

# Расстройства личности (психопатии)

Доцент Гречко Т.Ю.

5 курс педиатрический  
факультет

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

# Психопатия

- патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью всего психического склада личности, представляющее собой постоянное (сохраняющееся в течение всей жизни) свойство индивидуума, препятствующее адаптации субъекта к окружающей среде (социуму).

# Основные характеристики психопатий:

1. Заболевание формируется только в социуме.
2. Охватывает всю личность. Проявляется в широком диапазоне ситуаций, но наиболее выражены нарушения эмоционально-волевой сферы. Интеллект относительно сохранен.
3. Нарушает адаптацию (активную приспособляемость) человека в социальной среде. При этом страдает сам индивидуум или окружающие.
4. Проявления обычно достаточно стойки.
5. Тип поведения значительно отклоняется от традиционно принятого в данной социокультурной среде.

# Основные этапы изучения психопатий

- 1.Описательный.
- Описание расстройств, сходных с клиникой психопатий, встречается еще в древних источниках.
- Ph.Pinel (1809) выделял «манию без бреда» как неправильное поведение без признаков психоза. E.Esqirol (1838) описывал «инстинктивную мономанию». В.Morel (1875) описывал расстройство личности как одно из дегенеративных.

## 2. Систематизационный.

- W.Grizinger(1886) – работы, способствовавшие выделению психопатий из группы дегенеративных психозов. R.Krafft-Ebing(1890) – выделение некоторых критериев психопатий.

3.Выделение термина «психопатии» только применительно к личностному уровню расстройств (ранее психопатиями называли любые психические нарушения).

- В.Х.Кандинский(1883) дал четкое определение психопатии. Подобная необходимость встала в связи с судебной экспертизой. Свои взгляды Кандинский изложил в сборнике «К вопросу о невменяемости». Он считал, что «это состояние не предполагает ни устойчивого нравственного равновесия, ни гармонии между отдельными психическими функциями, но характеризуется таким количеством уклонений от нормы во всех сферах душевной деятельности, что должно быть названо психопатическим. В этот же период И.М. Балинский пришел к подобному выводу, занимаясь судебной оценкой в уголовном процессе и отразил свои взгляды в труде «Экспертиза по делу Мироновича, Безака и Семеновой» (1885). Окончательно термин «психопатии» ввел I.Koch (1891).

## 4. Труды П.Б.Ганнушкина.

1) Четкое определение, включающее:

- а) прирожденность;
- б) тотальность;
- в) нарушение адаптации;
- г) стабильность.

2) Введение понятия «динамика» применительно к психопатиям. До этого в большинстве клиника психопатий описывалась статично (хотя Кандинский и Балинский указывали на наличие периодов «обострения» симптоматики).

3) Предположение, что между конституциональным и ситуационным нет четких границ, а есть промежуточные формы.

4) Систематика внутри психопатий, то есть выделение определенных групп со сходной клиникой.

## 5. Этап развития идей об этиологическом предпочтении в развитии психопатий.

- На этом этапе осуществлялся переход преимущества от жесткой биологической обусловленности к средовым влияниям. Шарко (1883) писал о возможности психогенных образований при истерической дегенерации. Сикорский И. А. (1883), Esquirol (1838) отмечали вред сурового или пренебрежительного воспитания для формирования характера. В.А.Гиляровский (1929) отмечал, что врожденной является только неустойчивость: «Психопатами чаще делаются, чем рождаются», то есть динамику определяют социальные условия. М.О.Гуревич, О.В.Кербиков, Г.Е.Сухарева выделили группу органических психопатий и отметили функциональный характер нарушений в мозге. О.В.Кербиков внес большой вклад в развитие учения о психопатиях, описал этиологические группы и варианты их развития.



## 6. Этап разработки вопроса динамики психопатий.

- Н.И.Фелинская(1963) различала фазы, декомпенсации и психопатические реакции и дала им определение. Динамику изучали В.А. Гурьева, В.Я.Гиндикин, Б.В.Шостакович, М.Г. Ревенко, Н.А.Опря и др..

## 7.Изучение проблемы потоморфоза психопатий.

- А.Я.Левинсон(1959), В.А.Гурьева(1982), В.Я. Семке(1982).

