

## Особенности Расстройства Личности По Возрасту И Улучшение Качество Жизни Больных

Рахимова Дилфуза Шодиевна

Бухарский областной психоневрологический диспансер

**Аннотация:** Личностная особенность – это комплекс достаточно стабильных стереотипов мышления, восприятия, реакции и межличностных отношений. О расстройстве личности можно говорить тогда, когда эти особенности становятся настолько выраженными, ригидными и дезадаптивными, что нарушают образ жизни человека, мешают работе и/или влияют на межличностные отношения. Снижение социальной адаптивности причиняет значительные неудобства лицам с расстройством личности и окружающим их людям. У лиц с расстройством личности (в отличие от всех других, кто обращается за психологической помощью) именно стресс, вызванный последствиями социально-дезадаптивного поведения, как правило, является основной причиной, по которой они обращаются за медицинской помощью, а не из-за дискомфорта по поводу их мыслей и чувств. Таким образом, задача клинициста состоит в том, чтобы дать понять пациенту, что именно черты личности являются корнем проблем.

**Ключевые слова:** Расстройства личности, Психопатия, возрастные особенности.

**Актуальность:** Термин «психопатия» применяется для характеристики отклонений психики, при которых преимущественно проявляются патологии характера, влияющие на поведение пациента и отражающиеся в его поступках, при отсутствии грубых психических нарушений.

Врожденные и стойкие аномалии характера; патологический склад личности, в большей или меньшей степени препятствующие адаптации человека в обществе, по меткому выражению К.Шнайдера, «страдают сами и заставляют страдать других». В связи с тем, что до настоящего времени диагноз «психопатия» воспринимается как дискриминация больного и может носить обидный для него характер, Международная классификация болезней 10-го пересмотра предлагает другой термин – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Расстройства личности представляют собой комплекс глубоко укоренившихся ригидных и дезадаптивных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и отношение к себе и к окружающим, снижение социального приспособления и, как правило, эмоциональный дискомфорт и субъективный дистресс. Они возникают чаще всего в подростковом или даже в детском возрасте, причем каждый тип расстройства имеет свой характерный возраст формирования. С начала своего возникновения эти дезадаптивные личностные черты уже не имеют очерченности во времени и пронизывают весь период взрослой жизни. Их проявления не ограничиваются каким-либо аспектом функционирования, а затрагивают все сферы личности – эмоционально-волевою, мышление, стиль межличностного поведения.

Ригидность этих черт делает их носителя неспособным гибко приспосабливаться к меняющимся требованиям повседневности к выбору адаптивных решений жизненных

проблем. Это сочетается с неспособностью опираться на собственный, зачастую печальный, опыт. Т. е., психопат не учится не только на чужих ошибках, но и на своих.

Эти люди не в состоянии реалистично воспринимать себя и окружающих и устанавливать с ними эмпатические отношения. Отрицательные реакции окружающих часто предопределяют социальную дезадаптацию подобных личностей. При оценке личностных расстройств необходимо в первую очередь отличать черту личности - долговременную тенденцию или предрасположенность к определенному реагированию – от психического состояния пациента в данный момент. Черту личности следует также отличать от социальной роли, вынуждающей к определенному поведению (например, повышенная агрессивность у военных, сотрудников МВД, авторитарность учителей, педантичность бухгалтеров и т.д.).

Личностные расстройства следует отличать и от вторичных изменений личности вследствие других психических заболеваний или последствий черепно-мозговых травм. При этом клинические изменения личности могут проявиться раньше основного заболевания.

Основными диагностическими критериями расстройства личности служат:

- тотальность патологических черт характера, которые проявляются в любой обстановке (дома, на работе, и т.д.);
- стабильность патологических черт, которые выявляются в детском возрасте и сохраняются до периода зрелости;
- социальная дезадаптация, являющаяся следствием именно патологических черт характера, не обусловленная неблагоприятными условиями среды.

Расстройства личности встречаются у 8-10% населения. Их происхождение в большинстве случаев неоднозначно. В их развитии играет роль патологическая наследственность (прежде всего алкоголизм, психические заболевания, расстройства личности у родителей), разного рода экзогенно-органические воздействия (черепно-мозговые травмы и другие негрубые повреждения мозга в возрасте до 3-4 лет, а также пре- и перинатальные нарушения), социальные факторы (неблагоприятные условия воспитания в детстве, в результате потери родителей или воспитание в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимание детям, больными алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогические установки).

