

*ПСИХОПАТИИ
(РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ)*

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Психическая индивидуальность человека

Совокупность психофизиологических, психологических
и социально-психологических свойств человека

1. ТЕМПЕРАМЕНТ

(биологическая составляющая психической индивидуальности)

2. ХАРАКТЕР

(психологическая составляющая психической индивидуальности)

3. ЛИЧНОСТЬ

(социальная составляющая психической индивидуальности)

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Сравнительная характеристика черт характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

| Гармоничный характер | Дисгармоничный характер |
|--|--|
| Адаптивность, гибкость | Дезадаптивность, ригидность |
| Адекватность самооценки (реализм в оценке окружающих) | Неадекватная самооценка (использование каузальной атрибуции) |
| Зрелость, автономность (самостоятельность) | Инфантилизм, зависимость (несамостоятельность) |
| Естественность (простота) | Неестественность |
| Проблемная центрация (фиксация) | Центрация (фиксация) на второстепенном (несущественном) |
| Самоуважение | Крайние варианты отношения к себе (от самоуничижения к гипероценке) |
| Оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей | Эгоцентризм |

ПРОИСХОЖДЕНИЕ

ТЕРМИНА

- ⦿ В трудах *Филиппа Пинеля* (1809 год) неправильное поведение без признаков психоза определяется как «мания без бреда»;
- ⦿ *Причард* (1835 год) описывал некоторые патохарактерологические изменения под названием «моральное помешательство»;
- ⦿ *Эскироль* (1838 год) - «инстинктивная мономания»;
- ⦿ *Трела* (1853 год) - люцидное помешательство;
- ⦿ *Ф. И. Герцог* (1846 год) сообщил о лицах со странностями характера, гневливостью, раздражительностью, необузданностью влечений.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА:

- *Различные взгляды* Немецкая школа - **J. Koch** (1891 год) и его труд «Психопатические неполноценности»;
- Английская и американская школы - **J. C. Prichard** (1835 год) и его учение о моральном помешательстве и описанные **H. Maudsley** (1871 год) «Душевнобольной темперамент»;
- Французская школа - труд **V. Magnan, Legrain** (1903 год) «Вырождающиеся» и некоторым отдельным высказываниям **P. Janet** в его исследованиях о неврозах и фиксированных идеях;

ПРОИСХОЖДЕНИЕ

ТЕРМИНА: *Различные*

- Отечественная школа - *В. М. Бехтерев* (1886 год) «*Взгляды* Психопатия (психонервная слабость) и ее отношение к вменению» - первое специальное исследование в России.
- *Психопатию как диагноз* впервые поставил *В. Х. Кандинский* при рассмотрении судебного дела об убийстве, совершенным лицом без выраженных психических изменений.
- Взгляды *В. Х. Кандинского* на психопатии поддерживали: *С. С. Корсаков, И. М. Балинский*.

Определения понятия

Психопатии (С. С. Корсаков) - болезненное расстройство психической деятельности, которое заключается в большей или меньшей недостаточности в психических проявлениях, в неуравновешенности душевного строя, в его дисгармонии и обуславливается или наследственностью, или условиями, влияющими на развитие мозга во внутриутробном периоде.

Определенную роль могут играть внешние факторы (неправильное воспитание, алкоголизм, тяжкие соматические заболевания). Эти состояния длительные, они находятся на границе между здоровьем и психической болезнью, представляют собой аномалии характера и отсутствие нормальной гармонии психической жизни субъекта.

Проявляются они в недостаточной уравновешенности психических актов, недостаточной приспособляемости к окружающей среде и неправильной реакции на различные влияния, действующие на психику.

Психопатии (*E. Kraepelin*) - промежуточные состояния между психической болезнью и нормой. Они остаются неизменными в течение всей жизни человека.

При этом речь идет о не вполне развитых начальных стадиях собственно психозов или о неудачных индивидуальностях, развитие которых было расстроено вследствие неблагоприятного влияния наследственности, повреждения зародыша или других рано подействовавших задержках развития.

После этих работ начался современный этап изучения психопатии. Большое значение для последующих представлений о психопатии имели работы *К. Шнайдера* и *Е. Кретшмера* в Германии, в которых даны четкие описания различных клинических форм психопатий, их типология.

