

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Павлова Е.В.

Расстройства личности: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017.–52с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

©Павлова Е.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	49
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	51

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Понятие личности. Определение нормы и аномальности в психологии.

История учения о личностных расстройствах. Феномен патологии личности. Историческое развитие научных представлений о личностных расстройствах в сравнении с другими видами расстройств (концепция вырождения; концепция нравственного помешательства; разделение олигофрении и психопатий Э. Крепелином; взгляды К. Шнейдера). Клинические концепции расстройств личности (концепция психоэстетической пропорции Э. Кречмера; концепция прототипов Э. Крепелина, П. Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой). Учение о психопатиях в отечественной психиатрии. Ядерные (конституциональные) и психогенные психопатии. Историческая изменчивость представлений о норме и патологии личности. Представления о происхождении личностных расстройств. Медицинская и психологическая модели личностных расстройств. Гипотезы, объясняющие личностные расстройства.

1. История изучения о личностных расстройствах.

Первым из психиатров, описавшим это состояние, был директор знаменитейшего в мире приюта для душевнобольных – больницы Бисетр на окраине Парижа. Филипп Пинель – основоположник современной психиатрии, написал о группе пациентов, страдающих «*mania sans délire*» («безумием без бреда»). Этот термин использовали в тех случаях, когда человек обладал нормальным интеллектом, но отличался значительными недостатками поведения с такими типичными чертами, как жестокость, асоциальность, злоупотребление спиртным и наркотическими веществами, безответственность и безнравственность. Пинеля поразило, что эти люди, как правило, отличались очень развитым умом, но что-то в них было не так. Пинеля учили считать душевнобольными людей с бредовыми идеями и искаженным восприятием реальности. Но ему все больше встречались такие пациенты, страдавшие явным дефицитом морали, и он изменил свой взгляд на них. Пинель первым описал такой тип безумия, которому были не свойственны расстройства мышления и интеллекта, что отличало этих пациентов от психотиков.

Термин «психопатии» в зарубежной медицинской литературе был введен Кохом, который в монографиях «О состояниях психопатической неполноценности» и «Патологические характеры» дал типологическое описание пограничных состояний, включающее и конституциональные варианты психопатических личностей.

Развитие учения о психопатии в отечественной психиатрии связано с именами С. С. Корсакова, В. Х. Кандинского, И. М. Балийского, С. А. Суханова, О. А. Чечотта, В. М. Бехтерева. Стимулом к изучению психопатии, как показали исследования О. В. Кербинова в области истории отечественной психиатрии, служили насущные потребности судебно-психиатрической экспертизы. Взгляды В.Х. Кандинского на проблему психопатии впервые были изложены в 1883 году в работе «Случай сомнительного душевного состояния перед судом присяжных». Основой психопатии он считал неправильную организацию нервной системы, приводящую к непостоянству, изменчивости, неустойчивости, дисгармонии всей душевной жизни. Формирование психопатий В. Х. Кандинский, так же как И. М. Балинский, связывал с врожденными аномалиями психики.

В. М. Бехтерев в 1886 году в монографии «Психопатия (психонервная раздражительность) и её отношение к вопросу о вменении» определил психопатию как патологическое состояние, характеризующееся выраженными отклонениями в психической сфере (лабильность эмоций, импульсивность, недостаточность нравственного чувства). В конце 19 – начале 20 века в отечественной и зарубежной психиатрии в общем виде было сформулировано понятие «психопатия» как врожденная или приобретенная на ранних этапах жизни аномалия личности. Заслуга выделения психопатии в самостоятельные формы в психиатрической систематике принадлежит С. С. Корсакову, который в «Курсе психиатрии» посвятил специальную главу психопатическим конституциям. В ней психопатия, как врожденная, обусловленная генетически, так и связанная с происходящим во внутриутробном периоде нарушением развития мозга, рассматривается как аномалия характера, проявляющаяся неуравновешенностью и дисгармонией душевного строя. В 1904 году в руководстве по психиатрии Э. Крепелина появился раздел «Психопатические личности». В основе психопатии, по Э. Крепелину, лежат нарушения, обусловленные наследственным вырождением, повреждением на стадии зародыша или в пренатальной стадии.

Э. Кречмер создал классификацию психопатии по принципу «движение от болезни к здоровью». За исходный пункт он принял две полярные группы эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) и соответственно все аномалии личности объединил в два типа – шизоиды и циклоиды. Для интерпретации разнообразия патологических характеров, которые рассматривались в рамках двух конституциональных типов, Э. Кречмер выдвинул концепцию пропорций, то есть «столкновения» в различных сочетаниях внутри каждого конституционального типа полярных свойств соответствующего темперамента. Циклоидам свойственна диатетическая пропорция (различные соотношения между повышенным и депрессивным аффектом). Для шизоидов характерна психэстетическая пропорция (различные соотношения между гиперестезией и анестезией).

В отечественной психиатрии начиная с 30-х годов 20 век наибольшее распространение получила классификация психопатий П. Б. Ганнушкина. В монографии «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» П. Б. Ганнушкин выделяет следующие группы: циклоиды, астеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические характеры, неустойчивые психопаты, антисоциальные психопаты, конституционально-глупые.

С начала 70-х годов определение «психопатии» в психиатрической литературе постепенно заменяется понятием "расстройства личности. Расстройства личности – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни.

2. Феномен патологии личности.

Патология – болезненное отклонение от нормального состояния или процесса развития. Термин «патологическое развитие личности» был предложен в 1910 г. Карлом Ясперсом для обозначения личностных изменений, обусловленных взаимодействием психогенных средовых факторов и свойств самой личности, и для отграничения патологических состояний, связанных с особенностями личности и нестандартными социальными ситуациями, в которых эта личность оказывается (развитие личности) от изменений личности, вызванных болезненным процессом (собственно заболеванием). При патологическом развитии в условиях столкновения с чрезвычайными или длительными объективно или субъективно неразрешимыми ситуациями происходит усиление и закрепление черт личности, свойственных ей изначально, в результате чего возникает дезадаптация. В отечественную психиатрию данное понятие ввел П.Б. Ганнушкин, который рассматривал патологическое развитие личности как динамику психопатий. В современной психиатрии описываются варианты патологического развития личности, формирующиеся на почве неблагоприятно и длительно текущего невроза, после перенесённого реактивного психоза, как результат искажения характера вследствие имеющегося физического дефекта. Нарушения в развитии личности могут проявляться в виде неадекватного поведения, в нарушении иерархии мотивов, побуждающих личность к активности, в возникновении отрицательных черт характера, в виде вредных привычек поведения, в нарушении межличностных взаимодействий и многих других формах.

Патологическое развитие личности – форма динамики психопатии, характеризующаяся длительным нарастанием изменений личности, с выявлением характерных, в зависимости от особенностей психотравмирующих факторов и склада личности большого черт. В общем значении патологическое развитие личности – это нарушение развития личности, вызванное различными причинами и способное повлечь формирование психопатии.

В классификации Е. Крепелина – 7 групп, которые объединены по клинико-описательному принципу и по социально-психологическим критериям: возбудимые; безудержные (неустойчивые); импульсивные (люди влечений); чудаки; лжецы и обманщики (псевдологи); враги общества (антисоциальные); патологические спорщики.

К. Шнайдер выделяет 10 типов психопатических личностей, по описательно-психологическому принципу: гипертимики, неуверенные в себе, фанатичные, ищущие признания, эмоционально лабильные, эксплозивные, бездушные, безвольные, астенические.

Согласно классификации международного статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-IV), личностные расстройства разделяются на три основные группы:

Группа А. К данной группе относят необычные, или эксцентричные расстройства: паранои-

дальное, шизотипическое и шизоидное.

Группа В. Это театральные, эмоциональные, или колеблющиеся расстройства: пограничное, истерическое, антисоциальное, нарциссическое.

Группа С. включает тревожные и панические расстройства: обсессивно-компульсивное, избегающие и зависимое расстройство личности.

О.В. Кербиков по этиологическому признаку выделяет следующие типы:

1) Конституциональные (наследственного происхождения, ведущую роль играет генетический фактор). Они делятся на: шизоидные (аутизм проявляется в негрубой форме, только как личностное нарушение), эпилептоидные, циклоидные, психастенические, истероидные, неустойчивые.

2) Органические (ведущая роль экзогенных факторов) делят на: возбудимый (эксплозивный) тип, бестормозной тип (повышенный эйфорический фон, отвлекаемость, не критичность).

3) Краевые – неблагоприятные черты характера, сложившиеся в результате неправильного (сверхавторитарного, попустительского или другого) воспитания, перенесенного сверхсильного стресса.

Патологии личности – это пограничные формы между душевным здоровьем и душевными болезнями, как неудачные биологические вариации, как чрезмерно далеко зашедшие отклонения в сторону от определенного среднего уровня или нормального типа.

3. Историческое развитие научных представлений о личностных расстройствах в сравнении с другими видами расстройств (концепция вырождения; концепция нравственного помешательства; разделение олигофрении и психопатий Э. Крепелином; взгляды К. Шнейдера).

Творцом теории вырождения считается французский психиатр О. Морель. Он утверждал, что «В первом поколении отмечается только некоторое преобладание нервного темперамента, склонность к мозговым приливам, со всеми их естественными последствиями: раздражительностью, резкостью, необузданностью характера. Во втором поколении можно уже будет подметить обострение всех этих болезненных особенностей нервной системы, появятся кровоизлияния в мозг, идиопатические мозговые болезни или, по меньшей мере, какой-либо из главнейших неврозов, находящихся в гораздо большей степени, чем думают, в связи с различными наследственными моментами: эпилепсия, истерия, ипохондрия. В третьем поколении склонность к душевным болезням уже будет врожденная, она проявится в поступках эксцентричных, беспорядочных и опасных. Наконец, в четвертом поколении мы будем в состоянии проследить самые крайние разветвления этой наследственной передачи, которая может выразиться как в интеллектуальной и моральной, так и в физической области: это будет глухота, врожденная слабость психики, раннее слабоумие, или же жизнь, ограниченная узким кругом: бесплодие, пониженная жизнеспособность детей, отсталость, идиотизм и, наконец, кретинозное вырождение».

Выражение «нравственное помешательство» ввел в психиатрию английский врач Причард в 1835 году. Он настойчиво восстал против взгляда, который тогда разделяли врачи и юристы, будто помешательство может быть лишь там, где обнаружено расстройство умственных способностей. Причард доказывал существование такого помешательства, когда не имеет места ни бред, ни обман чувств, ни помрачение сознания. Случаи, приводимые им в качестве доказательства собственной точки зрения, по воззрениям современности касаются весьма различных форм душевных заболеваний, таких как меланхолия, мания, круговое помешательство, пограничное состояние между здоровьем и болезнью, и характеризуются в большей степени изменениями темперамента и настроения при сохранении мышления.

У таких людей с раннего детства отсутствует привязанность к родителям, они неисправимо упрямы и склонны к грубым и опасным выходкам относительно домашних и прислуги. При этом уговоры не действуют, наказания озлобляют, но исправить положение нельзя. Если такой ребенок подвергнется побоям за проступок, он будет угрожать воспитателю, бросаться на него с ножом, угрожать поджогом или намекать на то, что он сам зарежется. Им недоступно чувство раскаяния. Если их уличили в недозволительной выходке, такие люди будут отстаивать свою невиновность посредством бесстыдной лжи. Особую радость они получают, когда могут другому человеку ис-

портить удовольствие или помучить домашних животных.

В школе они не знают, что такое прилежание и усидчивость, они с дерзостью нарушают порядок, обманывая учителей и домашних. Таких детей всегда переводят из одной школы в другую. Когда наступает половая зрелость, они следуют своим инстинктам, рано попадая в грязную обстановку, не чуждаясь изнасилования, обкрадывают родителей, которые, промучившись с ними, наконец, бросают их на произвол. Такие дети уходят из дома, не перенося регулярной жизни, превращаются в бродяг или привычных преступников. Девушки с легкостью становятся на путь проституции. Если при благоприятных обстоятельствах такие лица получают воспитание и образование, иногда они занимают положение в обществе, но их деятельность пропитана антисоциальными инстинктами, их семейная и общественная жизнь отмечена беспорядочностью и черствым эгоизмом.

Интеллектуальная сфера людей, одержимых нравственным помешательством, также содержит поражения. Нравственный дефект часто сочетается с врожденным тупоумием, но и в тех случаях, когда не имеется недоразвития умственных способностей, последние являются не вполне нормальными. У этих нравственно-помешанных, несмотря даже на большую дозу хитрости, отмечается ограниченность кругозора ума, неспособность усвоить отвлеченные понятия, есть непоследовательность в мышлении. У них затруднено воспроизведение представлений, и потому лживые рассказы об их прошлом и приключениях, в большей мере не зависят от их воли. Большинство субъектов, которые одержимы нравственным помешательством, имеют физические признаки в виде асимметрии лица и черепа, у них неправильно развиты зубы и уши.

4. Клинические концепции расстройств личности (концепция психозстетической пропорции Э. Кречмера; концепция прототипов Э. Крепелина, П. Б. Ганнушкина, Г. Е. Сухаревой).

Одним из тех, кто попытался найти связь между физическими и психическими особенностями, был немецкий психолог и психиатр Эрнст Кречмер. По мнению Кречмера, исследование строения тела должно стать точной медицинской наукой. Физиогномическое наследие здесь не помогает. На помощь приходят прежде всего наблюдения, в то время как микроскоп и лаборатория вряд ли помогут. Данные, которые пытается получить исследователь, касаются лица и черепа (глаз, носа, переносицы, кожи, рта, губ, челюстей, зубов, ушей, лба, подбородка, фронтального абриса лица, затылка и т.п.), а также любых асимметрий и искажений.

Вторая группа данных касается телосложения. Здесь исследователь проявляет интерес к позам, строению головы, шеи, рук, ног, стоп, плеч, грудной клетки, живота, позвоночника, таза.

Третья группа данных – это кожа, сосуды, волосы – с разделением половых признаков. Учитываются также железы и внутренние органы, размер тела, его вес. Предметом внимания становятся временные отклонения, сексуальные аномалии. В целом учитываются тип личности, а также наследственность. Эти данные используются для глубоких научных исследований, для практической же работы подходит упрощенная схема.

Типы телосложения по Кречмеру: пикник, атлетик, астеник.

Кречмер называет патологические личности, находящихся между здоровьем и болезнью.

Циклоидные личности – прямые несложные натуры, чувства которых в естественной и неподдельной форме вытекают на поверхность.

Шизоидные личности лица имеют и поверхность, и глубину. Эту поверхность Кречмер рисует как брутально-грубую, желчно-промежуточную или моллюскоподобную, которая скрывает себя. Однако трудно сказать, что стоит «за фасадом». «Цветы» шизофренической внутренней жизни он предлагает изучать не на крестьянах, а на поэтах и королях, где этот тип выражено наиболее полно.

Шизоидные качества характера составляют своеобразный набор. Кречмер делит эти черты на три группы:

1. не склонны к общению, тихие, сдержанные, серьезные;
2. застенчивые, робкие, чувствительные, сентиментальные, нервные, возбудимые; любят книги и природу;
3. послушные, добродушные, честные, равнодушные, тупые.

Но большинство шизоидов имеют не только чрезмерную чувствительность или холодность, но и различные их комбинации. У шизоидов также фиксируется или абсолютное отсутствие общения, или общение очень выборочное.

Циклотимик не в состоянии обострять ситуацию, если она трагична, он приспособляется к миру, а мир – к нему. Ему свойственны намерения «осчастливить других», тяга к совершенствованию мира. Здесь же наблюдается альтруистическое самопожертвование «высокого стиля» – в пользу общих идеалов.

5. Учение о психопатиях в отечественной психиатрии.

В отечественной психиатрии основателем учения о психопатиях считается И. М. Балинский. Следует заметить, что значительным толчком к разработке этой проблемы служили запросы педагогической и судебно-психиатрической практики – социальные запросы, их особая острота в отдельные периоды. Отечественные психиатры В. Х. Кандинский, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, касаясь проблемы психопатий, выдвинули много прогрессивных положений, в частности при проведении судебно-психиатрических экспертиз.

Первая в мире монография, посвященная описанию психопатий была опубликована в России в 1886 году В.М.Бехтеревым. Он в частности писал: «Лица, страдающие психопатией, не могут считаться душевнобольными в собственном смысле этого слова, но они являются теми странными, загадочными существами, которые чувствуют, мыслят и поступают иначе, нежели здоровые лица, которые нередко уже с детства являются глубоко порочными существами и которые вместе с тем представляют собой верных кандидатов на душевную болезнь». К.Шнайдер писал, что психопат тот, кто из-за особенностей своего характера страдает сам и/или заставляет страдать окружающих. Нельзя не согласиться и со взглядами Е.Кречмера, который утверждал следующее: «Для того, чтобы вскрыть сущность психопатической личности, следует одновременно учитывать наследственные особенности, экзогенные соматические повреждения в раннем возрасте и влияние среды». Крупный отечественный психиатр В.А.Гиляровский писал: «психопатами чаще делаются, чем рождаются».

В конце XIX в. появляются и первые руководства, освещающие клинику психопатий. С. С. Корсаков включает в свое руководство 1893 г. главу «Психопатическая конституция», а в 1900 г. в учебнике немецкого ученого Э. Крепелина появляется глава «Психопатическая личность».

Выдающаяся роль в развитии учения о психопатиях принадлежит П. Б. Ганнушкину. Этот ученый-психиатр по-новому подошел к пониманию психопатий, показав, что их надо рассматривать в динамике, а не в статике. Психопатическая личность, так же как и нормальная, развивается и подвергается воздействию внешней среды. Психопатии могут в связи с этим сглаживаться, компенсироваться или, наоборот, усиливаться, усложняться, приобретая новые черты и свойства. П. Б. Ганнушкин дал блестящие описания клинической картины психопатий, которые долгое время служили отправным пунктом для дальнейшей разработки этой проблемы и не устарели до настоящего времени. Он, подобно Э. Крепмеру и Е. Блейлеру, считал, что психические сдвиги, обнаруживаемые при психопатиях, можно условно сравнивать с некоторыми симптомами, наблюдаемыми при психических заболеваниях. Отсюда и данные им названия основных клинических вариантов форм психопатий: шизоиды, циклоиды, истероиды, эпилептоиды и др. Всего он выделяет 10 вариантов психопатий.

Крепелин ввел термин «психопатическая личность» – семь видов разных расстройств личности. Он считал, что к области граничащей между душевным здоровьем и болезнью относится огромное количество людей, которые не страдают никакими выраженными расстройствами, но из-за нарушенности их предрасположения, они значительно отклоняются от среднего уровня. По его мнению, частично речь идет о начальных стадиях действительных психозов, частично также о неудачных личностях, развитию которых способствовали неблагоприятные влияния наследственности, повреждения зародыша или другие задержки развития.

6. Ядерные (конституциональные) и психогенные психопатии.

