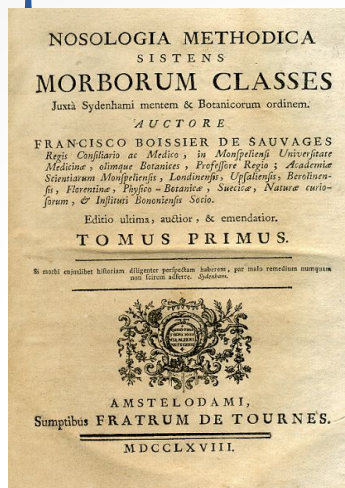
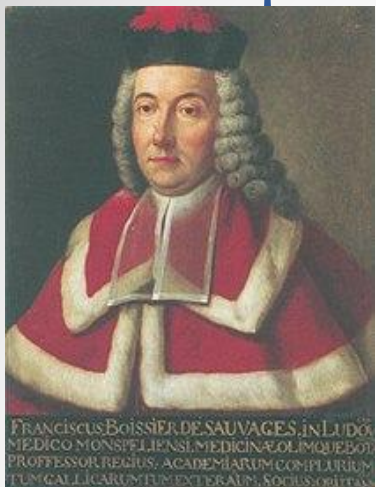


ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

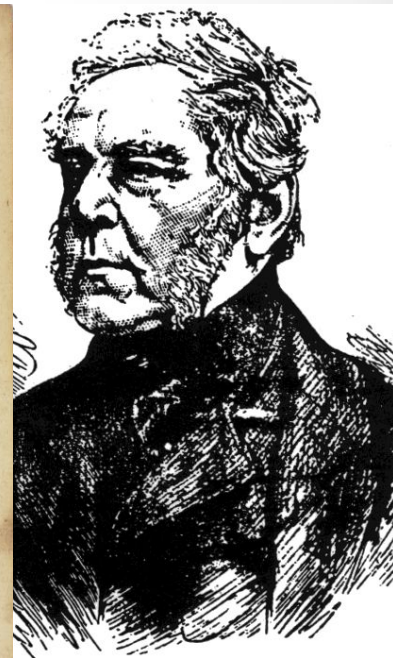
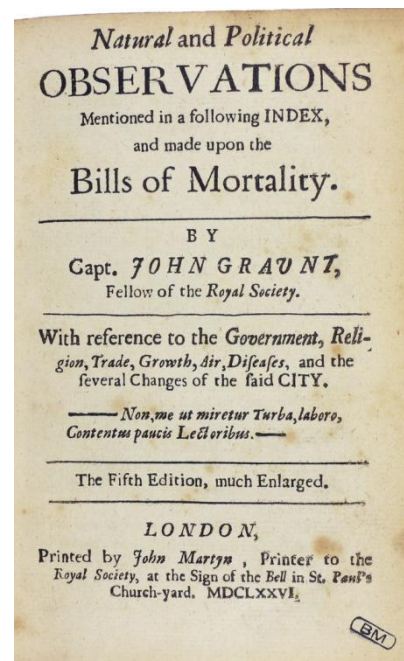
Тема 2.. Критерии определения личностных расстройств в международных классификациях МКБ и DSM. История учения о личностных расстройствах. Основные понятия и классы личностных расстройств

История развития классификаций расстройств



Впервые предпринял попытку расположить болезни систематически Франсуа Босье де Лакруа (Francois Bossier de Lacroix; 1706—1767), более известный под именем Соваж (Sauvages). Работа Соважа вышла под названием «Методика нозологии» (Nosologia Methodica).

Столетием раньше **Джон Граунт** (John Graunt, 1620 — 1674) создал первую **«таблицу жизни»**, демонстрирующую вероятность дожить до того или иного возраста. Кроме того, Граунт считается одним из первых экспертов в области эпидемиологии – самый знаменитый из его трудов был посвящен статистическим данным о здоровье нации. Он пытался определить долю живорожденных детей, умерших в возрасте до 6 лет, не располагая сведениями о возрасте детей в момент смерти. Он отобрал все случаи смерти, определенные как смерть от судорог, рахита, болезней зубов и глистных инвазий, от недоношенности, смерть в первый месяц жизни, смерть грудных детей, смерть от увеличения печени, от удушья во сне и прибавил к ним половину случаев смерти, причиной которых были оспа, корь и глистные инвазии, не сопровождавшиеся судорогами. Несмотря на несовершенство методики, Граунт получил достаточно объективный результат: по его подсчетам, доля детей умерших в возрасте до 6 лет составляла 36 %.



Классификация психических расстройств – одна из наиболее важных и сложных проблем психиатрии. Существуют три основных принципа классификации психических расстройств.

1. Синдромологический принцип.

Теоретической базой синдромологического подхода является концепция "единого психоза". В основе концепции лежит представление о единой природе различных психических расстройств. Различие в клинической картине объясняется наблюдением пациентов на различных этапах болезни. Установление этиологических факторов отдельных психических заболеваний поставило под сомнение концепцию единого психоза. Однако со второй половины двадцатого века синдромологический подход вновь начинает широко использоваться при создании классификаций. Ренессанс синдромологического подхода во многом связан с достижениями экспериментальной и клинической психофармакологии. При назначении лекарственной терапии, которая на настоящем этапе развития психиатрии все еще носит так называемый "синдромологический" характер, врачи ориентируются не на причину психических расстройств, а на выявляемые психопатологические симптомы и синдромы.

2. Нозологический принцип.