*В отечественной психиатрии
психопатиям уделяли значительное
внимание:*

- ▶ С. А. Суханов (1912)*
- ▶ П. Б. Ганнушкин (1933)*
- ▶ Е. И. Краснушкин (1940)*
- ▶ Е. А. Попов (1949)*
- ▶ О. В. Кербигов (1962)*
- ▶ Н. И. Фелинская (1965)*

*Обширные обзоры по клинике психопатий
представлены:*

- ◎ D. Henderson,
- ◎ D. Cumin,
- ◎ P. Mallinson,
- ◎ F. Alexander,
- ◎ P. Binder,
- ◎ P. Tolle и др.

ЭТИОЛОГИЯ

В. Х. Кандинский основой психопатий считал неправильную организацию нервной системы, приводящую к непостоянству, изменчивости, дисгармонии всей душевной жизни. Возникновение психопатий он связывал с наследственной отягощенностью или с влиянием внешних вредностей на ЦНС в ранний постнатальный период.

В. М. Бехтерев считал, что в основе психопатий лежат изменения в структуре головного мозга.

Доказано, что в формировании расстройств личности играют ***генетические факторы***.

Также велика роль ***органической церебральной дисфункции***, особенно в формировании эмоционально неустойчивого и эпилептоидного типов.

Расстройства личности могут также формироваться под ***влиянием неблагоприятных ситуационных воздействий или неправильного воспитания***.

В этиопатогенезе расстройств личности принимают участие *биохимические факторы*.

У пациентов с высоким уровнем импульсивности обнаруживается повышение уровня некоторых половых гормонов (тестостерона, 17-эстрадиола, эстрогена).

У них обнаружен также сниженный уровень отдельных метаболитов серотонина. Высокий уровень моноаминоксидазы коррелирует с общим снижением социальной активности больных.

У пациентов с расстройствами личности преобладают *дезадаптивные защитные механизмы*, которые снижают эффективность приспособляемого поведения.

В то же время, эти защитные приемы позволяют больным контролировать болезненные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическим решениям проблем. В этом и заключается основная причина их устойчивости.

КЛАССИФИКАЦИИ

Разработка клинической классификации расстройств личности встречает серьезные препятствия. Они обусловлены *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.

КЛАССИФИКАЦИЯ Е. КРАЕPELIN (1915)

- ▶ Первая попытка классификации.
- ▶ Нет общего критерия для выделения группы - одни группы объединены по клинико-описательному принципу, а другие - по социально-психологическим или чисто социальным критериям .
- ▶ Группы носят описательный характер.

2. возбудимые;
3. безудержные (неустойчивые);
4. импульсивные (люди влечений);
5. чудаки;
6. лжецы и обманщики (псевдологи);
7. враги общества (антисоциальные);
8. патологические спорщики.

КЛАССИФИКАЦИЯ K. SCHNEIDER (1928)

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.

КЛАССИФИКАЦИЯ E. KRETSCHEMER (1930)

Все личностные аномалии объединены в две группы: шизоидов и циклоидов.

Существуют биологические корреляции между эндогенными психозами и телесной конституцией. Среди больных шизофренией преобладают лица лептосомной, астенической, атлетической и диспластической конституции. При заболеваниях циркулярного круга преобладает пикническая конституция.

По мнению Кретшмера, аналогичное распределение соматических конституциональных типов наблюдается и в двух группах патологических темпераментов (психопатий) - шизоидов и циклоидов. Шизоиды и циклоиды, по Кретшмеру, - это личности, «колеблющиеся» между болезнью и здоровьем.

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

Для объяснения выделяемых в рамках двух основных конституциональных типов (шизоиды и циклоиды) различных вариантов патологических характеров Кретшмер выдвинул **концепцию пропорций**, т. е. сочетания ("столкновения") внутри каждого конституционального круга полярных свойств соответствующего темперамента.

- **Циклотимический** круг определяет так называемая диатетическая пропорция, т. е. различные соотношения между повышенным - веселым и депрессивным - грустным аффектом.
- **Шизоидам** свойственна психэстетическая пропорция, т. е. различные соотношения между гиперестезией (чувствительностью) и анестезией (холодностью).

Таким образом, в пределах каждой из основных конституциональных групп происходит дифференцировка патологических характеров в зависимости от того, приближается ли циклотимический темперамент больше к веселому или грустному полюсу, а шизотимический - к чувствительному или холодному полюсу.