В современной клинической психологии выделяются две группы психопатий:

1. Конституциональные или ядерные. К ядерным психопатиям относят врожденные (в том числе генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздей-

ствий во внутриутробном периоде аномалии личности.

2. Психогенные. 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. Одной из причин развития личностных расстройств является неадекватная стратегия воспитания. Ряд авторов обращают внимание на то, что в настоящее время во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики столетиями давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном принципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом «родители всегда правы, потому что они родители. Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок». У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: «Я – плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю». В рамках этой модели не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, т. к. это рассматривается как признак эгоизма. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний.

Отрицательное воздействие оказывает неглектное (пренебрегающее) воспитание, когда ребенок не получает соответствующего его психологическим потребностям количества положительных эмоциональных стимулов со стороны людей, заботящихся о нем, прежде всего матери.

Чрезвычайно серьезными могут быть последствия физической, психологической, сексуальной травматизации ребенка, что в ряде случаев приводит к развитию раннего посттравматического стрессового расстройства. Последнее до сих пор редко диагностируется психиатрами, хотя приводит к развитию стойких личностных изменений, выходящих на уровень личностного расстройства.

7. Историческая изменчивость представлений о норме и патологии личности.

Рассмотрение проблемы соотношения особенностей «психологической нормы» и «психической патологии», довольно широко представленной в современных научных и практико-ориентированных публикациях, свидетельствует о том, что она пока еще далека от решения в виду своей сложности. В настоящее время в психологии все ещё не существует единого представления о норме. Одним из ведущих источников заимствований в психологии является понятийный аппарат медицины, в частности, психиатрии. В психиатрии понятие «нормы» традиционно существует в виде дихотомии «норма – патология».

Впервые вопрос о норме возник в тех областях психиатрии и психологии, которые имели дело с так называемыми пограничными явлениями, такими как психопатии. Усилению интереса к проблеме нормы и патологии способствовал психоанализ З. Фрейда, включивший «психопатологии обыденной жизни». В 1908 году вышла статья Ганнушкина «Постановка вопроса о границах душевного здоровья», в которой он указал, что установить пограничную линию между нормальными и патологическими явлениями практически невозможно, потому что между здоровьем и болезнью существует множественные многообразные ступени.

Можно сказать, что личностная норма – это некий условный культурно-исторический стандарт допустимого, индивидуального своеобразия человека, предполагающий определенную форму бытия, стиль жизни, меру самореализации, рассматриваемый как желательный, приемлемый и типичный для той или иной культуры.

Под нормой в настоящее время понимают принятые в данном обществе на определенном этапе его развития правила и требования по отношению к различным параметрам проявлений психической активности человека. Данное понятие субъективно, оно зависит исключительно от тех критериев, которые приняты у представителей данной культуры в определенную историческую эпоху. То, что вчера считалось ненормальным, завтра, возможно, будет казаться нормальным, а то, что нам представляется неприемлемым, иногда очень хорошо вписывается в жизнь других народов (например, гомосексуализм раньше считался болезнью, а теперь это норма; раньше страсть к азартным играм считалась здоровьем, теперь это болезнь).

Необходимо также различать критерии, которыми пользуются другие люди, определяя поведение раздражающего или вызывающего у них недоумение человека как «ненормальное», от тех критериев, которыми при этом пользуется сам этот человек, характеризуя, например, свое состояние, когда он не способен преодолеть собственное расстройство или даже просто сообщить о нем.

В современной науке выделяют несколько подходов (критериев) к пониманию «нормы»:

1. Статистический критерий. Самым распространенным для многих психологов и психиатров является понимание нормы как чего-то среднего, установившегося, не выделяющегося из массы, как наиболее приспособленного, адаптированного к окружающей среде. Как правило, чем реже встречается та или иная форма поведения, тем больше вероятность, что ее будут воспринимать как аномальную. Быть нормальным значит быть, как все, соответствовать усредненному стандарту (среднестатистическому нормативу) оценки возможностей человека.

2. Адаптационный подход. Последователи этого подхода рассматривают норму и патологию в связи с понятием «адаптация». При этом адаптация понимается, во-первых, как динамическое равновесие между организмом и средой, а во-вторых, как динамическое равновесие между психическими процессами и деятельностью человека. Быть нормальным значит быть приспособленным, адаптированным. Для нормы характерным признаком является наличие жизненной цели; наличие устойчивых структурных черт личности в процессе её развития и тех черт, которые изменяются в процессе её развития.

3. Клинический (психопатологический) критерий. Согласно этому подходу норма понимается, прежде всего, как отсутствие каких-либо выраженных патологических симптомов. Если у человека этих симптомов не обнаруживается, значит, он нормален, значит, он здоров. Здоровье определяется через нездоровье, норма – через аномалию.

4. Культурный критерий. О норме и патологии можно судить лишь на основании соотношения особенностей культуры определенных социальных групп, к которым принадлежат исследуемые. То, что вполне нормально для одной социальной группы, для другой будет выглядеть как патология. Нормальное-то, что соответствует представлениям данной культуры о норме.

4. Описательный критерий (индивидуально-психологический). Оценка нормы самой по себе, не в отношении патологии, при отсутствии дихотомии «норма-патология». Этот прямо противоположный подход описывает критерии психического здоровья и пытается выделить то позитивное, что несет в себе нормальная личность. Широко ставится вопрос о здоровье личности как о некотором особом достоянии, полноте, а не об одном отсутствии тех или иных ущербов и недугов. Требования к человеку не ограничиваются его способностью выполнять социальные предписания, но предполагают также самопознание и самобытие личности.

Говоря о норме, невозможно не коснуться идей Э. Фромма, который в очень многих работах затрагивал проблемы психической нормы и патологии. К психической норме он атрибутировал продуктивность личности, не отчуждаемость от общества, связь через эмоции с внешним миром, познание объективной реальности своим интеллектом, ощущение собственной неповторимости и связи с ближними.

Э. Фромм дал другое определение психической нормы – это способность осознать, что находишься в ситуации выбора и сделать этот выбор. Речь идет о выборе в высшем экзистенциальном смысле. Т.е. способность глубокого рефлексивного анализа ситуации. Сделать выбор – волевая регуляция. Психически нормальный человек – активен, строит свою жизнь осознанно и целенаправленно.

Таким образом, в настоящее время однозначных показателей патологического поведения и четких границ нормы не существует, и нет абсолютных критериев. Чаще всего это динамические параметры. Психически ненормальным (аномальным) считается поведение, которое идет вразрез с ценностями, привычками или мнениями большинства людей в обществе. Оно будет казаться тем неприемлемее, чем больше опасности представляет для самого человека или окружающих.

8. Представления о происхождении личностных расстройств.

Происхождение психопатий остается одним из самых спорных вопросов психиатрии. Можно выделить три основные направления в учении об этиологии расстройств личности.

Представители первого направления рассматривают психопатию как наследуемое или результат воздействия различных вредностей во внутриутробном периоде. В качестве доказательства приводятся данные о раннем появлении характерологических особенностей, их незначительная обратимость, стойкость и однотипность на протяжении жизни, сходство черт характера у родителей и пациента, наличие инфантильности мышления как проявления относительного недоразвития психики. Отмечаются также отклонения биоэлектрической активности мозга, отдельные признаки неврологических расстройств и т.д. В последние годы получены данные о нейрохимических обменных изменениях, которые контролируются наследственными механизмами. Эти сведения подтверждают представления о врожденном происхождении, во всяком случае, отдельных вариантов психопатий.

Другие авторы рассматривают психопатии как патологию характера, обусловленную внешними, преимущественно микросоциальными факторами. К ним относят: неблагоприятные условия воспитания в детстве вследствие утраты родителей или одного из них (воспитание в неполной семье, сиротство, отсутствие материнской ласки), неправильное поведение (алкоголизм, асоциальность, неверные педагогически-дидактические установки), влияние неблагоприятного микросоциального окружения. Подтверждением этой теории являются нередкое относительно позднее появление аномальных черт характера, изменение характерологических признаков после тех или иных микросредовых воздействий и, главное, большое число исследований, в которых показана роль отрицательных факторов социальной среды в формировании характера человека, его личности, направленности интересов и поведения. Иными словами, постулируется психопатия как нажитая, приобретенная в течение жизни аномалия личности.

Третья точка зрения носит компромиссионный характер. Она признает возможность обоих типов формирования расстройств личности и подчеркивает их многофакторное происхождение.

Исследования В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикина показали, что возникновение и фиксация психопатических проявлений могут быть обусловлены подражанием психопатическому поведению окружающих (фиксация реакции подражания, имитация) или культивированием окружающими психопатических реакций подростка, закреплением повторяющихся в силу особенностей ситуации негативистических реакций (реакции протеста, оппозиции).

С позиций нейрофизиологические учения И. П. Павлова формирование Психопатии связано с нарушениями в соотношении основных свойств высшей нервной деятельности и во взаимодействии второй и первой сигнальных систем.

9. Медицинская и психологическая модели личностных расстройств.

В соответствии с психоаналитической теорией З. Фрейда, индивидуальные патохарактерологические свойства связаны с фиксацией на одной из стадий психосексуального онтогенетического развития.

1) Оральный тип личности. Если у ребенка были трудности (чрезмерная или недостаточная стимуляция в младенчестве, т. е. в возрасте от рождения и примерно до 18 месяцев, а также когда происходило отучение от материнской груди), то, скорее всего, в дальнейшем сформируется орально-пассивный тип. Этот тип характеризуется сильной зависимостью от других, пассивной установкой по отношению к окружающей действительности. Он постоянно ищет поддержки и одобрения от других. Обычно это человек веселый и оптимистичный, доверчивый, с ребяческой душой. Часто он бывает либо жадным либо чрезмерно щедрым.

Если проблема (имеются в виду фрустрация или чрезмерная заботливость) возникла в период, когда у ребенка появляются зубы, в результате чего кусание и жевание становятся важной формой выражения этого состояния, то мы имеем орально-агрессивный, или орально-садистский, тип личности. Такой тип личности отличают цинизм, сарказм, пессимизм, склонность к господству и подчинению, к использованию других людей в собственных интересах, т. е. такие люди часто любят «ездить» на других.

2) Анальный тип личности. В возрасте от полутора до трех лет ребенка начинают приучать к туалету, к первым формам самоконтроля, и в зависимости от того, как это происходит (в условиях фрустрации или в атмосфере заботливости), получается два типа личности: анально-удерживающий и анально-выталкивающий.

Анально-удерживающий тип личности характеризуется упрямством, скупостью, чрезмерной аккуратностью, пунктуальностью. Он любит планировать свое поведение до мелочей и не любит беспорядка и неопределенности.

Анально-вытalkingивающий тип личности характеризуется импульсивностью, склонностью к беспокойству и разрушению, иногда к жестокости.

3) Фаллический тип личности. Этот тип формируется тогда, когда возникают проблемы между тремя и шестью годами, связанные с появлением интереса детей к своим новым эрогенным зонам – гениталиям, в исследовании которых он начинает проявлять заинтересованность. Фаллический тип личности характеризуется решительностью, настойчивостью, напористостью, уверенностью в себе, переходящей в самоуверенность, целеустремленность. Мужчины бывают дерзкими, хвастливыми, их поступки часто опрометчивы, они стремятся к успеху, и жизнь их протекает в постоянном доказывании этого успеха, часто в любовных похождениях по типу Дон Жуана. Женщины, аналогично мужчинам, склонны к флирту, кокетству, имеют много мужчин и, как им кажется, всех по любви, себе они кажутся наивными и невинными. Другие женщины могут приобретать мужские черты характера: настойчивость, решительность, уверенность.

Среди нейрофизиологических концепций, послуживших основой систематики расстройств личности, в первую очередь необходимо указать на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Проводя корреляции между типами высшей нервной деятельности и особенностями психического склада человека, И. П. Павлов рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности. Однако они отличаются наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. При клинической группировке путем экстраполяции выделенных экспериментально типов высшей нервной деятельности основными с точки зрения преобладания возбудительного или тормозного процесса классификационными единицами являются возбудимые и тормозимые группы психопатий. Возбудимые, т. е. вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые, личности относятся к представителям крайних вариантов безудержного типа. Различные варианты тормозимых психопатий (астенические, психастенические, шизоидные) относятся к слабым типам высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения и склонностью к преобладанию внешнего торможения.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характеризуется базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (А. Бек и коллеги). При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слоборазвитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве недоверие является чрезмерно развитой стратегией, а доверие – слоборазвитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

10. Гипотезы, объясняющие личностные расстройства.

Морель утверждал, что «В первом поколении отмечается только некоторое преобладание нервного темперамента, наклонность к мозговым приливам, со всеми их естественными последствиями: раздражительностью, резкостью, необузданностью характера. Во втором поколении можно уже будет подметить обострение всех этих болезненных особенностей нервной системы, появятся кровоизлияния в мозг, идиопатические мозговые болезни или, по меньшей мере, какой-либо из главнейших неврозов, находящихся в гораздо большей степени, чем думают, в связи с различными наследственными моментами: эпилепсия, истерия, ипохондрия. В третьем поколении наклонность к душевным болезням уже будет врожденная, она проявится в поступках эксцентричных, беспорядочных и опасных. Наконец, в четвертом поколении мы будем в состоянии проследить самые крайние разветвления этой наследственной передачи, которая может выразиться как в интеллектуальной и моральной, так и в физической области: это будет глухота, врожденная слабость психики, раннее слабоумие, или же жизнь, ограниченная узким кругом: бесплодие, пониженная жизнеспособность детей, отсталость, идиотизм и, наконец, кретинозное вырождение».

В соответствии с психоаналитической теорией З. Фрейда, индивидуальные патохарактерологические свойства связаны с фиксацией на одной из стадий психосексуального онтогенетического развития.

1) Оральный тип личности. Если у ребенка были трудности (чрезмерная или недостаточная стимуляция в младенчестве, т. е. в возрасте от рождения и примерно до 18 месяцев, а также когда происходило отучение от материнской груди), то, скорее всего, в дальнейшем сформируется орально-пассивный тип. Этот тип характеризуется сильной зависимостью от других, пассивной установкой по отношению к окружающей действительности. Он постоянно ищет поддержки и одобрения от других. Обычно это человек веселый и оптимистичный, доверчивый, с ребяческой душой. Часто он бывает либо жадным либо чрезмерно щедрым.

Если проблема (имеются в виду фрустрация или чрезмерная заботливость) возникла в период, когда у ребенка появляются зубы, в результате чего кусание и жевание становятся важной формой выражения этого состояния, то мы имеем орально-агрессивный, или орально-садистский, тип личности. Такой тип личности отличают цинизм, сарказм, пессимизм, склонность к господству и подчинению, к использованию других людей в собственных интересах, т. е. такие люди часто любят «ездить» на других.

2) Анальный тип личности. В возрасте от полутора до трех лет ребенка начинают приучать к туалету, к первым формам самоконтроля, и в зависимости от того, как это происходит (в условиях фрустрации или в атмосфере заботливости), получается два типа личности: анально-удерживающий и анально-выталкивающий.

Анально-удерживающий тип личности характеризуется упрямством, скупостью, чрезмерной аккуратностью, пунктуальностью. Он любит планировать свое поведение до мелочей и не любит беспорядка и неопределенности.

Анально-выталкивающий тип личности характеризуется импульсивностью, склонностью к беспокойству и разрушению, иногда к жестокости.

3) Фаллический тип личности. Этот тип формируется тогда, когда возникают проблемы между тремя и шестью годами, связанные с появлением интереса детей к своим новым эрогенным зонам – гениталиям, в исследовании которых он начинает проявлять заинтересованность. Фаллический тип личности характеризуется решительностью, настойчивостью, напористостью, уверенностью в себе, переходящей в самоуверенность, целеустремленность. Мужчины бывают дерзкими, хвастливыми, их поступки часто опрометчивы, они стремятся к успеху, и жизнь их протекает в постоянном доказывании этого успеха, часто в любовных похождениях по типу Дон Жуана. Женщины, аналогично мужчинам, склонны к флирту, кокетству, имеют много мужчин и, как им кажется, всех по любви, себе они кажутся наивными и невинными. Другие женщины могут приобретать мужские черты характера: настойчивость, решительность, уверенность.

Среди нейрофизиологических концепций, послуживших основой систематики расстройств личности, в первую очередь необходимо указать на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Проводя корреляции между типами высшей нервной деятельности и особенностями психического склада человека, И. П. Павлов рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности. Однако они отличаются наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. При клинической группировке путем экстраполяции выделенных экспериментально типов высшей нервной деятельности основными с точки зрения преобладания возбуждательного или тормозного процесса классификационными единицами являются возбуждаемые и тормозимые группы психопатий. Возбуждаемые, т. е. вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые, личности относятся к представителям крайних вариантов безудержного типа. Различные варианты тормозимых психопатий (астенические, психастенические, шизоидные) относятся к слабым типам высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения и склонностью к преобладанию внешнего торможения.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характеризуется базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (А. Бек и коллеги).

При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слабо развитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве недоверие является чрезмерно развитой стратегией, а доверие – слабо развитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

Тема 2. Клинические классификации расстройств личности в системах МКБ-10 и DSM-IV-TR. Диагностические критерии.

Поведение, характер, структура личности. Расстройства личности как стойкое сочетание поведенческих и содержательных характеристик взаимодействия, аффектов, познания, контроля. Основные подходы к объяснению природы расстройств личности. Статистические модели расстройств личности. Понимание расстройства личности в теории объектных отношений. Понимание расстройства личности в когнитивно-поведенческом подходе. Исследования патологии личности в патопсихологии. Формирование патологической личности в онтогенезе: роль протективных и негативных социально-психологических факторов. Систематика личностных расстройств в DSM IV и МКБ-10. Проблема коморбидности.

1. Поведение, характер, структура личности.

В отечественной психологии также существует ряд попыток представить структуру личности. С Л. Рубинштейн, исходя из историко-материалистических позиций, также обобщает проблематику структуры личности в трех сходных планах:

1. Подструктура направленности личности: установка, интересы, потребности, мировоззрение, идеалы, убеждения, склонности, самооценка и др.

2. Задатки и способности: интеллект (мыслительные способности), частные способности (музыкальный слух, хороший глазомер, любой другой талант), природно-индивидуальные проявления уровня развития психических процессов (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства и воля).

3. Темперамент и характер.

К.К. Платонов на основе критерия соотношения социального и биологического в качествах личности выдвигает четыре группы, составляющие основные стороны (подструктуры) личности:

1) направленность и моральные качества личности. Элементы этой подструктуры, за исключением влечений и склонностей, не имеют непосредственных врожденных задатков, а отражают индивидуально преломленное общественное сознание: влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, убеждения, мировоззрение);

2) опыт. Подготовленность, индивидуальная культура личности: знания, навыки, умения и привычки, приобретаемые в личном опыте путем обучения, но уже с заметным влиянием и биологических и даже генетически обусловленных свойств личности;

3) индивидуальные особенности психических процессов, или психических функций, понимаемых как формы психического отражения (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства, воля);

4) биопсихические свойства личности. Активность этой подструктуры определяется больше основными физиологическими свойствами нервной системы: темперамент, половые и возрастные особенности личности, включая ее патологические, т.н. органические изменения.

