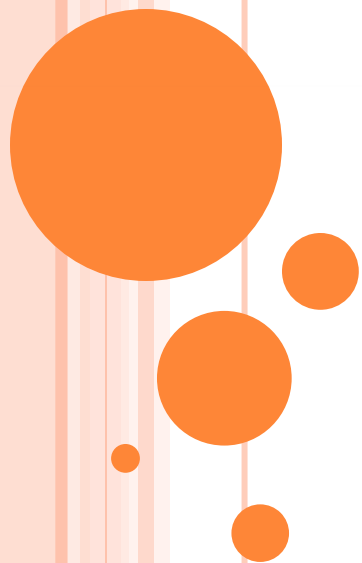


ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ: АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА



ХАРАКТЕР

- В психологии понятие «характер» означает **совокупность индивидуальных психических свойств, складывающихся в деятельности и проявляющихся в типичных для данного человека способах деятельности и формах поведения.**
- Присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты характера составляют стержень личности, определяют развитие, процессы адаптации, психическое здоровье.
- Основные черты характера в случае яркой выраженности становятся акцентуациями характера. При воздействии неблагоприятных факторов, акцентуации характера могут считаться патологическими. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы акцентуированными личностями.



АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

- Понятие «акцентуации» было введено в психологию К. Леонгардом, который предположил наличие основных и дополнительных черт личности. Основных черт значительно меньше, но они являются стержнем личности, определяют ее развитие, адаптацию и психическое здоровье. При чрезмерной выраженности основных черт, они не только накладывают отпечаток на личность в целом, но и при неблагоприятных обстоятельствах могут деформировать структуру личности и нарушить социальную адаптацию, причем обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.



Причины возникновения акцентуации характера

Биологические

- Действие пренатальных, натальных и ранних постнатальных вредностей на формирующийся в раннем онтогенезе мозг
- Неблагоприятная наследственность
- Органические поражения головного мозга
- «Пубертатный криз»

Социально-психологические

- Нарушение воспитания ребенка в семье
- Школьная дезадаптация
- Подростковый кризис («переходной период от детства к взрослости»)
- Психические травмы (конфликты с родителями, друзьями, учителями, переживание семейных разладов и т.д.)



ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИЙ

Обусловленные темпераментом, как природным образованием, Леонгардом были отнесены типы:

- **гипертимный** — желание деятельности, погоня за переживаниями, оптимизм, ориентированность на удачи
- **дистимический** — заторможенность, подчеркивание этических сторон, переживания и опасения, ориентированность на неудачи
- **аффективно-лабильный** — взаимная компенсация черт, ориентированность на различные эталоны
- **аффективно-экзальтированный** — воодушевление, возвышенные чувства, возведение эмоций в культ
- **тревожный** — боязливость, робость, покорность
- **эмотивный** — мягкосердечие, боязливость, сострадание



ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИЙ

социально обусловленные типы акцентуаций:

- ▣ **демонстративный** — самоуверенность, тщеславие, хвастовство, ложь, лесть, ориентированность на собственное Я как на эталон
- ▣ **педантичный** — нерешительность, совестливость, ипохондрия, боязнь несоответствия Я идеалам
- ▣ **застревающий** — подозрительность, обидчивость, тщеславие, переход от подъема к отчаянию
- ▣ **возбудимый** — вспыльчивость, тяжеловесность, педантизм, ориентированность на инстинкты



ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИЙ

- К личностному уровню были отнесены типы:
- **Экстравертированный** - человек, ориентирующийся на внешние, «объективные» стимулы, восприимчивый к влиянию среды и заинтересованный в нём.
- **интровертированный**— ориентирован на свои «субъективные» представления, мало подвержен внешнему влиянию и не заинтересован в нём.



ТИПОЛОГИЯ А. Е. Личко

Типология А.Е. Личко

На заре учения о психопатиях возникла проблема отграничения их от крайних вариантов нормы. В.М. Бехтерев (1886) упоминал о «переходных состояниях между психопатией и нормальным состоянием».

А.Е.Личко переосмыслив понятие акцентуаций и типологию К.Леонгарда, предложил свою типологию, которая терминологически близка к классификации психопатий.



