

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 психиатрии и наркологии с курсом ПО

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

РЕФЕРАТ

На тему: «**Психопатии**»

Выполнил: ординатор 2 года обучения
специальности Психиатрия

Власевский Д.А.

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

КРАСНОЯРСК, 2020

Оглавление

Введение.....	3
Распространённость	4
Общие критерии диагностики.....	4
Клинические типы психопатий.....	7
Параноидное (паранойяльное) расстройство личности.....	7
Шизоидное расстройство личности.....	8
Диссоциальное (асоциальное) расстройство личности	9
Эмоционально-неустойчивое (пограничное) расстройство личности.....	10
Истерическое расстройство личности.....	11
Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.....	12
Тревожное расстройство личности.....	12
Зависимое расстройство личности	13
Лечение и профилактика	14
Список литературы:	16

Введение

Психопатия (расстройство личности) – стойкая, развивающаяся в детстве и сохраняющаяся в течение всей жизни деформация личности, проявляющаяся в искажении ее цельности, выраженная в такой степени, что нарушает адаптацию и приводит к затруднению межличностных отношений.

Психопатические личности – люди, которые, по выражению К. Шнайдера, из-за своих психических особенностей страдают сами и заставляют страдать других. Личностные девиации у таких больных могут претерпевать известные видоизменения, усиливаться или, наоборот, сглаживаться. Расстройства личности не воспринимаются больными как чуждые, требующие психиатрической помощи. Поскольку патологические изменения при психопатии препятствуют естественной адаптации в обществе, для их диагностики имеют значение социальные критерии.

Еще в античные времена Цицерон (I в. до н.э.) считал, что «подобно изъянам тела могут наблюдаться изъяны души, затрудняющие жизнь людям, которые их имеют, однако термина в отношении их еще не подобрано». Ф. Пинель (1809) одним из первых психиатров описал подобные личностные аномалии под названием «мания без бреда». Сам термин «психопатия, психопатии» появился впервые у русских писателей Н. Лескова и А. Чехова (1885), а затем он был использован в психиатрии В.М. Бехтеревым (1886).

В.Х. Кандинский (1890) основой психопатии считал неправильную организацию нервной системы, что приводит к крайней изменчивости, непостоянству, дисгармонии всей душевной жизни. Причиной подобной патологии он считал наследственную отягощенность или влияние внешних вредностей на центральную нервную систему в раннем постнатальном периоде. Наиболее глубоким исследованием психопатии является классическая работа П.Б. Ганнушкина (1933), где автор подробно описал ее статику, динамику и систематику. В современной классификации МКБ-10 расстройства личности описываются в рубрике F60.

Распространённость

Данные о распространённости психопатий существенно расходятся в связи с отсутствием единства взглядов на критерии отграничения данной патологии у разных авторов.

Б.Д. Цыганков и Б.Д. Петраков (1996) приводят данные о разбросе показателей от 3 до 20-50 случаев на 1000. При использовании диагностических критериев МКБ-10 распространённость психопатий в среднем составляет 5%. Известно, что примерно треть больных, обратившихся к терапевту, имеет те или иные расстройства личности. Распространённость расстройств личности среди амбулаторных больных психиатрической практики составляет 20-40%, среди госпитализированных — 50%. Расстройство личности среди правонарушителей выявляется у 78% мужчин и 50% женщин, находящихся в тюремном заключении (Д.Ю. Вельтищев, 2006).

Общие критерии диагностики

Основные проявления психопатий:

- расстройства эмоций (вспыльчивость, стойкая гипотимия, неоправданный оптимизм, подозрительность);
- расстройства воли и влечений (апатия, нетерпеливость, расторможенность влечений, склонность к алкоголизации, гиперсексуальность, подверженность асоциальному влиянию),
- асоциальные поступки или нецелесообразное поведение (агрессивность, склонность к воровству, уходу из дома, пассивная жизненная позиция, уход от контактов с обществом, отсутствие доверия к людям).

Интеллект больных не рассматривают при диагностике психопатий, у большинства психопатов он соответствует норме.