Поведение – определенный сложившийся образ взаимодействия с окружающей средой.

2. Расстройства личности как стойкое сочетание поведенческих и содержательных характеристик взаимодействия, аффектов, познания, контроля.

Расстройства личности являются одной из спорных тем клинической психологии, поскольку болезненное (патологическое) личностное функционирование осуществляется по тем же закономерностям, что и здоровое (нормальное), только в измененных условиях. К этим измененным условиям относятся:

1) нарушение структуры иерархии мотивов;

2) формирование патологических потребностей и мотивов;

- 3) нарушение смыслообразования;
- 4) нарушение саморегуляции и опосредования;
- 5) нарушение критичности и спонтанности;
- 6) нарушение формирования характерологических особенностей личности.

Болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций. Деадаптивные особенности могут также затрагивать эмоциональные, интеллектуальные, перцептивные или психодинамические проявления.

Сначала в клинической психологии под личностными расстройствами понимали любое психическое заболевание, в котором наряду с негибкостью и нерегулируемостью поведенческих реакций наблюдалось рассогласование мотивационной сферы, потребностей и смысла поведения. Такая трактовка личностных расстройств была очень широкой и охватывала помимо поведенческих нарушений невротические и психотические расстройства. В широком смысле слова термин «личностное расстройство» более не используется. Сегодня его значение ограничено нарушениями социального поведения и взаимодействия, не связанными с невротическим характером патологии.

Нарушения социального поведения и взаимодействия представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от нормативного образа социального взаимодействия и межличностных отношений, свойственных определенной культуре. Другими словами, они связаны с характерологическими особенностями личности.

Долгое время в клинической психологии патохарактерологические расстройства называли «психопатиями». Первоначально в органической парадигме клинической психологии под психопатиями понималось любое болезненное состояние психики, для которого не были известны истинные (т. е. органические) причины расстройства. В дальнейшем значение этого термина было ограничено сферой безнравственного поведения, связанного с пониженной эмоциональностью, ослаблением чувства вины и совершением противоправных действий.

В настоящее время вместо термина «психопатии» предпочтительнее использовать термин «расстройство личности». Смена терминологии связана с тем, что понятие «психопатии» имеет характер унижительного «ярлыка», связанного с «моральным» дефектом личности. Чаще всего слово «психопат» в обыденной речи используется для подчеркивания асоциальности субъекта. А также оно не совсем точно отражает сущность имеющихся нарушений, которая заключается не в расстройстве той или иной психической функции, а в изменении характера социального взаимодействия личности.

Личностные расстройства отличаются от других изменений личности, возникающих в результате нарушения психических функций. Они представляют собой онтогенетические (т. е. возникающие в процессе развития организма человека) состояния (черты) личности, формирующиеся в подростковом возрасте под влиянием социальных условий развития и сохраняющиеся в периоде взрослости. В качестве самостоятельной группы психологических нарушений личностные расстройства не вызваны другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними.

Другие изменения личности, в отличие от личностных расстройств, возникают вслед за тяжелым органическим заболеванием, либо в результате переживания экстремальных ситуаций, либо вследствие травм мозга, безотносительно к тому, в каких условиях происходило развитие личности до заболевания.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:

1. Генетические. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды. Выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции:

– уровень полевой реактивности. На уровне полевой реактивности происходит оценка необходимой дистанции с объектом восприятия. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает повышенная эмоциональная чувствительность, ощущение опасности, исходящей от окружающих. У человека развивается потребность в изоляции, ограничении контактов с другими людьми.

– уровень стереотипов поведения. На уровне стереотипов поведения осуществляется эмоциональная оценка качеств воспринимаемого объекта с точки зрения их соответствия актуальным потребностям. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает эмоциональное неудовлетворение от контактов с раздражителями внешней и внутренней среды. У человека возникает ощущение внутреннего неблагополучия и дискомфорта, появляется озабоченность своим здоровьем, формируется потребность в поиске более удовлетворительных контактов. При усилении функционирования этого уровня развивается эмоциональное напряжение, любые препятствия на пути достижения цели воспринимаются как досадные препятствия.

– уровень экспансии. На уровне экспансии осуществляется выделение и эмоциональная оценка препятствий на пути удовлетворения потребностей. В случае ослабления работоспособности этого уровня у человека развивается неуверенность в своих силах, ему трудно принимать решения и делать выбор, что приводит к большей ориентации на внешние оценки и строгому следованию правилам. При усилении функционирования этого уровня мир воспринимается как поле битвы, поиск и преодоление трудностей становится неотъемлемой частью жизнедеятельности, преодоление препятствий рассматривается как доказательство собственной важности и исключительности, что должно получить должную оценку со стороны окружающих.

– уровень эмоционального контроля. На уровне эмоционального контроля происходит эмоциональная оценка взаимодействия с другими людьми. При ослаблении функционирования этого уровня развивается сверхизбирательность, переборчивость в социальных контактах, подозрительность, в окружающих видится прежде всего, потенциальный противник. При повышении функционирования любые контакты воспринимаются как удовлетворительные, если они протекают в пределах установленных правил, да и сами правила все время оцениваются в зависимости от контекста ситуации общения, что приводит к большей легкости их изменения в зависимости от настроения окружающих.

2. Органические. Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности.

3. Социальные. В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами психосоциального развития личности – неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием.

Критерии превращения поведенческих реакций в патохарактерологические:

1) тотальность (занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов и проявляются во всех ситуациях);

2) относительная стабильность проявления во времени;

3) социальная дезадаптация.

Отсутствие хотя бы одного критерия в поведенческих проявлениях личности дает основание говорить о нормальном, но акцентуированном характере. Акцентуации проявляются лишь в сложных жизненных ситуациях, тогда как расстройства личности – даже в обычных условиях жизни. Нарушения адаптации при акцентуациях возникают только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства жизни прицельно попадают в «слабое звено» системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности дезадаптация возникает от всевозможных поводов. Личностные расстройства выступают предрасполагающим фактором, способствующим появлению пограничных психических расстройств, и оказывают влияние на их терапию (коррекцию).

3. Основные подходы к объяснению природы расстройств личности.

В соответствии с психоаналитической теорией З. Фрейда, индивидуальные патохарактерологические свойства связаны с фиксацией на одной из стадий психосексуального онтогенетического развития.

1) Оральный тип личности. Если у ребенка были трудности (чрезмерная или недостаточная стимуляция в младенчестве, т. е. в возрасте от рождения и примерно до 18 месяцев, а также когда происходило отучение от материнской груди), то, скорее всего, в дальнейшем сформируется орально-пассивный тип. Этот тип характеризуется сильной зависимостью от других, пассивной установкой по отношению к окружающей действительности. Он постоянно ищет поддержки и одобрения от других. Обычно это человек веселый и оптимистичный, доверчивый, с ребяческой душой. Часто он бывает либо жадным либо чрезмерно щедрым.

Если проблема (имеются в виду фрустрация или чрезмерная заботливость) возникла в период, когда у ребенка появляются зубы, в результате чего кусание и жевание становятся важной формой выражения этого состояния, то мы имеем орально-агрессивный, или орально-садистский, тип личности. Такой тип личности отличают цинизм, сарказм, пессимизм, склонность к господству и подчинению, к использованию других людей в собственных интересах, т. е. такие люди часто любят «ездить» на других.

2) Анальный тип личности. В возрасте от полутора до трех лет ребенка начинают приучать к туалету, к первым формам самоконтроля, и в зависимости от того, как это происходит (в условиях фрустрации или в атмосфере заботливости), получается два типа личности: анально-удерживающий и анально-выталкивающий.

Анально-удерживающий тип личности характеризуется упрямством, скупостью, чрезмерной аккуратностью, пунктуальностью. Он любит планировать свое поведение до мелочей и не любит беспорядка и неопределенности.

Анально-выталкивающий тип личности характеризуется импульсивностью, склонностью к беспокойству и разрушению, иногда к жестокости.

3) Фаллический тип личности. Этот тип формируется тогда, когда возникают проблемы между тремя и шестью годами, связанные с появлением интереса детей к своим новым эрогенным зонам – гениталиям, в исследовании которых он начинает проявлять заинтересованность. Фаллический тип личности характеризуется решительностью, настойчивостью, напористостью, уверенностью в себе, переходящей в самоуверенность, целеустремленность. Мужчины бывают дерзкими, хвастливыми, их поступки часто опрометчивы, они стремятся к успеху, и жизнь их протекает в постоянном доказывании этого успеха, часто в любовных похождениях по типу Дон Жуана. Женщины, аналогично мужчинам, склонны к флирту, кокетству, имеют много мужчин и, как им кажется, всех по любви, себе они кажутся наивными и невинными. Другие женщины могут приобретать мужские черты характера: настойчивость, решительность, уверенность.

Среди нейрофизиологических концепций, послуживших основой систематики расстройств личности, в первую очередь необходимо указать на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Проводя корреляции между типами высшей нервной деятельности и особенностями психического склада человека, И. П. Павлов рассматривал психопатии в качестве крайних вариаций нормальных типов высшей нервной деятельности. Однако они отличаются наименьшей устойчивостью и приспособленностью, хрупкостью и ломкостью. При клинической группировке путем экстраполяции выделенных экспериментально типов высшей нервной деятельности основными с точки зрения преобладания возбудительного или тормозного процесса классификационными единицами являются возбуждаемые и тормозимые группы психопатий. Возбуждаемые, т. е. вспыльчивые, раздражительные, взрывчатые, личности относятся к представителям крайних вариантов безудержного типа. Различные варианты тормозимых психопатий (астенические, психастенические, шизоидные) относятся к слабым типам высшей нервной деятельности с недостаточностью процессов как возбуждения, так и торможения и склонностью к преобладанию внешнего торможения.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характери-

зается базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (А. Бек и коллеги). При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слабо развитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве недоверие является чрезмерно развитой стратегией, а доверие – слабо развитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

5. Понимание расстройства личности в теории объектных отношений.

Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений». Детство рассматривается как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте (психотерапией или более глубокими переживаниями).

Объекты – это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений. Они существуют в разуме человека в виде психических представлений о них и находятся в отношениях с представлением человека о себе (самопредставлением). Доступ к этим объектным отношениям (или память о них) в терапевтической обстановке может быть достигнут через символы (например, связанные с воспоминаниями об игрушках).

Теория объектных отношений рассматривает ребенка, в отличие от Фрейда, как «открытую систему», постоянно вступающую во взаимоотношения с внешним миром. Это приводит к созданию внутреннего мира, который можно изучать, наблюдая его развитие в детстве или в психодраме. С момента рождения малыш начинает устанавливать связи с окружающими. Он не пассивный объект: он движется, плачет, со временем смеется и гулит, ищет себе компанию. У него есть для этого мотивационные силы, связанные с базовыми потребностями: еда, сон и контакты с окружающими (позднее и сексуальная жизнь) – все основные аспекты физического выживания животного мира. Эти системы включают в себя наследуемые инстинкты и влечения и создают сложные модели поведения, часто вовлекающие разных объектов и других людей. Память об этой деятельности формирует основу детского внутреннего мира воспоминаний.

Теория объектных отношений представляет психику и личность как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объектных отношений».

Ранние модели взаимоотношений оказывают огромное влияние на формирование взрослых связей, независимо от дальнейших событий. По мнению теоретиков данного направления, личность формируется из стойких моделей отношений к другим (в этом ее сходство с теорией отношений Мясичева). Приверженцы объектных отношений частично отвергают фрейдовскую метапсихологию, то есть его концепцию Ид, Эго, Суперэго и идею о том, что личность является энергорегулирующей установкой. Теория объектных отношений сфокусирована на развитии отдельной, дифференцированной, интегрированной и цельной личности. Полноценный процесс взросления, нарушения и восстановления целостности как Эго, так и личного Я зависит от отношения Эго к объектам, первоначально в младенчестве и впоследствии от бессознательных взаимодействий с объектными отношениями и реальной жизни.

Практически все концепции происхождения и терапии личностных расстройств последних десятилетий опираются в своих базовых положениях на концепцию Малера, которая пристальное внимание уделяла процессу «сепарации-индивидуации». Термином сепарация, или разделение, Малер называет процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутриспсихическую репрезентацию самого себя, отличную и отделенную от репрезентации его матери. Речь идет не о физическом, пространственном отделении от родителей или разрыве межличностных отношений, а о развитии внутреннего чувства возможности нормального и полноценного психического функционирования независимо от матери. Индивидуация означает усилия маленького ребенка по построению собственной уникальной идентичности, восприятию самого себя как отличающегося от других людей. В оптимальном варианте отношения сепарации и индивидуации разворачиваются

одновременно, но могут и расходиться в силу задержки или ускорения развития какого-либо аспекта.

Процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром он назвал интернализацией. С возрастом она становится все более сложной, но у каждого индивида проходит три этапа:

1. Интроекция. На этом этапе интернализации и следы памяти младенца состоят из трех основных элементов: объект-образы (или объект-представления); Я-образы (или Я-представления); произвольные влечения (склонность к специфическим аффективным состояниям).

Процесс запоминания зависит от того, как ребенок чувствует и воспринимает кого-то во внешнем мире. Затем воспоминания о другом человеке соединяются с воспоминаниями о себе вместе с аффектами и чувствами, существовавшими в ребенке в этот момент. В данный момент он осознает только две вещи: себя и другое. После интернализации и запоминания себя во взаимоотношениях с другими появляются внутренние объекты, которые можно назвать Я-объектами и Ты/Другой-объектами.

2. Идентификация. Стечением времени нервная система новорожденного продолжает совершенствоваться и структура его психики (Эго) становится более сложной. К трем годам ребенок становится способным распознавать ролевые аспекты межличностного взаимодействия. Роль – это наличие социально признанной функции, которую несет объект или оба участника взаимодействия. Ребенок начинает осознавать роли, которые он принимает в ответ на соответствующие роли других людей, и учиться им. Они становятся частью его внутреннего мира (роль кормящего и кормящегося, роль шлепающего и роль отшлепанного). Отношения с объектами, дающими позитивные чувства, связываются воедино, отрицательные чувства также объединяются. (Морено добавлял к взгляду на роли как личностному и развивающему аспекту еще один элемент: взгляд общества.)

3. Эго-идентичность. Познавательные потребности ребенка растут и увеличивают интегративные внутренние объекты. Происходит консолидация эго-структур с чувством непрерывности Я, чувство постоянства в личных взаимоотношениях (непротиворечивая концепция мира объектов) и признание этого постоянства как характеристики личности со стороны межличностного окружения, а также осознание личностью этого признания («утверждение»). Ребенок развивает более реалистичный взгляд на то, кто он есть. Он начинает сознавать, что мать кормящая и шлепающая – та же самая фигура, а Я, который любит мать, – тот же, что и Я, который обижается на нее. Интегрированный внутренний объект «мать» поначалу относится к одной персоне из внешнего мира. Однако, опираясь на аффекты, ребенок будет стремиться связать «фигуру матери» во внешнем мире подобно связи объекта «мать» во внутреннем мире. Он начинает иметь много внутренних «Другой-объектов», включая объекты «отец», «дедушка», «брат» и т. п. Интернализированные объекты других создают представляемый мир, т. е. внутреннюю модель внешнего мира в психике. Она используется личностью для того чтобы предсказать поведение мира. Но интеграция увеличивает появление тревоги, вызванное попытками соединить конфликтующие объектные отношения. Как защита происходит вытеснение и формируется бессознательное. В поздний период при определенных условиях (в детской спонтанной игре или психоанализе) появляется возможность выразить их словами. Даже у взрослого фантазии продолжают действовать рядом со словами и независимо от них. Смыслы и чувства гораздо старше слов!

Психическое развитие и после интеграции внутреннего мира не останавливается. Идет развитие Сверх-Я и Я-Идеала, которые ведут к усложнению психики. Некоторые люди, с которыми мы взаимодействуем, становятся не только воспоминанием, но и частью нашей психики, нашей личности. Когда эти ранние объектные отношения всплывают на поверхность взрослой жизни, они проявляются, прежде всего, через невербальные чувства и действия.

Нарушение объектных отношений может способствовать формированию пограничных расстройств личности.

6. Понимание расстройства личности в когнитивно-поведенческом подходе.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характери-

зуются базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (А. Бек и коллеги). При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слабо развитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве недоверие является чрезмерно развитой стратегией, а доверие – слабо развитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

7. Исследования патологии личности в патопсихологии.

Нарушения личности не носят однозначного характера, они могут выражаться в изменениях мотивационной сферы, изменениях самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции, в формировании патологических черт характера. В отечественной патопсихологии нарушения личности анализируются с позиций деятельностного подхода. В рамках этого подхода личность рассматривается как субъект деятельности, именно в деятельности субъект формирует и проявляет себя как личность. Масштаб личности определяется тем уровнем целей, характером мотивов, которые ставит и реализует в своей деятельности человек.

Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие ее нарушения:

- нарушение опосредованности и иерархии мотивов;
- формирование патологических потребностей и мотивов;
- нарушение смыслообразования;
- нарушение подконтрольности поведения;
- формирование патологических черт личности.

Развитие деятельности, а следовательно, и развитие личности можно проанализировать, исходя из анализа изменения мотивов. Однако изменение мотивов является не только показателем развития (в том числе и онтогенетического). Изменения мотивов часто наблюдаются у людей, страдающих некоторыми формами психических заболеваний. Б. В. Зейгарник считает, что психологический анализ этих мотивационных изменений является адекватным способом исследования деятельности, а следовательно, и личности больного человека. Тем более, что патологический материал иногда дает возможность проследить процесс формирования изменения потребностей и мотивов, что одинаково важно для решения вопросов патопсихологии и общей психологии. А. Н. Леонтьев подчеркивает тесную связь мотивов и потребностей. Отметив, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что "это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности". Такой подход свидетельствует о сложном взаимоотношении потребностей и мотивов, признании иерархического построения мотивов. Усложнение мотивов, их опосредствование и иерархическое построение начинается у ребенка уже в дошкольном возрасте и продолжается в течение всей его жизни (Л. И. Божович). С возрастом мотивы теряют свой непосредственный характер и начинают опосредоваться сознательно поставленной целью – происходит подчинение одних мотивов другим. Деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности всегда можно выделить ведущий мотив, который и придает поведению определенный смысл.

Патология мотивационной сферы может проявляться не только в изменении опосредованности и иерархии мотивов, но и в нарушениях взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Как известно, еще А. Н. Леонтьев, выделив эти две функции мотивов, различал мотивы знаемые и действенные. Уже дети младшего школьного возраста осознают мотивы, ради которых они должны совершить действие. Однако часто эти мотивы остаются лишь знаемыми и не побуждают к действию (Л. И. Божович). Ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточной побудительной силы и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы. При определенных условиях знаемые мотивы могут перейти в непосредственно действующие. Этот переход знаемых мотивов в побуждение связан с формированием мировоззрения подростка. В своих вершинных формах мотивы основываются на осознании человеком своих моральных обязанно-

стей, задач, которые ставит перед ним общественная жизнь. Слияние обеих функций мотива – побуждающей и смыслообразующей – придает деятельности человека характер сознательно регулируемой. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности.