Андрей Евгеньевич Личко (8 ноября 1926 — 6 августа 1994) —
советский психиатр, заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.



1. Гипертимный тип — отличается неугомонностью, шумливостью, подвижностью, общительностью, склонностью к озорству, неусидчивостью, приподнятым настроением. Им свойственна переоценка собственной личности, тяга к компаниям, подчас асоциальным.



2. Психастенический тип выражается в повышенном самоанализе и самобичевании, робости, тревожной мнительности, «умственной жвачке», навязчивых страхах, моторной неловкости и нерешительности.



3. Шизоидному типу
свойственны раздвоенность,
замкнутость (аутизм),
эмоциональная холодность,
трудности в межличностных
отношениях, склонность к
вычурной фантазии, символике,
«философской интоксикации». В
качестве «коммуникативного
допинга» используется алкоголь.
Шизоиды обнаруживают
неуклюжесть и вычурность в
психомоторной сфере,
раздвоенность сознания.



- **4. При эпилептоидном типе акцентуации злобная гневность и жестокость уживаются с бережливостью, педантизмом и аккуратностью, повышенной ревнивостью, стремлением к властвованию. Алкогольное опьянение усиливает агрессию и сопровождается беспамятством, садомазохистскими наклонностями.**



5. Циклоидному типу свойственна склонность к колебаниям настроения: период подъема с активностью, шутливостью, склонностью к алкоголизации (до 1-2 недель) может сменяться понижением настроения до степени, не достигающей до истинной депрессии (субдепрессия).

Мелкие неприятности тогда переносятся тяжело.

Появляются вялость, скука,
разбитость,
стремление к одиночеству.



6. Главной чертой лабильного типа
является крайняя неустойчивость

настроения, меняющегося от ничтожного повода.

Это «люди настроения», чуткие к знакам внимания, привязанные к родным и близким.

У лабильных циклоидов фаза упадка короче (1-2 дня).



7. Сензитивный тип отличается впечатлительностью, тягой к интеллектуально-эстетическим увлечениям, переживанием своей неполноценности.



8. Астеноневротический тип проявляется капризностью, раздражительностью, плохим сном и аппетитом, ипохондрией.



9. Неустойчивый тип характеризуется легкой подчиняемостью, безынициативностью. Эти лица часто попадают в сомнительные компании, склонны к отклоняющемуся (делинквентному) поведению, азартным играм, удовольствиям, праздному безделью.



10. **Паранойяльная акцентуация** характеризуется чрезмерной подозрительностью, напряженностью, недоверчивостью, склонностью к образованию сверхценных идей.



11. Истероидный тип отличается эгоцентризмом, стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание.

- Представители этого типа любят выслушивать только похвалу в свой адрес, часто претендуя на роль лидера.
- Чувства их неглубоки, воля ослаблена, авторитет невысок, они склонны к патологическому фантазированию и лжи.
- Если на первое место у истероидных личностей выступает стремление вызвать удивление и почитание, демонстративность поступков, то можно говорить о *демонстративной разновидности этого типа акцентуации*.
- Во всех поступках такого типа наблюдается явная наигранность, неестественность, и позёрство, даже в интимной сфере.





12. Конформный тип акцентуации характеризуется растворением личности в окружающих. Эти лица мимикрируют под любое окружение, поэтому, попав в хороший микросоциальный коллектив, они могут стать исполнительными работниками, в ином случае могут нарушать нормы поведения (например, «за компанию» спиваются).

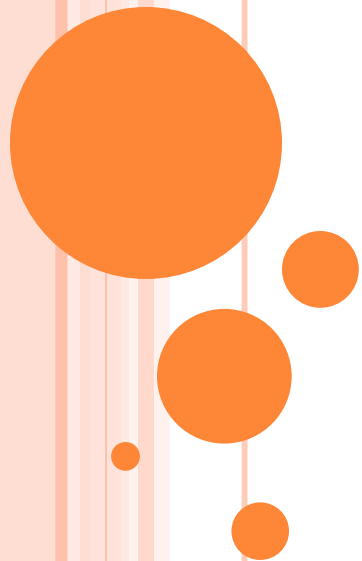


□ В зависимости от степени выраженности выделено две степени акцентуации характера: явная и скрытая (Личко; Александров; 1973).

