

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО.

Зав.кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: «Истерическое расстройство личности».

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Специальности психиатрия

Васютина И.А

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2021г.

Содержание:

1. Введение.	3ст.
2. Определение.	5ст.
3. Причины истерической психопатии.	5ст.
4. Клинические проявления.	6ст.
5. Истерические конверсионные расстройства.	7ст.
6. Диагностика истерической психопатии.	9ст.
7. Дифференциальная диагностика.	9ст.
8. Лечение.	10ст.
9. Прогноз.	12ст.
10. Выводы.	13ст.
11. Список используемой литературы.	14ст.

Введение

В отличие от психических заболеваний психопатии являются врожденными болезненными состояниями, конституциональными аномалиями, своеобразными характерологическими уродствами, которые проявляются прежде всего поведенческими расстройствами. Поскольку поведение человека в первую очередь обусловлено состоянием эмоционально-волевой сферы, отклонение в функционировании именно этой личностной составляющей определяет клиническое содержание психопатий.

При всем многообразии наблюдающихся в популяции характерологических аномалий их общей чертой является нарушение адаптации к условиям социальной жизни. В отличие от подобных (поведенческих) расстройств при психических заболеваниях эмоционально-волевая дисгармония особенно в легких случаях в целом существенно не нарушает ценностных направленностей личности и лишь формально трансформирует стиль поведения.

В отечественной литературе классические описания статики и динамики психопатий даны П.Б. Ганнушкиным (1933). Им были сформулированы основные диагностические критерии этого понятия (триада П.Б. Ганнушкина):

1. Тотальность психопатических особенностей личности, проявляющаяся в дисгармонии всего психического склада (в отличие от акцентуантов, патологическое черты).
2. Относительная стабильность. Наличие патологической дисгармонии характера на протяжении имеющих отдельные всего длинника жизни, отсутствие прогрессивности.
3. Нарушение по этим причинам социальной, семейной, профессиональной адаптации.

Принципиальным отличием динамики психопатий от процессуальных форм (психических заболеваний) является ее «эволютивный» характер, связанный не с каким-то болезненным процессом, а с общим развитием (эволюцией) человеческой психики в реальных условиях жизни. Факторами этой эволюции по П.Б. Ганнушкину могут быть как «патологические реакции» (спровоцированные ситуацией эпизоды декомпенсаций), так и «фазы» - спонтанно-аутохтонно возникающие периоды ухудшения состояния.

Исходя из представлений И.П. Павлова о типах высшей нервной деятельности другой отечественный ученый О.В. Кербиков описал типы «возбудимой» и «тормозимой» психопатии. Первый тип характеризуется повышенной возбудимостью, склонностью к экзистенциальной экспансии,

эмоциональной и поведенческой гиперактивности, патологической стеничности. Он включает эксплозивный, истерический, паранойяльный, экспансивно-шизоидный варианты. Для тормозимых психопатий характерно снижение жизненной активности, вялость, осторожность, поведенческая депремированность. Этот тип 4 представлен психастеническим, сенситивно-шизоидным, астеническим и дистимическим вариантами.

О.В. Кербинов в зависимости от тяжести клинических проявлений также выделял «ядерные» и «краевые» психопатии. Первые, по-видимому, в большей степени обусловлены биологическими факторами: наследственность, внутриутробные, натальные и постнатальные вредности, влияющие на ранний онтогенез. Они проявляются в более раннем возрасте в виде спонтанных декомпенсаций с развитием более тяжелых поведенческих нарушений, грубой и стойкой социальной дезадаптацией.

Краевые психопатии (патологические развития личности) чаще возникают как следствие неблагоприятных жизненных обстоятельств – неполная семья, конфликты в отношениях между родителями, порочная воспитательная стратегия, физические дефекты, уродства, соматические заболевания и т.п. Краевые психопатии более пластичны и при изменении жизненной ситуации имеют лучший прогноз.

2. Определение.

Истерическая психопатия (истероидное, театральное, гистрионное или сценическое расстройство, демонстративная личность) – расстройство личности, сопровождающееся демонстративностью поведения, ненасытной потребностью во внимании, восхищении и преклонении окружающих.

Возникает в раннем возрасте, устойчиво сохраняется в течение жизни. Пациенты с истероидным расстройством личности используют свою внешность, действуя неуместно соблазнительным или провокационным образом, с целью привлечения внимания других. У них отсутствует саморегуляция и они легко поддаются внушению, часто ведут себя послушно, чтобы удержать внимание других.