Одним из наиболее ярких проявлений нарушений личности является нарушение подконтрольности, критичности поведения. Нарушение критичности может приобрести разные формы и выступать в структуре различных процессов: мышления, восприятия. Оно может выразиться в неправильной оценке своей личности, собственных действий, проявиться в некритичности к своим психопатическим переживаниям.

В исследованиях патопсихологов (Г. В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник, Н. К. Калиты и др.) на примере больных эпилепсией был проанализирован процесс формирования аномальных черт их характера. На клиническом и экспериментально-психологическом материале было убедительно доказано, что многие личностные черты эпилептиков не являются прямыми следствиями нарушения деятельности мозга при этом заболевании, а формируются прижизненно. Клиническая картина эпилепсии включает в себя, помимо нарушений познавательной деятельности, весьма характерные изменения личности, которые включают в себя сочетание брутальности (наличие аффективных, дисфорических расстройств со склонностью к агрессии, пренебрежению социальными нормами), угодливости и педантичности. Клиницисты обычно связывают эти особенности личности с самой болезнью, припадками.

8. Формирование патологической личности в онтогенезе: роль протективных и негативных социально-психологических факторов.

Особенности типов высшей нервной деятельности проявляются уже в детском возрасте. Изучением данной проблемы занимался Н.И. Красногорский. Он показал, что для детей-сангвиников типичны оптимальная возбудимость и высокая подвижность корковых процессов. Дети этого типа обладают живым темпераментом, у них преобладает бодрое настроение, их отличает хорошая трудоспособность. Речь у них обычно громкая, отчетливая, сопровождается живыми жестами, выразительной мимикой. Эти дети образуют многочисленные речевые связи. Они склонны к эмоциональному возбуждению.

Дети флегматического склада характеризуются повышенными тормозными реакциями. Они сдержаны, удовлетворяют всем требованиям внешней среды, хорошо учатся. Речь несколько медлительная, спокойная. Жесты и мимика недостаточно выражены. Эмоции сдержаны.

Дети холерического склада характеризуются повышенной возбудимостью за счет недостаточной регуляции подкорковых образований. Повышенная возбудимость особенно резко выступает при необходимости преодолеть какие-либо трудности. Дети этого типа обычно учатся удовлетворительно, приспособительные реакции к дисциплине школы формируются слабо, они часто конфликтуют с товарищами и педагогами. Воспитание их затруднено.

Для детей, относимых к меланхолическому (слабому) типу, высшая нервная деятельность характеризуется повышенной тормозной реакцией. Дети меланхолического типа не переносят сложных и продолжительных занятий, они быстро утомляются и впадают в состояние застойного торможения, напоминающее сон. Речь их тихая, замедленная, отмечается бедный активный словарь. На почве слабого типа нервной деятельности легко возникают различные функциональные расстройства (неврозы и психозы).

Как отмечает В.В. Ковалев что, причины и условия возникновения психических заболеваний могут быть условно разделены на две группы: биологические и социально-психологические факторы. Чем младше ребенок, тем большую роль в качестве причин психических заболеваний играют биологические факторы (генетические, инфекционные, иммунологические, токсические, обменные и др.), которые вызывают ограниченное количество форм психической патологии. С возрастом, в связи с созреванием и усложнением деятельности коры головного мозга, постепенно увеличивается причинная роль социально-психологических факторов (стрессов), что ведет к росту заболеваемости реактивными состояниями, неврозами, психогенными патологическими формированиями.

Одним из важнейших факторов внутренних условий, специфичным для психических заболеваний у детей и подростков, является возрастной фактор. Этот фактор в виде изменений общей и

нервной реактивности в определенные «критические периоды» онтогенетического развития может иметь определенное этиологическое значение как способствующий возникновению тех или иных психических заболеваний. Такие периоды называют «периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям» или «критическими периодами возрастной ранимости».

Г.Е. Сухарева (1955) к возрастным кризам относит 2–4 (в среднем 3 года), 7–8, 12–15 лет.

Психические заболевания, возникающие в период первого возрастного криза (3 года) (по классификации Г.Е. Сухаревой) например, шизофрения, эпилепсия, нередко отличаются злокачественным течением с быстрым распадом психики. В этот период часто возникают различные невротические реакции, обусловленные формированием самосознания (Т.П. Симеон).

В период второго возрастного криза (7–8 лет) часто происходит декомпенсация резидуально-органической (остаточные проявления органического поражения мозга) нервно-психической патологии, появляется повышенная склонность к разнообразным психогенным реакциям.

В период пубертатного (подростковый возраст) криза (12–15 лет), особенно при дисгармонии полового и общего физического созревания, значительно повышается риск манифестации (проявления) эндогенных заболеваний, сопровождающихся заострением патологических черт личности, декомпенсацией резидуально-органической церебральной патологией, а также характеризуется учащением невротических и патохарактеро-логических реакций.

9. Систематика личностных расстройств в DSM IV и МКБ-10.

DSM-IV, DSM-IV-TR – классификаторы психических расстройств Американской Психиатрической Ассоциации определяют личностное расстройство как «длительный паттерн внутреннего переживания и поведения, который отчетливо отклоняется от ожиданий культуры индивидуума, пронизывает его, не проявляет гибкости, имеет свое начало в подростковом или раннем взрослом периоде, обнаруживает стабильность длительное время и приводит к дистрессу или нарушению».

Многоосевой DSM постоянно развивает классификацию личностных расстройств, которые размещены на Второй Оси. На этой же Оси располагаются стабильные, практически мало обратимые длительные психические расстройства, такие, как нарушения или задержка умственного развития. Лица с расстройствами Второй Оси, к которым относятся личностные расстройства, с большей вероятностью не устанавливают у себя болезненных проявлений и считают, что их трудности обусловлены отрицательными средовыми факторами семейного или производственного характера и что они не нуждаются в клиническом лечении.

Классификация личностных расстройств по DSM-IV-TR размещает последние в трех кластерах А, В и С:

1) В кластер А входят параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройство. Эти расстройства объединяет странное или эксцентричное поведение.

2) Кластер В характеризуется неадекватностью, импульсивностью и включает антисоциальное, пограничное, нарцисстическое и гистрионическое личностное расстройство.

3) Для кластера С типична тревога и боязливость. К нему относятся обсессивно-компульсивное, зависимое и расстройство избегания.

В МКБ-19 в рубрику (F60) отнесены тяжелые расстройства личности и выраженные отклонения в поведении индивида, не являющиеся прямым следствием заболевания, повреждения или другого острого поражения головного мозга либо других психических нарушений. Обычно эти расстройства охватывают несколько сфер личности; почти всегда они тесно связаны с выраженными личными страданиями и социальным распадом. Эти расстройства обычно проявляются в детстве или подростковом возрасте и продолжаются в течение дальнейшей жизни.

Параноидное расстройство личности (F60.0 – расстройство личности, характеризующееся чрезмерной чувствительностью к неудачам, невозможностью прощать обиды, подозрительностью и склонностью к извращению действительности путем истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих как враждебных или пренебрежительных. Наблюдаются повторные необоснованные подозрения супруга или сексуального партнера в неверности, воинствующее и упорное сознание собственной правоты. Такие лица склонны к преувеличенной самооценке; часто имеет место преувеличенное самомнение.

Шизоидное расстройство личности (F60.1) – расстройство личности, характеризующееся слабостью привязанностей, социальных и других контактов, склонностью к фантазиям, отшельничеству и самоанализу. Имеет место ограниченная способность выражать чувства и испытывать удовольствие.

Диссоциальное расстройство личности (F60.2) – расстройство личности, характеризующееся пренебрежением к социальным обязанностям и черствым равнодушием к окружающим. Наблюдается значительное несоответствие между поведением больного и основными социальными нормами. Поведение с трудом поддается изменению на основе опыта, включая наказание. Больные плохо переносят неудачи и легко поддаются агрессии, включая насилие. Они склонны обвинять других или давать правдоподобные объяснения своему поведению, приводящему их к конфликту с обществом.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) – расстройство личности, характеризующееся определенной склонностью к импульсивным действиям без учета последствий. Настроение непредсказуемо и капризно. Имеются склонность к вспышкам эмоций и неспособность контролировать взрывчатое поведение. Отмечаются сварливость и конфликтность с окружающими, особенно тогда, когда импульсивные поступки пресекаются и критикуются. Можно выделить два типа расстройства: импульсивный тип, характеризующийся преимущественно эмоциональной нестабильностью и недостатком эмоционального контроля, и пограничный тип, для которого дополнительно характерны расстройство самовосприятия, целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения и тенденция к саморазрушающему поведению, включая суицидальные жесты и попытки.

Истерическое расстройство личности (F60.4) – расстройство личности, характеризующееся поверхностной и неустойчивой возбудимостью, склонностью к драматизированию, театральности, а также к преувеличенному выражению эмоций, внушаемостью, эгоцентризмом, потаканием своим желаниям, отсутствием внимания к окружающим, легко ранимыми ощущениями и постоянным желанием иметь успех и внимание.

Ананкастное расстройство личности (F60.5) – расстройство личности, характеризующееся чувством неуверенности в себе, чрезмерной щепетильностью, сдержанностью и озабоченностью деталями, упрямством, осторожностью и непреклонностью. Могут присутствовать настойчивые или непрощенные мысли или действия, которые не достигают тяжести обсессивно-компульсивного расстройства.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6) – расстройство личности, характеризующееся ощущением внутренней напряженности, наличием мрачных предчувствий, отсутствием ощущения безопасности и комплексом неполноценности. Выражены постоянное сильное желание нравиться и быть признанным, сверхчувствительная реакция на отказы и критику наряду с ограничением личных привязанностей, тенденцией к избеганию некоторых действий путем привычного преувеличения потенциальных опасностей и риска в обыденных ситуациях.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7) – расстройство личности, характеризующееся глубоким пассивным подчинением окружающим людям в принятии больших и малых жизненных решений, выраженным страхом перед одиночеством, ощущением беспомощности и некомпетентности, пассивным согласием с желанием старших и окружающих и слабой реакцией на требования повседневной жизни. Отсутствие активности может выражаться в интеллектуальной и эмоциональной сферах; часто выражена тенденция к перекладыванию ответственности на других.

10. Проблема коморбидности.

Проблеме коморбидности в последнее время уделяют довольно много внимания на страницах научных психиатрических журналов, что, с одной стороны, априорно свидетельствует об актуальности данной темы, а, с другой стороны, может говорить просто о популярности и своеобразной моде. Сам по себе термин «коморбидность» может быть дословно переведен как «соболезненность», что приминительно к психиатрии вызывает больше вопросов, чем дает ответов.

К факторам риска коморбидности – одновременного наличия у одного и того же пациента не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и иметь свои специфические диагностические критерии. К критериям относят: молодой возраст, низкий уро-

вень образования, безработицу и одиночество. Коморбидность может проявляться в нескольких вариантах: общемедицинская коморбидность (наличие у пациента с психическим расстройством соматической патологии) отмечается в 50% случаев, психиатрическая (возникновение у пациента с психическим расстройством еще одного расстройства психики или поведения) – в 42% случаев и сочетанная (одновременное наличие у пациента соматической и двух психиатрических патологий) – в 19% случаев.

Пациенты с коморбидными расстройствами чаще обращаются за специализированной психиатрической и экстренной медицинской помощью. Поэтому улучшение качества диагностики коморбидных психических расстройств обуславливает необходимость четкого взаимодействия врачей первичного звена и психиатров, при этом медицинскую помощь таким пациентам должна оказывать мультидисциплинарная бригада. Это те проблемы, которые, по словам докладчика, требуют срочного решения на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Основные стратегические задачи лечения коморбидных психических расстройств должны быть направлены на уменьшение выраженности симптомов заболевания, достижение ремиссии, улучшение состояния пациента, восстановление его психосоциального и профессионального функционирования. Решению этого, по словам докладчика, способствует применение комплексного подхода к терапии коморбидных расстройств, который включает методы фармакотерапии, психотерапии и психообразовательных программ. Традиционно в терапии при тревожных расстройствах применяют транквилизаторы, седативные препараты, антидепрессанты и антиоксиданты. Психотерапевтический комплекс включает применение когнитивно-бихевиоральной, интерперсональной, проблеморазрешающей и семейной психотерапии. Психообразовательные программы способствуют целенаправленному информированию пациентов и их родственников по вопросам психического здоровья.

Тема 3. Взаимодействие социально-средовых и биологических (конституционно-генетических) факторов в формировании и нарушениях психики.

Биологические, психологические и социокультурные факторы. Коморбидность с другими расстройствами. Проблема динамики личностных расстройств.

1. Биологические, психологические и социокультурные факторы.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:

- генетические;
- органические;
- социальные.

Генетические факторы определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

Выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции: уровень полевой реактивности, уровень стереотипов поведения, уровень экспансии, уровень эмоционального контроля.

На уровне полевой реактивности происходит оценка необходимой дистанции с объектом восприятия. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает повышенная эмоциональная чувствительность, ощущение опасности, исходящей от окружающих. У человека развивается потребность в изоляции, ограничении контактов с другими людьми. При усилении работоспособности эмоциональность снижается, возникает устойчивость к внешним воздействиям, формируется потребность в более интенсивной стимуляции, сильных впечатлениях.

На уровне стереотипов поведения осуществляется эмоциональная оценка качеств воспринимаемого объекта с точки зрения их соответствия актуальным потребностям. При ослаблении рабо-

тоспособности этого уровня возникает эмоциональное неудовлетворение от контактов с раздражителями внешней и внутренней среды. У человека возникает ощущение внутреннего неблагополучия и дискомфорта, появляется озабоченность своим здоровьем, формируется потребность в поиске более удовлетворительных контактов. При усилении функционирования этого уровня развивается эмоциональное напряжение, любые препятствия на пути достижения цели воспринимаются как досадные препятствия. У человека возникает побуждение к силовым решениям проблем, стремление во что бы то ни стало добиться желаемого объекта.

На уровне экспансии осуществляется выделение и эмоциональная оценка препятствий на пути удовлетворения потребностей. В случае ослабления работоспособности этого уровня у человека развивается неуверенность в своих силах, ему трудно принимать решения и делать выбор, что приводит к большей ориентации на внешние оценки и строгому следованию правилам. При усилении функционирования этого уровня мир воспринимается как поле битвы, поиск и преодоление трудностей становится неотъемлемой частью жизнедеятельности, преодоление препятствий рассматривается как доказательство собственной важности и исключительности, что должно получить должную оценку со стороны окружающих.

На уровне эмоционального контроля происходит эмоциональная оценка взаимодействия с другими людьми. При ослаблении функционирования этого уровня развивается сверхизбирательность, переборчивость в социальных контактах, подозрительность, в окружающих видится прежде всего, потенциальный противник. При повышении функционирования любые контакты воспринимаются как удовлетворительные, если они протекают в пределах установленных правил, да и сами правила все время оцениваются в зависимости от контекста ситуации общения, что приводит к большей легкости их изменения в зависимости от настроения окружающих.

На генетическом уровне также закладываются динамические характеристики высшей нервной деятельности: сила/слабость, подвижность/ригидность, темп психических процессов, что влияет на степень ригидности возникновения однотипных поведенческих реакций в различных социальных условиях.

Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности.

В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами психосоциального развития личности – неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.

Все дети начинают свое развитие с разными достоинствами и недостатками, обусловленными генетическими и органическими причинами. Однако не у всех возникают личностные расстройства и нарушения поведения. Формирование конкретных по содержанию моделей поведения и контекста их проявления происходит во время психосоциального развития личности. В зависимости от условий воспитания и обращения дети с разными генетическими и органическими предрасположенностями могут демонстрировать сходные модели проблемного поведения и социального взаимодействия. Обнаружение этого факта даже привело к тому, что одним из альтернативных терминов для обозначения психопатий некоторое время было словосочетание «социопатическая личность» (личность, имеющая нарушенные, неадаптивные социальные связи).

Нормальное личностное развитие осуществляется по предсказуемому и нормативно определенному обществом пути: сначала овладение физиологической регуляцией, затем более сложными навыками – коммуникацией и установлением межличностных отношений. В неблагоприятных социальных условиях предсказуемость и определенность развития исчезает, что приводит к проблемам с адаптацией. Неправильное воспитание или жестокое обращение с детьми задерживает или нарушает основные процессы развития: формирование ранней привязанности, регуляцию те-

лесных функций и эмоций, формирование представлений о себе и других людях.

Следует иметь в виду, что в детском и подростковом возрасте только лишь закладываются основные характеристики будущих расстройств личности. Так как личность в этом возрасте еще не сформирована до конца, по отношению к детям и подросткам говорить о полноценном расстройстве личности – некорректно.

Патологическими способами поведения, генерализующимися в личностной структуре под влиянием обстоятельств психологического развития в детском возрасте, становятся следующие типы поведенческих реакций: реакции отказа, реакции оппозиции, реакции имитации, реакции компенсации, реакции гиперкомпенсации, реакции эмансипации, реакции группирования, реакции увлечения, реакции сексуальные.

Реакции отказа – отказ от социальных контактов, страх перед новым, потеря жизненной перспективы (возникает при потере близких в раннем возрасте или в условиях социальной депривации в закрытых учреждениях).

Реакции оппозиции – протестное поведение из-за обиды, ущемления самолюбия, недовольства со стороны взрослых. Активный – агрессия (в том числе косвенная), непослушание как реакция на неадекватное обращение. Пассивный – отказ от действий, мутизм, суицид, психосоматические реакции, уход из дома.

Реакции имитации – повторение поведения окружающих (многое зависит от того, кто становится объектом для подражания).

Реакции компенсации – маскирование собственной слабости.

Реакции гиперкомпенсации – маскировка слабости через проявление противоположной черты (признаки – излишняя бравада, самооговоры).

Реакции эмансипации – желание освобождения от влияния взрослых.

Реакции группирования – создание чувства защищенности.

Реакции увлечения – интеллектуально-эстетические, телесные, накопительские, лидерские, эгоцентрические, азартные, информативно-коммуникативные (поверхностное общение).

Реакции сексуальные – удовлетворение различных социальных потребностей (достижение близости с другим человеком, демонстрация своего отношения к другому, получение выгоды, подтверждение образа "Я", установление отношений зависимости и подчинения и т. п.) посредством использования сексуальности (половых и гендерных свойств и отношений).

Генерализация поведенческих реакций зависит от типа воспитания. Именно воспитание делает реакции патологическими. Типы неправильного воспитания, способствующие формированию расстройств личности: гипопротекция, потворствующая гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, воспитание в культе болезни, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, противоречивое воспитание, воспитание вне семьи.