Психопатии обозначают как эгосинтонное расстройство, т.е. пациент рассматривает патологии поведения как часть самого себя. Он не может

сказать, когда возникло неблагополучие, т.к. всё, о чем идет речь, существовало, сколько он себя помнит. Оценить себя адекватно пациентам мешает завышенная или заниженная самооценка. Они не извлекают необходимого урока из своих ошибок. С психологической точки зрения такую «душевную слепоту» можно объяснить чрезмерным использованием стандартных, довольно примитивных механизмов психологической защиты. Психопатии относят к пограничным психическим расстройствам, тем самым занимая промежуточное положение между личностными акцентуациями, (вариант психической нормы) и прогрессирующими психическими заболеваниями. Симптомы психопатий никогда не достигают степени психоза, они не могут проявляться такими выраженными расстройствами, как бред, галлюцинации, помрачение сознания. К психопатиям не относят нарушения поведения, появившиеся у взрослого человека после перенесенного органического заболевания мозга или шизофрении, такое расстройство называют «изменением личности» и кодируют в соответствии с заболеванием, его вызвавшим. В России при установлении диагноза психопатии чаще всего используют критерии П.Б. Ганнушкина.

Основные диагностические критерии психопатий по П.Б. Ганнушкину:

- стабильность личностных деформаций;
- тотальность психопатических особенностей личности с нарушением всего психического склада;
- выраженность патологических черт характера до степени, приводящей к нарушению социальной адаптации.

От акцентуаций характера психопатии отличаются высокой степенью дезадаптации, которая возникает не в исключительных ситуациях, а в обычной повседневной жизни. Таким образом, психопатии относят к патологии. При этом психопатию нельзя называть болезнью (процессом), т.к., в отличие от заболеваний, она одинакова в течение всей жизни, не имеет начала, течения и исхода.

Сама психопатия не является болезнью, но она неразрывно связана со

многими психическими заболеваниями, поскольку создает чрезвычайно благоприятную базу для декомпенсации во многих жизненных ситуациях. Они могут проявляться в следующих формах:

- истерический психоз;
- обсессивно-фобический невроз;
- реактивная депрессия;
- алкоголизм;
- наркомании;
- реактивный паранойд.

Эти заболевания тесно связаны с особенностями реакции человека на стресс, его темпераментом, а также с условиями воспитания.

Напротив, эндогенные заболевания вроде шизофрении и БАР не относят к декомпенсациям психопатий, поскольку они формируются вне зависимости от преморбидных особенностей личности, а после ломают прежний характер и приводят к формированию новых его черт.

Диагностика личности основана на наблюдении и трактовке поступков человека. Очень важно анализировать уже совершенные поступки, а не намерения и планы. Так, успешное окончание учебы в вузе, победа в спортивном состязании, построенный собственными руками дом говорят о человеке гораздо больше, чем его мечты стать летчиком, выйти замуж, написать книгу. В психологии нередко используют специально разработанные опросники и тесты для диагностики личности. Такие тесты позволяют оценить лишь отдельные качества личности, но не степень ее адаптации, они не всегда надежны, особенно если их трактует неспециалист, поэтому в практической диагностике они играют лишь дополнительную роль. Диагностика психопатий только на основании психологического тестирования недопустима.

Клинические типы психопатий

Основные типы специфических расстройств личности (по МКБ-10):

F60.0 – параноидное

F60.1 – шизоидное

F60.2 – диссоциальное

F60.3 – эмоционально-неустойчивое

F60.30 – импульсивное

F60.31 – пограничное

F60.4 – истерическое

F60.5 – ананкастное

F60.6 – тревожное

F60.7 – зависимое

Параноидное (паранойальное) расстройство личности

Этиология: особенности воспитания и раннего развития, формирующих базовое недоверие к окружающим. Недоверие развивается в раннем детском возрасте как результат дистанцирования ребенка от матери, итогом чего становится формирование диффузного страха, превращающийся в дальнейшем в настороженное и недоверчивое отношение к окружающим. Характерен выраженный защитный механизм проекции.

Данное расстройство личности проявляется, в первую очередь, подозрительностью, недоверчивостью, упрямством, эмоциональной ригидностью и злопамятностью. Для людей такого рода свойственна стойкая тенденция интерпретировать действия других людей как подозрительные, унижающие достоинство пациента и вызывающие его страх, недоверие и потребность от них защищаться строго определенным способом. Пациенты считают, что окружающие их эксплуатируют, желая отнять у них приобретенные блага, социальный престиж или экономический успех, вредят им, часто ведут себя таким образом, чтобы скомпрометировать или унижить

пациента. Часто они патологически ревнивы, требуя без причины доказательств верности своего супруга или сексуального партнера. При этом они считают вовсе необязательным соблюдение личной верности. Экстернализируя свои собственные эмоции, они используют защиту в виде проекции, приписывая окружающим собственные неосознаваемые черты, намерения, побуждения, мотивы. В силу аффективной уплощенности они кажутся неэмоциональными, лишенными тепла, на них производит впечатление только сила и власть, которой они поклоняются и подчиняются. В социальном плане параноидные личности внешне выглядят деловыми и конструктивными, однако их склонность к интриге для выявления верности или неверности подчиненных часто вызывают страх и создают конфликты. Базисное стремление к переживанию своей повышенной значимости, полезности они постоянно защищают, и всякий раз относят все происходящее на свой счет, чрезмерно чувствительны к неудачам и отказам. Пациенты с параноидными расстройствами личности предрасположены к хроническим бредовым расстройствам, индуцированным бредовым расстройствам и параноидной шизофренией.