Истероидное расстройство не обязательно влечет за собой снижение социального статуса и профессиональную неуспешность. Часть больных достигает больших успехов в творческих профессиях. Вместе с тем, стремление любой ценой обратить на себя внимание окружающих, неспособность воспринимать критику и повышенная внушаемость нередко приводят истерических психопатов к жизненному краху: разрушению репутации, разрыву отношений, потере имущества и т. д.

Зависимое расстройство предположительно затрагивает менее 2% общей численности населения. Его в большинстве случаев диагностируют среди женщин, тем не менее, это наблюдение может свидетельствовать лишь о высокой степени распространенности среди женщин именно в тех клинических условиях, где были получены данные результаты. Некоторые исследования показали одинаковую степень распространенности среди женщин и мужчин.

3. Причины истерической психопатии.

Причины развития данной патологии окончательно не выяснены, однако специалисты полагают, что психопатия развивается под влиянием трех основных факторов: генетически обусловленных особенностей характера и личности ребенка, повреждений головного мозга в раннем периоде и системы воспитания, при которой в сознание пациента внедряется убеждение о неравной власти и ценности людей разных полов.

В число наследуемых черт характера включают эмоциональность, повышенную впечатлительность и «импрессионистский когнитивный стиль» - способность быстро воспринимать общую картину происходящего, не замечая мелких деталей.

Повреждения головного мозга, увеличивающие риск развития истерической психопатии, могут возникать в результате осложненной беременности, проблем во время родов и тяжелых заболеваний в первые годы жизни.

Психоаналитики считают, что истероидное расстройство развивается вследствие особого типа воспитания, при котором родители передают ребенку послание: «люди разных полов не равны, ценность женщин (для девочки) или мужчин (для мальчика) меньше, они являются более уязвимыми и обладают меньшей властью». Частью послания является убеждение в том, что при определенных условиях женщины или мужчины могут быть опасны для лиц противоположного пола и обретать власть через эту опасность. Истерическая личность складывается в пубертатном периоде, когда родители отвергают формирующуюся сексуальность ребенка. Родитель своего пола становится конкурентом сына или дочери, родитель противоположного пола отдаляется и принимает все меньше участия в жизни подростка. Такое отношение провоцирует опору личности на определенные защитные механизмы: регрессию, вытеснение и сексуализацию. Послания родителей и постоянное активное использование защитных механизмов формируют особую картину мира, в которой свой пол выглядит слабым и малоценным, а противоположный – сильным и опасным. Поведение, основанное на этой картине мира, носит предельно двойственный характер. С одной стороны, пациент постоянно пытается обрести власть над человеком или людьми противоположного пола, с другой – старается избежать контактов с мужчинами (если пациент – женщина) или женщинами (если больной – мужчина), поскольку они кажутся ему опасными, непредсказуемыми, не поддающимися контролю.

4. Клинические проявления.

Проявления истероидного расстройства могут быть видны уже в дошкольном возрасте. Ребенок стремится различными способами получить внимание и восхищение взрослых и негативно воспринимает положительную оценку действий и характеров других детей. Он крайне зависим от похвалы, предпочитает демонстрировать взрослым свои способности (поет, танцует, читает стихи), а не играть со сверстниками. В школьном возрасте основной мотивацией к учебе является постоянное одобрение и восхищение старших, без такой поддержки ребенок быстро теряет интерес к любым предметам.

В пубертатном периоде симптомы истерической психопатии становятся более яркими. Подростки нередко пытаются привлечь к себе внимание, совершая демонстративные, но обычно безопасные попытки самоубийства. При тяжелых ударах по самолюбию больные иногда перестают адекватно оценивать ситуацию, переходят черту, за которой их поведение начинает представлять реальную опасность для жизни, и погибают. Возможны уходы

из дома, как реакция на наказание (в ряде случаев – предполагаемое), во время которых пациенты каким-либо образом извещают близких, где их нужно искать. Характерна частая смена компаний, в которых подростки сначала пытаются играть роль лидеров, но быстро остывают и разочаровываются.

Самой яркой чертой взрослых больных является демонстративность поведения, которое очень быстро меняется в зависимости от обстоятельств и окружения. С одним человеком пациент может выглядеть скромным и уязвимым, с другим – уверенным в себе и даже наглым. Наблюдается экстравагантность в одежде и поведении, возможны публичные истерики, рыдания, самообвинения, приступы агрессии и пр. Чтобы привлечь к себе внимание, больные могут сочинять фантастические истории о своем прошлом и своих способностях или сильно приукрашивать реальные события. Постоянно пытаются быть в центре внимания, часто впадают в депрессивное состояние, когда им это не удается.