## 8.Этап разработки медикаментозной и психотерапевтической коррекции, экспертных вопросов, дифференциальной диагностики.

- **Ядерные психопатии** – психопатии, возникающие только вследствие психопатической наследственности или наследственных заболеваний
- **Нажитые психопатии** – психопатии, возникающие вследствие воздействия каких-либо факторов в течение жизни человека
- **Краевые психопатии** – психопатии, возникающие, в основном, в результате действия психогенных и ситуационных факторов

# Основные проявления клинической динамики психопатий

1. Психопатические реакции.

2. Декомпенсация.

3. Невротические реакции.

4. Психогенные депрессии невротического  
уровня.

5. Фазовые состояния.

6. Патологическое развитие личности

# Психопатические реакции.

- 1) Специфические = типологические.  
Характерны для определенного типа психопатий.
- 2) Общепсихопатические. Протекают по общим для всех психопатий закономерностям.
  - 1) Однозначные – ситуация, когда специфические реакции соответствуют своему типу.
  - 2) Неоднозначные – реакции у психопата одного типа соответствуют специфическим реакциям другого типа, их появление может свидетельствовать об утяжелении состояния.

# Декомпенсация характеризуется

- невозможностью корригировать и оценивать свои поступки;
- неадекватностью реагирования;
- нарушением адаптации;

# Невротические реакции.

- Встречаются чаще всего. Похожи на неврозы, но более кратковременные и менее выражены. Отличаются от непсихопатических невротических реакций:
  - 1) легче возникают,
  - 2) легко рецидивируют,
  - 3) более стойки.
- Примеры: астенические реакции, истерические (афония, удушье, тошнота, параличи, припадки («истерики») – приступы с внезапным падением, подергиваниями мускулатуры психогенного происхождения), кратковременные или маловыраженные депрессивные реакции (грусть, печаль), навязчивости (болезненное мудрствование), нарушения влечений. Не отмечено невротических реакций у возбудимых психопатов.

# Психогенные депрессии невротического уровня

- Встречаются как и невротические реакции и у непсихопатических личностей (т.е. являются неспецифическими нарушениями).
- Ранее подобные явления относили к депрессивному неврозу, в настоящее время этой рубрики не существуют и их относят к дистимии (F34.1) или к нарушениям адаптации (F43.2) (МКБ-10). Эти расстройства более длительны и выражены, чем невротические депрессивные реакции. Их отнесение к динамическим проявлениям психопатий оправдано в связи с большой частотой встречаемости у лиц с расстройствами личности. Отличия от подобных нарушений у непсихопатических личностей сходны с таковыми при невротических реакциях.
- К психогенным невротическим депрессиям склонны лица с сенситивностью, уязвимостью, болезненной эмотивностью.  
\*При примитивности склада личности и малой ее дифференцированности, отсутствии глубины переживаний чаще возникают острые реактивные состояния психотического уровня..

# Фазовые состояния

Основные признаки фаз:

- 1) Начинаются и кончаются внезапно.
- 2) Нет видимых причин.
- 3) Отчетлива тенденция к повторению.
- 4) Сезонны или соответствуют биоритму, начинаются чаще утром.
- 5) Не сопровождаются усилением личностных нарушений.



## ***Маниакальные фазы***

- Появляются к 16-18 годам. Со временем удлиняются и могут протекать годы. Появляется ощущение полного счастья, радости, опьяненности, подъема, уверенности в себе, в своих возможностях, обострение мнестических способностей. Но это продолжается недолго. постепенно по мере взросления работоспособность падает, появляются неприятные соматические ощущения, возбужденность трансформируется в перевозбужденность, бессонницу. Может наблюдаться маскированная мания с приподнятым или гневливым фоном настроения и ипохондричностью, больные склонны посещать врачей в поисках причины плохого самочувствия.

# ***Депрессивные фазы.***

- Чаще начинаются к 15-20 годам. С возрастом становятся более продолжительными и полиморфными. В клинике может наблюдаться тоска, тревога, слезливость, подавленность, чувство витальности (внутренняя боль, неудобство под «ложечкой», расстройства ЖКТ, аппетита, бессонница). Реже бывает адинамия, анестезия, деперсонализационно-дереализационные расстройства. Иногда усиливаются идеи самообвинения, возрастает саморефлексия.
- Часто сочетание с другими психопатологическими нарушениями: астеническими явлениями, навязчивостями, истерическими наслоениями. Появляются психосоматические заболевания. При относительной сохранности влечения, появляется «срыв нравственности», эпизоды промискуитета, онанизм с чувством стыда и вины.