Шизоидное расстройство личности

Этиология: генетическая предрасположенность и воспитание по типу «золушки» или гиперопека при гиперпротективной матери и пассивном отце. Наиболее типичные случаи обусловлены воспитанием холодной и дистанцирующей матерью, которая в ущерб ребенку решает собственные проблемы. Ребенок в дальнейшем принимает данную модель воспитания и воспроизводит ее по отношению к своим детям.

Основной симптом – аутизм, отсутствие контакта с окружающими. Данные типы личностей склонны к интересу к таким абстрактным областям знаний, как астрономия, математика, философия, в которых могут достигать успехов. Декомпенсируются в ситуациях, где от них требуется большой объем общения и быстрое принятие решений. Характерны эмоциональная

холодность, неспособность проявлять теплые чувства, нежность или гнев к другим людям. Равнодушны к превалирующим социальным нормам и условиям. Отмечается отсутствие близких друзей или доверительных связей и отсутствие желания иметь таковые. Предпочитают одиночество и отгороженный образ жизни, хотя в обыденной жизни обыкновенно не способны к разрешению элементарных ситуаций. Характерно построение фантазий, которые обычно не претворяются в реальность, но создают своеобразный параллельный действительности мир. Возможна как повышенная сензитивность на обиду, так и отсутствие реакции на значительные конфликтные ситуации. Однако холодность может быть своеобразной защитой в связи с гиперсензитивностью. Обычно они не обращают внимание на свой внешний вид и с пренебрежением относятся к презентациям себя окружающими. Пациенты с шизоидным расстройством личности предрасположены к простой форме шизофрении, шизотипическим расстройствам, в детском возрасте у них чаще возникает детский аутизм, а в пубертате синдром Аспергера.

Диссоциальное (асоциальное) расстройство личности

Этиология: воспитание по типу гипоопеки и безнадзорности, недостаток любви и внимания. Данное расстройство типично для семей, в которых преобладают криминальные личности, а также лица, употребляющие психоактивные средства. Они могут быть также среди семей, которые находятся в ситуации социально-экономического стресса, например, в результате экстремальной миграции из-за войн и конфликтов.

Типичными проявлениями, начинающимися в детском возрасте, являются ложь, прогулы, сбегание из дома, кражи, драки, употребление наркотиков и противоправные действия. В дальнейшем отмечаются грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными и моральными нормами, равнодушие к чувствам других, неспособность поддерживать отношения, низкая толерантность к фрустрациям и низкий порог разряда

агрессии, включая насилие. Дисоциальные личности не способны испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, в том числе наказания. Порой создается впечатление, что у них очень высокий болевой порог. Характерные черты – неразборчивость в связях, оскорбление супругов, жестокое обращение с детьми и пьяные дебоши. Асоциальность, формирующаяся уже во взрослом возрасте, динамически развивается из отдельных антиобщественных поступков в подростковом и детском возрасте. Свойственно раннее стремление к криминальным группам, пренебрежение к желаниям и потребностям окружающих в пользу собственных эгоистических интересов. Сексуальность рано развивается, для неё характерна недифференцированность. Возможно сочетание холодной жестокости и отсутствия моральных принципов.

Эмоционально-неустойчивое (пограничное) расстройство личности

Этиология: Генетическая почва и воспитание с недостатком внимания. Преобладают в семьях органиков, которые сами проявляют эмоциональную неустойчивость, дисфории и низкий порог агрессивного поведения. Характерно также для детей, которые воспитываются жестоким и декларативным отцом. У эмоционально неустойчивых личностей в детстве и подростковом возрасте также обнаруживается высокий фон органики и минимальной мозговой дисфункции.