- **Явная акцентуация** - степень акцентуации характеризует крайние варианты нормы:
 - наличием постоянных черт определенного типа характера
 - в подростковом возрасте акцентуации заостряются, могут наступать отклонения в поведении
 - при взрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.
- **Скрытая акцентуация** - степень, относимая к обычным вариантам нормы:
 - в привычных условиях эти акцентуации выражены слабо или не проявляются совсем.
 - под влиянием тех ситуаций и психических травм эти черты могут ярко и неожиданно выявиться
 - психогенные факторы при таких акцентуациях не вызывают психических расстройств.



ПСИХОПАТИИ
(РАССТРОЙСТВА
ЛИЧНОСТИ)




ПРОИСХОЖДЕНИЕ ТЕРМИНА.

РАЗЛИЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ

- Отечественная школа – *В. М. Бехтерев* (1886) «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 о убийстве, которое было совершено лицом без выраженных психических изменений.
- Взгляды *В. Х. Кандинского* на психопатии поддерживали *С. С. Корсаков* и *И. М. Балинский*.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Полученные данные позволили:

- ▣ *Е. Краепелин* в 7-м издании руководства по психиатрии (1904) описать самостоятельную форму психической патологии – психопатию
 - ▣ *С. С. Корсакову* в 1901 г. выделить прирожденные психопатические конституции в специальном разделе книги «Курс психиатрии»
- 

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатия (*С. С. Корсаков*) – болезненное расстройство психической деятельности, которое находится на границе между здоровьем и психической болезнью, представляют собой аномалии характера и отсутствие нормальной гармонии психической жизни субъекта.

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



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Психопатии – это такие аномалии характера, которые, по словам *П. Б. Ганнушкина* (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде» .



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

С начала 70-х годов XX века определение «психопатии» в психиатрической литературе постепенно заменяется понятием «расстройства личности».

Психопатия (в МКБ-10 –расстройство личности) — тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих реакций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.



ЭТИОЛОГИЯ

В этиопатогенезе расстройств личности принимают участие *биохимические факторы* (повышение уровня некоторых половых гормонов).

3. Фрейд : Расстройства обретают различную клиническую структуру в зависимости от периода развития больного, в котором они сформировались.

Решающую роль играют *механизмы психологической защиты*, с помощью которых человек пытается преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни - собственными впечатлениями, потребностями и реальностью.



ЭТИОЛОГИЯ

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 закрепляют их как способ решения проблем. В этом и заключается основная причина их устойчивости.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Э. Креппелин (1915)

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

К.Шнейдер (1928)

1. Гипертимики
2. Депрессивные
3. Неуверенные в себе
4. Фанатичные
5. Ищущие признания
6. Эмоционально лабильные
7. Эксплозивные
8. Бездушные
9. Безвольные
10. Астенические

Э.Кречмер (1930)

1. Циклоиды – (добродушные, веселые)
2. Шизоиды (угрюмость, подозрительность, замкнутость)

П. Б. Ганнушкин (1933)

1. циклоиды
2. астеники
3. шизоиды
4. параноики
5. эпилептоиды
6. истероиды
8. неустойчивые
9. антисоциальные
10. конституционально глупые.

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

ЛИЧНОСТИ

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;



ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностические критерии:

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.



ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностические критерии:

Характеризуется обращающим на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами.

Основная черта — стремление непрерывно получать удовольствие, максимально избегая труда. Жизнь, начиная с детского возраста, представляет собой богатую историю асоциальных поступков.

При этом у них отсутствуют нарушения мышления, напротив, им свойственен повышенный уровень ориентировки в социальной ситуации и хороший вербальный интеллект.

1. **бессердечное равнодушие к чувствам других;**
2. **стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями;**
3. **неспособность поддерживать устойчивые отношения при отсутствии затруднений в их установлении;**
4. **отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, особенно наказания;**
5. **выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом;**
6. **постоянная раздражительность.**

До 18-летнего возраста этот диагноз обычно не устанавливают.



ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ИМПУЛЬСИВНЫЙ ПОДТИП

Характеризуется, наряду с неустойчивостью настроения, **выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий**

Среди неблагоприятных психосоциальных факторов в детстве выделяют **алкоголизм и неупорядоченные половые отношения у родителей, их насильственное поведение по отношению к детям.**

Основным компонентом расстройства являются *отдельные эпизоды потери контроля над своими агрессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества.*

Уровень агрессивности не соответствует силе ситуативного стресса, послужившего пусковым фактором для эпизода. Вне этих эпизодов проявления импульсивности и агрессивности не типичны для больного.



ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ИМПУЛЬСИВНЫЙ ПОДТИП

Диагностические критерии:

1. отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий;
2. тенденция к ссорам и конфликтам, усиливающаяся при воспрепятствовании импульсивным действиям или порицании их;
3. склонность к вспышкам ярости и насилия с неспособностью контролировать эксплозивное побуждение;
4. лабильное и непредсказуемое настроение.



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).

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.

ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

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.
- 

ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Чрезмерная эмоциональность и стремление к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях.
- Преобладает у женщин, *формирование истерической психопатии завершается в 12-17 лет. Основная черта:* поиск внимания к себе окружающих. Непостоянны в своих привязанностях, капризны, проявляют непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу).
- Трудно переносят равнодушие со стороны окружающих. 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.



ИСТЕРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

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).



АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости и продуктивности.
- **Свойственна чрезмерная** озабоченность правильностью, упорядочиванием всего и вся, деталями, опрятностью и стремлением к совершенству, что значительно сужает их приспособительные возможности к окружающему миру.
- Больные **лишены одного из важнейших адаптивных механизмов** — чувства юмора и всегда серьезны.
- Они обладают высокой работоспособностью, но лишь тогда, когда не требуется гибкого приспособления к меняющимся условиям работы.



АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- *Им не свойственна* спонтанность и импульсивность; они нетерпимы ко всему, что угрожает порядку и совершенству; круг друзей узок.
-
- постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, планами;
- стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки уже сделанного;
- неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- чрезмерная педантичность и следование социальным условностям;
- ригидность и упрямство;
- необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие делали все в точности так, как и сам больной, или столь же необоснованное нежелание позволять другим поступать самостоятельно.



ТРЕВОЖНОЕ (УКЛОНЯЮЩЕЕСЯ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Это чрезвычайно чувствительные и впечатлительные лица, отличающиеся высокими моральными требованиями к самим себе. Они постоянно ощущают свою неполноценность ; стойкое чувство напряженности и озабоченности .
- Обидчивы, ранимы, застенчивы и робки, что мешает им подружиться с теми, кто им симпатичен. Они не умеют и не стремятся быть лидерами, не выносят авантюр, поэтому на первый взгляд производят впечатление замкнутых людей.
- 1) **убежденность в своей социальной непривлекательности или малоценности по сравнению с другими;**
- 2) **повышенная озабоченность неприятием себя в социальных ситуациях и нарастание напряженности из-за критики в свой адрес;**
- 3) **нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться;**
- 4) **уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, а также из-за боязни критики в свой адрес, неодобрения или отвержения.**



ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

- Признаки зависимого расстройства личности впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы, **проявляясь поначалу астеническими чертами** — резким утомлением к концу занятий, снижением успеваемости, а также повышенной робостью, нерешительностью, застенчивостью, чувством собственной неполноценности.
- Чаще всего **формирование зависимой психопатии происходит в пубертатный период.**
- Зависимым личностям **свойственны общая** «нервная слабость», чрезмерная чувствительность и впечатлительность, склонность к самонаблюдению. В более тяжелых ситуациях возможны реакции «ухода из действительности», протекающие с картиной тревожно-апатической депрессии со страхом одиночества и стремлением уйти от жизненных невзгод.
- Внутренний мир определяется сложным комплексом переживаний, среди которых преобладают сознание собственной несостоятельности, беспомощности, ощущение зависимости от окружающих, опасения предстоящих трудностей



ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Диагностируется при наличии трёх и более из нижеследующих признаков:

1. стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;
2. подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;
3. нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;
4. чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;
5. страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;
6. ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.



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