2. Коморбидность с другими расстройствами.

Связь с другими психическими расстройствами устанавливается на основании того, к какому кластеру относится расстройство личности, диагностированное у пациента. На настоящий момент установлены следующие взаимосвязи:

1. Параноидное и шизотипическое расстройства могут выступать предвестниками шизофрении и бредовых расстройств;

2. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, как правило, связывается с возможностью возникновения аффективных и тревожных расстройств, а также расстройств контроля над побуждениями, такими как нервная булимия, СДВГ и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ;

3. Тревожное расстройство личности нередко сочетается с генерализованной формой социальной фобии.

4. Пограничное личностное расстройство нередко сочетается и со многими другими личностными расстройствами, особенно с истероидным, зависимым, асоциальным и шизотипичным.

По данным Гандерсона, Виндиньи, Бюрке и Грегори, коморбидными для ЛР являются: депрессия, дистимия, биполярное расстройство, зависимости, дисморфофобические расстройства.

3. Проблема динамики личностных расстройств.

Становление аномальной личности есть сложный и продолжительный процесс. Определены три этапа формирования психопатии: начальный (или препсихопатический); структурирования; стабилизации патохарактерологического облика. На начальном, препсихопатическом этапе истерической психопатии клинические проявления отличаются весьма бедной и однообразной формой реагирования на ситуационные погрешности, однако именно в этом периоде намечаются особенности клинической динамики, зависящей от принадлежности к определённой патогенетической подгруппе. Так, при конституциональной («ядерной») психопатии биологическая неполноценность в виде «рассогласованности корки и подкорки» (И.П. Павлов) обнаруживается на ранних стадиях индивидуального развития: в младенческом возрасте – «закатывания до посинения», продолжительный плач, рудименты истерических припадков; позднее (к 2–4 годам) – повышенная двигательная активность, капризность, сверхтребовательность; в дошкольном периоде – появление бурных аффективных разрядов, упрямства, непослушания в сочетании с чрезмерной внушаемостью (подражательные тики, заикание, косноязычие), склонности к паясничанью, фантазированию и псевдологии. Начальный этап становления «краевой» психопатии относится к дошкольному и раннему школьному возрасту, когда обнаруживается связь аномального реагирования с качественными изменениями окружающей среды, в первую очередь, с дефектами воспитания: появление весьма устойчивых реакций имитации, протеста или прямого культивирования жажды выделиться, играть «первую роль». Фиксируясь и закрепляясь, они во всё большей степени определяют линию поведения подростка в виде демонстративности, театральности, стремления к превосходству над сверстниками, погони за внешним эффектом и желания «добиться признания».

В ходе этапа структурирования происходит дальнейшее усложнение аномального реагирования в ответ на биологические пертурбации и микросоциальные вредности. Поведение подростка принимает дисгармонический характер, распространяясь на многие повседневные ситуации. Продолжительность его оказывается самой большой из всех этапов становления и часто включает моменты относительного смягчения патохарактерологических свойств, перекрываясь на какой-то момент периодами «затишья» или весьма отчётливыми компенсаторными либо невротическими образованиями. Лишь к концу данной стадии наступает «кристаллизация» (выбор) аномального способа реагирования и расширение «ассортимента» клинической динамики (помимо психопатических реакций наблюдаются аффективные фазы, развития, недаром О.В. Кербиков обозначил этот этап как «патохарактерологическое развитие личности»). Характерной является почти полная утрата клинических различий по отдельным патогенетическим подгруппам психопатий, а сама динамика приобретает чрезвычайную яркость и многоплановость (разнообразные варианты ухудшений состояний, по В.Я. Гиндикину, – невротический, характерологический, психотический).

Третий, заключительный этап становления психопатии определяется как стадия окончательной стабилизации аномального личностного облика. Обычно по всем клиническим вариантам психопатий это наступает к моменту завершения пубертатного криза, биологической перестройки организма. Именно в связи с данными обстоятельствами П.Б. Ганнушкин предостерегал от преждевременной (до 16–18 лет) постановки диагноза психопатии.

Говоря о динамике расстройств личности, имеют в виду эволютивную динамику и периоды компенсации и декомпенсации.

Эволютивная динамика не противоречит консерватизму собственно сложившейся структуры патологической личности и тесно связана с определенными этапами ее развития. Особое место занимают кризовые периоды – пубертатный и климактерический.

Пубертатный криз (12–18 лет) отличается высокой психической нестабильностью и дисгармоничностью, особенно в области аффектов и влечений. По сути, тяжело протекающие пубертатные кризы являются прообразом декомпенсации при психопатиях. Клиническая картина в этих случаях складывается из пубертатных особенностей криза и формирующихся психопатических черт характера. Особенно ярко они проявляются и выходят на первый план, когда «пубертатная нестабильность» редуцируется по минованию кризового возраста. Вместе с тем динамика врожденных форм личностных расстройств в большей степени определяется внешними причинами,

нежели четко биологически детерминированными закономерностями. В случаях раннего формирования психопатического характера (11–15 лет) на первый план выступает крайняя неуравновешенность поведения и лабильность эмоциональных проявлений. Они сопровождаются бурными аффективными реакциями, резкими немотивированными перепадами аффекта и настроения. Это отражается на поведении, которое часто не поддается корректировке и воспитательным мерам.

Для более старшего возраста (16–18–20 лет) наряду с сохранившейся эмоциональной лабильностью характерны изменения круга интересов и всего образа мышления, появление обостренной рефлексии с элементами «метафизической интоксикации». Если «посткризисовая» личность сформировалась гармонично, исчезает нестабильность, упорядочиваются аффекты и влечения, постепенно возрастает способность адаптации к изменяющимся требованиям жизни. В случае формирования патологической личности эти процессы замедляются или вообще не определяются. Таким образом, личностное развитие, приводящее к формированию психопатий, есть не что иное как качественный сдвиг патологической личности – динамическое новообразование, которое в своем формировании проходит три этапа. Для первого этапа характерны малый набор синдромов, элементарность и малая дифференцированность, для второго – усложнение и дифференциация клинической симптоматики, и для третьего – упорядочение психопатических черт и формирование определенной структуры психопатии.

В период возрастной инволюции (45–60 лет) патологические личностные особенности вновь усугубляются, становятся гипертипическими. В этом возрастном периоде нередко возможно нарушение психического равновесия, что связано со снижением гибкости мышления и поведения, ослаблением активности, нарастанием консерватизма, ригидности или повышающийся аффективной лабильностью. Особенно усиливаются описанные проявления при изменении привычного жизненного стереотипа. Возникают аффективные нарушения с преобладанием тревожного компонента. Нередки истерические проявления, депрессивно-ипохондрические состояния. Возможны также усиления конфликтности, гиперсоциальность, сутяжничество. Сравнительно часто в возрасте обратного развития происходит трансформация одной формы психопатии в другую. На любом этапе психопатий в позднем возрасте важную роль играет органический процесс (сосудистый и сенильный). Уменьшается выраженность, а в некоторых случаях полностью исчезают предыдущие психопатические черты за счет появления новых патологических признаков.

В тех случаях, когда психопатическая личность полностью или по большей части приспособлена к окружающей среде, т.е. правильно ведет себя в социуме, контролирует свое поведение, критически оценивает свои поступки, следует говорить о компенсации психопатических особенностей. Под декомпенсацией понимают кратковременное или более длительное состояние, при котором типичные для данной личности психопатические проявления становятся особенно интенсивными, в результате чего больной не в состоянии правильно оценивать свои поступки и поведение в целом, его реакции на стрессовые факторы особенно неадекватны, он утрачивает способность адаптироваться в среде. Возникает ситуация внешнего и внутреннего (скрытого) конфликта. При декомпенсации происходит срыв компенсаторных механизмов приспособления личности, что клинически проявляется в своеобразном обнажении патологических особенностей. Клиническая практика показывает, что состояния декомпенсации у патологических личностей возникают обычно в ответ на дополнительные вредности (изменение привычной обстановки и уклада жизни, соматические заболевания, психические травмы, злоупотребление психоактивными веществами и т.п.). В части случаев компенсаторные приспособления были нестойкими, и незначительные экзогенные факторы приводили к их срыву, а выработка новых или восстановление старых компенсаций осуществлялась довольно медленно, поэтому состояние декомпенсации принимало затяжной характер. Вместе с тем в течение жизни у больных постоянно вырабатываются вторичные компенсаторные характерологические особенности, которые как бы нивелируют его патологические черты. Формирование этих вторичных психопатических характерологических черт происходит у различных психопатических личностей в различные периоды жизни и зависит от формы расстройства личности, ее глубины и влияния микросреды. Такие вторичные характерологические особенности начинают складываться после того, как основная структура психопатии уже сформировалась и выработан однотипный способ реагирования. До этого времени наблюдающиеся временные сгла-

живания психопатических проявлений, их своеобразную «латентность» следует отнести не к компенсаторным механизмам как таковым, а к адаптационным в широком смысле слова, так как выраженность психопатических проявлений в это время напрямую зависит от внешних влияний.

Тема 4. Клинико-психологическая классификация и характеристика личностных расстройств.

Параноидное, шизоидное, шизотипичное, истероидное, нарциссическое, асоциальное, пограничное, избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное расстройства. Условные категории – пассивно-агрессивное и депрессивное. Распространенность расстройств личности в популяции. Критерии психопатии по П. Б. Ганнушкину. Признаки здоровой личности. Основные типологии личностных расстройств (в историческом контексте). Типологии Э. Кречмера, К. Леонгарда, А. Е. Личко. Методы диагностики личностных расстройств в клинической психологии. Возможности и ограничения применения личностных опросников и качественных методов психодиагностики.

1. Параноидное, шизоидное, шизотипичное, истероидное, нарциссическое, асоциальное, пограничное, избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное расстройства.

1) Параноидное расстройство личности – расстройство личности, характеризующееся чрезмерной чувствительностью к неудачам, невозможностью прощать обиды, подозрительностью и склонностью к извращению действительности путем истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих как враждебных или пренебрежительных. Наблюдаются повторные необоснованные подозрения супруга или сексуального партнера в неверности, воинствующее и упорное сознание собственной правоты. Такие лица склонны к преувеличенной самооценке; часто имеет место преувеличенное самомнение. Согласно DSM-IV, параноидное личностное расстройство характеризуется семью признаками:

1. постоянное ожидание без достаточного на то основания эксплуатации со стороны других;
2. опасения, связанные с возможностью нанесения вреда другими;
3. сомнения в отношении лояльности друзей и других, связанных с собой лиц;
4. склонность видеть скрытые угрозы в замечаниях, высказанных окружающими;
5. неумение прощать мелкие обиды с накоплением их в себе;

6. недоверие к другим, связанное с боязнью, что всякая информация будет использована против себя;

7. склонность реагировать на небольшие замечания сильной, протрагированной обидой;

8. безосновательные сомнения в верности, например, супруга или сексуального партнера

2) Шизоидное расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся слабостью привязанностей, социальных и других контактов, склонностью к фантазиям, отшельничеству и самоанализу. Имеет место ограниченная способность выражать чувства и испытывать удовольствие. Шизоидное личностное расстройство по DSM-IV характеризуется индифферентностью к социальным отношениям и суженным диапазоном эмоциональных переживаний и выражений. Это расстройство диагностируется на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для подтверждения данного вида нарушения:

1. Отсутствие стремления, желания к установлению сколько-нибудь тесных межличностных отношений.

2. Предпочтение активностям, связанным с работой в одиночестве.

3. Редкое переживание и выражение сильных эмоций.

4. Отсутствие выраженного желания вступать в интимные отношения и осуществлять сексуальную активность с другими людьми.

5. Индифферентность к одобрению и критике, что резко отличает их от лиц с пограничным и нарциссическим личностными расстройствами.

6. Отсутствие близких друзей или людей, которым они доверяют, кроме наиболее близких родственников.

7. Суженный аффект.

3) Шизотипическое личностное расстройство характеризуется наличием дефицита межличностных отношений, особенностями формирования мышления, внешнего вида, и поведения. Расстройство диагностируется с 18-ти лет на основании ряда признаков, наличие пяти из которых считается достаточным для постановки диагноза:

1. Наличие идей отношения, не носящих бредового характера.
2. Выраженная социальная тревога.
3. Шизотипических и шизоидных личностей объединяют необычные, странные убеждения, верования, не соответствующие данной культуре.
4. Необычные переживания, связанные с восприятием.
5. Странное, эксцентрическое поведение, проявляющееся во внешнем виде, неряшливости в одежде, манерности, разговоре с собой.
6. Отсутствие близких друзей, которым они доверяют.
7. Необычный язык.
8. Неадекватный ситуации, суженный аффект, основанный на неконгруентности (негармоничности) эмоциональных состояний и отсутствии соответствующего эмоционального и мимического отклика.
9. Подозрительность, достигающая уровня патологизирования.

4) Базисной характеристикой антисоциального личностного расстройства (АЛР) является пренебрежение и нарушение прав других людей. Эти особенности пронизывают психику и поведение. Диагноз АЛР, согласно DSM-IV-TR, требует достижения 18-летнего возраста и ему должно предшествовать в анамнезе наличие нарушения поведения до 15-летнего возраста. АЛР включает постоянно повторяющееся нарушение основных прав других, соответствующих возрасту социально-этических норм или правил. Специфическое поведение, типичное для нарушения поведения, разделяется на четыре категории: агрессия по отношению к людям и животным; разрушение собственности; лживость или воровство; серьезные нарушения принятых правил.

В контексте DSM-IV-TR АЛР диагностируется, начиная с 18 лет на основании ряда признаков, четырех из которых достаточно для постановки диагноза:

1. Неспособность находиться в состоянии сколько-нибудь длительного "рабочего поведения".
2. Отсутствие конформности к социальным нормам и уважения к законопочитанию выражается в повторно совершаемых антисоциальных действиях, которые не зависят от степени уголовной наказуемости и возможности привлечения к ней.
3. Раздражительность и агрессивность, проявляющиеся в частых драках, применении физической силы.
4. Постоянное невыполнение финансовых обязательств.
5. Отсутствие планирования своей жизни.
6. Лживость и отсутствие стремления быть правдивыми.
7. Пренебрежительное отношение к безопасности других людей, включая близких.
8. Проблемы в семейной жизни, неустроенная личная жизнь.

5) Пограничное личностное расстройство привлекает в последнее десятилетие пристальное внимание, что обусловлено частой встречаемостью данного вида нарушения.

Согласно DSM-IV-TR, диагноз ПЛР основывается на девяти признаках. Для диагностики ПЛР достаточно, по крайней мере, пяти из следующих характеристик:

1. Неистовые порывы избежать реального или воображаемого покидания.
2. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, характеризующийся альтернированием между экстремальной идеализацией и девальвацией.
3. Нарушение идентичности: отчетливо и постоянно нестабильный Self-имидж или ощущение себя.
4. Импульсивность, по крайней мере, в двух самоповреждающих зонах (например, расточительство, секс, злоупотребление субстанциями, раскованное вождение машины, обжорство).
5. Повторяющееся суицидное поведение, жесты или угрозы, или самоповреждающее поведение.

6. Аффективная нестабильность и отчётливая реактивность на средовые ситуации (например, интенсивная эпизодическая депрессия, раздражительность или тревожность, обычно длящиеся несколько часов и редко несколько дней).

7. Хроническое чувство пустоты.

8. Неадекватная, интенсивная злость или трудность её контролировать.

9. Транзиторная (преходящая), связанная со стрессом паранойя или тяжёлые диссоциативные симптомы (чувство нереальности).

б) Нарциссическое личностное расстройство. Люди с нарциссическим расстройством личности, как правило, очень высокого мнения о себе, добиваются восхищения окружающих и не проявляют эмпатии (APA, 1994). Одержимые фантазиями о грандиозном успехе, могуществе или красоте, они требуют постоянного внимания и восхищения со стороны других людей.

Люди с нарциссическим расстройством личности преувеличивают свои достижения и таланты, ожидая, что другие признают их превосходство, и часто кажутся высокомерными. Они очень привередливы в выборе друзей и партнеров, полагая, что их проблемы уникальны и могут быть оценены только другими "избранными" людьми. В силу своего обаяния они часто производят благоприятное первое впечатление. Однако они редко сохраняют отношения в течение длительного времени.

7) Гистрионическим личностям присущи чрезмерная эксцессивная эмоциональность и поиск внимания. Выделяется ряд признаков, четырех из которых достаточно для клинической диагностики гистрионического личностного расстройства:

1. Лица с гистрионической организацией личности постоянно ищут и требуют от окружающих положительной оценки (одобрения, подтверждения правильности своих действий, своих качеств). Поиск положительных подкреплений объясняется тем, что в ситуациях общения эти люди стараются стянуть на себя внимание окружающих. Например, более громко, чем другие разговаривают, громко смеются, что-то восклицают, хохочут и др. Если их действия не вызывают ответной реакции, могут «выкинуть еще какой-нибудь номер», что-нибудь разбить и пр. с целью любой ценой сконцентрировать внимание на себе. Главное – не оказаться в одиночестве. Им важно, чтобы рядом с ними кто-то был, слушал только их, проявлял в их адрес знаки расположения.

2. Они неадекватно сексуально соблазнительны в поведении, одежде, внешнем виде, во всем, что не может не остаться без внимания окружающих. Даже, если то, что они делают, не соотносится с общепринятыми нормами и правилами и является вызовом, это не меняет их планов.

3. Чрезвычайная концентрированность на собственной физической привлекательности. Даже в момент расслабленного состояния, они не перестают думать об этом. Эта сверхдоминантная идея занимает все их время. Поэтому они так болезненно реагируют на критические замечания в адрес своего внешнего вида.

4. Неадекватное, преувеличенное выражение эмоций. При встрече с малознакомыми людьми они могут обниматься с ними так, как будто давно их знают; проявляют эмоции радости по совершенно незначительному поводу. Таким же образом выражаются отрицательные эмоции. Они плачут, всхлипывают, заламывают руки по различным мелким, сентиментальным случаям и событиям, безудержно рыдают. Состояния эти, обычно, кратковременны и довольно быстро сменяются другими, во время которых они приходят в себя и ведут себя таким образом, как будто ничего не происходило. Отрицательное состояние может смениться противоположным. Это создает впечатление неискренности, игры, ролевого поведения.

5. Они чувствуют себя крайне дискомфортно во всех ситуациях, в которых не являются центром внимания. С целью изменения расстановки сил, могут вести себя вызывающе, устраивать конфликты, «сцены» и т.д.

6. Проявляют внезапное изменение эмоциональных выражений. В отличие от пограничных личностей, лица с гистрионическим личностным расстройством в эмоциональных выражениях демонстрируют «плоскость» и отсутствие глубины эмоций.

7. Они очень эгоцентричны, действуют по принципу немедленной сатисфакции желаемого со стремлением тут же получить то, что хотят. Им трудно ждать, проявлять терпение, отложить удовлетворение своих желаний. Они не толерантны к затруднениям. В отличие от пограничных

лиц, во время импульсивности, не совершают опасных для своей жизни и жизни окружающих поступков.