Классификация психических расстройств на основе нозологического принципа стала возможна в результате открытий связи между причиной, клиническими проявлениями, течением и исходом болезни. **Нозологический принцип** заключается в разделении болезней на основании **общности этиологии, патогенеза и единообразия клинической картины.** По **этиологическому принципу** психические заболевания разделяют на **эндогенные, экзогенные и психогенные.** В развитии эндогенных заболеваний большую роль играет наследственность. Обычно на эндогенное заболевание указывает спонтанный характер возникновения болезни и мало зависящее от внешних условий течение болезни. Экзогенные психические расстройства включают болезни, обусловленные внешними факторами – черепно-мозговыми травмами, инфекциями и интоксикациями. Особая разновидность экзогенных заболеваний – психогении. Возникновение психогенных заболеваний связано с эмоциональным стрессом, семейными и социальными проблемами. Традиционным является разделение психических расстройств на **органические и функциональные.** Наличие отчетливых изменений в структуре мозга приводит к появлению стойкой негативной симптоматики – нарушений памяти, интеллекта.

3. Прагматический (статистический, эклектичный)

принцип приобретает особое значение в связи с созданием национальных и международных организаций, регулирующих экономические, социальные и правовые вопросы психиатрической помощи. Планирование медицинских и социальных мероприятий невозможно без достоверных данных о распространенности психических расстройств. Решение юридических вопросов зависит от точности и достоверности поставленного диагноза. В России используется международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), разработанная ВОЗ. МКБ разрабатывалась с целью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований.



В XIX веке статистик «Управления записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса» - Уильям Фарр (William Farr; 1807—1883) подверг обсуждению принципы, которыми следует руководствоваться при составлении статистической классификации болезней, и настаивал на принятии единой классификации.

Первый Международный статистический конгресс, состоявшийся в Брюсселе в 1853 г., обратился к д-ру Фарру и д-ру Марку д'Эспин (Marc d'Espine) из Женевы с просьбой подготовить единую классификацию причин смерти, применимую на международном уровне.

На 2ом Конгрессе, проходившем в Париже в 1855 г., Фарр и д'Эспин представили два отдельных списка, основанных на совершенно разных принципах.

Классификация Фарра состояла из *пяти групп*: эпидемические болезни, органические (системные) болезни, болезни, подразделявшиеся по анатомической локализации, болезни развития и болезни, являющиеся прямым следствием насилия. Д'Эспин сгруппировал болезни *по характеру их проявления* (подагрические, герпетические, гематические и т. д.). Конгресс принял компромиссный список, состоявший из 139 рубрик.

В 1864 г. эта классификация была пересмотрена в Париже на основе модели, предложенной У. Фарром. Следующие пересмотры состоялись в 1874, 1880 и 1886

В 1891 г. Международный статистический институт поручил комитету под председательством Жака Бертильона (Jacques Bertillon, 1851—1922 г.), начальника «Статистической службы Парижа», подготовку классификации причин смерти.

Бертильон представил отчет этого комитета Международному статистическому институту, который и принял отчет на сессии, состоявшейся в 1893 г. в Чикаго.

Классификация, подготовленная Бертильоном, основывалась на **классификации причин смерти**, которая использовалась в Париже и которая после её пересмотра в 1885 г. представляла собой синтез английского, немецкого и швейцарского вариантов. Эта классификация была основана на принципе, принятом Фарром и заключающимся в подразделении болезней *на системные и относящиеся к определенному органу или анатомической локализации*.



Классификация причин смерти Бертильона, получила общее признание и была принята для использования несколькими странами и многими городами. В Северной Америке эта классификация впервые была использована Хесусом Э. Монхарасом (Jesus E. Monjaras) для подготовки статистических данных в Сан-Луис-Потоси, Мексика. В 1898 г. Американская ассоциация общественного здравоохранения на своей конференции в Оттаве (Канада) рекомендовала статистикам Канады, Мексики и США принять классификацию Бертильона. Ассоциация также внесла предложение пересматривать классификацию каждые 10 лет.

Десятый пересмотр Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем являлся последним (до 18 июня 2018 года) в серии пересмотров классификаций, которая была начата в 1893 г. как «Классификация Бертильона», или «Международный перечень причин смерти», и в 1948 г., при Шестом пересмотре, была расширена за счёт включения состояний, не приводящих к летальному исходу.

МКБ-10

Международная конференция по **Десятому пересмотру** Международной классификации болезней проведена Всемирной Организацией Здравоохранения в Женеве 25 сентября — 2 октября 1989 г. Главное нововведение в Десятом пересмотре — это использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие в четырёхзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры, что позволило более чем вдвое увеличить размеры структуры кодирования. Введение в рубрики букв или групп букв позволяет закодировать в каждом классе до 100 трёхзначных категорий. Из алфавита 26 букв использовано 25. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до U.

По рекомендации ВОЗ Десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, вступила в силу с 1 января 1993 г.; в России она начала действовать с 1 января 1998г.

Цели и задачи МКБ

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для всех общих эпидемиологических целей и многих целей, связанных с управлением здравоохранением. Они включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения, а также подсчёт частоты и распространённости болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами.

МКБ-5

Международная конференция по Пятому пересмотру Международного перечня причин смерти, была созвана правительством Франции и проводилась в Париже в октябре в 1938 году.

МКБ-6

Международная конференция по Шестому пересмотру Международных перечней болезней и причин смерти была организована правительством Франции и проходила снова в Париже с 26 по 30 апреля 1948 года

МКБ-7

Международная конференция по Седьмому пересмотру Международной классификации болезней была проведена в феврале 1955 года

МКБ-8

Международная конференция по Восьмому пересмотру проведена 6—12 июля 1965 года. Данный пересмотр был более радикальным, чем седьмой, однако базовая структура классификации осталась нетронутой.