Конфликтность и эмоциональная неустойчивость заметны с детства. Действия в период разрядки аффекта обычно не согласуются с обстановкой. Чрезвычайно нестойкий аффект (депрессии, раздражительность, тревога), настроение и поведение, приводящие к повторным саморазрушительным действиям, которые неадекватно связаны с внешним раздражением. На высоте эмоциональной разрядки возможно аффективное сужение сознания. Данные личности не переносят одиночества, вступают в случайные, часто сомнительные связи. В контактах то идеализируют, то обесценивают людей, из-за чего стойкие социальные связи не устанавливаются. Алкогольное

опьянение протекает атипично, с агрессивностью и конфликтностью, высокая вероятность палимпсестов. Отмечается также подверженность зависимости от других психоактивных веществ.

Импульсивный подтип – преобладание эмоциональной неустойчивости и склонности действовать импульсивно, без учета последствий. Обычными являются вспышки жестокости и угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение окружающими.

Пограничный подтип – эмоциональная неустойчивость и нарушение образа Я, намерений и внутренних предпочтений, а также чаще присутствуют суицидальные угрозы и акты самоповреждения. Высокий уровень самооценки не соответствует реальности и восприятию личности окружающими. В результате личность воспринимается как заносчивая и нетерпимая. Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности предрасположены к депрессивным эпизодам.

Истерическое расстройство личности

Этиология: воспитание по типу «кумир семьи» или результат культивирования демонстративных черт в семьях, в которых родители пытаются в детях реализовать собственные претензии на лидерство. Чаще встречается у женщин.

С детства отмечается стремление быть в центре внимания детей и взрослых, жажда похвалы и оценки. Отказ взрослых на выполнение желаний у ребенка встречает реакцию протеста с демонстрацией падения, закатыванием глаз, прерывистым дыханием. Характер отличается демонстративностью, театральностью, экстравертированным поведением у возбудимых, эмоциональных личностей. Пациенты не способны поддерживать глубокую длительную привязанность. Типична частая демонстрация приступов раздражительности, слез и обвинений, если личность не является центром внимания или не получает похвалы или одобрения. Повышена внушаемость и ориентация на авторитеты, легко формируется влияние окружающих или

обстоятельств. Характерны чрезмерная озабоченность физической привлекательностью и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей. Мимика отличается чрезмерной живостью, возможны парамимии, жест экспансивный. В одежде и косметике преобладают яркие тона и экстравагантность. Стремление к занятиям, которые удовлетворяют потребность в демонстрации. Высокая подверженность к диссоциативным расстройствам, в том числе моторным и расстройствам сознания, а также употреблению алкоголя и других психоактивных средств. Многие психические явления у истерических личностей напоминают пароксизмальные, поэтому они близки к эпилептическому кругу.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

Этиология: генетическое наследование, воспитание по типу «гиперопека», авторитарные родители. Чаще встречается у мужчин.

Характерные черты – ригидность, упрямство, педантизм и перфекционизм. Ананкасты формальны, серьезны и лишены чувства юмора, гибкости и терпимости. Способны к длительной рутинной работе, если она не требует новшеств. В общении не способны к компромиссам и настаивают, чтобы окружающие также подчинялись их правилам. Из-за страха сделать ошибку они нерешительны и много раздумывают перед тем, как принять решение. Все, что угрожает изменением привычных стереотипов, вызывает тревогу, которая скрывается ритуалами. Часто появляются настойчивые и нежелательные мысли и влечения. Подвержены обсессивно-компульсивным неврозам и тревожно-фобическим расстройствам.

Тревожное расстройство личности

Этиология: подавляющий стиль воспитания, генетическая отягощенность тревожно-фобическими расстройствами. Депривация в раннем детском возрасте с сепарацией от матери, что приводит к высокому уровню тревоги.

Основная черта – стеснительность. Жалобы на чувство напряженности и тяжелые предчувствия, крайняя чувствительность к отвержению, приводящая к социальной замкнутости. В период стресса характерно бегство. Боязнь выступать публично. Любой отказ воспринимают как оскорбление, в работе проявляют себя стеснительными и стараются угодить всем окружающим. Не желают вступать в отношения без гарантий понравиться. Их жизненный уклад ограничен из-за потребности в физической безопасности, они уклоняются от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения. В момент отвержения тревога генерализуется и может выступать как паническое расстройство.

Зависимое расстройство личности

Этиология: подавляющий стиль воспитания, застревание на оральной стадии психосексуального развития по Фрейду. Психологически соответствует зависимости от авторитета, декларируемых социальных ценностей, зависимости от психоактивного вещества.