КЛАССИФИКАЦИЯ П. Б. ГАННУШКИНА (1933)

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

КЛАССИФИКАЦИЯ О. В. КЕРБИКОВА (1962)

Две группы психопатий:

1. конституциональные ("ядерные");
2. нажитые.

К «ядерным» психопатиям относят врожденные (в т. ч. генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде аномалии личности.

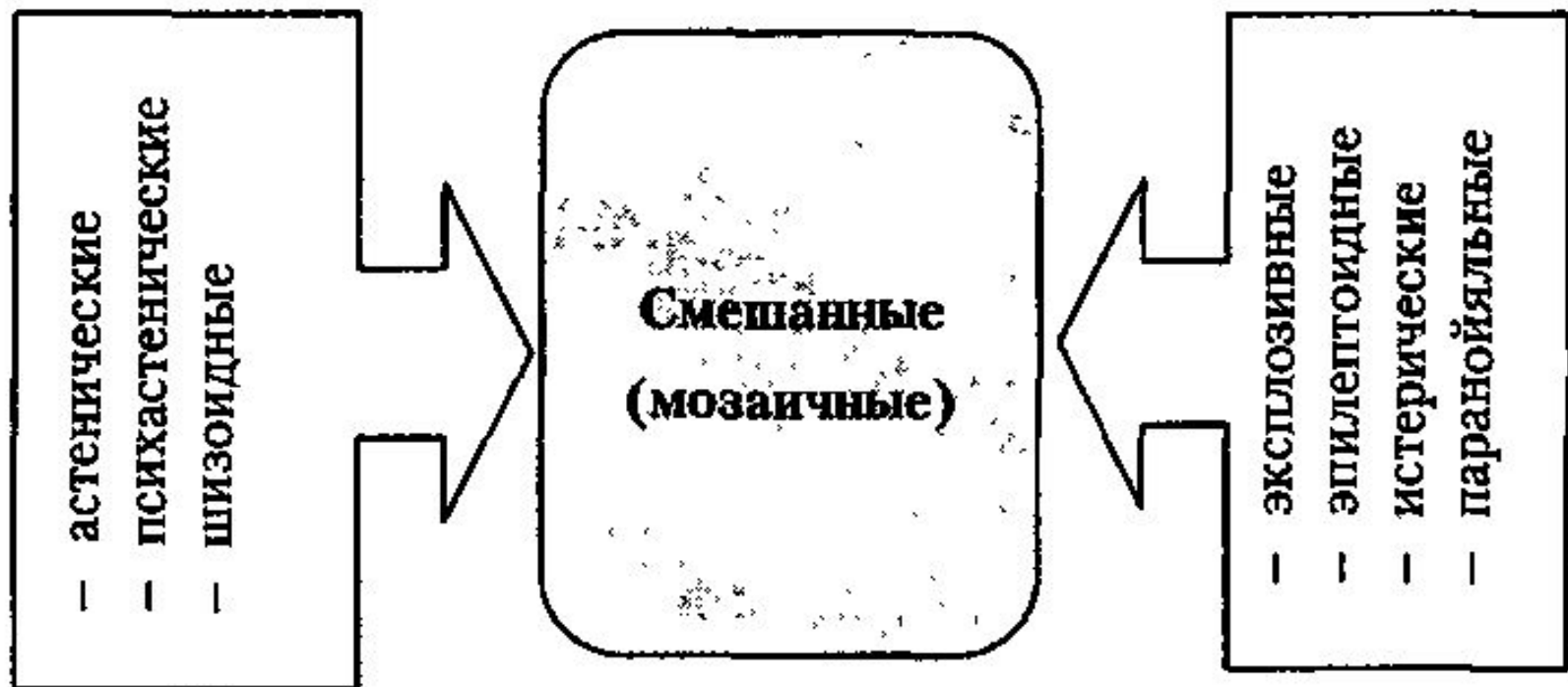
Группа нажитых (приобретенных, реактивных) психопатий объединяет патологию характера, формирующуюся в детстве. В генезе личностных аномалий в этих случаях большое место занимают неблагоприятные социально-психологические факторы (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие материнской ласки либо, напротив, гиперопека, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей), которым не противостоят корректирующие воспитательные влияния.