МКБ-9

Международная конференция по Девятому пересмотру Международной классификации болезней, травм и причин смерти проводилась Всемирной Организацией Здравоохранения в Женеве с 30 сентября по 6 октября 1975 года. В ходе конференции было решено вносить наименьшие изменения, за исключением имеющих отношение к обновлению классификации, главным образом по причине возможных расходов, которые бы потребовались на адаптацию автоматизированных систем обработки данных. В СССР была выпущена адаптированная версия МКБ-9. Раздел V (психические расстройства) МКБ-9 был адаптирован сотрудниками научно-статистического отдела государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского В. Б. Голландом и Л. Д. Мирошниченко. Руководитель работы — д. м. н., профессор А. С. Киселёв. Главные консультанты работы: Э. А. Бабаян, Г. В. Морозов. Консультативную помощь также оказывали член-корреспондент АМН СССР Н. М. Жариков и д. м. н., профессор В. В. Ковалёв, и другие специалисты.

МКБ-10

Международная конференция по Десятому пересмотру Международной классификации болезней проведена Всемирной Организацией Здравоохранения в Женеве 25 сентября — 2 октября 1989 года, была одобрена на сорок третьей сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения в мае 1990 года и начала входить в обиход в государствах-членах ВОЗ с 1994. «Международная классификация болезней, травм и причин смерти» была переименована в «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем» с 10-го пересмотра. Главное нововведение в Десятом пересмотре — это использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие в четырёхзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры, что позволило более чем вдвое увеличить размеры структуры кодирования.

МКБ-11

Для каждой нозологической формы будут указаны этиология, симптомы, диагностические критерии, влияние на повседневную жизнь и беременность, а также принципы лечения. МКБ-11 утверждена 18 июня 2018 года.

МКБ -10 / МКБ-11

1. Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения

2. Блок (F00-F09) - Органические, включая симптоматические психические расстройства
3. Блок (F10-F19) - Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ
4. Блок (F20-F29) - Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
5. Блок (F30-F39) - Расстройства настроения [аффективные расстройства]
6. Блок (F40-F48) - Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
7. Блок (F50-F59) - Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
8. Блок (F60-F69) - Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
9. Блок (F70-F79) - Умственная отсталость
10. Блок (F80-F89) - Расстройства психологического развития
11. Блок (F90-F98) - Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
12. Блок (F99) - Психическое расстройство без дополнительных уточнений

06. Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders

(Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders are syndromes characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioral functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning)

1. Neurodevelopmental disorders
2. Schizophrenia or other primary psychotic disorders
3. Catatonia
4. Mood disorders
5. Anxiety or fear-related disorders
6. Obsessive-compulsive or related disorders
7. Disorders specifically associated with stress
8. Dissociative disorders
9. Feeding or eating disorders
10. Elimination disorders
11. Disorders of bodily distress or bodily experience
12. Disorders due to substance use or addictive behaviours
13. Impulse control disorders
14. Disruptive behaviour or dissocial disorders
15. Personality disorders and related traits
16. Paraphilic disorders
17. Factitious disorders
18. Neurocognitive disorders
19. Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium
20. 6E40 Psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
21. Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere
22. 6E8Y Other specified mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
23. 6E8Z Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, unspecified

DSM. История создания

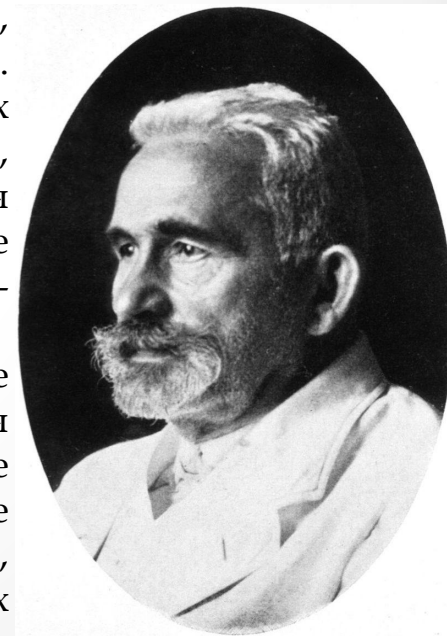
Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — DSM) — принятая в США номенклатура психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АПА) (англ. American Psychiatric Association, APA). Последняя версия классификатора — DSM-5, выпущенная в 2013 году

Самое первое издание нозологической системы было выпущено в 1952 году и основывалось на классификации Эмиля Крепелина. Во втором издании — DSM-II, выпущенном в 1968 году, описывалось 145 диагностических категорий, а в следующем (DSM-III) их количество увеличилось до 205.

С DSM-III введена многоосевая система. Пациенты классифицируются по 5 независимым параметрам (осям)[1]. Подготовка DSM-IV началась в 1988 году, и была завершена в 1994 году. В DSM-IV было описано 400 психических расстройств в 17 категориях. В нём также, как и в DSM-III и DSM-III-R используется многоосевая система.

В основу своей системы Крепелин положил течение и исход заболевания, учитывая при этом этиологические и патологоанатомические данные. Подчеркивая, что одни и те же проявления могут иметь место при различных заболеваниях, Крепелин справедливо указывал, что отдельные симптомы (бред, галлюцинации и т.п.) не являются единственным основанием для разделения психозов. Он выделил самостоятельные нозологические единицы: раннее слабоумие, названное позднее Блейлером шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, и резко ограничил рамки паранойи.