# ***Дисфорические фазы.***

- Чаще встречаются у возбудимых, шизоидов, мозаичных.

# Патологическое развитие личности.

- Сутяжно-паранойяльное развитие.
- Возникновение после реальных психотравм сутяжных домогательств с тенденцией к стойкости. Вначале это носит сверхценный характер, затем бредовый (поэтому развитие называется патологическим). В основе только одна идея – нарушение справедливости, все остальные (отношения, преследования) обусловлены первой. При формировании бреда возникают черты горделивости, самоуверенности, иногда гипоманиакальности, отсутствуют признаки реактивного состояния.
- Паранойяльное развитие с бредом ревности.
- Происходит стойкое упрочение сверхценных идей ревности или трансформация их в бредовые.
- Патологическое ипохондрическое развитие личности.
- Отличается от невротического ипохондрического наличием стойких клинически ярко выраженных ипохондрических идей, полным отсутствием критики, сохранность и живость эмоциональных реакций, характерна стеничность в проверке своих ипохондрических предположений, синдром альбатроса, появление бредовых идей. Подобные явления чаще возникают у лиц с эпилептоидными чертами характера или с легкой степенью дебильности. При наслоении истероидных черт возможно развитие истерических нарушений сознания на фоне реактивной депрессии (псевдодеменция).

# Акцентуация характера

- чрезмерное усиление (девиация) какой-либо черты личности, находящаяся на грани нормы с избирательной уязвимостью в отношении какого-либо одного вида психогенных воздействий.

# Типы акцентуации (К.Леонгард):

- Демонстративный – личности с аномальной способностью вытеснения и склонностью к привлечению к себе внимания.
- Педантичный – лица, у которых преобладает нерешительность.
- Аффективно-лабильный – характерна смена пониженного и повышенного настроения в резко выраженной форме.
- Аффективно-экзальтированные – легко переходящие от восторга к отчаянию.
- Возбудимые – чрезмерно ведомые инстинктами и влечениями.
- Гипертимные – лица с часто неадекватно повышенным настроением.
- Дистимические – с неадекватно пессимистической настроенностью.
- Застревающие – лица с ригидностью аффекта.
- Интравертированные – живущие больше со своими представлениями, чем с восприятием окружающего.
- Экстравертированные – большая ориентация на восприятие, чем на представление.
- Тревожные – с чрезмерной робостью, застенчивостью.
- Эмотивные – лица с чрезмерной чувствительностью в области тонких переживаний.

# Диагностические критерии расстройств личности (МКБ-10)

1. Стойкие стереотипы восприятия и поведения индивидуума в целом отчетливо отличаются от ожидаемых в данной культуре норм. Эти отклонения проявляются в не менее двух из следующих областей –

Когнитивная (характер восприятия и интерпретации вещей, людей и явлений, отношений; установки; представления о себе – образ «Я» и других).

Эмоциональная (диапазон эмоций, интенсивность, адекватность их восприятия и выражения).

Контроль влечений и удовлетворения потребностей.

Межличностные отношения и стиль их реализации.

2. Отклонения являются столь выраженными, что обусловленное ими поведение во многих личных и социальных ситуациях является негибким, дезадаптивным или нецелесообразным в ином отношении (при этом такое поведение не обусловлено тем, что человека ограничивает какая-либо специфическая ситуация или фактор).

3. Наличие собственного субъективного страдания, негативного воздействия на социальное окружение или того и другого, отчетливо связанных с поведением, упомянутым в критерии 2.

4. Есть доказательства того, что отклонения стабильны, длительны и ведут начало с позднего детского или подросткового возраста.

5. Отклонения не могут быть объяснены наличием или последствиями иного психического расстройства взрослого возраста, (хотя могут сосуществовать параллельно с некоторыми из них).

6. Исключается наличие органического заболевания, повреждения или отчетливого нарушения функций мозга в качестве причин отклонений.

