быть повинным в тех или иных поведенческих отклонениях, характеризующихся безответственностью на работе, нарушением родительских обязанностей, финансовой безответственностью и асоциальным личностным поведением (например, безрассудность поведения, вождение транспорта в состоянии опьянения). Кроме того, антисоциальные личности, как правило, совершают различные незаконные действия, лгут и обманывают, демонстрируют неспособность поддерживать длительную привязанность к сексуальному партнеру, проявляя при этом агрессивность и раздражительность. Обычно они злоупотребляют алкоголем и другим токсико-химическими веществами.

***Расстройство личности с тенденцией к уклонению от взаимоотношений с другой личностью.*** Данное расстройство личности характеризуется неспособностью больного правильно реагировать на отказ или невежливое обращение с ним. Поэтому больные часто вообще избегают тесного общения с кем-либо. Однако тайно они все-таки желают общения с другими людьми. В отличие от личностей нарциссического типа самооценка у них часто занижена, им свойственно преувеличивать свои недостатки.

***Расстройство личности, проявляющееся зависимостью от других лиц.*** «Зависимые» личности легко позволяют другим решать за них многие их жизненные проблемы. Вследствие того что они чувствуют себя беспомощными и неспособными разрешить какой-либо вопрос самостоятельно, они стремятся подчинить свои нужды и желания другим лицам, чтобы только не нести ответственности за себя самим.

***Пассивно-агрессивное расстройство личности.*** Лица с пассивно-агрессивным расстройством личности обычно отвергают всякую ответственность как социальную, так и профессиональную. Вместо того чтобы выражать это прямо, они обычно тянут неопределенно долго с выполнением того или иного дела, в результате чего бездельничают или работают неэффективно; частой их ссылкой при этом является слово «забыл». Таким образом, они губят свой потенциал в работе и жизни.

***Компульсивное расстройство личности.*** Это состояние характеризуется наличием непреодолимых влечений и эквивалентно обозначается термином «обсессивно-компульсивная» личность. Такие лица обычно перегружают себя различными правилами, ритуалами и деталями поведения. Они часто упрямо настаивают, чтобы то или иное мероприятие выполнялось именно таким-то путем, но в то же время проявляют нерешительность в самый ответственный момент выполнения того или иного мероприятия. Эти лица оценивают свою работу и свою собственность гораздо выше, чем межличностные отношения. Они с трудом выражают теплые и нежные чувства к другим и временами выглядят холодными, «неуклюжимыми» (в плане взаимоотношений) и натянутыми.

***Атипичные, смешанные и прочие расстройства личности.*** К этой последней категории расстройств личности относят такие, которые точно не укладываются ни в одну из вышеназванных категорий. При этом чаще всего употребляют термин «смешанное расстройство личности». Это означает, что поведение данного индивидуума одновременно соответствует сразу нескольким категориям расстройств личности, например данное лицо, одновременно является пассивно-агрессивным и зависимым. Об атипичном расстройстве личности говорят тогда, когда оно как будто бы несомненно имеет место, но у врача явно не хватает анамнестической информации, чтобы отнести это расстройство к определенной категории в соответствии с классификацией. Прочие расстройства личности охватывают такие состояния, как например мазохистское, импульсивное, инфантильное расстройства личности, включенные в другие классификационные схемы. Все чаще диагностируется так назы-ваемое расстройство внимания у взрослых (ADD) -- резидуальная форма детского ADD (гиперкинез). При этом взрослые люди часто отличаются рассеянностью, не-внимательностью, неустойчивым настроением, они нередко вспыльчивы, импульсивны, плохо переносят стрессы, часто неспособны до конца выполнить то или иное задание. Иногда они могут парадоксально спокойно отреагировать на тот или иной стресс для центральной нервной системы.