Систематика психопатий по степени выраженности (тяжести) клинических проявлений

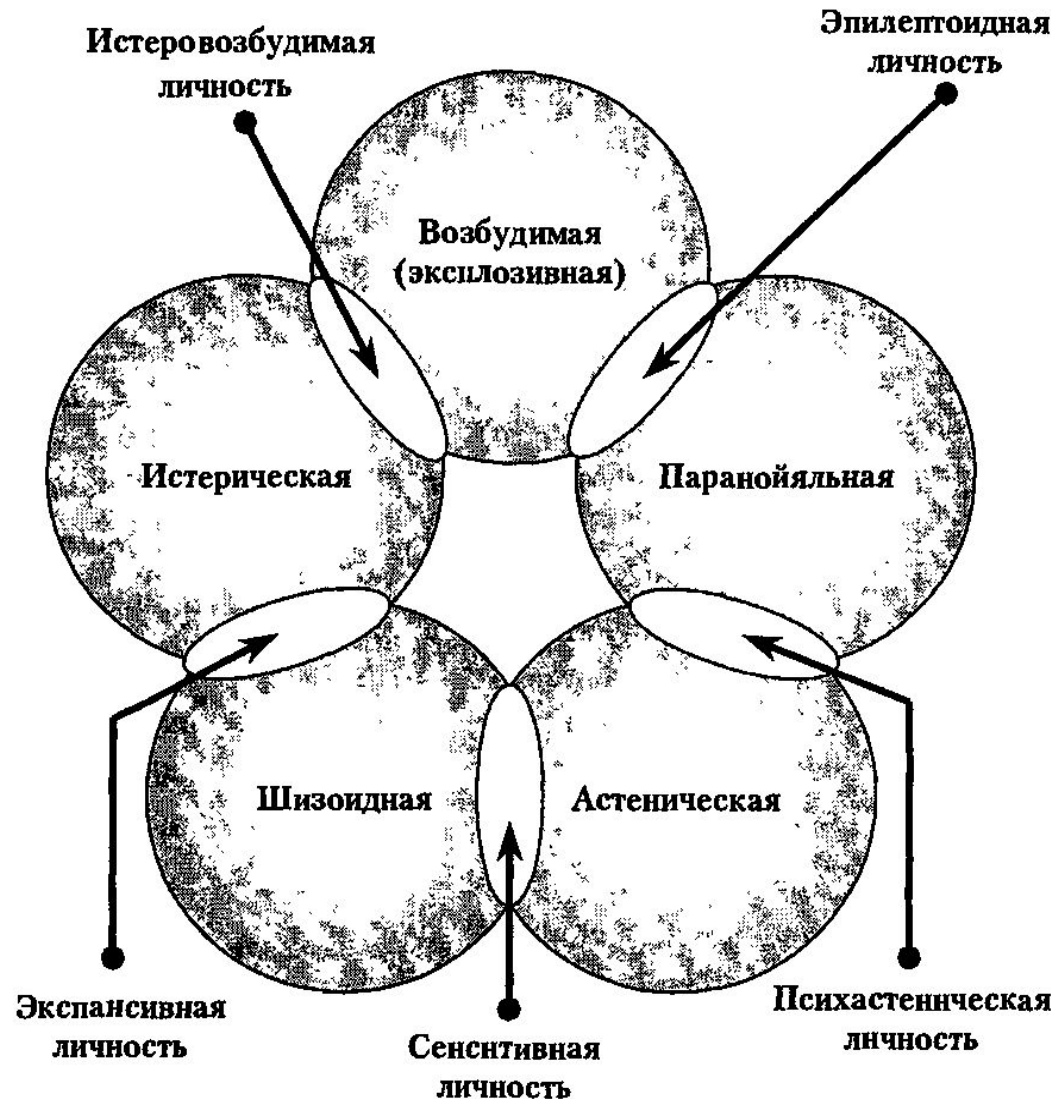


Клиническая систематика психопатий

(по О.В. Кербинову, 1962; Г.К. Ушакову, 1979)



**Соотношение различных клинических форм психопатий
(по Б.В. Шостаковичу, 1988)**



КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10

Зависимое расстройство личности F 60.7

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F 60.6

Ананкастическое расстройство личности F 60.5

Шизоидное расстройство личности F 60.1

Параноидное расстройство личности F 60.0

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F 60.30

Циклотимия F34.0

Истерическое расстройство личности F 60.4

Диссоциативное расстройство личности F 60.2

Расстройства сексуального предпочтения F 65

Смешанное расстройство личности F 61.0

КЛАССИФИКАЦИЯ DSM-IV

Группирует расстройства личности в три группы:

Кластер А (необычные или эксцентричные расстройства)

- Параноидное 301.0
- Шизоидное 301.20
- Шизотипическое 301.22

Кластер В (театральные, эмоциональные, или колеблющиеся расстройства)

- Антисоциальное 301.7
- Пограничное 301.83
- Истерическое 301.50
- Нарциссическое 301.6

Кластер С (тревожные и панические расстройства)

- Избегающее 301.82
- Зависимое 301.6
- Обсессивно-компульсивное 301.4

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Клинические признаки психопатий («триада П.Б. Гайнушкина»)

1. Тотальность психопатических черт личности (проявляются в любой жизненной ситуации)
2. Стойкость (малая обратимость) патологических черт личности
3. Выраженность патологических черт личности до степени социальной дезадаптации

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)



Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально принятого диапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- когнитивная сфера (т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий);
- эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
- контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
- отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)



Недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т.е. не ограничиваются одним «пусковым механизмом» или ситуацией).



В связи с поведением, отмеченном в пункте «Б», отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (МКБ-10)

Г

Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

Д

Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста.

Е

В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга.

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Тенденция приписывать окружающим злые намерения; склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является мысль об особом значении собственной личности.

Чаще встречается у мужчин. Группой повышенного риска являются лица, сформировавшиеся в условиях разных коммуникативных ограничений (представители национальных меньшинств, эмигранты, глухие и т. д.).

Играют некоторую роль и генетические факторы (в семьях больных отмечена повышенная заболеваемость шизофренией и бредовыми расстройствами). Сам больной редко обращается за помощью, а если его направляют родственники, то при беседе с врачом он отрицает проявления расстройства личности. Особую группу составляют фанатичные личности (фанатики).

Диагностические критерии:

1.чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;

2.тенденция постоянно быть кем-то недовольным, склонность не прощать оскорбления, причинение ущерба и пренебрежительное отношение к своей личности;

3.подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных;

4.воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, несоответствующее фактической ситуации;

5. возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга;

6. тенденция постоянно относить на свой счёт происходящее вокруг;

7. частые необоснованные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ЛЕЧЕНИЕ

- Амбулаторно, но при появлении ажитации или агрессии — в стационаре.
- Оптимальный подход – поддерживающая индивидуальная психотерапия (групповую терапию эти пациенты переносят плохо, а поведенческая кажется им излишне принудительной).
 - К медикаментозному лечению они относятся подозрительно и эффекта от него обычно не отмечают. Тем не менее, при **эпизодах тревожной ажитации** необходимо кратковременное назначение транквилизаторов (диазепам, феназепам), а при возникновении **бредоподобных истолкований** – нейролептиков в небольших дозах (галоперидол, трифтазин, сонапакс, неуплептил).

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Больные замкнуты и необщительны, не способны к теплым эмоциональным отношениям с окружающими, интерес к сексуальному общению снижен, они склонны к аутистическому фантазированию и погружению в свой внутренний мир (интравертированность), понимание и усвоение общепринятых норм поведения затруднено, что проявляется в эксцентричных поступках.

По некоторым данным шизоидным расстройством личности страдают до 7,5% всего населения, преобладают мужчины (2:1).

Вероятна роль генетических факторов. Страдающие шизоидным расстройством личности обычно живут своими необычными интересами и увлечениями, в которых могут достигать больших успехов.

В связи с особенностями личности они легко переносят лишенную всякой престижности, монотонную деятельность в одиночестве, кажущуюся другим невыносимо скучной.

Характерна частая увлеченность различными философскими учениями, идеями усовершенствования жизни, схемами построения здорового образа жизни (за счет необычных диет или спортивных занятий), особенно, если для этого не надо непосредственно иметь дело с другими людьми. Именно среди них много чудаков, ревнивцев, правдоискателей, реформаторов.

У шизоидов может оказаться достаточно высоким риск пристрастия к наркотикам или алкоголю с целью получения удовольствия или улучшения контактов с окружающими.