Классификация Крепелина положила начало систематической диагностике психических заболеваний, универсализации языка психиатрии и, благодаря ясности положенных в ее основу принципов, стимулировала более глубокое понимание природы психического функционирования вообще. Введенные Крепелином нозологические формы используются до настоящего времени, несмотря на изменение представлений о причинах заболеваний и об их излечимости.



Эмиль Крепелин (1915) выделял следующие типы психопатических личностей

- Враги общества (нем. Gesellschaft feinde), также «антисоциальные»;
- Импульсивные (нем. Triebmenschen), также «люди влечений»;
- Возбудимые (нем. Erregbaren);
- Безудержные (нем. Haltlosen), также «неустойчивые»;
- Чудаки (нем. Verschrommenen);
- Патологические спорщики (нем. Streitsüchtigen);
- Лжецы и обманщики (нем. Lügner und Schwindler), также «псевдологи».

- 1952 — DSM-I
- 1968 — DSM-II
- 1973 — DSM-II (6-е переиздание с исключённой гомосексуальностью)
- 1980 — DSM-III
- 1987 — DSM-III-R (R — revised; третья редакция, пересмотренная)
- 1994 — DSM-IV
- 2000 — DSM-IV-TR (TR — англ. text revision; четвёртая редакция, переработанная)
- 2013 — DSM-5.

Структура DSM -IV

Многоосевая система, использовавшаяся в DSM-IV

1. Первая ось (axis I) включала преходящие обратимые нарушения, которые проявляются и исчезают, например фобии, генерализованное тревожное расстройство, депрессии, аддикции и т. д. Эти нарушения «симптомны», так как пациенты с нарушениями на данной оси часто обнаруживают у себя наличие психических нарушений («симптомов»), которые их беспокоят и нуждаются в лечении.
2. Вторая ось (axis II) включала расстройства личности и другие стабильные, практически мало обратимые длительные психические расстройства, такие как нарушения или задержка умственного развития. Отношение пациентов к нарушениям Первой оси носит эгодистонный, то есть чуждый, несвойственный эго характер, в то время как нарушения Второй оси, в том числе расстройств личности, эгосинтонны и рассматриваются пациентами как присущие им характерологические особенности и/или естественные реакции на сложившуюся ситуацию.
3. Третья ось (axis III) содержала перечень физических нарушений или состояний, которые могут наблюдаться у пациента с психическими расстройствами, то есть все соматические и психосоматические заболевания (например, эпилепсия, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка, инфекционные заболевания и т. д.). Ось III содержала коды, заимствованные из Международной классификации болезней — (МКБ-9).
4. Четвёртая ось (axis IV) включала перенесённые психосоциальные стрессы (например, развод, травма, смерть кого-нибудь из близких людей), имеющие отношение к заболеванию; ранжировались (отдельно для взрослых и отдельно для детей и подростков) по шкале с континуумом от 1 (отсутствие стресса) до 6 (катастрофический стресс).
5. Пятая ось (axis V) характеризовала наивысший уровень функционирования, наблюдавшийся у пациента в течение прошлого года (например, в общественной, профессиональной деятельности и психической активности); ранжирование по шкале с континуумом от 100 (верхний предел) до 1 (грубое нарушение функции).

Поскольку этиология большинства психических заболеваний неизвестна, классификация DSM-IV основывалась на феноменологическом принципе. Такой подход практичен, хотя и лишён весомой теоретической основы.

DSM-5

Разработка DSM-5 началась в 1999 году, опубликована 18 мая 2013 года. С DSM-5 многоосевая система была упразднена. В работе над DSM-5 приняло более 400 экспертов из 13 стран разных специальностей. Новая версия заменяет категорию «NOS» («not otherwise specified» — без дополнительных уточнений, БДУ) двумя вариантами: «other specified disorder» — другим уточнённым расстройством и «unspecified disorder» — неуточнённым расстройством для увеличения пользы врача. Первое позволяет клиницисту указать причину, по которой критерии для конкретного нарушения не выполняются; второе позволяет ему отказаться от уточнения расстройства.

Спецификаторы и подтипы

Спецификаторы и подтипы описывают феноменологические варианты расстройств, указывая на определенные подгруппы, которые вместе с другими показателями влияют на планирование и проведение лечения. Число спецификаторов и подтипов в DSM-5 расширено по сравнению с DSM-IV, что связано с введением дименсиональной оценки расстройств (индивидуальные различия людей описываются различиями в выраженности тех или иных параметров).

Таблица 1. Диагностические главы DSM-5

Расстройства психического развития
Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния
Биполярные и связанные с ним расстройства
Депрессивные расстройства
Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства
Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства
Диссоциативные расстройства
Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния
Расстройства питания и приема пищи (feeding and eating disorders)
Расстройства выделения (экскреции)
Расстройства режима «сон-бодрствование»
Сексуальные расстройства
Гендерная дисфория
Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)
Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния
Нейрокогнитивные расстройства
Личностные расстройства
Парафилии
Другие психические расстройства

Критика DSM-5

Аллен Фрэнсис, председатель оперативной группы DSM-IV, явился резким критиком расширения диагнозов в следующем издании классификатора. В журнале *Psychiatric Times* в 2009 году он писал, что DSM-5 станет «золотым дном для фармацевтической промышленности, но при огромных расходах на новых ложных пациентов, попавших в чрезмерно широкую сеть DSM-5».

56 процентов членов рабочих групп DSM-5 раскрыли свои связанные с фармакопромышленностью существенные финансовые интересы. Председатель оперативной группы DSM-5 доктор Купфер прежде работал в консультативных советах компаний Eli Lilly and Company, Forest Pharmaceuticals Inc, Solvay/Wyeth Pharmaceuticals и Johnson & Johnson, а также консультировал компании Servier и Lundbeck.