**2. Анализ расстройства личности по их классификации и динамике развития и их лечение**

**2.1** **Динамика расстройств личности**

По международным данным расстройства личности имеют большую распространенность, и достигает по разным данным от 5 до 40% всего взрослого населения. Причем мужчины страдают расстройствами личности значительно чаще (в 2 раза), чем женщины.

При расстройствах личности отмечается значительная чувствительность к внешним воздействиям, психологическому стрессу и внутренним биологическим изменениям организма, которые происходят на протяжении жизни. Такие факторы меняют клиническую картину расстройств личности. Происходит временное заострение характерологических черт либо длительные реакции развития личности, меняющие ее основные проявления. Подобные перемены в состоянии психопатических личностей известны как динамика психопатий (или в современной терминологии -- расстройств личности). Понятие динамики ввел в психиатрический обиход П.Б. Ганнушкин в 30-х годах XX столетия. Причем динамику следует отличать от течения заболевания. Эти различия состоят в том, что, несмотря на появление новых клинических признаков, у пациента сохраняется единство строя личности, коренного изменения его характера не происходит, как не возникает ни катастрофического исхода, ни выздоровления. Признаки обострения остаются тесно связанными с постоянно присущими пациенту характерологическими чертами.

Выделяется два типа динамики расстройств личности. Первый соответствует возрастным кризам, и его проявления напоминают те сдвиги в характере людей, которые происходят у гармоничных, здоровых личностей в пубертатном и климактерическом периодах. Можно отметить лишь большую остроту таких заострений характера у патологических личностей.

Второй тип динамики расстройств личности обусловлен стрессовыми, главным образом психотравмирующими воздействиями. Наиболее общим понятием такого рода динамики являются компенсация и декомпенсация личностных особенностей. Очевидно, что компенсация есть более или менее адекватное приспособление личности к микросоциальной среде. Причем столь же очевидно, что большую часть своей жизни, несмотря на наличие патохарактерологических черт, такие субъекты остаются приспособленными к окружающей жизни. Они работают, учатся, получают образование, заводят семьи и прочее. Эта адаптация бывает хрупкой, но все же достижимой благодаря осуществлению механизма компенсации. Можно утверждать, что компенсация -- это такой тип динамики расстройств личности, при котором в результате развития вторичных характерологических черт происходят смягчение, маскировка основных особенностей, возникает временная адаптация пациента в его социальном окружении.

Обычно компенсация происходит в благоприятных внешних условиях и сопровождается выработкой вторичных (факультативных) черт личности, которые как бы затушевывают основные, стержневые (облигатные) характерологические черты. Причем нередко факультативные черты настолько гипертрофируются, что сами становятся причиной нарушения адаптации, хотя основные признаки оказываются скрытыми (гиперкомпенсация, по Н.К. Шубиной, 1965). Например, астеничный, робкий, трусливый, застенчивый юноша вырабатывает стиль поведения грубого, неотесанного, заносчивого, бесцеремонного, хулиганствующего парня.

Декомпенсация проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт. Вторичные (факультативные) признаки под влиянием главным образом стрессовых, психогенных воздействий снимаются, в результате чего обнажаются стержневые (облигатные) свойства личности. При этом происходит временное или длительное снижение либо утрата имевшейся социальной адаптации. Психотравмирующие воздействия, играющие роль в возникновении декомпенсаций, неодинаковы для разных типов расстройств личности. Одна и та же по содержанию психотравма для одних может быть значимой, для других -- легко переносимой или даже нейтральной. Так, семейно-бытовые конфликты чрезвычайно значимы для эмоционально неустойчивых (возбудимых) личностей и, вопреки предположениям, малозначимы для зависимых (астенических). В условиях военной службы с ее дисциплинарными требованиями, жестким распорядком относительно успешно приспособляются эпилептоидные (импульсивные), ананкастные и зависимые личности и оказываются совершенно не приспособленными неустойчивые и шизоидные. С трудом адаптируются также истерические и эмоционально неустойчивые (пограничный тип) лица.