Диагноз устанавливают по следующим (по меньшей мере, четырем) критериям:

1. лишь немногие виды деятельности доставляют радость;
2. эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект;
3. снижение способности к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим;
4. внешнее безразличие к похвале и критике окружающих;
5. сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (с учетом возраста);
6. почти постоянное предпочтение уединенной деятельности;
7. чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию;
8. отсутствие близких друзей (не более одного) или доверительных отношений и нежелание их иметь;
9. недостаточный учет социальных норм и требований, частые не намеренные отступления от них.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ЛЕЧЕНИЕ

1. Вследствие низкой мотивации к лечению и трудностей в установлении отношений с врачом больные шизоидного типа плохо вовлекаются в психотерапию, особенно групповую.
2. Эффективной может оказаться *индивидуальная поведенческая программа социальной активации.*
3. Лекарственная терапия носит в основном симптоматический характер (купирование симптомов дисфории и тревоги транквилизаторами или небольшими дозами нейролептиков).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Чрезмерная эмоциональность и стремление к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях.
- Это расстройство личности преобладает у женщин, часто сочетаясь с соматизированным расстройством и алкоголизмом. *Формирование истерической психопатии завершается в 12-17 лет.* Считают, что трудности в межличностных отношениях в детстве преодолевались с помощью театрального поведения.
- **Основная черта:** поиск внимания к себе окружающих. Пациенты непостоянны в своих привязанностях, капризны, проявляют непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу).
- В беседе с врачом больные склонны к детализированному рассказу о себе, сопровождаемому красочными метафорами, театральной жестикуляцией и интонацией. Самое непереносимое для больных — равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя». Повышенная зависимость от признания себя окружающими делает их излишне доверчивыми и наивными. Представителям обоих полов свойственно акцентировать свою сексуальную привлекательность, для чего используются фривольность, флирт, карикатурное подчеркивание своей неотразимости (при этом, однако, нередки психосексуальные дисфункции — аноргазмия у женщин и импотенция у мужчин).

Диагноз устанавливают при наличии, по меньшей мере, четырех из следующих критериев:

1. театральность поведения или преувеличенное выражение чувств;
2. внушаемость, легкое подчинение влиянию окружающих людей или ситуаций;
3. поверхностная и неустойчивая эмоциональность;
4. постоянный поиск возбуждающих переживаний и такой деятельности, в которой пациент находится в центре внимания;
5. неадекватное подчеркивание своей сексуальности и обольстительности (внешностью и поведением).

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ: ЛЕЧЕНИЕ

1. Медикаментозная терапия (в самом широком диапазоне — от успокаивающих микстур до небольших доз нейролептиков — в зависимости от степени выраженности и ведущего симптома) целесообразна только в случаях декомпенсаций.
2. При психомоторном возбуждении и дисфории применимы все препараты с седативным действием: транквилизаторы (диазепам, феназепам), трициклические антидепрессанты (герфонал, доксепин, амитриптилин, леривон). Хороший эффект дают повторные внутримышечные инъекции тизерцина (1,0-2,0), а также назначение более «мягких» нейролептиков: сонапакс, эглонил, неулептил, терален.
3. Наиболее адекватным психотерапевтическим методом при этом расстройстве считается психоаналитически ориентированная индивидуальная и групповая терапия.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Основные динамические сдвиги при психопатиях

| Основные динамические сдвиги | | Связь с психогенными факторами | Длительность |
|------------------------------|-----------------|--------------------------------|---------------|
| Реакции | Специфические | + | Часы–дни |
| | Неспецифические | | |
| Декомпенсации | | + | Недели–месяцы |
| Фазы | | — | Недели–месяцы |

Принято рассматривать два состояния:

- ⦿ Компенсации (состояние, при котором психопат адаптирован к тем социальным условиям, которые его окружают)
- ⦿ Декомпенсации

Также выделяют *психопатические, или патохарактерологические реакции*:

1. Однозначная типу реакция (реакция вписывается в привычные рамки характера и черт личности психопата);
2. Неоднозначная типу психопатии реакция (реакция кардинально отличающаяся от привычного *modus operandi* психопата)

Патологическое или патохарактерологическое развитие личности.

Тогда, когда присутствуют два фактора:

- ⦿ Наличие собственно психопатии
- ⦿ Постоянно действующая неблагоприятная внешняя обстановка

Возрастная динамика.