Пациенты, страдающие истероидным расстройством, легко сходятся с людьми, однако их отношения поверхностны и недолговечны. Они быстро очаровываются человеком, который проявил к ним внимание и продемонстрировал свое восхищение, и так же быстро разочаровываются, когда партнер перестает проявлять бурный интерес. Поведение больных и их восприятие окружающих определяется эмоциями и поверхностными впечатлениями. Все перечисленное становится причиной частой смены друзей и половых партнеров, провоцирует конфликты в семье и на работе.

5. Истерические конверсионные расстройства

Конверсию рассматривают как один из механизмов психологической защиты. Предполагают, что при конверсии внутренние тягостные переживания, связанные с эмоциональным стрессом, преобразуются в соматические и неврологические симптомы, развивающиеся по механизму самовнушения.

Конверсия - одно из важнейших проявлений широкого круга истерических расстройств (истерического невроза, истерической психопатии, истерических реакций).

Удивительное разнообразие конверсионных симптомов, их сходство с самыми различными органическими заболеваниями позволили Ж.М. Шарко (1825-1893) назвать истерию «великой симулянткой». Вместе с тем следует четко отличать истерические расстройства от реальной симуляции, которая всегда целенаправленна, полностью подчинена контролю со стороны воли, может быть продлена или прекращена по желанию человека.

Истерические симптомы не имеют конкретной цели, вызывают истинное внутреннее страдание пациента и не могут быть прекращены по его желанию.

По истерическому механизму формируются нарушения функций самых различных систем организма. В прошлом веке чаще других встречались неврологические симптомы: парезы и параличи, обмороки и припадки, нарушения чувствительности, неустойчивость при ходьбе и в положении стоя (астазия-абазия), мутизм, слепота и глухота. В последние годы появились новые симптомы, соответствующие заболеваниям, получившим широкое распространение. Это боль в голове, груди, спине, суставах, чувство нехватки воздуха, нарушения глотания, слабость в руках и ногах, заикание, афония, чувство озноба, неопределенные ощущения покалывания и ползания мурашек.

Признаки истерических конверсионных расстройств:

- возникают непосредственно после эмоционального стресса;
- характеризуются атипичным набором симптомов (не похожи на описанные в руководствах проявления известных заболеваний);
- усиливаются, если к ним приковано внимание окружающих;
- исчезают, если больной отвлекается или успокаивается;
- не затрагивают функций, не контролируемых сознанием (безусловные рефлексy).

При всем многообразии конверсионных симптомов можно выделить ряд общих свойств, характерных для любого из них. Во-первых, это психогенный характер симптоматики. Не только возникновение расстройства связано с эмоциональным стрессом, но и его дальнейшее течение зависит от актуальности душевных переживаний, наличия дополнительных травмирующих факторов. Во-вторых, отмечается странный, не соответствующий типичной картине соматической болезни набор симптомов. Проявления истерических расстройств таковы, как их себе представляет больной (у пациента, наблюдавшего соматические расстройства у соседей по палате, симптомы будут выглядеть более естественно). В-третьих, следует учитывать, что конверсионные симптомы предполагают наличие интереса и внимания со стороны окружающих, поэтому они никогда не возникают, пока пациент находится наедине с самим собой. Часто больные стараются подчеркнуть уникальность имеющихся у них симптомов. Чем больше внимания врач уделяет расстройству, тем более выраженным оно становится. К примеру, просьба врача говорить немного погромче может вызвать полную потерю голоса. Напротив, если больного отвлечь, то симптомы могут полностью исчезнуть. Наконец, следует учитывать, что не всеми функциями организма можно управлять посредством самовнушения. Безусловные рефлексy и объективные показатели работы организма (электрокардиограмма, ЭЭГ, температура тела, АД, показатели крови и др.) на фоне истерических расстройств остаются неизменными.

Изредка конверсионная симптоматика становится причиной повторного обращения больных к хирургам с просьбой о проведении серьезных оперативных вмешательств и травматичных диагностических процедур. Подобное расстройство известно под названием синдрома Мюнхгаузена. Бесцельность подобного вымысла, способность перенести многочисленные болезненные процедуры, явный дезадаптивный характер поведения отличают данное расстройство от симуляции.