После того как в мае 2013 года была опубликована DSM-5, Аллен Фрэнсис на конгрессе психиатров и психотерапевтов в Берлине (ноябрь 2013 года) вновь резко высказался против этой версии DSM, включившей в себя, по его словам, «большое количество новых психических нарушений с настолько размытыми и нечеткими границами, что миллионы людей, считающихся сейчас здоровыми, рискуют стать вновь выявленными пациентами».

Национальный институт психического здоровья США организовывал встречи и конференции с экспертами Всемирной организацией здравоохранения, их цель — совершенствование DSM-5 и МКБ-11, развитие общей исследовательской базы для их ревизии. Разработчики DSM-5 желали сохранить или даже усилить согласованность методологию обеих классификаций.



Андрей Владимирович Снежневский (1904, —1987 года) — советский психиатр, основатель одной из нескольких школ психиатрии в СССР. Академик АМН СССР, академик-секретарь Отделения клинической медицины АМН СССР (1966—68 гг. и 1969—76 гг.), доктор медицинских наук (1949), профессор (1956).



Симптом – абстрактное понятие, обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотносённого с определённой патологией.

Это терминологическое обозначение признака болезни, который находится в причинно-следственной связи с патологией. Одинаковые симптомы обозначаются одним и тем же термином.

В психиатрии специфические симптомы называют – **психопатологическими симптомами**.

Классификация симптомов.

негативные-позитивные. Эта альтернатива позволяет оценивать динамические характеристики болезненного процесса - **активный – хронический – устойчивый**.

Негативные – (дефицитарные или минус-симптомы) – это симптомы выпадения психических процессов. Т.е. удаляется то что было присуще человеку до болезни.

Болезнь крадёт нормальные функции: амнезия, деменция, абulia, апатия.

Позитивные (продуктивные – плюс-симптомы) – психопатологические проявления, которые приносит болезнь, надстраивает над здоровыми психологическими свойствами.

Болезнь прибавляет к тому, что у человека уже есть: бред, галлюцинации, тревога, страх, возбуждение.

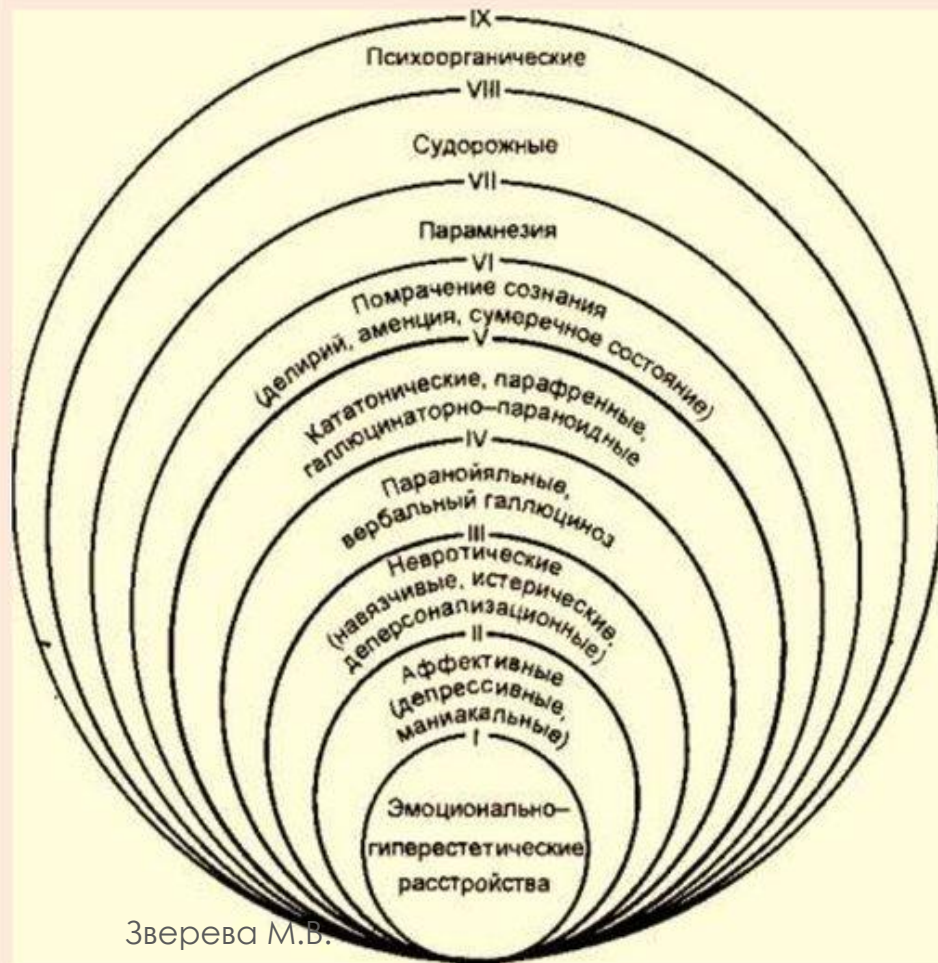
Они всегда в сочетании. И это сочетание закономерно. Чем больше негативных симптомов – тем меньше позитивных и наоборот.

Клиника любой болезни представлена не одним, каким либо симптомом – а их набором - **синдромом**.