Компенсация и декомпенсация -- это как бы две стороны медали жизни и состояния пациентов с расстройствами личности. Они постоянно сменяют друг друга в зависимости от ситуации, в которой находится субъект. Описание смены компенсированного состояния на декомпенсированное у психопатических личностей представляет собой попытку понимания механизма этого процесса, но не клинического содержания, феноменологии динамики расстройств личности. Между тем состояния декомпенсации клинически неоднородны.

Среди них различаются относительно остро возникающие состояния заострения личностных черт -- характерологические (психопатические) реакции и относительно длительно формирующиеся развития личности, при которых наряду с усилением постоянно присущих проявлений возникают новые признаки, зачастую изменяющие структуру личности. Выделявшиеся П.Б. Ганнушкиным фазы как кратковременные психотические непрогредиентные эпизоды в жизни психопатической личности в настоящее время практически не включаются в варианты динамики, поскольку их клиническое содержание позволяет расценивать такие расстройства в рамках иных психических нарушений. Нередко это первые зарницы продромального периода шизофрении или шизоаффективного расстройства.

**2.2** **Надежность диагностики расстройств личности**

Диагностика расстройств личности основывается на комплексе признаков, которые прослеживаются у пациента в течение длительного времени, практически с детства, без значительных изменений.

Прежде всего, это затруднения в самых разнообразных областях жизни человека, трудностях в обучении, обусловленных не столько недостатками познавательных способностей, сколько неспособностью проявить упорство и волю при овладении учебным материалом или профессией, переключением интересов, увлечений, невозможностью достичь поставленной цели.

То же относится и к иным обстоятельствам, требующим выдержки, спокойствия и собранности. При этом такой субъект зачастую ставит перед собой нереальные и недостижимые цели, потерпев фиаско, становится убежденным в том, что все и вся чинят ему препятствия, мешают в жизни. Он становится злобным и угрюмым мизантропом. Его поведение может быть направлено против мнимых обидчиков, общества в целом. При этом он не считается с моралью и законами. Такой стиль поведения становится главным, личность не сопротивляется нарушенному поведению. Проявляются эгосинтонность, когда имеющиеся нарушения поведения оказываются главной отличительной чертой данного субъекта и он не чувствует неправильности своих действий и модуса поведения. Таким людям свойственна особая ригидность, упрямство, невозможность перестроить поведение при изменении внешних обстоятельств.

Несмотря на продолжающиеся попытки унифицировать специфические диагностические критерии при диагностике расстройств личности, эта проблема далека от разрешения. В то время как опытные клиницисты как будто бы соглашаются, что некоторые формы расстройств личности, несомненно, существуют, эта их уверенность исчезает, когда они пытаются сделать диагностику нозологически специфичной. Наибольшее согласие достигнуто в этом отношении при диагностике антисоциальных и параноидных расстройств личности.

***Дифференциальная диагностика.*** Основные ментальные расстройства. На ранних стадиях шизофрению легко спутать с шизоидным, шизотипическим, параноидным и пограничным расстройствами личности. Аффективные же нарушения могут быть приняты за пограничное, «театральное» и компульсивное расстройства личности. Тревожно-мнительные состояния имеют нечто общее с компульсивным, «театральным» и «уклоняющимся» расстройствами личности. Злоупотребление алкоголем и другими токсико-химическими агентами необходимо дифференцировать от антисоциального, пограничного и «театрального» расстройств личности. Параноидные расстройства иногда бывает трудно отличить от шизотипического и пограничного типов расстройств личности. Дифференциальной диагностике помогают следующие ориентиры: основные ментальные заболевания часто все-таки имеют достаточно четкое начало, симптомы их, как правило, более грубые и существенно нарушают повседневную жизнь человека, а некоторые их характеристики выходят далеко за рамки диагностических критериев расстройств личности.