# Классификация психопатий

- **Эмоционально – неустойчивый тип.**
  - Импульсивный подтип.
  - Пограничный подтип
- **Истерический тип**
- **Диссоциальный тип**
- **Шизоидный тип**
- **Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство**
- **Параноидное расстройство.**
- **Обсессивно-компульсивное расстройство**
- **Зависимое расстройство**
- **Гипертимное расстройство**



# Эмоционально – неустойчивый тип. Импульсивный подтип.

- Основная черта – эпизоды потери контроля над агрессивным побуждением с нападением на окружающих, разрушением, без адекватной причины. Перед приступом характерно нарастание внутреннего напряжения. Заканчивается спонтанно. После чувство вины за содеянное, самоупреки, тревожно-депрессивные явления. Вне приступа агрессивность не характерна.
- Физическая развитость сочетается с чувством неполноценности, психологической зависимости. Эпизоду насилия часто предшествует ощущение бессилия.
- Это ведет к плохой адаптации, трудовая деятельность неудачна.

# Эмоционально – неустойчивый тип. Импульсивный подтип.

Диагностические критерии. Не менее 3 из следующих:

- 1) Отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета последствий.
- 2) Отчетливая тенденция к ссорам, конфликтам с другими, в особенности при препятствии их импульсивным действиям.
- 3) Склонность к вспышкам ярости, насилия, неспособность контролировать свое эксплозивное поведение.
- 4) Трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением.
- 5) Лабильное и непредсказуемое настроение.

# Эмоционально – неустойчивый тип.

## Пограничный подтип

Основная черта – нарушение восприятия себя и других, коммуникативного поведения, сплиттинг – неумение интегративно воспринимать позитивные и негативные стороны в окружающих. Вследствие этого любой намек на неидеальное к ним отношение вызывает у таких людей чувство обиды, предательства, одиночества, закономерно возникает хроническое чувство пустоты (вследствие неопределенности образа «Я»), постоянное нахождение в психическом кризисе. Могут возникать субпсихотические эпизоды, часты суициды как крик о помощи страдающего от одиночества, промискуитет в поисках общения. В общении с близкими выраженная аффективная и поведенческая нестабильность, большая интенсивность.

# Эмоционально – неустойчивый тип. Пограничный подтип

- Диагностические критерии:
- Минимум 3 из критериев импульсивного подтипа;
- Не менее 2 из следующих:
- 1)Нарушение и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений, включая сексуальные.
- 2)Склонность вовлекаться в нестабильные, но интенсивные взаимоотношения, ведущие к частым эмоциональным кризисам.
- 3)Чрезмерное стремление избегать одиночества.
- 4)Периодические угрозы и акты самоповреждения.
- 5)Хроническое чувство пустоты.

# Истерический тип

## Основные черты.

- Демонстративность, театральность, жеманство, манерность, желание выглядеть лучше, чем на самом деле. Характерна также повышенная внушаемость, самовнушаемость, способность к вытеснению, поверхность, эгоцентризм, эксцентричность, лживость, псевдологизм, авантюризм (вплоть до мошенничества), выраженный дисгармонический инфантилизм, аффективная логика в мышлении.
- Настоячивая демонстрация своей сексуальной привлекательности с использованием не сексуальной агрессией, а флирт, каррикатурное подчеркивание своей неотразимости.
- Внушаемы только к тому, что хотят услышать, что желательно.
- Вытеснение ведет к неправильному видению мотивов своего поведения.
- Эгоцентризм делает эмоциональные отношения с окружающими нестабильными, так как они фиксированы только на удовлетворении своих потребностей и пренебрегают нуждами других.
- Равнодушие к своей персоне больше всего «бесит», ради внимания истерики способны даже на роль отрицательного героя.
- Недостижимость идеального отношения к себе делает таких людей легко ранимыми, фрустрирует.

# Истерический тип

Диагностические критерии. Не менее 4 из следующих:

- 1) Показной характер, театральность поведения или преувеличение выражения чувств.
- 2) Внушаемость, легкое подпадание под влияние окружающих или ситуативных воздействий.
- 3) Поверхностный, лабильный аффект.
- 4) Постоянный поиск возбуждающих переживаний и деятельности с нахождением в центре внимания.
- 5) Неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении.
- 6) Чрезмерная озабоченность внешней привлекательностью.