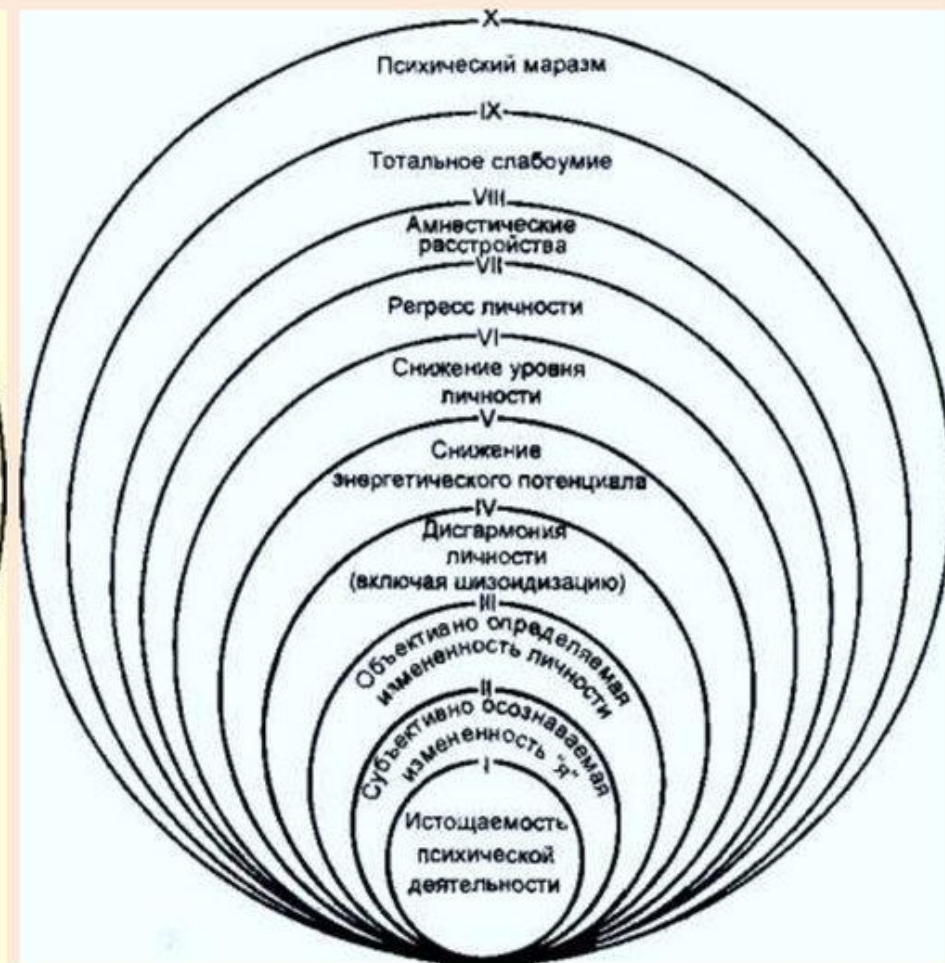
Синдром – это закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определённой болезнью.

Психопатологическая синдромология (А.В. Снежневский)

Позитивные симптомы



Негативные симптомы



Самым общим синдромом, свойственным всем болезням, является астенический (эмоционально-гиперстетические расстройства). Он входит в синдромологию всех болезней.

- **Круги I—V** содержат все синдромы, входящие в клинику шизофрении, — астенические, аффективные, невротические, паранойяльные, парафренические, кататонические, онейроидные.
- **Круг VI** включает синдромы, свойственные экзогенным психозам с острым помрачением сознания.
- **Круг VII** — парамнестический, пограничный между экзогенными и органическими психозами.
- **Круг VIII** (расстройства, свойственные эпилепсии, помимо присущих ей судорожных расстройств) может включать и все нижележащие синдромы, которые возникают при эпилептических психозах.
- Последний, **IX, круг** психопатологических расстройств характеризует возможный полиморфизм всех известных грубоорганических психозов.

Из приведенного сопоставления общепатологических состояний и нозологических групп болезней вытекает возможность градации тяжести расстройства психической деятельности, общей для всех болезней. Наиболее легким синдромом является астенический, далее следуют аффективные, невротические (навязчивости, истерические, деперсонализационно-дереализационные, сенестопатически-ипохондрические), паранойяльные синдромы и синдром вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо), парафренические, кататонические, онейроидные синдромы, помрачение сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние), парамнестические, судорожные, психоорганические синдромы.

В схеме негативных расстройств также обнаруживается последовательность нарастания тяжести расстройств и предел их прогрессирования в зависимости от вида заболевания, его нозологической принадлежности. Так, негативные расстройства в картине маниакально-депрессивного психоза исчерпываются кругами I и II, редко III, при шизофрении — кругами IV–VII, при экзогенных психозах и эпилепсии — VIII, при грубоорганических психозах — кругами IX–X (максимальная тяжесть).

Систематика патопсихологических регистр-синдромов

В. М. Блейхера

- ❑ I — шизофренический (клинический эквивалент: шизофренические психозы).
- ❑ II — аффективно-эндогенный (клинические эквиваленты: маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).
- ❑ III — олигофренический (клинический эквивалент: олигофрениии).
- ❑ IV — экзогенно-органический (клинические эквиваленты: экзогенно-органические поражения
головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, интоксикационные энцефалопатии и пр.).
- ❑ V — эндогенно-органический (клинические эквиваленты: истинная эпилепсия, первичные
атрофические процессы в головном мозге).
- ❑ VI — личностно-аномальный (клинические эквиваленты: акцентуированные и психопатические
личности, обусловленные аномальной «почвой» психогенные реакции).
- ❑ VII — психогенно-психотический (клинический эквивалент: реактивные психозы).
- ❑ VIII — психогенно-невротический (клинический эквивалент: неврозы и невротические реакции).