Добавочные расстройства личности. Критерии категорий расстройств личности, часто как бы накладываются друг на друга. Так, «шизофреноподобные» феномены, включающие эксцентричность поведения и элементы психоза, могут напоминать клиническую картину параноидного, шизоидного, шизотипического и пограничного расстройств личности. Драматические проявления поведенческих реакций, эмоциональные «взрывы» и неадекватное поведение могут быть спутаны с антисоциальным, пограничным, нарциссическим и «театральным» типам расстройств личности. Импульсивность поведения отмечается при антисоциальном, пограничном и «театральном» типах расстройств личности, в то время как раздражительность и страхи могут быть проявлением «уклончивого», пассивно-агрессивного, зависимого и компульсивного поведения.

Расстройства поведения на фоне других (непсихических) заболеваний. Непсихические и неврологические заболевания порой могут имитировать расстройства личности. Так, например, у лиц с комплексно-парциальной эпилепсией при наличии очагов поражения в левой височной доле могут проявляться необыкновенная страсть к порядку, религиозность, иногда они бывают несколько «вязкими», что можно принять за компульсивность. С другой стороны, у них может иметь место параноидное «разлетающееся пухом» мышление, что сближает их с параноидными или шизотипическими личностями. Строго правильное, раз и навсегда установленное и полное ритуальных мелочей поведение, характерное для компульсивной личности, может быть проявлением развития деменции или последствием травмы головы, в то время как раздражительность, несдержанность эмоций, неадекватные межличностные отношения у таких лиц могут быть смешаны с пограничным расстройством личности. Кроме этих специфичных примеров, практически каждое заболевание, так или иначе поражающее мозг, может быть причиной поведенческих расстройств, заставляющих предполагать расстройство личности. Дифференциально-диагностическим ключом в таких случаях могут быть относительно внезапное начало и наличие тех или иных нейропсихологических отклонений, указывающих на нарушение мозговых функций.

**2.3** **Этиология и патопсихология расстройств личности**

Доказано, что в формировании расстройств личности играют генетические факторы. Расстройства личности могут также формироваться под влиянием неблагоприятных ситуационных воздействий или неправильного воспитания.

Принято было считать, что расстройства личности отражают уродующее влияние неблагоприятного социального окружения в детстве. В настоящее же время имеется очень много фактов, свидетельствующих о ведущей роли чисто биологических факторов. Большое значение при этом имеют также конституциональные и генетические особенности.

Генетические факторы. Хотя и не было проведено исследований по всем видам расстройств личности, однако для большинства из них установлено, что риск их развития во много раз выше у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными. Лучше всего в этом плане были изучены антисоциальные расстройства личности. При этом было установлено, что указанная патология возникает у мужчин в 3--4 раза чаще, чем у женщин; среди первостепенных родственников этих больных также чаще встречаются лица с антисоциальным расстройством личности, алкоголизмом и психосоматическими расстройствами (синдром Брике). Последний характеризуется упорными мультиорганными системными жалобами у женщин с «театральным» складом личности. Сочетание двух указанных расстройств личности у людей с одной родословной свидетельствует о том, что синдром Брике и антисоциальное расстройство личности являются выражением общего биогенетического субстрата, проявляющегося по-разному у мужчин и у женщин. Влияние генетических факторов у лиц с антисоциальным расстройством личности доказывает также и то, что у детей родителей, страдающих антисоциальным расстройством личности и алкоголизмом, также повышен риск развития указанной патологии даже в том случае, если они воспитываются приемными родителями, не страдающими какими-либо антисоциальными наклонностями. И, с другой стороны, дети, взятые на воспитание приемными родителями, страдающими антисоциальными наклонностями поведения, не становятся антисоциальными личностями, если среди их кровных родственников нет больных алкоголизмом и антисоциальных личностей. Было высказано предположение, что развитие антисоциального расстройства личности может быть обусловлено хромосомным нарушением XYY. Более поздние исследования свидетельствуют, что, хотя указанное нарушение очень часто выявляют у лиц, отбывающих тюремное заключение, все же большинство мужчин с кариотипом XYY не страдают антисоциальным расстройством личности. Диагнозы шизотипического, пограничного и ши-зоидного расстройств личности первоначально возникли в связи с допущением, что должны быть какие-то «преклииические» формы шизофрении, которые бы характе-ризовались более слабой выраженностью симптомов и меньшим их числом, указывающих на нарушение мышления или на ненормальные межличностные отношения. Так, лицо с шизотипическим расстройством личности теоретически может оказаться носителем ранних расстройств мышления, восприятия и внимания, которые позже характеризуют шизофрению. Шизоидное же расстройство личности включает в себя трудности построения межличностных отношений, столь свойственное шизофрении. Генетические исследования подтвердили, что среди родственников лиц, у которых диагностирована шизофрения, довольно часто встречается шизотипическое, но не шизоидное расстройство личности.