# Диссоциальный тип

## Основные черты.

- 1) Стремление непрерывно получать удовольствие и наслаждение, максимально избегая напряженности и труда.
- 2) Лживость, инфантильность.
- 3) Неспособность вступать в серьезные стабильные эмоциональные значимые отношения.
- 4) Неспособность делать выводы из прошлого опыта.
- 5) Отсутствие чувства стыда и самокритичности, твердая убежденность в правомерности своих действий («бессовестность»).
- 6) Повышенный уровень ориентировки в ситуации. Развитый вербальный интеллект.
- 7) Лидерство, способность влиять на окружающих.

# Диссоциальный тип

Диагностические критерии. Не менее 3 из следующих:

- 1) Бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии.
- 2) Отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами и обязанностями.
- 3) Неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии затруднений в их установлении.
- 4) Крайне низкая фрустрационная толерантность и низкий порог агрессивного, в том числе насильственного поведения.
- 5) Отсутствие осознания своей вины или неспособности извлекать уроки из негативного опыта, в особенности – наказания.
- 6) Выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом.



# Шизоидный тип.

## Основные черты.

- 1) Повышенная интравертированность, замкнутость.
- 2) Неспособность к установлению значимых, эмоциональных межличностных отношений.
- 3) Дисгармоничная аффективность. Выражается в психэстетической пропорции: внешняя холодность сочетается с мимозоподобной чувствительностью.
- 4) Снижена способность ощущать удовольствие от общепринятых развлечений (ангедония).

# Шизоидный тип

Диагностические критерии. Не менее 4 из следующих:

- 1) Лишь немногие виды деятельности доставляют радость.
- 2) Эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенность аффекта.
- 3) Снижена способность к выражению теплых, нежных чувств или гнева.
- 4) Внешнее безразличие к похвале и критике
- 5) Сниженный интерес к сексуальным отношениям.
- 6) Почти постоянное предпочтение уединенной деятельности.
- 7) Чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию.
- 8) Отсутствие близких друзей (максимум один) или доверительных отношений или нежелание их иметь.
- 9) Отчетливо недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.
- 7) Постоянная раздражительность.

# Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство

## Основные черты

- 1) Интравертированность, основанная на заниженной самооценке.
- 2) Нуждаются в контактах, но для этого необходимо идеально положительное отношение к ним, иначе оно воспринимается как унижающее, отвергающее.
- Это ведет к:
  - -преувеличению отрицательного к себе отношения,
  - -скованности, неестественности при общении, неуверенность, скромность, демонстративное избегание, услужливость, затруднение в обращении с просьбой,
  - -семейной неустроенности, создают семью только в случае идеального отношения партнера,
  - частым тревожно-депрессивным состояниям,
  - -невозможность осуществления профессионального роста, известности.

# Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство

Диагностические критерии Не менее 4 из следующих:

- 1) Стойкое глобальное чувство напряженности, озабоченности.
- 2) Убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности, неполноценности.
- 3) Повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях.
- 4) Нежелание вступать во взаимоотношения без желания понравиться.
- 5) Ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности.
- 6) Уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами из страха критики.

# Параноидное расстройство.

- Основные черты:
- 1) Постоянная подозрительность, недоверие ко всем.
- 2) Склонность перекладывать ответственность на других.
- 3) Эмоциональная бедность, отсутствие чувства юмора, тепла.
- 4) Высоко ценят власть. Слабость, ущербность вызывает презрение.
- 5) Необоснованная убежденность в собственной объективности и рациональности.
- Вследствие подозрительности постоянно боятся быть использованными, постоянно предъявляют к другим необоснованные претензии в обидях и предательстве. У окружающих вызывают отрицательные эмоции.
- Вследствие необоснованно завышенной самооценки используют механизм психологической защиты в виде проекций. Склонны к параноидальному развитию.