8. Их речевая продукция чрезвычайно импрессионистична.

7) Тревожное (избегающее) РЛ. Это лица, обнаруживающие гиперсенситивность к воздействиям социальной среды, чрезмерно реагирующие на настроения и поступки окружающих; свойственная им тревожность определяет не только ход мыслей и поведение, но и препятствует interpersonalным контактам, восприятию позитивных сторон жизни. С детства основой их темперамента является «избегание вредности». Они пугливы, воспринимают окружающее как источник угрозы, не могут оставаться в одиночестве, боятся темноты, животных, транспорта, слышат «домашними детьми». Предпочитают общение с младшими по возрасту, с ними чувствуют себя увереннее, спокойнее. В школьном коллективе им неуютно, они держатся в стороне, избегают драк и шумных игр, пасуют перед более смелыми ребятами, служат объектом их насмешек.

8) Зависимое расстройство. Это расстройство, частично совпадающее с астеническим типом психопатии, прямых аналогов в отечественной систематике не имеет.

2. Условные категории – пассивно-агрессивное и депрессивное.

Пассивно-агрессивное личностное расстройство содержит признаки, описанные в рамках "орально-садистического характера". Основной чертой ПАЛР является негативистический подход и пассивное сопротивление требованиям адекватного поведения в социальных (включая семейные) и производственных ситуациях.

Общей характеристикой пассивно-агрессивного расстройства является пассивное сопротивление различным требованиям, необходимым для адекватного социального или профессионального функционирования. Согласно DSM-IV, оно имеет ряд признаков, пяти из которых достаточно для установления диагноза этого нарушения.

1. "Волокита". Лица с этим расстройством постоянно откладывают различные, требующие решения проблемы, до бесконечности затягивая их исполнение, находя "объективные" причины для того, чтобы не завершать или не начинать необходимую активность. Это касается самых разных сфер жизнедеятельности: различного рода обещаний, выполнения заданий, поручений, обязательств перед родственниками, друзьями, членами семьи, что создает определенные трудности как им самим, так и окружающим.

2. Эти люди становятся угрюмыми, мрачными, раздражительными, аргументативными, вступающими в различные дискуссии, споры в многочисленных ситуациях, когда их просят сделать то, чего они делать не хотят. Аргументативность сводится к стремлению доказать, что делать этого не нужно. Желание окружающих заставить их предпринять определенные виды активностей портит им настроение, изменяет отношение к окружающим, обижают, воспринимается как насилие, чья-то прихоть, как ненужная, ущемляющая их права деятельность.

3. Они частично осознанно, а частично не осознанно выполняют работу настолько медленно, что люди, с которыми связана эта деятельность, теряют терпение и раздражаются. Очень часто совершают ошибки в работе, делая ее не так, как нужно. И, если, в конце концов, и выполняют задание, то делают это неправильно. Те, кто "загрузил" их какими-то поручениями, в дальнейшем стараются делать все сами. Вышеперечисленное касается видов деятельности, в которых страдающие данным видом расстройства люди не заинтересованы.

4. Без каких-либо достаточных оснований часто протестуют против предъявляемых к ним требований или просьб, считая их неразумными, лишеными достаточного смысла, связанными с тем, что люди, которые их выдвигают, не разбираются в ситуации, не понимают ненужности и бессмысленности происходящего.

5. Избегание выполнения различных обязанностей, которые являются частью рабочего цикла. Уклонение объясняется забывчивостью, рассеянностью.

6. Внутреннее убеждение, что они справляются с различными заданиями значительно лучше, чем оценивают их деятельность окружающие. Они думают, что другие крайне необъективны, не выделяют главного, придираются к мелочам, несущественным деталям, выдвигают завышенные требования.

7. Отвергают различного рода полезные советы окружающих, касающиеся возможности уст-

ранения каких-то ошибок, улучшения продуктивности их деятельности; вступают в дискуссии; могут пытаться логически обосновывать несостоятельность этих "поучений"; могут использовать перенос, проецировать свои недостатки на других, особенно лиц, критикующих их. Они фиксируются на различных событиях, фактах из прошлого, стараясь показать, что эти люди вели себя некомпетентно, непрофессионально, поэтому они не имеют никакого права ни предъявлять какие-то требования, ни поучать их.

8. Саботируют попытки, старания других сделать что-то в производственном цикле: на работе, по дому. Свое звено работы в этой цепи они не выполняют или делают его с серьезными ошибками.

9. Без достаточных оснований критикуют, дискредитируют людей, которые занимают более авторитетную позицию.

Депрессивное расстройство личности. Среди диагностических критериев депрессивного РЛ выделяются следующие, берущие начало в раннем пубертате и носящие глубокий, всепроникающий характер, поведенческие комплексы и психопатологические образования – депрессивный строй мышления и поведения; пессимизм, уныние, безрадостность, мрачность, подавленность, при отсутствии чувства удовольствия; убежденность в собственной беспомощности, неадекватности, малоценности; чувство вины, угрызения совести; чрезмерная серьезность, исключая чувства юмора; фиксация на отрицательных сторонах жизни; склонность к тревоге и беспокойству.

3. Распространенность расстройств личности в популяции.

Исследования Вейланта и Перри показали, что в зависимости от критериев диагностики психопатии у взрослого населения составляют 5–15%. По данным Е. Д. Соколовой (1980) и других исследователей, среди состоящих на учёте в психоневрологических диспансерах и поступающих в психиатрические больницы психопатические личности составляют 4,3–5%. По данным Горвая, 10,04% госпитализированных в психиатрические стационары составляют психопатические личности. Ряд исследователей указывает, что среди психопатических личностей преобладают лица мужского пола.

4. Критерии психопатии по П. Б. Ганнушкину.

П.Б. Ганнушкин впервые описал диагностические критерии психопатий:

1. Тотальность патологических черт характера (страдает вся личность, а не отдельные ее черты; они проявляются везде: дома и на работе, в обыденных условиях и в стрессе);

2. Относительная стабильность и необратимость патологических черт – это длительное, стойкое патологическое состояние, отмечающееся на протяжении почти всей жизни; впервые появляются в разном возрасте, чаще в подростковом, иногда с детства; хотя психопатические особенности могут претерпевать известное видоизменение в течение жизни, т.е. усиливаться или развиваться в определенном направлении;

3. Социальная дезадаптация, которая является следствием патологических черт характера, а не наоборот.

5. Признаки здоровой личности.

Признаки здоровой личности по А. Маслоу:

1. Эффективное восприятие реальности и комфортные взаимоотношения с ней. Здоровые люди оценивают реальность и строят прогнозы на основе фактов, а не личных потребностей, страхов и желаний или общественных стереотипов. Следовательно, восприятие реальности здоровыми людьми более объективно, а в своих прогнозах они более точны. Они с лёгкостью разоблачают ложь и манипуляции. Здоровых людей притягивает и манит неизвестность. Они не суеверны.

2. Принятие себя, других и природы. Здоровый человек принимает себя и других со всеми недостатками и изъянами. Для него характерно отсутствие самодавящего чувства вины и стыда. Он принимает свои потребности, поэтому у него хороший аппетит, крепкий сон, он умеет получать удовольствие от секса.

3. Спонтанность, простота и естественность. Здоровые люди спонтанны, но эта спонтанность больше проявляется в образе мышления, эмоционального реагирования и идей, нежели в поведении. Они соблюдают общественные нормы скорее из уважения к другим людям, а не из

страха или стыда. Соблюдение норм подобно накидке, которую они легко могут сбросить, что и происходит, когда они, например, занимаются любимым делом, отстаивают принципиальную точку зрения или находятся в окружении близких людей.

4. Центрированность на проблеме. Служение. Здоровый человек занят не собой, а своим делом. Почти у каждого из них есть призвание, которому они служат и отдаются без остатка, не тратя времени на самоанализ. В общем-то, с собой здоровые уже разобрались и им нет необходимости заниматься самокопанием. К тому же, как вы помните, они хорошо осознают свои мысли, эмоции и поступки без сложного анализа. Их интересуют вопросы философии и морали, поэтому они все немного философы и способны сохранять философский взгляд даже на самые тяжёлые ситуации.

5. Отстранённость, потребность в уединении. Все здоровые люди с лёгкостью переносят одиночество и даже любят его. Они способны сохранить отстранённую позицию, даже когда вокруг бушуют страсти. Они не склонны вступать в созависимые отношения. Кстати, отстранённость самоактуализирующегося человека может стать причиной затруднений в его общении с обычными людьми, которые склонны интерпретировать её как холодность, снобизм, недружелюбие или даже враждебность.

6. Автономия: независимость от культуры и окружения. Самоактуализирующиеся люди свободны в своих действиях, независимо от физического и социального окружения. Эта автономия позволяет им полагаться на свой собственный потенциал и внутренние источники роста и развития. Также независимость от среды даёт большую устойчивость перед лицом трудных жизненных ситуаций.

7. Свежесть восприятия. Здоровый человек обладает свежим взглядом на вещи, что позволяет ему не только воспринимать весь мир в его неповторимости, но и видеть новое даже в хорошо знакомых вещах. Эта особенность определяет и эмоциональное реагирование: такие люди всегда готовы радоваться и удивляться, они редко жалуются на скучную, однообразную жизнь.

8. Высшие переживания. Здоровые люди склонны испытывать пиковые переживания: волнение, вдохновение, умиротворение, благодать. Для этого им не нужно никаких искусственных стимуляторов. Для таких состояний характерно ощущение гармонии со всем миром и выход за пределы собственного «Я».

9. Чувство общности с человечеством в целом. Для здоровых людей характерно чувство общности с человечеством в целом, человеколюбие, склонность к состраданию. Отношение самоактуализирующегося человека к другим людям можно описать как братское: да, он может испытывать к ним негативные чувства, но ощущению общности это не мешает.

10. Избирательность и глубина межличностных отношений. Здоровый человек разборчив в отношениях, у него не очень много друзей. Обычно он стремится общаться с людьми, находящимися с ним на примерно одном уровне развития. При этом близкие отношения самоактуализирующихся личностей обычно значительно глубже, чем отношения личностей обычных. Всё это не мешает чувству общности, описанному в предыдущем пункте: самоактуализирующийся человек стремится быть благожелательно настроенным даже к тем, с кем общаться не хочет.

11. Демократичность. Самоактуализирующиеся личности уважают других людей независимо от их расы, религии, класса, возраста и так далее. Они лишены предубеждений на этот счёт. Именно демократичность лежит в основе такой особенности самоактуализирующейся личности, как их готовность к обучению. Они не боятся показаться несведущими, они готовы учиться у всякого, кто может открыть им что-то новое.

12. Разграничение средств и целей, устойчивые морально-нравственные принципы. У здоровых людей существуют чёткие моральные и нравственные принципы, причём выработанные на основе собственного опыта и здравого смысла, а не принятые как данность общества.

13. Философское чувство юмора. Самоактуализирующимся людям свойственно мягкое, ироничное, неуловимо высмеивающее человеческие пороки чувство юмора. Они способны посмеяться над собой и над жизнью в целом, но редко хохочут до упада и их никогда не забавляет чьи-то горе и неполноценность.

14. Креативность. Все без исключения здоровые люди обладают способностью к творчеству. При этом совершенно не важна сфера, в которой они творят.

15. Соппротивление культурным влияниям. Самоактуализирующиеся люди находятся в гармонии с культурой своего общества, сохраняя определенную внутреннюю независимость от нее. Благодаря автономности их мышление и поведение слабо поддаются социальному и культурному влияниям.

6. Основные типологии личностных расстройств (в историческом контексте).

Классификация по П. Б. Ганнушкину:

1) Астенический тип. Для психопатических личностей этого круга характерны с детства повышенная робость, стеснительность, нерешительность, впечатлительность. Особенно теряются они в незнакомой обстановке и новых условиях, испытывая при этом чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительность, «мимозность» проявляется как в отношении психических раздражителей, так и физических нагрузок.

2) Психастенический тип. Личностям этого типа свойственны выраженная стеснительность, нерешительность, неуверенность в себе и склонность к постоянным сомнениям. Психастеники легко ранимы, застенчивы, робки и вместе с тем болезненно самолюбивы. Для них характерно стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю, склонность к абстрактным, оторванным от реальной жизни логическим построениям, навязчивым сомнениям, страхам. Для психастеников трудны любые перемены в жизни, нарушение привычного уклада (смена работы, места жительства и т. д.), это вызывает у них усиление неуверенности и тревожных опасений.

3) Шизоидный тип. Личности этого типа отличаются замкнутостью, скрытностью, оторванностью от реальности, склонностью к внутренней переработке своих переживаний, сухостью и холодностью в отношениях с близкими людьми. Для шизоидных психопатов характерна эмоциональная дисгармония: сочетание повышенной чувствительности, ранимости, впечатлительности – если проблема лично значима, и эмоциональной холодности, непробиваемости в плане чужих проблем («дерево и стекло»). Такой человек отрешен от действительности, его жизнь направлена на максимальное самоудовлетворение без стремления к славе и материальному благополучию. Увлечения его необычны, оригинальны, «нестандартны».

4) Параноидный тип. Главной особенностью психопатических личностей этого круга является склонность к образованию сверхценных идей, которые формируются к 20–25 годам. Однако, уже с детства им свойственны такие черты характера, как упрямство, прямолинейность, односторонность интересов и увлечений. Они обидчивы, злопамятны, самоуверенны и очень чувствительны к игнорированию их мнения окружающими. Постоянное стремление к самоутверждению, безапелляционная категоричность суждений и поступков, эгоизм и крайняя самоуверенность создают почву для конфликтов с окружающими.

5) Возбудимый тип. Ведущими чертами возбудимых личностей являются крайняя раздражительность и возбудимость, взрывчатость, доходящая до приступов гнева, ярости, причем реакция не соответствует силе раздражителя. После вспышки гнева или агрессивных поступков больные быстро «отходят», сожалеют о случившемся, но в соответствующих ситуациях поступают так же. Такие люди обычно многим недовольны, ищут поводы для придирок, вступают в споры по любому поводу, проявляя излишнюю горячность и стараясь перекричать собеседников. Отсутствие гибкости, упрямство, убежденность в своей правоте и постоянная борьба за справедливость, сводящаяся в конечном итоге к борьбе за свои права и соблюдение личных эгоистических интересов, приводят к их неуживчивости в коллективе, частым конфликтам в семье и на работе.

6) Истерический тип. Для истерических личностей наиболее характерна жажда признания, то есть стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих. Это проявляется в их демонстративности, театральности, преувеличении и приукрашивании своих переживаний. Их поступки рассчитаны на внешний эффект, лишь бы поразить окружающих, например, необычно ярким внешним видом, бурностью эмоций (восторги, рыдания, заламывания рук), рассказами о необыкновенных приключениях, нечеловеческих страданиях. Иногда больные, чтобы привлечь на себя внимание, не останавливаются перед ложью, самооговорами, например, приписывают себе преступления, которых не совершали.

7) Аффективный тип. К этому типу относятся личности с различным, конституционально обусловленным, уровнем настроения. Лица с постоянно пониженным настроением составляют группу гипотимных (депрессивных) психопатов. Это всегда мрачные, унылые, всем недовольные и малообщительные люди. В работе они излишне добросовестны, аккуратны, исполнительны, так как во всем готовы видеть осложнения и неудачи. Для них характерны пессимистическая оценка настоящего и соответствующий взгляд на будущее, в сочетании с пониженной самооценкой.

8) Неустойчивый (безвольный) тип. Люди этого типа отличаются повышенной подчиняемостью внешним влияниям. Это слабовольные, легко внушаемые, «бесхарактерные» личности, легко поддающиеся влиянию других людей. Вся их жизнь определяется не целевыми установками, а внешними, случайными обстоятельствами. Они нередко попадают в дурную компанию, спиваются, становятся наркоманами, мошенниками. На работе такие люди необязательны, недисциплинированы. С одной стороны, они всем дают обещания и стараются угодить, но малейшие внешние обстоятельства выбивают их из колеи. Они постоянно нуждаются в контроле, авторитетном руководстве. В благоприятных условиях они могут хорошо работать и вести правильный образ жизни.

Классификация Е. Краепелин состоит из 7 групп: возбудимые, безудержные (неустойчивые), импульсивные (люди влечений), чудачки, лжецы и обманщики (псевдологи), враги общества (антисоциальные), патологические спорщики.

В систематике К. Schneider выделяется 10 типов психопатических личностей. 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.

7. Типологии Э. Кречмера, К. Леонгарда, А. Е. Личко.

Кречмер выделил и описал четыре наиболее часто встречающихся типа строения тела, или конституции, человека. В соответствии с типом телосложения он выделил три основных типа темперамента. Помимо этого он предпринимал попытки объяснить поведение человека, связав его с типом телосложения. В результате им был сделан вывод о том, что тип тела каким-то образом связан со склонностью к психическим заболеваниям. Например, маниакально-депрессивным психозом чаще всего болеют люди с крайне выраженными чертами пикника. К шизофреническим заболеваниям более склонны астеники и атлетики. Хотя у Кречмера не было научно обоснованных доказательств высказанной им идеи, практический опыт показывает, что определенная связь между типом характера и телосложением существует, например у людей с определенным типом строения тела отмечаются акцентуации соответствующих черт характера.

В классификацию Леонгарда входят следующие типы:

1. Гипертимный тип. Его характеризует чрезвычайная контактность, словоохотливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики. Такой человек часто спонтанно отклоняется от первоначальной темы разговора. У него возникают эпизодические конфликты с окружающими людьми из-за недостаточно серьезного отношения к своим служебным и семейным обязанностям. Люди подобного типа нередко сами бывают инициаторами конфликтов, но огорчаются, если окружающие делают им замечания по этому поводу.

2. Дистимный тип. Его характеризует низкая контактность, немногословность, доминирующее пессимистическое настроение. Такие люди являются обычно домоседами, тяготятся шумным обществом, редко вступают в конфликты с окружающими, ведут замкнутый образ жизни. Они высоко ценят тех, кто с ними дружит, и готовы им подчиняться. Они располагают следующими чертами личности, привлекательными для партнеров по общению: серьезностью, добросовестностью, обостренным чувством справедливости. Есть у них и отталкивающие черты. Это пассивность, замедленность мышления, неповоротливость, индивидуализм.

3. Циклоидный тип. Ему свойственны довольно частые периодические смены настроения, в результате чего так же часто меняется манера общения с окружающими людьми. В период повышенного настроения такие люди являются общительными, а в период подавленного – замкнутыми. Во время душевного подъема они ведут себя как люди с гипертимной акцентуацией характера, а в период спада – как люди с дистимной акцентуацией.

4. Возбудимый тип. Данному типу присуща низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций. Нередко такие люди занудливы и угрюмы, склонны к хамству и брани, к конфликтам, в которых сами являются активной, провоцирующей стороной. Они неуживчивы в коллективе, властны в семье. В эмоционально спокойном состоянии люди данного типа часто добросовестные, аккуратные, любят животных и маленьких детей. Однако в состоянии эмоционального возбуждения они бывают раздражительными, вспыльчивыми, плохо контролируют свое поведение.

5. Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. В конфликтах такой человек обычно выступает инициатором, активной стороной. Он стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, предъявляет повышенные требования к себе; особо чувствителен к социальной справедливости, вместе с тем обидчив, уязвим, подозрителен, мстителен; иногда чрезмерно самонадеян, честолюбив, ревнив, предъявляет непомерные требования к близким и к подчиненным на работе.

6. Педантичный тип. Человек с акцентуацией такого типа редко вступает в конфликты, выступая в них скорее пассивной, чем активной стороной. На службе он ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Вместе с тем он с охотой уступает лидерство другим людям. Иногда он изводит домашних чрезмерными претензиями на аккуратность. Его привлекательные черты: добросовестность, аккуратность, серьезность, надежность в делах, а отталкивающие и способствующие возникновению конфликтов – формализм, занудливость, брюзжание.

7. Тревожный тип. Людям с акцентуацией данного типа свойственны: низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение. Они редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях ищут поддержки и опоры. Нередко располагают следующими привлекательными чертами: дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью.

8. Эмотивный тип. Эти люди предпочитают общение в узком кругу избранных, с которыми устанавливаются хорошие контакты, которых они понимают «с полуслова». Редко сами вступают в конфликты, играя в них пассивную роль. Обиды носят в себе, не «выплескивая» наружу. Привлекательные черты: доброта, сострадательность, обостренное чувство долга, исполнительность. Отталкивающие черты: чрезмерная чувствительность, слезливость.

9. Демонстративный тип. Этот тип акцентуации характеризуется легкостью установления контактов, стремлением к лидерству, жаждой власти и похвалы. Такой человек демонстрирует высокую приспособляемость к людям и вместе с тем склонность к интригам (при внешней мягкости

манеры общения). Люди с акцентуацией такого типа раздражают окружающих самоуверенностью и высокими притязаниями, систематически сами провоцируют конфликты, но при этом активно защищаются. Они обладают следующими чертами, привлекательными для партнеров по общению: обходительностью, артистичностью, способностью увлечь других, неординарностью мышления и поступков. Их отталкивающие черты: эгоизм, лицемерие, хвастовство, отлынивание от работы.

10. Экзальтированный тип. Ему свойственны высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Вместе с тем лица данной типологической группы привязаны и внимательны к друзьям и близким. Они альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Отталкивающие черты: паникерство, подверженность сиюминутным настроениям.

11. Экстравертированный тип. Такие люди отличаются высокой контактностью, у них масса друзей, знакомых, они словоохотливы до болтливости, открыты для любой информации, редко вступают в конфликты с окружающими и обычно играют в них пассивную роль. В общении с друзьями, на работе и в семье они часто уступают лидерство другим, предпочитают подчиняться и находиться в тени. Они располагают такими привлекательными чертами, как готовность внимательно выслушать другого, сделать то, о чем просят, исполнительность. Отталкивающие особенности: подверженность влиянию, легкомыслие, необдуманность поступков, страсть к развлечениям, к участию в распространении сплетен и слухов.

12. Интровертированный тип. Его, в отличие от предыдущего, характеризует очень низкая контактность, замкнутость, оторванность от реальности, склонность к философствованию. Такие люди любят одиночество; вступают в конфликты с окружающими только при попытках бесцеремонного вмешательства в их личную жизнь. Они часто представляют собой эмоционально холодных идеалистов, относительно слабо привязанных к людям. Обладают такими привлекательными чертами, как сдержанность, наличие твердых убеждений, принципиальность. Есть у них и отталкивающие черты. Это – упрямство, ригидность мышления, упорное отстаивание своих идей.

Классификация Личко:

1. Гипертимный тип. Подростки этого типа отличаются подвижностью, общительностью, склонностью к озорству. В происходящие вокруг события они всегда вносят много шума, любят беспокойные компании сверстников.

2. Циклоидный тип. Характеризуется повышенной раздражительностью и склонностью к апатии. Подростки с акцентуацией характера данного типа предпочитают находиться дома одни, вместо того чтобы где-то бывать со сверстниками. Они тяжело переживают даже незначительные неприятности, на замечания реагируют крайне раздражительно. Настроение у них периодически меняется от приподнятого до подавленного (отсюда название данного типа). Периоды перепада настроений составляют примерно две-три недели.

3. Лабильный тип. Этот тип характеризуется крайней изменчивостью настроения, причем часто оно непредсказуемо. Поводы для неожиданного изменения настроения могут оказаться самыми ничтожными, например кем-то случайно оброненное слово, чей-то неприветливый взгляд. Все они способны погрузиться в уныние и мрачное расположение духа при отсутствии каких-либо серьезных неприятностей и неудач. Поведение этих подростков во многом зависит от сиюминутного настроения. Настоящее и будущее соответственно настроению может восприниматься то в светлых, то в мрачных тонах.

4. Астеноневротический тип. Этот тип характеризуется повышенной мнительностью и капризностью, утомляемостью и раздражительностью. Особенно часто утомляемость проявляется при интеллектуальной деятельности.

5. Сензитивный тип. Ему свойственна повышенная чувствительность ко всему: к тому, что радует, и к тому, что огорчает или пугает. Эти подростки не любят больших компаний, подвижных игр. Они обычно застенчивы и робки при посторонних людях и потому часто воспринимаются окружающими как замкнутые.

6. Психастенический тип. Такие подростки характеризуются ускоренным и ранним интеллектуальным развитием, склонностью к размышлениям и рассуждениям, к самоанализу и оценкам

поведения других людей. Однако нередко они бывают больше сильны на словах, а не на деле. Самоуверенность у них сочетается с нерешительностью, а безапелляционность суждений – с поспешностью действий, предпринимаемых как раз в те моменты, когда требуется осторожность и осмотрительность.

7. Шизоидный тип. Наиболее существенная черта этого типа – замкнутость. Эти подростки не очень тянутся к сверстникам, предпочитают быть одни, находиться в компании взрослых. Они нередко демонстрируют внешнее безразличие к окружающим людям, отсутствие интереса к ним, плохо понимают состояния других людей, их переживания, не умеют сочувствовать. Их внутренний мир нередко наполнен различными фантазиями, какими-либо особенными увлечениями. Во внешних проявлениях своих чувств они достаточно сдержанны, не всегда понятны для окружающих, прежде всего для своих сверстников, которые их, как правило, не очень любят.

8. Эпилептоидный тип. Эти подростки часто плачут, изводят окружающих, особенно в раннем детстве. Такие дети, как отмечает Личко, любят мучить животных, дразнить младших, издеваться над беспомощными. В детских компаниях они ведут себя как диктаторы. Их типичные черты – жестокость, властность, себялюбие.

9. Истероидный тип. Главная черта этого типа – эгоцентризм, жажда постоянного внимания к собственной особе. У подростков данного типа нередко выражена склонность к театральности, позерству, рисовке. Такие дети с большим трудом выносят, когда в их присутствии кто-то хвалит их же товарища, когда другим уделяют больше внимания, чем им самим. Для них насущной потребностью становится стремление привлекать к себе внимание окружающих, выслушивать в свой адрес восторги и похвалы.

10. Неустойчивый тип. Его иногда неверно характеризуют как тип слабовольного, плывущего по течению человека. Подростки данного типа обнаруживают повышенную склонность и тягу к развлечениям, причем без разбора, а также к безделью и праздности. У них отсутствуют какие-либо серьезные, в том числе профессиональные, интересы, они почти совсем не думают о своем будущем.

11. Конформный тип. Подростки данного типа демонстрируют конъюнктурное, а часто просто бездумное подчинение любым авторитетам, большинству в группе. Они обычно склонны к морализаторству и консерватизму, а их главное жизненное кредо – «быть как все». Это тип приспособленца, который ради своих собственных интересов готов предать товарища, покинуть его в трудную минуту, но, что бы он ни совершил, он всегда найдет «моральное» оправдание своему поступку, причем нередко даже не одно.

8. Методы диагностики личностных расстройств в клинической психологии.

Оценка личности может быть субъективной и объективной. Субъективная оценка основана на проективных тестах, например на рисуночном тесте, в которых можно заметить отрицание или принятие негативных черт, тесте Роршаха, тематико-ассоциативном тесте (ТАТ) и тесте незаконченных предложений, который показывает скрытые цели личности. Она также может быть построена на основании субъективного интервью, в котором испытуемый рассказывает о себе. Объективная оценка личности основана на тестировании с помощью оценки ММРІ и объективном интервью, включающем оценку личности окружающими. В клинические шкалы ММРІ входит определение уровня подверженности ипохондрии и депрессии, истерии и склонности к аномалиям характера, паранойальность и психастеничность, подверженность шизофрении и парафрении, а также уровень мужественности – женственности, экстраверсии – интроверсии. С помощью теста Айзенк можно выявить четыре гипократических темперамента, уровень стабильности – нестабильности, интроверсии – экстраверсии. Тесты межличностных отношений позволяют оценить проявление личности в социальных коммуникациях. Прямое описание личности возможно также с помощью этологических методов наблюдения.

В условиях амбулаторного наблюдения возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функциональных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Объективный анамнез – важнейший этап диагностики личностного расстройства. С целью получения объективных сведений производят расспрос лиц его ближайшего окружения – родст-

венников, знакомых, сослуживцев. Важные сведения могут быть получены также из характеристик с места учебы или работы, проживания. Объективный анамнез включает:

А) данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами; личностных особенностях ближайшего окружения;

Б) данные о личности пациента, характерологических особенностях, особенностях его развития, поведения в детстве, изменения склада личности в течение жизни под влиянием возрастных кризов; данные о семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на патогенные воздействия внешней среды. Сведения о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, терапевтический анамнез собираются при изучении и анализе медицинской документации.

Основной метод исследования – расспрос (клиническое интервью). Позволяет собрать субъективный анамнез и выявить клинические факты, определяющее психическое состояние. Расспрос должен проводиться врачом в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая факторы, способные создать ощущение торопливости. Врач должен исключить демонстрацию собственной личностной позиции и не допускать оценивающих, комментирующих и назидательных высказываний. Предпочтительными считаются вопросы, стимулирующие опрашиваемого к самостоятельному рассказу, который следует деликатно направлять в нужное русло (этап пассивного интервью). Рекомендуется начинать беседу с получения фактических сведений, переходя от нейтральных тем – к эмоционально значимым. Вопросы должны быть по возможности простыми и понятными пациенту. Их доступность определяется совпадением их лексики с речевой практикой пациента, что зависит от образовательного, культурного уровня, национальных и этнических факторов. Анамнестические сведения собирают от прошлого больного к настоящему. При расстройствах личности удается установить, что уже в детском возрасте у пациента проявляются черты характера, которые достигают крайности и влияют на его адаптацию в обществе. Схема опроса – хронологическая последовательность, она включает школьный, семейный, трудовой, сексуальный, социальный анамнез и анамнез болезни. Расспрос должен выявлять:

А) психические расстройства с учетом времени их появления, последующего усложнения или обратного развития с оценкой их влияния на различные стороны жизни пациента;

Б) личностные особенности и характерологические изменения;

В) особенности реагирования на психические травмы;

Г) влияние перенесенных экзогенных вредностей (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ) на психическое состояние пациента;

Д) особенности протекания критических возрастных периодов;

Е) эффективность лечения.

Во время расспроса обращается внимание на особенности внешнего вида пациента, его мимику, движения, речь. Во время беседы с пациентом выявляются:

А) степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности;

Б) особенности мышления, памяти, интеллекта, внимания и их нарушения;

В) особенности эмоционально-волевой сферы, настроения;

Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования. При изложении психического состояния применяется описательный метод. В тех случаях, когда обследуемый употребляет слова и выражения, точно описывающие его переживания, их следует приводить как прямую речь. Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, нозологической диагностики и выбора терапии. При интерпретации полученных данных психиатр должен руководствоваться клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу.

Экспериментально-психологическое исследование – исследование направлено на изучение психической деятельности личности, дает возможность выявить внутреннюю структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, сохраненные стороны личности, установить индивидуальные особенности личности. Минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

А) исследование умственной работоспособности и внимания: отсчитывание, таблицы Шульте (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона – не менее одной методики;

Б) исследование памяти: узнавание предметов, запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов – не менее двух методик;

В) исследование ассоциативной сферы: ответные, свободные и тематические ассоциации, пиктограмма – не менее одной методики;

Г) исследование мыслительной деятельности

9. Возможности и ограничения применения личностных опросников и качественных методов психодиагностики.

Достоинства личностных опросников: простота применения, легкость обработки, наглядность представления результатов.

Недостатки: изменчивость ответов при повторном тестировании, зависимость проявления черт от определенных условий.

К числу наиболее распространенных тестов, применяемых для исследования личности больного, можно отнести:

1. Метод исследования уровня притязаний.
2. Метод Дембо-Рубинштейна.
3. Метод фрустрации Розенцвейга.
4. Метод незаконченных предложений.
5. Тематический апперцептивный тест (ТАТ)
6. Метод Роршаха.
7. Миннесотский многопрофильный личностный опросник
8. Подростковый диагностический опросник Личко (ПДО).
9. Тест Люшера. Включает в себя набор из восьми карт – четыре с основными цветами (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре с дополнительными (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Выбор цвета в порядке предпочтения отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, а также некоторые наиболее устойчивые черты личности.

Тема 5. Исследование и оценка личности. Диагностика личностных расстройств.

Описательный диагноз, критерии описательной диагностики. Структурированное интервью, экспериментальные методы. Психодинамический, когнитивный, поведенческий подходы. Оценка эффективности.

1. Описательный диагноз, критерии описательной диагностики.

DSM – III – R – это попытка понятно описать, что представляют собой проявления психических нарушений, и только иногда объяснить их причину. Для каждого специфического психического нарушения существуют специфические критерии диагностики. Эти критерии включают описание существенных характеристик, наличие которых необходимо для постановки диагноза. Доказано, что такие критерии повышают надежность процесса, в результате которого разными клиницистами ставится один и тот же диагноз.

В DSM – III – R подробно описываются все нарушения, отмечены их существенные характеристики и сопутствующие особенности, а также приведены краткие данные о возрасте начала заболевания, динамике, обострениях, осложнениях и предрасположенности, распространенности, сексуальной сфере, наследственности и дифференциальном диагнозе.

DSM – III – R – многоосевая система, позволяющая оценить состояние больного по нескольким переменным; она содержит пять осей.

Ось I. Клинические синдромы и состояния, не связанные с психическим заболеванием.

Ось II. Отклонения в развитии личности включают умственную ретардацию, специфические нарушения развития, особенно те, которые ведут к деформации личности, и личностные нарушения.

Оси I и II содержат комплексную классификацию психических нарушений, которая включает 19 основных классификаций и более 200 специфических нарушений.

1. Нарушения, которые обычно впервые проявляются в детском или подростковом возрасте (относится к категории нарушений развития по DSM – III – R.

2. Органические психосиндромы и нарушения.

3. Неврологические нарушения органического характера, вызванные приемом психотропных средств.

4. Другие нарушения, вызванные приемом психотропных средств.

5. Шизофрения.

6. Бредово – параноидные расстройства.

7. Психотические расстройства, ранее не включавшиеся в классификацию.

8. Нарушения настроения, которые прежде в DSM – III – R назывались аффективными расстройствами.

9. Расстройства, выражающиеся в повышенной тревожности (или невроз).

10. Соматоформные нарушения.

11. Диссоциативные нарушения (например, истерический невроз, диссоциативная форма).

12. Сексуальные нарушения.

13. Расстройства сна.

14. Нарушения, возникшие искусственно. 15. Нарушения контроля над своими побуждениями, ранее не включавшиеся в классификацию.

16. Нарушение регуляции.

17. Психологические факторы, влияющие на физическое состояние. 18. Расстройства личности.

19. Состояния, которые нельзя связать с психическим заболеванием, на которые следует обратить внимание и лечить.

Соответственно DSM – III – R, во многих случаях должны наблюдаться нарушения сразу по обоим осям. Например, у взрослого больного может наблюдаться депрессия в виде ее основного проявления или синдрома, отмечаемого по оси I, и нарушение личности в форме компульсивности оси II, или же у ребенка могут быть нарушения поведения по оси I и расстройства речи по оси II. Ось III. Ось III содержит перечень физических нарушений или состояний, которые могут наблюдаться у больного с психическими расстройствами. В основе нарушения психического состояния могут лежать истинно физические причины; примером могут служить случаи, когда болезнь почек вызывает делирий; могут также встречаться случаи, когда в основе нарушения физического состояния лежат психические расстройства (например, у больного алкоголизмом может развиваться вторичный алкогольный гастрит), и, наконец, иногда соматическое заболевание называется самостоятельно, независимо от психических нарушений. Ось III содержит коды, заимствованные из Международной классификации болезней, травм и причин смерти, МКБ – 9.

Ось IV. Ось IV содержит шкалу из 6 пунктов для кодирования психосоциальных факторов, вызывающих стресс и способствующих развитию обострений наблюдающегося заболевания. Ниже приводятся примеры, иллюстрирующие ось IV как для взрослых, так и для детей и подростков. Ниже приводится шкала тяжести психосоциальных стрессов для взрослых:

Код 1. Стрессорный фактор определяется как отсутствующий; никакие события не могут рассматриваться как острый стресс, способный вызвать заболевание, отсутствуют также устойчивые длительные стрессовые обстоятельства, которые могли бы вызвать заболевание.

Код 2. Стрессорный фактор характеризуется как слабый; примером острых стрессов служит разрыв с возлюбленным (возлюбленной), начало или окончание учебы в школе, случай, когда ребенок расстается с домашними; длительные стрессовые обстоятельства – конфликты в семье, неудовлетворенность работой, проживание в районе высокой преступности. Код 3. Стрессорный фактор характеризуется как умеренный, примерами острых стрессорных факторов могут быть брак, разлука с супругом, потеря работы, уход на пенсию, аборт, примерами устойчивых стрессогенных воздействий – несогласие в браке, серьезные финансовые затруднения, плохие отношения

с начальником, случай, когда один из родителей исполняет все родительские обязанности (родитель – одиночка).

Код 4. Стрессорный фактор рассматривается как тяжелый или хронический.

Код 5. Чрезмерно тяжелый стрессорный фактор.

Код. Катастрофически острый стресс.

Ось 4 – экстремальный стрессовый фактор.

Ось 5 – значительные нарушения трудовой деятельности.

2. Структурированное интервью, экспериментальные методы.

Структурное интервью помогает провести четкие разграничения при дифференциальной диагностике (особенно пограничных состояний). Кроме того, оно дает информацию относительно прогноза и показаний к психотерапии, а также представление о мотивациях пациента, способности к интроспекции и сотрудничеству, позволяет оценить потенциальную возможность психотической декомпенсации.