Пограничные личности генетически являются «театральными». Почти в 50% случаев у пограничных личностей в семейном анамнезе имеются те или иные аффективные уклонения. Пограничное расстройство личности так же, как и другие личностные нарушения, как правило, чаще встречается у первостепенных родственников, «пограничных» родителей, однако это не имеет постоянной связи с шизофренией.

Шизофрения чаще встречается в семьях больных, страдающих параноидным расстройством личности. Близнецовые исследования в отношении компульсивного склада личности указывают на возросшую конкордантность в отношении обсессивных черт (т. е. одержимости навязчивыми идеями) у монозиготных близнецов, а не у дизиготных. Имеются также факты, подтверждающие семейное наследование болезненной приверженности к порядку и строгому режиму жизни.

Другие расстройства личности не были исследованы достаточно тщательно в биогенетическом аспекте.

Конституциональные факторы. Хотя и совершенно очевидно, что младенцы рождаются с теми или иными особенностями темперамента (например, с высоким или низким уровнем активности; со способностью более продолжительно или более кратковременно быть внимательным к чему-либо), однако имеется мало фактов в пользу того, что эти характеристики сохраняются и в подростковом возрасте. Так что младенческий темперамент никак не предсказывает развития того или иного расстройства личности в более позднем возрасте, за исключением того, что у «трудного ребенка» (раздражительного, трудно успокаиваемого, с нарушенным ритмом жизни), несомненно, чаще обнаруживаются в последующем те или иные поведенческие трудности. В анамнезе лиц с расстройствами личности чаще можно встретить указания на недостаточное физическое и умственное развитие.

Сочетание расстройств личности с нейрофизиологическими и нейроэндокринными нарушениями. С расстройствами личности связаны некоторые нейрофизиологические и биохимические изменения в организме. Так, на электроэнцефалограммах больных с антисоциальным расстройством личности часто отмечаются патологически низкие волны и низкие пики, а у лиц с пограничным расстройством личности характер ЭЭГ свидетельствует о наличии периодических лимбических эпилептиформных разрядов. Некоторые исследователи полагают, что общей нейрофизиологической особенностью лиц с антисоциальным и истерическим расстройством личности является редуцированное кортикальное возбуждение в ответ на кортикальные стимулы, что возникает вторично в ответ на усиленные тормозные импульсы, поступающие из более «низких» (по уровню расположения) отделов мозга. Это как раз сочетается с двигательным растормаживанием, наблюдаемым у лиц с антисоциальным расстройством личности и вегетативным растормаживанием у истериков. При шизотипических расстройствах личности было отмечено нарушение способности спокойно следовать взглядам за указателем. Так как многие шизофреники также выполняют это задание достаточно плохо, то можно предположить, что у шизотипических личностей, как и у больных шизофренией, понижена невральная эффективность в отношении «центрирования». У некоторых шизофреников и больных с шизотипическим расстройством личности снижена активность тромбоцитарной моноаминоксидазы (МАО), в связи с чем было высказано предположение о том, что сниженная активность МАО может иметь отношение к недостаточной деградации некоторых биологически активных аминов, что ведет к накоплению определенных субстанций с психотомиметическими свойствами. С аффективными расстройствами связывают способность кортизола «ускользать» от дексаметазоновой супрессии и укорочение латентного времени быстрых движений глаз (БДГ) (латентное время БДГ -- это время между засыпанием и первым эпизодом БДГ). Оба эти феномена отмечают также у лиц с пограничным и обсессивно-компульсивным расстройством, что заставляет предполагать некоторую связь между аффективным, пограничным и обсессивно-компульсивным расстройством личности. В отношении других расстройств личности пока не установлено каких-либо специфических биологических корреляций.