Кроме того, часто отмечаются следующие особенности нейрофизиологического и нейробиохимического функционирования: наличие на ЭЭГ биполярно симметричных тета-волн, свидетельствующих о задержке созревания головного мозга; у пациентов с высоким уровнем импульсивности обнаруживается повышение уровня некоторых половых гормонов (тестостерона, 17-эстрадиола, эстрогена); с общим снижением уровня социальной активности больных коррелирует повышенный уровень моноаминоксидазы.

### **Классификация расстройств личности.**

Классификации расстройств личности разнообразны, в настоящей статье рассматриваются основные типы, вошедшие в МКБ-10. Необходимо помнить, что на практике чистых психопатических групп не существует, врач чаще имеет дело со смешанными типами.

**Параноидное расстройство личности** Для страдающего данным расстройством человека характерна тенденция приписывать окружающим злые намерения; склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является мысль об особом значении собственной личности. Сам больной редко обращается за помощью, а если его направляют родственники, то при беседе с врачом он отрицает проявление расстройств личности. Такие люди чрезмерно чувствительны к критике, постоянно кем-то недовольны. Подозрительность и общая тенденция к искажению фактов, путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных, нередко

приводят к необоснованным мыслям о заговорах, субъективно объясняющих события в социальном окружении.

**Шизоидное расстройство личности** Характеризуется замкнутостью, необщительностью, неспособностью к теплым эмоциональным отношениям с окружающими, сниженным интересом к сексуальному общению, склонностью к аутистическому фантазированию, интровертированностью установок, затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется в эксцентричных поступках. Страдающие шизоидными расстройством личности обычно живут своими необычными интересами и увлечениями, в которых могут достигать больших успехов. Для них часто характерна увлеченность различными философиями, идеями усовершенствования жизни, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет или спортивных занятий, особенно если для этого не надо непосредственно иметь дело с другими людьми. У шизоидов может оказаться достаточно высоким риск пристрастия к наркотикам или алкоголю с целью получения удовольствия или улучшения контактов с окружающими людьми.

**Диссоциальное расстройство личности** Характеризуется обращающим на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами. Больные могут обладать специфическим поверхностным шармом и производить впечатление (чаще на врачей противоположного пола). Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, максимально избегая труда. Начиная с детского возраста их жизнь представляет собой богатую историю асоциальных поступков: лживость, прогулы, побег из дома, вовлеченность в криминальные группы, драки, алкоголизация, наркотизация, воровство, манипулирование окружающими в собственных интересах. По словам П.Б.Ганнушкина, все это образует своеобразный психологический комплекс, обозначаемый в быту как «бессовестность». Пик антисоциального поведения приходится на поздний подростковый возраст (16-18 лет).

Эмоционально-неустойчивым расстройством личности страдают преимущественно мужчины, его проявления отмечаются в возрасте 20-40 лет.

#### Эмоционально-неустойчивое расстройство личности

При данной патологии наряду с неустойчивостью настроения существует выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий. Расстройством данного типа страдают преимущественно мужчины. Проявления отмечаются в возрасте 20-40 лет, с достижением среднего возраста острота симптоматики сглаживается. Основное проявление данного расстройства заключается в отдельных эпизодах потери контроля над своими агрессивными побуждениями, что выражается в нападениях на окружающих и повреждении имущества. Это сочетается с несоответствием проявляемого уровня агрессивности с пусковым фактором для эпизода. По прошествии всплеска эксплозивности наблюдаются проявления тревожно-депрессивной симптоматики – человек испытывает чувство вины, сожалеет о содеянном. Важно подчеркнуть, что вне этих эпизодов проявления импульсивности и агрессивности не являются для больного типичными.

Распространенность истерического расстройства личности в популяции составляет 2-3%, с преобладанием у женщин.