6. Диагностика истерической психопатии

Для постановки диагноза истерической психопатии по МКБ-10 необходимо наличие минимум трех признаков, характерных для всех видов психопатий, и минимум трех признаков, характерных для истероидного расстройства.

К числу общих признаков психопатий относят видимую дисгармонию в личности и поведении (нарушения возбудимости, типичные проблемы в отношениях, особенности мышления и восприятия); стабильность аномального поведения в течение жизни; негативное влияние стиля поведения на личную и социальную адаптацию; раннее возникновение изменений; постоянное повышенное напряжение; нарушение социальной и профессиональной продуктивности (часто, но не обязательно).

В число признаков истероидного расстройства включают театральность, склонность к драматизации, демонстративность эмоций; поверхностность и неустойчивость эмоций; легкую внушаемость; чрезмерную озабоченность своей привлекательностью; излишне откровенные сексуальные наряды, неуместную обольстительность поведения; постоянную потребность находиться в центре внимания, чувствовать признание и восхищение окружающих. В качестве дополнительных симптомов, не входящих в обязательный перечень, указывают эгоцентризм, постоянные манипуляции, обидчивость, потребность в признании и снисходительное отношение к себе.

7. Дифференциальная диагностика

Истероидные расстройства личности можно отличить от других расстройств личности на основе характерных особенностей:

Нарциссическое расстройство личности: Пациенты с нарциссическим расстройством личности также ищут внимания, но они, в отличие от страдающих истероидным расстройством, хотят чувствовать восхищение и возвышение со стороны других; пациенты с истерической психопатией не столь разборчивы в том, какого рода внимание они получают и не против прослыть милыми или глупыми.

Пограничное расстройство личности: пациенты с пограничным расстройством личности считают себя плохими и испытывают глубокие и интенсивные эмоции; в то время как больные истерическим расстройством личности не считают себя плохими, даже если их зависимость от реакции других обусловлена низкой самооценкой.

Зависимое расстройство личности: Пациенты с зависимым расстройством личности, подобно людям с истероидным расстройством личности, стараются быть рядом с другими, но более беспокойно, сдержано, и безропотно (из-за боязни быть отвергнутыми); пациенты с истерической психопатией менее замкнуты и более яркие.

Дифференциальную диагностику расстройства личности истерического типа проводят с соматическими заболеваниями и болезненным тревожным расстройством.

8. Лечение

В стадии компенсации лечение не требуется. В детстве, подростковом и юношеском возрасте особое значение приобретают профилактические мероприятия, осуществляемые детским психологом: коррекция семейного стиля воспитания, поддержка при адаптации в школе; помощь при выборе специальности с учетом интересов, особенностей личности и уровня интеллекта пациента; помощь при трудоустройстве.

В стадии декомпенсации требуется психотерапевтическое воздействие.

Общее лечение при истерическом расстройстве личности является тем же, что и при всех расстройствах личности.

Общие принципы лечения

Главным образом лечение расстройств личности направлено на следующее:

- *Снизить субъективный стресс
- *Дать пациентам понять, что их проблемы носят исключительно внутренний характер
- *Исправить тяжелое дезадаптивное и антисоциальное поведение
- *Изменить проблематичные личностные особенности человека

Основная цель лечения – снижение степени выраженности стрессогенных проявлений (тревожность, депрессия и т. д.). Эти симптомы могут разрешаться при увеличении психосоциальной помощи, которая, среди прочего, выводит пациента из стрессовых ситуаций или взаимоотношений.

Медикаментозное лечение также может помочь снять стресс. Снижение уровня стресса улучшает лечение основного расстройства личности.

На раннем этапе необходимо приложить усилия, чтобы пациент осознал, что его проблемы являются внутренними. Пациенты должны понять, что проблемы, связанные с работой или взаимоотношениями, обусловлены их проблематичным способом отношения к миру (например, постановка задач, управление или установление близких отношений). Достижение такого уровня понимания требует значительного количества времени, терпения и усердия со стороны врача. Доктор также должен понимать степень эмоциональной чувствительности пациента и знать эффективные способы ее коррекции. Члены семьи и друзья могут помочь выявить те проблемы, которые ускользнули от внимания доктора и самого пациента.