Психопатии, акцентуации и личностные расстройства – соотношение понятий.

Расстройство личности представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре. Это тяжёлое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

Психопатия - психопатологический синдром, который проявляется в таких характеристиках личности, как неспособность человека раскаиваться и проявлять сочувствие, лживость, эгоцентричность и в целом поверхностное отношение к окружающим. Психопатия может быть особым проявлением антисоциального расстройства личности, однако это не является обязательным условием. Также необходимо отметить, что психопатия официально не включена в перечень психиатрических диагнозов.

Акцентуация - находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера (личности), при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим. Акцентуации не являются психическими расстройствами, но по ряду своих свойств схожи с расстройствами личности, что позволяет делать предположения о наличии между ними связи.

Пример классификации психопатий П.Б. Ганнушкина как основного варианта систематизации личностных расстройств в отечественной науке.



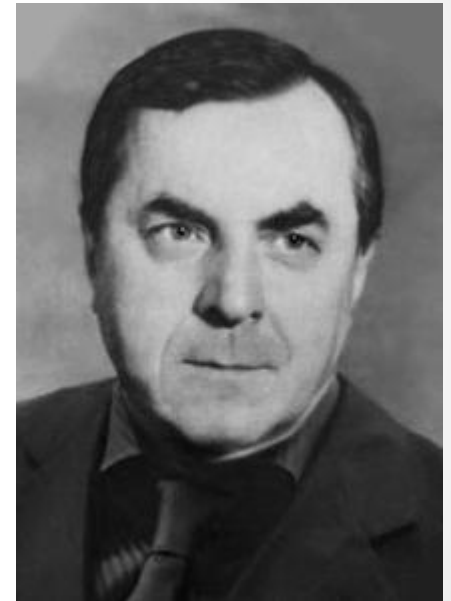
П. Б. Ганнушкин выделил следующие типы психопатических личностей:

1. астеники,
2. шизоиды,
3. параноики,
4. эпилептоиды,
5. истерические характеры,
6. циклоиды,
7. неустойчивые,
8. антисоциальные
9. конституционально-глупые

Триада Ганнушкина - Кербикова

1. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации.
2. Относительная стабильность психических черт характера, их малая обратимость.
3. Тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.

Кербиков О. В. отмечал, что определённый тип воспитания ведёт к формированию определённой психопатии. Так, при доминирующей гиперпротекции (воспитание ребёнка в «ежовых рукавицах») формируется астенический тип, а при потворствующей гиперпротекции (ребёнок является «кумиром семьи») формируется личность истерического типа и т. д.





Акцентуации характера и «акцентуированные личности».

Проблема акцентуаций характера и личности была впервые рассмотрена **Карлом Леонгардом ((Karl Leonhard) (1904–1988))**, он же и ввел понятие «акцентуированные личности».

Под акцентуацией он понимал чрезмерно усиленные индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние в неблагоприятных условиях.

К.Леонгард выделил 12 типов акцентуаций, которое в свою очередь разделялись на три группы (по типу происхождения и локализации)

1. К характеру, как социально обусловленному образованию, относятся типы:

- **демонстративный** — патологическая способность к вытеснению, чрезмерная потребность в признании
- **педантичный** — патологическое торможение, чрезмерная тревожность
- **застревающий** — патологическая стойкость аффекта, чрезмерное застревание на эмоциональных переживаниях
- **возбудимый** — недостаточность управляемости собственным поведением, вспыльчивость, патологическая возбудимость

2. К темпераменту, как природному образованию, отнесены типы:

- **гипертимный** — оптимистично настроенный, прекрасный собеседник, рискованный, творческий.
- **дистимический** — сосредоточенны, чаще пессимистично настроены, склонные к субдепрессивному типу.
- **аффективно-лабильный** — обладают лабильным аффектом, могут проявлять черты как гипертимного, так и дистимического типа.
- **аффективно-экзальтированный** — крайней эмоциональные реакции на события любого аффективного характера.
- **тревожный** — повышенная тревожность, боязливость, низкий порог возбудимости нервной системы
- **эмотивный** — глубокие и чувствительные реакции, но более медленно развивающиеся, нежели чем у аффективно-экзальтированного типа

3. К личностному уровню отнесены типы:

- **Экстравертированный** человек обращен в сторону восприятий, легко поддается влиянию стимулов извне, постоянно ищет новых переживаний, отлично чувствует себя в оживленном обществе, нацелен на занимательные переживания, поверхностностен в мышлении, подвержен чужому влиянию и легковерен.
- **Интровертированный** человек обращен к своим представлениям, внешние события относительно мало влияют на жизнь такого человека, гораздо важнее то, что он о них думает. Он не связан впечатлениями момента, а учитывает то, что ему подсказывает его жизненный опыт. Разумная степень интровертированности способствует выработке самостоятельного, логически правильного суждения, но сильно интровертированная личность живет большей частью в мире нереальных идей.

Акцентуации характера с точки зрения А. Е. Личко



Теория акцентуированных личностей Леонгарда быстро доказала свою достоверность и полезность. Однако использование её было ограничено возрастом испытуемых – опросник для определения акцентуации рассчитан на взрослых испытуемых. Дети и подростки, не имея соответствующего жизненного опыта, не могли ответить на ряд вопросов теста, поэтому их акцентуации оказалось затруднительным определить.