Подчиняют свои собственные потребности потребностям других, вынуждают других брать на себя ответственность за наиболее важные события в их жизни, стремясь быть на вторых ролях, испытывают недостаток уверенности, ощущают дискомфорт в одиночестве. Становятся тревожными, если их просят взять на себя руководящую роль. Характерны пессимизм, сомнение, пассивность, страх обнаружить свои сексуальные и агрессивные чувства. Испытывают чувство неудобства и беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни, поэтому боятся быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе. Не могут принимать многие повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Лечение и профилактика

Основным направлением специфической профилактики развития психопатий являются мероприятия, направленные на создание нормальных условий развития на ранних стадиях онтогенеза. Они включают: 1) предупреждение, выявление и лечение различных заболеваний матери и ребёнка; 2) создание благоприятных условий жизни, обеспечивающих его нормальное развитие и воспитание. Помимо медицинского и педагогического аспекта существуют и другие. Когда речь идет о благополучии семьи, следует иметь в виду всё то, что определяет уровень и качество жизни, относится к вопросам неспецифической профилактики и лежит в сфере ответственности государства перед своими гражданами. Что касается лечения, то врачам помощь больным психопатиями приходится оказывать в редких случаях (относительно количества нуждающихся), поскольку в состояниях компенсации лишь очень немногие пациенты обращаются к психологу или психотерапевту. В состоянии декомпенсации психиатр имеет дело с различными осложнениями – психогенными состояниями, заболеваниями, алкоголизмом, токсикоманиями, которые лечат в соответствии с существующими стандартами.

Лечение психопатии само по себе должно преследовать цель позитивной перестройки всего годами формировавшегося склада личности, создание новых установок, системы ценностей, нового отношения к себе и окружающему миру, т.е. в этих случаях речь идёт о «психопротезировании». Сложно вообразить здравомыслящего врача, готового поставить перед собой подобную задачу. Так что на практике лечение сводится к воздействию на отдельные проявления психопатий, т.е. тревогу, повышенную возбудимость, астенические нарушения и т.д. и т.п. Эта симптоматическая терапия, компенсировав то или иное парциальное нарушение, может способствовать улучшению адаптации пациента к негативному экзистенциальному фону в целом. Наличие тревоги является показанием для назначения

транквилизаторов. При стойком снижении настроения назначают антидепрессанты. Повышенную возбудимость, приводящую к поведенческим нарушениям, купируют нейролептическими препаратами. Чаще всего применяются перициазин, тиоридазин, трифлуоперазин, хлорпротиксен, сульпирид. Для снятия аффективной напряженности, коррекции сверхценных идей при паранойяльной психопатии используют галоперидол, рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол. Нейролептики эффективны и для уменьшения выраженности обсессивных явлений, «умственной жвачки» у психастеников. Для устранения дисфорических расстройств при органических психопатиях назначают карбамазепин, вальпроевую кислоту. При астенической психопатии показано назначение средств, улучшающих метаболизм головного мозга вроде циннаризина, винпоцетина и ГАМК. По мнению большинства специалистов, биологическая терапия психопатий носит вспомогательный характер. Основная роль в коррекции установок личности, формировании оптимального стиля взаимоотношений пациента с окружающими принадлежит психотерапии. В зависимости от типа психопатии и конкретной жизненной ситуации используют как методы групповой, так и индивидуальной психотерапии. Применяют как её патогенетический, так и суггестивный варианты (чаще при истерической психопатии).

В англоязычных странах особой популярностью пользуется психоанализ, позволяющий перевести на уровень сознания вытесненные патологические комплексы и отреагировать их. Индивидуальная психоаналитическая терапия продолжается месяцы, иногда годы. Из групповых методов психотерапии также часто применяется так называемая психодрама. В процессе тренингового взаимодействия с другими членами группы по соответствующему сценарию пациенту предоставляется возможность в искусственно созданной игровой ситуации осознать имеющиеся у него патологические комплексы. Однако объективно оценить эффективность этих техник по сравнению с другими методами не представляется возможным.

Список литературы:

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Психиатрия и медицинская психология: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 896 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3894-7.
2. Незнанов Н.Г., Психиатрия: учебник – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-4643-0
3. Самохвалов В. П., Коробов А. А., Мельников В. А., Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов – Издательство «Феникс». Ростов-на-Дону. 2002
4. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д., Руководство по психиатрии. Том 2 - М.: Медицина, 1999. — 784 с. ISBN 5-225-04394-1
5. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Психиатрия. Руководство для врачей – М.: Издательская группа "ГЭОТАР-медиа", 2011. - 489 с. ISBN: 978-5-9704-1905-2