Структурное диагностическое интервью сочетает в себе психоаналитическое наблюдение, направленное на взаимодействие пациента и терапевта, с психоаналитической техникой интерпретации конфликтов и защитных действий, проявляющихся в этом взаимодействии. Цель же данного подхода заключается в том, чтобы выявить как ключевые симптомы, в которых проявляется психопатология, так и лежащую за ними структуру личности.

Важной чертой данного подхода является его циклическая природа. Образ ключевых симптомов, размещенных вдоль окружности, дает терапевту, переходящему от одного симптома к другому, возможность возвращаться столько раз, сколько это необходимо, к одной и той же теме, но в новом контексте, на более поздних стадиях интервью, заново проверяя свои первоначальные впечатления.

Терапевт концентрируется на важнейших симптомах, исследуя их по мере того, как они проявляются здесь-и-теперь (т. е. в настоящем интервью), используя прояснение, конфронтацию, осторожную интерпретацию и пристально следя за реакциями пациента, от которых во многом зависит структурный диагноз.

Перед терапевтом стоят одновременно три задачи. Он должен исследовать субъективный внутренний мир пациента, наблюдать поведение пациента в его взаимодействии с терапевтом в процессе интервью и быть внимательным к своим собственным эмоциональным реакциям на пациента, поскольку они помогают выявить природу скрытых объектных отношений. Терапевт оценивает все отклонения в эмоциях, мышлении или поведении пациента и открыто и тактично обсуждает с ним свои наблюдения, замечая при этом, насколько пациент способен чувствовать эмпатию к переживаниям терапевта. С аналитической точки зрения необходимо оценить способность к интроспекции и инсайту, а с психопатологической – способность к тестированию реальности.

На основе анализа реакций пациента дифференцируются невротические, пограничные и психотические структуры. Поскольку у пограничных пациентов сохранена способность к тестированию реальности, у них часто происходят неожиданные изменения и улучшение функционирования в ответ на прояснения, конфронтации и интерпретации терапевта. Хотя в то же время открывается пустота, хаотичность их личности и трудности их объектных отношений. В отличие от психотических пациентов, пограничные пациенты обычно сохраняют способность к интроспекции и к инсайту относительно причин своего противоречивого поведения. Пациенты с психотической структурой не способны отделить свои фантазии от реальности, поэтому, когда терапевт пытается прояснить некоторые события, в ответ он получает признаки нарушения тестирования реальности. Пациенты же с невротическими нарушениями обладают целостной Я-концепцией, что вызывает у терапевта углубление эмпатии по отношению к различным сторонам их конфликтов и реальной жизни.

3. Психодинамический, когнитивный, поведенческий подходы.

Согласно концепции Векс'а, когнитивный компонент в виде нарушенного мышления оказывает глубокое влияние на эмоциональные и поведенческие составные различных психических нарушений, прежде всего депрессивного синдрома. Позитивное воздействие на нарушенную когницию приводит к значительному улучшению состояния. В настоящее время когнитивная терапия

применяется при различных личностных расстройствах.

Когнитивная терапия фокусируется на том, что происходит "здесь и сейчас" и, в отличие от психоаналитической терапии, уделяет мало внимания детскому периоду. Основное внимание обращено на выяснение характера мышления и чувств пациента/пациентки во время сеансов терапии и между ними. Бессознательные факторы не анализируются. Пациенты/пациентки обучаются ряду упражнений, которые они должны совершать в виде домашнего задания в промежутках между сеансами терапии.

В когнитивной терапии основное внимание концентрируется на сознательных внутренних переживаниях, здесь учитываются мысли, чувства, желания, мечты, "сны наяву", оценки, содержания отношений. Главная цель состоит в изменении дезадаптивных моделей мышления.

Каждый человек интерпретирует события на основе опыта предшествующей жизни. На интерпретацию влияют приобретённые ранее убеждения, установки, привычные схемы, тактики и стратегии поведения. Многие способы реагирования находятся в пресознании в неактивном, «дремлющем» виде, но они легко автоматически задействуются при встрече с соответствующим стимулом. Когнитивное нарушение характеризуется ошибочными умозаключениями, которые, в свою очередь, усиливают воздействие ранее сформулированных убеждений, что в ещё большей степени приводит к отрыву от реальности.

В соответствии с когнитивной моделью автоматические мысли индивидуума очерчивают его/её эмоциональные реакции на ситуацию. В то же время, ряд исследований показывает, что аффекты, в свою очередь, влияют на когниции. Показано, что даже мягкое депрессивное настроение влияет на когнитивные процессы восприятия и поведения конгруэнтным с депрессией образом. Таким образом, имеет место порочный круг: отрицательные автоматические мысли вызывают депрессивное настроение, а депрессивное настроение «направляет» когницию в конгруэнтное депрессии русло.

При проведении когнитивной терапии следует учитывать, что каждый человек проявляет отчётливую тенденцию интерпретировать свои переживания и оценки конкретной ситуации, находясь под влиянием сформировавшихся ранее подходов и убеждений. Здесь всегда имеет значение, например, выраженность ассертивности, уступчивости, подчиняемости, открытой или скрытой агрессивности. Бессознательные «дремлющие» прототипы этих моделей мышления и поведения автоматически оживают под воздействием определённых внешних ситуаций и приводят во многом к предопределённым типам реакций.

Современные исследования обнаруживают, что неправильные убеждения, нарушения когниций имеют значение при каждом личностном расстройстве. Это относится, в частности, к пограничному, зависимому, обсессивно-Компульсивному, параноидному, избегания и другим личностным расстройствам.

В начале когнитивной терапии целесообразно установить мотивацию/мотивации пациента/пациентки добиться чего-то, разрешить одну из многих проблем. Найденная мотивация может носить периферический, а не центральный характер и, что здесь главное, позволяет обоюдно опереться на работу в этом направлении. Успех в проведении терапии такого содержания значительно стимулирует пациентов, повышает их доверие к терапевту, что позволяет расширить поставленные задачи и постепенно выйти на центральные, наиболее актуальные для пациентов/пациенток, проблемы. Пациенту/пациентке очень важно чувствовать, что они активно участвуют в терапевтическом процессе, что их участие получает положительную оценку и вызывает уважение к ним терапевта. Опыт показывает, что психотерапевтическая работа в случаях личностных расстройств трудоёмка, требует терпения и больших затрат времени.

4. Оценка эффективности.

Под результативностью психологического консультирования понимаются его конечные итоги для клиента, а именно – то, что в его психологии и поведении действительно изменилось под влиянием проведения консультирования.

О положительном результате психологического консультирования можно судить по ряду признаков. Положительное, оптимальное, удовлетворяющее как психолога-консультанта, так и клиента решение той проблемы, с которой клиент обратился в психологическую консультацию.

Эффективность результата подтверждается совокупностью положительных итогов. По завершении консультации обе ее стороны – консультант и клиент – признают, что проблема, ради которой консультирование проводилось, успешно разрешена, причем для этого имеются убедительные объективные доказательства. Ни психологу-консультанту, ни клиенту не требуется каких-либо дополнительных аргументов в пользу того, что консультирование действительно прошло успешно. Психолог-консультант может считать, что консультирование было успешным и проблема клиента решена, в то время как сам клиент может в этом сомневаться, отрицать или не ощущать полностью реальных результатов психологического консультирования. Иногда, напротив, клиенту кажется, что в результате консультирования ему полностью удалось справиться со своей проблемой, в то время как психолог-консультант сомневается в этом и настаивает на продолжении консультации, желая получить дополнительные убедительные доказательства того, что проблема клиента действительно успешно решена.

Заметим, что по своим результатам психологическое консультирование может проявляться и по-другому: объективно, субъективно, внутренне и внешне. Объективные признаки результативности психологического консультирования проявляются в том, что ему сопутствуют достоверные факты, свидетельствующие об успешности консультирования. Субъективные признаки результативности психологического консультирования проявляются в чувствах, ощущениях, мнениях и представлениях консультанта. Внутренние признаки результативности психологического консультирования проявляются в изменениях психологии клиента. Они могут ощущаться (осознаваться) или не ощущаться (не осознаваться) клиентом, могут проявляться или не проявляться в его реальном поведении, в доступных внешнему наблюдению действиях и поступках клиента. Внешние признаки результативности психологического консультирования, напротив, всегда и достаточно отчетливым образом проявляются в видимых, доступных прямому наблюдению и оценкам, формах его поведения.

В соответствии с приведенным выше определением результативности психологического консультирования его итоги могут оцениваться по-разному:

- во-первых, по самоощущению клиента, по тому, насколько лучше он стал себя чувствовать после проведения психологического консультирования;
- во-вторых, по результатам психологического тестирования состояний и психологических свойств (особенностей личности) клиента;
- в-третьих, по наблюдениям со стороны за поведением клиента. Оценивать итоги проведенного консультирования можно по каждому из названных критериев в отдельности, а лучше – по всем таким критериям, вместе взятым.

Тема 6. Методы коррекции и профилактики личностных расстройств.

Основные психотерапевтические подходы к терапии личностных расстройств (психоаналитический, когнитивно-поведенческий, когнитивно-аналитический). Проблема мотивации к терапии. Проблема эффективности терапии личностных расстройств. Понятие о профилактике в клинике личностных расстройств. Роль психолога в комплексной работе с патологической личностью совместно с психиатром, социальным работником, психотерапевтом, дефектологом.

1. Основные психотерапевтические подходы к терапии личностных расстройств (психоаналитический, когнитивно-поведенческий, когнитивно-аналитический).

Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять и изменять «глубинные» проблемы. Эти две школы различаются во взглядах на характер глубинной структуры, и различие заключается в том, что представители психоаналитической школы считают эти структуры неосознаваемыми и труднодоступными для пациента. Напротив, когнитивные психотерапевты придерживаются мнения, что данные явления в значительной степени осознаваемы и при специальной подготовке могут быть еще более доступны для осознания. Дисфункциональные чувства и поведение (согласно теории когнитивной психотерапии) в значительной степени обусловлены определенными схемами, которые лежат в основе искаженных суждений и сопутствующей им тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций. Основная посылка когнитивной модели психо-

терапии заключается в том, что главным источником дисфункциональных эмоций и поведения у взрослых являются ошибки атрибуции, а не отклонения в мотивации или реакциях.

Пациенты с расстройствами личности часто рассматривают трудности, с которыми они сталкиваются при общении с другими людьми или выполнении каких-либо задач, как внешние по отношению к ним и в основном не зависящие от их поведения. Они часто говорят о себе как о жертве других людей или, более глобально, «системы». Такие пациенты часто не имеют представления о том, как они стали такими, какие они есть, как они создают себе проблемы или как им измениться. Эти пациенты часто направляются на лечение членами их семей или друзьями, которые распознают дисфункциональные паттерны или больше не могут справиться с этими людьми.

Расстройство личности является, вероятно, одной из наиболее ярких иллюстраций разработанной Бекком концепции «схемы». Схемы (определенные правила, которые управляют обработкой информации и поведением) могут быть разделены на ряд категорий, таких как личностные, семейные, культурные, религиозные, гендерные или профессиональные схемы. Схемы могут быть выведены из поведения или оценены в ходе беседы и при сборе анамнеза.

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла в конце 50-х гг. прошлого века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека. У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы они практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

2. Проблема мотивации к терапии.

Когда человек ищет психологической помощи, он обычно надеется, что в его жизни возможны положительные перемены. Однако иногда люди попадают к консультанту не по своей воле и отвергают роль клиента, навязываемую другими лицами. Например, клиент говорит: "Моя жена потребовала, чтобы я пришел сюда, однако не думаю, что Вы сможете мне помочь". Некоторые обращаются к консультанту с единственным намерением – доказать, что никто не способен им помочь. Этим клиентам в процессе консультирования недостает мотивации.

Нежелание быть объектом чьей-либо помощи – совершенно нормально и понятно при отрицании соответствующих проблем. Если человек считает, что не нуждается в помощи, он вовсе не должен скрывать это от консультанта.

Если у клиента отсутствует мотивация, мы обычно обнаруживаем, что направившие его люди решают таким образом свои проблемы и трактуют консультанта в качестве наказующей силы. Особенно высок процент принудительно консультируемых в школах.

Если «немотивированный» клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать консультанта, обычно свое нежелание поддерживать консультативный контакт он выражает по-разному – пропускает встречи, опаздывает, безразличен ко всему, что происходит во время кон-

сультирования, отказывается принять долю ответственности за процесс консультирования. Особенно часто свое сопротивление клиенты выражают молчанием. Обычно это молчание для консультанта бывает очень «громким». Иногда клиент уныло крутит пуговицу и всем своим видом показывает, что он просто отсиживает в кабинете. Враждебность может выражаться и прямо. Например, клиент говорит: «Приходить и проводить с Вами время – не моя идея».

Казалось бы, самое простое решение, которое напрашивается, – отказаться работать с лицами, не имеющими достаточной мотивации к совершенствованию и переменам своей жизни. Однако это не всегда возможно. Консультант помимо занятия частной практикой обычно трудится в какой-либо организации (школа, клиника, консультативный центр). Своей работой он не только удовлетворяет индивидуальные цели, но и служит реализации целей учреждения. Консультант вынужден оказывать помощь лицам, которые не сами обратились за ней, а направлены учителем, врачом или приведены родителями. Обязанность помогать человеку, который того не желает, вызывает стресс, а нередко противоречит мировоззрению консультанта.

Встретившись с «немотивированным» клиентом, консультант должен принять его таким, каков он есть, т.е. как не заинтересованного в консультировании человека. В этом и состоит путь к успешному консультативному контакту. Если консультант пытается одолеть клиента, заставить его сотрудничать, значит, он не понимает его. Нежелание следует трактовать столь же серьезно, как любую другую установку: надо отнестись с пониманием, но одновременно показать, что и консультант не заинтересован насильно работать на благо клиента. Можно обстоятельно и серьезно объяснить клиенту суть и возможности консультирования. Если не стремиться помогать клиенту любой ценой и особенно против его воли, возможно, начнет изменяться мотивация клиента и найдутся предпосылки для возникновения продуктивного консультативного контакта. Однако консультант должен спокойно и без ненужного самообвинения допускать и то, что "немотивированный" клиент останется лишь формальным клиентом или вообще прекратит посещения.

3. Проблема эффективности терапии личностных расстройств.

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психотерапии становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов, организационных форм психотерапии, увеличением числа специалистов-психотерапевтов в системе здравоохранения.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения.

1. Для оценки эффективности психотерапии требуется прежде всего четко определить метод, с помощью которого она осуществляется.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника.

3. Число пациентов, леченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель.

7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку.

8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов

лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

4. Понятие о профилактике в клинике личностных расстройств.

В качестве профилактики личностного расстройства рекомендуется уделять время беседам с близкими и обращать внимание на изменения в поведении и образе мышления. Также рекомендуется избегать социально неблагоприятного окружения и стрессовых факторов.

5. Роль психолога в комплексной работе с патологической личностью совместно с психиатром, социальным работником, психотерапевтом, дефектологом.

Основной задачей психолога является его участие в диагностике, лечении и социально-трудовом приспособлении больных – в сотрудничестве с врачами и другими специалистами этих учреждений.

Основные разделы работы медицинского психолога определяются его участием в:

- решении задач дифференциальной диагностики;
- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств;
 - диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза;
- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии;
- экспертной работе;
- психокоррекционной работе и работе по реабилитации больных.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Понятие личности. Определение нормы и аномальности в психологии.

1. Феномен патологии личности.
2. Историческое развитие научных представлений о личностных расстройствах в сравнении с другими видами расстройств.
3. Клинические концепции расстройств личности (концепция психоэстетической пропорции Э. Кречмера; концепция прототипов Э. Крепелина, П.Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой; концепция вырождения; концепция нравственного помешательства; разделение олигофрении и психопатий Э. Крепелином; взгляды К. Шнейдера).
4. Учение о психопатиях в отечественной психиатрии.
5. Ядерные (конституциональные) и психогенные психопатии.
6. Историческая изменчивость представлений о норме и патологии личности.

7. Медицинская и психологическая модели личностных расстройств.
8. Гипотезы, объясняющие личностные расстройства.

Тема 2. Клинические классификации расстройств личности в системах МКБ-10 и DSM-IV. Диагностические критерии.

1. Расстройства личности как стойкое сочетание поведенческих и содержательных характеристик взаимодействия, аффектов, познания, контроля.
2. Основные подходы к объяснению природы расстройств личности.
3. Статистические модели расстройств личности. Понимание расстройства личности в теории объектных отношений.
4. Понимание расстройства личности в когнитивно-поведенческом подходе.
5. Исследования патологии личности в патопсихологии.
6. Формирование патологической личности в онтогенезе: роль протективных и негативных социально-психологических факторов.
7. Систематика личностных расстройств в DSM IV и МКБ-10.

Тема 3. Взаимодействие социально-средовых и биологических (конституционно-генетических) факторов в формировании и нарушениях психики.

1. Биологические психологические и социокультурные факторы.
2. Коморбидность с другими расстройствами.
3. Проблема динамики личностных расстройств.

Тема 4. Клинико-психологическая классификация и характеристика личностных расстройств.

1. Параноидное, шизоидное, шизотипичное, истероидное, нарциссическое, асоциальное, пограничное, избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное расстройства.
2. Условные категории – пассивно-агрессивное и депрессивное.
3. Распространенность расстройств личности в популяции.
4. Критерии психопатии по П.Б. Ганнушкину.
5. Признаки здоровой личности.
6. Основные типологии личностных расстройств (в историческом контексте).
7. Типологии Э. Кречмера, К. Леонгарда, А.Е. Личко.

Тема 5. Исследование и оценка личности. Диагностика личностных расстройств.

1. Методы диагностики личностных расстройств в клинической психологии. Возможности и ограничения применения личностных опросников и качественных методов психодиагностики.
2. Описательный диагноз, критерии описательной диагностики.
3. Структурированное интервью, экспериментальные методы.
4. Психодинамический, когнитивный, поведенческий подходы.
5. Оценка эффективности.

Тема 6. Методы коррекции и профилактики личностных расстройств.

1. Основные психотерапевтические подходы к терапии личностных расстройств (психоаналитический, когнитивно-поведенческий, когнитивно-аналитический).
2. Проблема мотивации к терапии.
3. Проблема эффективности терапии личностных расстройств.
4. Понятие о профилактике в клинике личностных расстройств.
5. Роль психолога в комплексной работе с патологической личностью совместно с психиатром, социальным работником, психотерапевтом, дефектологом.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Расстройства личности» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а

также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Задания для самостоятельной работы

Самостоятельная работа по дисциплине «Расстройства личности» предполагает два основных направления:

- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
- 2) Подготовка к практическому занятию.

Важным направлением самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Расстройства личности» является выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выписать значение терминов, более подробно рассмотреть то или иное расстройство, проанализировать социально-исторический контекст возникновения и становления того или иного подхода к пониманию расстройств личности и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объём и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

Подготовка к практическому занятию – включает повторение материала лекции, чтение дополнительной литературы, конспектирование материала в соответствии с планом практических занятий.