**Истерическое расстройство личности** Характеризуется чрезмерной эмоциональностью и стремлением к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях. Распространенность истерического расстройства личности в популяции составляет 2-3%, с преобладанием у женщин. Часто оно сочетается с соматизированным расстройством и алкоголизмом. Перечислим основные черты, характерные для данного расстройства: поиск внимания окружающих к себе, непостоянство в привязанностях, капризность, непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу). Последнее может достигаться не только экстравагантным внешним видом, хвастовством, лживостью, фантазерством, но и

наличием у них «таинственных болезней», которые могут сопровождаться выраженными вегетативными пароксизмами (спазмы, ощущение удушья при волнении, тошнота, афония, онемение конечностей и другие расстройства чувствительности). Самое непереносимое для больных – равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя».

#### Ананкастное расстройство личности (обсессивно-компульсивное)

Таким людям свойственны озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости и продуктивности. Все это значительно сужает их приспособительные возможности к окружающему миру. Больные лишены одного из важнейших механизмов приспособления к окружающему миру – чувства юмора. Всегда серьезные, они нетерпимы ко всему, что угрожает порядку и совершенству. Постоянные сомнения в принятии решений, вызванные страхом совершить ошибку, отравляют им радость от работы, но тот же страх мешает им сменить место деятельности. В зрелом возрасте, когда становится очевидным, что достигнутый ими профессиональный успех не соответствует первоначальным ожиданиям и приложенным усилиям, повышен риск развития депрессивных эпизодов и соматоформных расстройств.

#### Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности

Им свойственно ограничение социальных контактов, ощущение собственной неполноценности и повышенная чувствительность к негативным оценкам. Уже в раннем детстве эти пациенты характеризуются как чрезмерно робкие и застенчивые, они искаженно воспринимают отношение к себе, преувеличивая его негативность, а также риск и опасность повседневной жизни. Им трудно говорить на публике или просто обратиться к кому-то. Потеря социальной поддержки может привести к тревожно-депрессивной и дисфорической симптоматике.

Терапия расстройств, связанных с характерологическими девиациями, сугубо индивидуальна. При выборе лечебного воздействия, как правило, принимаются во внимание не только диагностические и типологические характеристики, но также структура расстройства, возможности самоанализа и субъективное опосредование психопатологии, особенности поведения и реакций (агрессивные и аутоагрессивные тенденции), наличие коморбидной личностной и психической патологии, готовность к сотрудничеству и достаточно продолжительному терапевтическому альянсу с врачом (что особенно важно у личностей, избегающих, жаждущих признания и диссоциальных).

В многочисленных исследованиях указывается на эффективность психотерапии расстройств личности, а также социально-средовых и педагогических воздействий, гармонизирующих поведение и способствующих достижению стабильной адаптации. Психофармакологические средства как метод коррекции расстройств личности – относительно новая концепция. Психофармакотерапия в данном случае не преследует цели полного купирования симптомокомплексов, формирующихся в рамках динамики психопатий, ее задачи ограничиваются коррекцией гипертрофирующихся до уровня психопатологических образований патохарактерологических проявлений. Соответственно, лечение проводится в амбулаторных условиях, имеет поддерживающий характер, а объем лекарственных воздействий основывается на применении следующих психотропных средств: атипичных антипсихотиков (кветиапина, рисперидона), тимоаналептиков последних поколений (золота, симбалта, венлафаксина) и транквилизаторов (клоназепам, афобазол), традиционных антипсихотиков (неулептила, соннапакса), в средних и малых дозах. Также применяются нормотимики: карбамазепин, ламотриджин, соли лития. Не остается без применения и препарат, входящий в «золотой фонд» психиатрии – амитриптилин.

**Вывод:** Чаще всего необходимость в психофармакотерапии возникает при декомпенсациях личностных расстройств, сопровождающихся феноменами тревоги, вспышками

импульсивности и гнева, аффективными и параноидными симптомокомплексами, полной дезорганизацией социальной жизни.

Вовремя и правильно подобранное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение повышает качество жизни человека с такой трудной судьбой и «не оставляет места для терапевтического пессимизма».

### **Литература:**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика – М., 1933.
3. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. ? М: «Советский спорт», 2001.
4. Смулевич А.Б. Расстройства личности. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007
5. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога. /Сост. Соловьева С.Л. – М.: «АСТ»; СПб.: «Сова», 2006.