Неадекватное и нежелательное поведение (безрассудство, социальная изоляция, отсутствие уверенности в себе, вспыльчивый характер) подлежат скорейшей коррекции, чтобы минимизировать вред в рабочих ситуациях и личных отношениях. Коррекция поведения – наиболее важный фактор в лечении пациентов. Как правило, поведение успешно корректируется в течение нескольких месяцев групповой поведенческой терапии. Необходимо разработать методы ограничения поведения и постоянно применять их на практике.

Иногда пациенты проходят лечение амбулаторно или в социальных учреждениях. Группы самопомощи или семейная терапия также могут эффективно скорректировать социально нежелательное поведение больного. Поскольку члены семьи и друзья могут оказывать как благотворное, так и негативное влияние на проблемное поведение или мысли пациента, их участие полезно; пройдя коучинг, они могут стать союзниками в лечении.

Индивидуальная психотерапия.

Во время лечения врач должен выявить межличностные проблемы, проследить динамику их развития в течение жизни пациента. После этого необходимо помочь ему понять, как эти проблемы связаны с особенностями их личности, и научить пациента новым, более эффективным способам коррекции. Как правило, доктор должен всегда указывать на нежелательное поведение и его последствия, прежде чем пациент сам это осознает. Эта стратегия может помочь пациентам скорректировать свое неадекватное поведение и избавиться от ошибочных убеждений. Хотя врач должен действовать осторожно, следует понимать, что доброе отношение к больному и разумные советы сами по себе не смогут исправить расстройство личности.

Мало что известно об эффективности когнитивно-поведенческой терапии и лекарственной терапии истероидного расстройства личности.

Может применяться психодинамическая психотерапия, которая фокусируется на лежащих в основе конфликтах. Терапевт может начать с поощрения пациентов заменять словами поведение, что будет способствовать пониманию пациентами самих себя и менее драматичному общению с другими людьми. Затем терапевт может помочь пациентам понять, что именно их театральное поведение является неадекватным способом привлечения внимания окружающих и каким образом управлять чувством собственного достоинства.

При выраженных аффективных расстройствах назначают антидепрессанты, при истерических реакциях – нейролептики, при астении – мягкие стимуляторы.

9. Прогноз.

Относительно благоприятный, полное выздоровление невозможно, но своевременная профилактика и адекватная терапия в большинстве случаев обеспечивают устойчивую компенсацию, позволяющую существовать в обществе. Инвалидность оформляют крайне редко.

Выводы.

В психиатрии есть разные термины, которые определяют особенности конкретного человека. В МКБ-10 выделяют такое нарушение, как истерическое расстройство личности. Оно проявляется театральным поведением, желанием быть в центре внимания, отсутствием эмпатии.

Медикаментозное лечение такого нарушения не принесет результата. Поэтому поведение можно скорректировать только в процессе психотерапии. Истероидное расстройство личности может серьезно мешать вести полноценную жизнь, так как поступки такого человека отличаются от принятых в обществе.

В тяжелых случаях у больного проявляются психосоматические проблемы. Подобное нарушение еще называют истероидная психопатия. Если человек будет стараться всеми силами привлечь внимание, то он может намеренно навредить себе.

Интересно. У такого типа личности имеются сильные и слабые черты характера. Они могут достигать серьезного успеха в жизни, но при этом иметь ряд проблем.

Преимущества личности:
положительное восприятие жизни;
активность;
креативность;
трудоголизм;
смелость.

Главное положительное качество такой личности – это умение привлекать других людей.

В то же время истероидность может характеризоваться негативно:
отсутствует критичность;
эгоцентризм;
суетливость;
нет исполнительности;
назойливость.

11. Список использованной литературы.

1. Иванец, Н. Н. Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 896 с.
2. Психиатрия [Электронный ресурс] ; нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013
3. Александровский, Ю. А. История отечественной психиатрии. В 3 томах.. Психиатрия в лицах / Ю.А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с.
4. Клиническая психиатрия. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 832 с.
5. Овчинников, Б. В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. - М.: ЭЛБИСПб, 2018. - 368 с.
6. Первый, В.С. Справочник невротических расстройств: моногр. / В.С. Первый. - М.: Феникс, 2019. - 312 с.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Рецензия зав.кафедрой, д.м.н. Березовская М.А

На реферат ординатора 2 года обучения по специальности: Психиатрия

Васютиной И.А

Тема реферата: «Истерическое расстройство личности».

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)	6/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «12» _____ 01 2021г.

Подпись рецензента: _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора: _____ Васютина И.А.