Факторы окружающей среды. По характеру социального окружения в раннем детстве, оказалось, невозможно предсказать более позднее развитие патологии личности. Так, например, есть данные, что 30% мужчин, страдающих тем или иным расстройством личности, указали на недостаток материнского тепла в детстве, однако в контрольной группе об этом упомянули 24% опрошенных. На различные трудные психологические ситуации в раннем детстве указали 16% лиц с расстройствами личности и 10% здоровых респондентов. Если в детстве с ребенком плохо обращались, то во взрослом состоянии он нередко проявляет поведение с тенденцией к совершению насилия. Относительная «слабость» связанных с темпераментом и окружающей средой факторов в качестве «предсказателей» развития расстройства личности в будущем привела к появлению теории «доброты соответствия». Согласно этой теории, расстройства личности у детей в последующие годы развиваются чаще тогда, конца наблюдается явное несоответствие между темпераментом ребенка, воспитанием в детстве и окружающей его психосоциальной средой.

Эпидемиология. Частота расстройств личности среди населения колеблется от 5 до 23%. Антисоциальное расстройство личности чаще диагностируют у мужчин, чем у женщин, в то время как пограничное и «театральное» расстройства личности встречаются обычно у женщин. Значительно чаще расстройствами личности страдают заключенные, а также жители провинциальных городов и районов с социальной дезинтеграцией. Среди населения с низким уровнем жизни данные нарушения встречаются в 3 раза чаще, чем у более обеспеченных граждан. Такая социально-демографическая особенность более всего характерна для антисоциального развития личности.

Течение заболевания и прогноз. По сравнению с контролем лица с расстройствами личности гораздо чаще встречаются с различными эмоциональными проблемами в детстве. Частота большинства расстройств личности уменьшается с возрастом, а пик заболеваемости приходится на возраст 20--29 лет. Эта тенденция наиболее характерна для антисоциального расстройства личности, что, по-видимому, обусловлено более медленным взрослением таких лиц. Хотя врачебной помощи обычно ищут не более 20% таких больных, большинство из них встречаются с непреодолимыми трудностями в создании семьи, устойчивой дружбы, в устройстве на работу. В отношении же психиатрических осложнений следует отметить, что примерно у 30% лиц с расстройствами личности отмечаются достаточно четко выраженные депрессия или состояние тревоги и страха. Больные с расстройствами личности склонны к злоупотреблению алкоголем, что особенно характерно для мужчин, так что алкоголизм среди них достигает 50%.

**2.4** **Лечение расстройств личности**

Больные с расстройствами личности, как правило, не понимают, в чем причина их жизненных трудностей. Они часто ищут эту причину в других, в окружающей их социальной среде, что заставляет близких к ним людей чувствовать себя весьма некомфортно. Только 20% подобных больных, как уже говорилось, ищут психиатрической помощи.