Как и Карл Леонгард, А. Е. Личко (1926-1996) считал акцентуации **вариантом деформации характера**, при которой чрезмерную выраженность приобретают отдельные его черты. Это повышает чувствительность личности к определённым видам влияний и затрудняет адаптацию в некоторых случаях. При этом в целом способность к адаптации сохраняется на высоком уровне, а с некоторыми видами влияний (не задевающими «места наименьшего сопротивления») акцентуированные личности справляются легче обычных.

Акцентуации А. Е. Личко рассматривал как **пограничные** между **нормой и психопатией** состояния. Соответственно, их классификация основана на **типологии психопатий**.

- **Гипертимный** (Активны, общительны, предприимчивы, настроение всегда хорошее. Дети этого типа подвижны, непоседливы, часто проказничают. Невнимательные и слабо дисциплинированные, подростки этого типа учатся нестабильно. Часто возникают конфликты со взрослыми. Имеют множество поверхностных увлечений. Часто переоценивают себя, стремятся выделиться, заработать похвалу.)
- **Циклоидный** (характеризуется высокой раздражительностью и апатичностью. Дети предпочитают находиться в одиночестве дома вместо игр в компании сверстников. Тяжело переживают любые неприятности, раздражаются в ответ на замечания. Настроение меняется от хорошего, приподнятого, до угнетённого с периодичностью в несколько недель. При взрослении проявления этой акцентуации обычно сглаживаются, но у ряда лиц могут сохраняться или надолго застревать в одной стадии, чаще угнетённо-меланхоличной. Иногда наблюдается связь перемен настроения с временами года)
- **Сенситивный** (Отличается высокой чувствительностью как к радостным, так и к пугающим или грустным событиям. Подростки не любят активных, подвижных игр, не проказничают, избегают больших компаний. С посторонними боязливы и стыдливы, производят впечатление замкнутых. С близкими знакомыми могут быть хорошими товарищами. Предпочитают общаться с людьми младше или старше их. Послушные, любят родителей. Возможно развитие комплекса неполноценности или сложности с адаптацией в коллективе. Предъявляют высокие моральные требования к себе и коллективу. Имеют развитое чувство ответственности. Усидчивы, предпочитают сложные виды деятельности. Очень тщательно подходят к выбору друзей, предпочитают старших по возрасту.)

- **Шизоидный** (замкнуты, общению со сверстниками предпочитают одиночество или компанию старших. Демонстративно равнодушны и не интересуются общением с другими людьми. Не понимают чувств, переживаний, состояние окружающих, не проявляют сочувствия. Собственные чувства также предпочитают не проявлять. Сверстники часто не понимают их, и поэтому настроены к шизоидам враждебно.)
- **Истероидный** (отличаются высокой потребностью во внимании к себе, эгоцентризмом. Демонстративны, артистичны. Не любят, когда в их присутствии уделяют внимание кому-то другому или хвалят окружающих. Имеется высокая потребность в восхищении со стороны окружающих. Подростки истероидного типа стремятся занять исключительное положение среди ровесников, обращать на себя внимание, влиять на окружающих. Зачастую становятся инициаторами различных мероприятий. При этом истероиды неспособны организовать окружающих, не могут стать неформальным лидером, заслужить авторитет у сверстников.)
- **Конформный** (отличаются отсутствием собственного мнения, инициативы, критичности. Они охотно подчиняются группе или авторитетам. Их жизненный настрой можно охарактеризовать словами «будь как все». При этом такие подростки склонны к морализаторству и очень консервативны. Ради защиты своих интересов представители этого типа готовы на самые неблагоприятные поступки, и все эти поступки находят объяснение и оправдание в глазах конформной личности.)

- **Психастенический** (характеризуются склонностью к размышлениям, самоанализу, оценке поведения окружающих. Их интеллектуальное развитие опережает сверстников. Нерешительность у них сочетается с самоуверенностью, суждения и взгляды безапелляционны. В моменты, когда необходима особая осмотрительность и внимательность, они склонны к импульсивным поступкам. С возрастом этот тип мало изменяется. Часто у них возникают obsессии, служащие средством преодоления тревоги. Также возможно употребление алкоголя или наркотиков. В отношениях мелочны и деспотичны, что мешает нормальному общению.)
- **Паранойяльный** (Основные проявления паранойяльного типа появляются к 30-40 годам. В детстве и подростковом возрасте для таких личностей характерна эпилептоидная или шизоидная акцентуация. Основная их черта – завышенная оценка своей личности, а соответственно наличие сверхценных идей о своей исключительности. От бредовых эти идеи отличаются тем, что воспринимаются окружающими как реальные, хотя и завышенные.)

- **Неустойчивый** (проявляют повышенную тягу к развлечениям, безделью. Отсутствуют интересы, жизненные цели, их не волнует будущее. Часто их характеризуют как «плывущих по течению».)
- **Эмоционально-лабильный** (непредсказуемы, с частыми и сильными перепадами настроения. Поводы для этих перепадов – незначительные мелочи (косой взгляд или неприветливая фраза). В периоды плохого настроения требуют поддержки близких. Хорошо чувствуют отношение к себе окружающих.)
- **Эпилептоидный** (В раннем возрасте такие дети часто плаксивы. В старшем – обижают младших, мучают животных, издеваются над теми, кто не может дать сдачи. Для них характерны властность, жестокость, самолюбие. В компании других детей стремятся быть не просто главным, а властителем. В группах, которыми они управляют, устанавливают жестокие, самодержавные порядки. Однако их власть держится в значительной мере на добровольном подчинении других детей. Предпочитают условия жесткой дисциплины, умеют угодить руководству, завладеть престижными постами, которые дают возможность проявить власть, установить свои правила.)