# Параноидное расстройство.

Диагностические критерии. Не менее 4 из следующих:

- 1) Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам.
- 2) Постоянное недовольство другими, склонность не прощать оскорблений, пренебрежения.
- 3) Подозрительность. Стойкая тенденция к искажению пережитого, когда нейтральное или дружественное отношение других неверно истолковывается как враждебное или пренебрежительное.
- 4) Бранливость, сварливость, неуживчивость.
- 5) Частые неопределенные подозрения в неверности супруга или партнера.
- 6) Завышенная оценка собственной значимости с тенденцией относить происходящее на свой счет.
- 7) Частые необоснованные мысли о заговорах.

# Обсессивно-компульсивное расстройство

- Основные черты:
- 1) Чрезмерная озабоченность правильностью, упорядоченностью, аккуратностью.
- 2) Отсутствие чувства юмора.
- 3) Требовательны к себе и другим, охотно выполняют поручения авторитета.
- 4) Высокая работоспособность в четко определенных, очерченных условиях, без творческого компонента и выбора.
- 5) Отсутствие гибкости. Ригидность в отношениях. Неспособность к компромиссам. Эмоциональная бедность.
- 6) Нерешительность. Отсутствие спонтанности от страха ошибиться.
- Чрезмерная озабоченность упорядоченностью ведет к тревоге, которую стараются уменьшать усилением тщательности.

# Обсессивно-компульсивное расстройство

Диагностические критерии. Не менее 4 из следующих:

- 1) Постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность
- 2) Постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией и планами.
- 3) Перфекционизм, стремление к совершенству, связанные с этим многочисленные пере проверки, что нередко препятствует завершению задач.
- 4) Чрезмерная добросовестность и скрупулезность.
- 5) Неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от этого.
- 6) Чрезмерная педантичность и следование социальным условностям.
- 7) Необоснованное настаивание на точном подчинении других собственным привычкам или столь же необоснованное желание позволить им самим что-либо делать.



# Зависимое расстройство

Основные черты:

- 1) Низкая самооценка, неуверенность в себе.
- 2) Страх выражения агрессивных и сексуальных побуждений.
- 3) Пессимистическое видение действительности.
- 4) Избегание ответственности. Тревога при необходимости выполнения лидерских функций. Дела, которые надо выполнить самостоятельно, вызывают проблемы, под руководством кого-либо все идет хорошо.
- 5) Утрата значимых отношений с доминирующим лицом может привести к депрессии. Постоянное желание быть кем-то опекаемыми. Круг общения включает только доминирующих лиц.

Отсутствие самостоятельности ведет к нарушению профессионального роста.

Может возникать гиперкомпенсация для сокрытия своей зависимой сущности в виде демонстративно независимого поведения.

# Зависимое расстройство

## Диагностические критерии.

Не менее 4 из следующих:

- 1) Активное или пассивное переключение на других большей части важных решений.
- 2) Подчинение себя нуждам других, от которых зависимость. Неадекватная податливость их желаниям.
- 3) Недостаточная готовность к предъявлению даже разумных требований людям, от которых зависимость.
- 4) Дискомфорт от одиночества из-за страха неспособности к самостоятельной жизни.
- 5) Частая озабоченность страхом быть покинутым.
- 6) Ограничение способности принимать повседневные решения без многочисленных советов и ободрения окружающих.

# Гипертимное расстройство

В МКБ-10 не внесено и может относиться к рубрике «Циклотимия». Выделялись отечественными авторами как вариант циклоидных (наряду с гипотимными и эмоционально-лабильными).

## Основные черты:

- 1) Постоянное повышенное настроение, избыток энергии. Постоянное стремление к деятельности.
- 2) Сильная отвлекаемость, отсутствие четкой целенаправленности.
- 3) Лживость, хвастовство, ненадежность, склонность к фантазированию.
- 4) Надоедливость, грубоватость в поведении, общении, эмоциях.
- 5) Отсутствие концентрации на мелочах, игнорирование мелких неудач.

# Оказание помощи психопатическим личностям включает:

- Мероприятия по «оздоровлению условий жизни».
- При затяжных реакциях, декомпенсациях, фазах:
  - психотерапия
  - кратковременное медикаментозное лечение (транквилизаторы, нейролептики);
  - при дисфориях, астено-депрессивных состояниях — антидепрессанты, тимолептики, ноотропы в амбулаторных условиях или в условиях стационара.