Лечение же состоит в основном из психотерапии, применяемой в тех или иных формах. Только в некоторых случаях используют психофармакологические средства. Успешными оказались различные виды психотерапевтического воздействия -- индивидуальная, групповая, парная и семейная психотерапия. Несмотря на различную технику и целевую ориентацию психотерапевтических воздействий, большинство психотерапевтов подчеркивают, что самым важным моментом (и самым трудным) в лечении является установление доверительных взаимоотношений с больным, позволяющих установить внутренние источники плохо адаптированного к жизни поведения. С психодинамической точки зрения, это означает, что необходимо, прежде всего, выявить те основные болезненные переживания пациента, которые требуется устранить, но для этого следует найти их причины. Врачи познавательно-поведенческого профиля обычно пытаются идентифицировать ошибочные представления больных о жизни, научить их всегда заглядывать вперед, особенно в отношении их необычного поведения, обратить внимание больных на неэффективность их образа жизни и научить их более целесообразному поведению. Как правило, пациенты с «драматическим» проявлением заболевания (пограничное, антисоциальное, «театральное», нарциссическое расстройства личности) требуют более активного, порой принудительного, строго запрещающего подхода со стороны врача-психотерапевта. В некоторых случаях лица с антисоциальным расстройством личности, по-видимому, не должны и не могут лечиться в амбулаторных условиях, а нуждаются в насильственном их содержании либо в исправительном, либо в соответствующем лечебном учреждении. В отношении лечения лиц с пограничным расстройством личности психотерапевты разделились на два лагеря: одни верят в психотерапевтическое воздействие трудовой терапии, другие придерживаются тактики поддержки больного «здесь и сейчас». В обоих случаях лечение этих больных часто прерывается на долгие периоды, когда пациент чувствует неприязнь к своему психотерапевту, когда он пытается совершить самоубийство или же у него возникает психотическая декомпенсация и ему требуется госпитализация.

В отличие от этой активной и агрессивной тактики к больным с приступами «ужасного» и «более чем странного» поведения может оказаться целесообразным применить более осторожный, всепонимающий и «светлый» подход.

Психотерапия в таких случаях должна быть долговременной, т. е. продолжающейся в течение нескольких лет. Врач-психотерапевт в таких случаях нередко испытывает чувство неудовлетворенности, гнева, беспомощности и невозможности помочь больному. Клинических сообщений о существенном улучшении состояния подобных больных достаточно много, но контролированных данных практически нет. Это отражает продолжающие существовать нерешенными проблемы в отношении надежности диагностики и общих методологических подходов к лечению, а также определению исходов заболевания. Поэтому необходимы дальнейшие исследования. В то же время накапливается все больше фактов в пользу психофармакологического вмешательства при некоторых расстройствах личности. Так, у лиц с пограничным расстройством, особенно при одновременном нарушении саморегулирования настроения, эффективны трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). Другие же группы «пограничных» личностей, у которых расстройства регуляции настроения и импульсивность поведения были особенно резко выраженными, хорошо отреагировали на применение лития. Больные с «взрывным» поведением хорошо ответили на применение карбамазепина. У некоторых из них, по данным ЭЭГ, предполагали наличие эпилептических очагов в лимбических структурах. Как «пограничные», так и шизотипические личности с дезорганизацией познавательных процессов могут хорошо реагировать на небольшие дозы нейролептических препаратов. Лицам с компульсивным расстройством личности, склонным к навязчивым мыслям, может принести облегчение трициклический препарат кломипрамин (в США не производится). Помимо антидепрессивного действия, кломипрамин обладает специфическим антиобсессивным эффектом. Эффективность других антидепрессантов при расстройствах личности не установлена, хотя ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) оказались перспективными препаратами у компульсивных личностей, у которых одновременно имеют место страхи или приступы «паники».

Меридил может уменьшить рассеянность внимания и повышенную двигательную активность, а также аффективную лабильность и импульсивность пациентов, личностные затруднения которых связаны именно с недостатком внимания.

**Заключение**

Концепцией, объединяющей знание о расстройствах личности, является базирующаяся на основных биологических представлениях концепция адаптации. Для человека, как существа, сочетающего в себе биологические и социальные механизмы функционирования, адаптация также актуализируется в двух плоскостях, в которых он представляет собой и особь, живущую по законам биологического вида, и члена общества, наделенного уникальной совокупностью личностных черт.