1. Пубертатный период;
2. Далее пик «сглаживается»;
3. Инволюционный период;

Психастеник - разновидность астеника в типологии характеров П.Б.Ганушкина.

- ▶ Как все астеники, психастеники возбудимы, чувствительны, но быстро устают и утомляются.
- ▶ Психастенический тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии. Психастеники часто колеблются при принятии решений и не переносят высоких требований и груза ответственности за себя и других. Такие субъекты демонстрируют аккуратность и рассудительность, характерной чертой для них является самокритичность и надёжность. У них обычно ровное настроение без резких перемен. В сексе они зачастую опасаются совершить ошибку, но в целом их половая жизнь проходит без особенностей.
- ▶ У психастеников нет соматических расстройств, зато добавляется другое качество — боязливость, нерешительность, сомнения во всем. Они сомневаются относительно настоящего, будущего и прошлого. Часто их одолевают ложные опасения за свою жизнь и за жизнь близких. Им очень трудно начать какое-то дело: они принимают решение, потом отступают, снова собираются с силами и т. д. Им трудно принимать решения потому, что они сомневаются в успехе любого задуманного дела.
- ▶ С другой стороны, если уж психастеник что-то решил, то должен осуществить это сразу; иными словами, он проявляет крайнюю нетерпеливость. Постоянные сомнения, нерешительность и нетерпеливость, вот такое парадоксальное сочетание свойств. Однако оно имеет свою логику: психастеник торопит события потому, что опасается, как бы что-нибудь не помешало совершить задуманное; иными словами, нетерпеливость происходит из той же неуверенности.

Параноик

- ▶ Характерным свойством параноиков является их склонность к образованию сверхценных идей, во власти которых они потом и оказываются; эти идеи заполняют психику параноика и оказывают доминирующее влияние на все его поведение. Самой важной такой сверхценной идеей параноика обычно является мысль об особом значении его собственной личности. Чертами психики параноиков является очень эгоизм, постоянное самодовольство и чрезмерное самомнение. Это - люди крайне узкие и односторонние: вся окружающая действительность имеет для них значение и интерес лишь постольку, поскольку она касается их личности; все, что не имеет близкого, интимного отношения к его "я", кажется параноику мало заслуживающим внимания, мало интересным.

Эпилептоид - психотип, характерный рисунок личности. Иногда - акцентуация характера.

Короткая характеристика психотипа

Речь внятная. Мышление стандартное. Сдержан, но взрывчат. Любит порядок. Ультимативен.

Законник. Морализатор. Прижимист.

Консерватор. Честь мундира. Проводник идеологии. Инквизитор. Карьера «поэтапная».

Наводит справедливость. Надежен. Секс обычный. Семьянин. Мой дом — моя крепость. «Окопная» дружба. Он офицер, учитель, врач.

Истерик 😞

- ▶ расстройство личности, характеризующееся неиссякающей потребностью в получении внимания, неустойчивой самооценкой, переоценкой значимости пола, наигранным поведением и др.
- ▶ признаки: (не менее трёх)
- ▶ А) самодраматизация, театральность, преувеличенное выражение эмоций;
- ▶ Б) внушаемость, лёгкая подверженность влиянию окружающих или обстоятельств;
- ▶ В) поверхностность и лабильность эмоциональности;
- ▶ Г) постоянное стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, позволяющей находиться в центре внимания;
- ▶ Д) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;
- ▶ Е) чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.

СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!



ЛИТЕРАТУРА

1. Б. В. Шостакович, В. Ф. Матвеев «Психопатии и патохарактерологические развития» // Руководство по психиатрии. Под ред.. Г.В. Морозова. Т.2 М., 1988;
2. «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» Приказ Министерства здравоохранения РФ 6 августа 1999 г. №311 (НЦПИ)»;
3. Ю. В. Попов, В. Д. Вид «Современная клиническая психиатрия». М.: "Экспертное бюро-М", 1997, 496 с.;
4. А. Б. Смулевич «Пограничные психические нарушения»;
5. П. Б. Ганнушкин «Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Некоторые общие соображения и данные»;
6. А. Е. Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков»;
7. П. М. Зиновьев «Психопатии»;
8. А. В. Рустанович, В. К. Шамрей «Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках». СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006, 216 с.;
9. О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский «Психиатрия». М.: «Медицина», 1968, 448 с