Ю.А. Александровским предложена концепция барьера психической адаптации, являющегося единым «интегрированным функционально-динамическим выражением» биологической и социальной основ человека. Таким образом, любой устойчивый поведенческий стереотип, каковым, в сущности, является расстройство личности, зависит, по крайней мере, от трех составляющих:

? собственно личности,

? ситуации, вызывающей прорыв барьера психической адаптации,

? следующих за ним психопатологических проявлений, складывающихся в психопатологическую единицу - синдром, поддающийся клинической оценке.

Статистические исследования на протяжении многих лет показывают, что для всех форм расстройств личности характерно криминальное поведение. В период с 1884 по 1904 г. среди пациентов Симферопольских богоугодных заведений, находившихся на лечении определением уголовного суда, «психопаты в различных формах» составили 3,3%, занимая 5 место после лиц, совершивших преступления в состоянии алкогольных психозов, «хронически помешанных», эпилептиков и слабоумных.

В большинстве европейских психиатрических школ обосновалась умеренная позиция, сочетающая и клинические концепции, и радикальные взгляды на расстройства личности как на «ярлык, свидетельствующий об агрессивности и асоциальности». Большая часть исследователей все же склоняются к мнению, что расстройства личности - удачное определение для группы риска по алкоголизму и наркомании, криминальному поведению, суициду, бродяжничеству и так далее.

В отечественной психиатрии никогда не проводилось прямой параллели между расстройствами личности и криминальным поведением. Неоднократно отмечалось, что срыв компенсаторных механизмов - декомпенсация расстройства личности - является следствием субъективно значимой для личности психотравмирующей ситуации, авторы указывали на связь декомпенсаций с криминальной активностью.

В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева, Ганнушкин, анализируя многообразие клинической динамики расстройств личности, приходят к выводу, что независимо от вида динамического сдвига - наличие психопатических реакций (особенно не свойственных данному типу расстройства личности), декомпенсации, развития, фазовых состояний, гиперкомпенсации - должно расцениваться клинически в качестве временного, но тяжелого состояния, которое часто провоцирует противоправные действия. Таким образом, напрашивается вывод, что чем более глубоко расстройство личности (независимо от его типа), тем более выражен асоциальный, и в частности - криминальный, радикал в поведении больного.

**Список используемой литературы**

1. Андреева Г.М. Социальная психология: (Учебник для вузов) / Г.М. Андреева, О.В. Афанасьева, Н.Н. Морозова. - М.: Аспект - Пресс, 2001. - 373с.

2. Блейлер Э. Аффективность. Внушение. Паранойя - М.: Издательство "Винити" 2004. - 208с.

3. Ганнушкин П.Б.. Избранные труды по психиатрии - М.: Феникс, 2001. - 210с.

4. Дубинин Н.П. Избранные труды/ Экологичекая и космическая генетика. Селекция. Т.3 - М.: Наука, 2001. - 440с.

5. Иващенко О.И., Огарок Е.М., Шостакович Б.В. Психометрическая оценка свойств темперамента при расстройствах личности возбудимого и тормозимого типа// Российский психиатрический журнал.- 2002.- №3.- С.26-30.

6. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А. Психиатрия. Переизд.-М.: "Инфра-М", 2005. - 448с.

7. Клиническая психиатрия/ пер. с англ. Доп. / гл. ред. Т.Б. Дмитриева - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2004. - 505с.

8. Крысько В.Г. Социальная психология: (Учебник для вузов) / В.Г. Крысько. - М.: Гуманитарный издательский центр «Владос», 2003. - 448с.

9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия - М.: "Экспертное бюро-М", 2001. - 496с.

10. Психические состояния / Под ред. Л.В. Куликова. - СПб.: Питер, 2000. - 512 с.

11. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста Т.2 - М.: Медгиз, 2004. - 408с.

12. Ясперс К. Общая психопатология - М.: Практика, 2002. - 1053с.