**Расстройства личности.**

Расстройство личности — вид [психического расстройства](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) в [клинической психологии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) и [психиатрии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F).

Расстройство личности представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре. Это тяжёлое нарушение [характерологической конституции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезадаптацией.

Диагностические критерии (по МКБ-10):

а) заметная дисгармония в личностных позициях и [поведении](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например [аффективность](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82_%28%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F%29%22%20%5Co%20%22%D0%90%D1%84%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%28%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F%29), возбудимость, контроль побуждений, процессы [восприятия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%80%D0%B8%D1%8F%D1%82%D0%B8%D0%B5) и [мышления](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%8B%D1%88%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%28%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29), а также стиль отношения к другим людям; в разных [культуральных](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC%22%20%5Co%20%22%D0%9A%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC) условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчётливо нарушающим [адаптацию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или [подростковом возрасте](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%B2%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82) и продолжают своё существование в периоде [зрелости](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D0%B9);

д) расстройство приводит к значительному личностному [дистрессу](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%22%20%5Co%20%22%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81), но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением [профессиональной](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) и [социальной](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) продуктивности.

Только когда индивидуальные черты личности являются не приспосабливаемыми, не адаптируемыми и приводят к значительному ухудшению жизни, они могут быть названы расстройством личности.

Общим механизмом динамики расстройств личности являются компенсация и декомпенсация патологического состояния, а также патологическое развитие. Они отражают преимущественно количественные степени выраженности нарушений в пределах одного типа расстройства личности.

Компенсация – это тип динамики расстройства личности, когда в результате развития вторичных характерологических черт, играющих защитную роль в отношении первичных особенностей, обеспечивается временная адаптация личности к микросреде. Состояние компенсации отличается минимальными проявлениями и удовлетворительными показателями социальной приспособляемости. В эти периоды нет необходимости в медицинской помощи.

Декомпенсация – это период, характеризующийся явным заострением основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением социальной адаптации. Клинические проявления декомпенсации могут выходить за рамки собственно личностных расстройств и достигать уровня болезненных состояний.

Патологическое развитие - это длительное нарастание изменений личности, с выявлением характерных, в зависимости от особенностей психотравмирующих факторов и склада личности больного.

Алгоритм постановки диагноза специфического расстройства личности. Для установления специфического расстройства личности важно наличие совокупности 3 признаков: 1) тотальность патологических свойств личности (проявляются в любой жизненной ситуации); 2) стойкость (малая обратимость) качеств; 3) выраженность.

Экспериментально-психологическое исследование.

 Исследование направлено на изучение психической деятельности личности, дает возможность выявить внутреннюю структуру познавательных и эмоционально-волевых процессов, сохранные 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: исключение предметов и понятий, сравнение и признаки понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям – не менее трех методик;

Д) исследование индивидуально-психологических особенностей: «Подростковый диагностический опросник» - ПДО; личностные опросники (ММРI – «Миннесотский мультифакторный личностный опросник», тест Кеттела, Шмишека, ИТО – индивидуальный типологический опросник) – не менее одной методики.

Е) Исследование механизмов психологической защиты и копингов: ИЖС – индекс жизненного стиля, ССП – стратегии совладающего поведения.

Диагностические критерии:

ММЛО - показатели разных базисных шкал от 70 до 80 баллов выделяют те акцентуированные черты, которые временами затрудняют социально-психологическую адаптацию человека. Показатели выше 81свидетельствуют о нарушенной адаптации и об отклонении состояния индивида от нормального. Это могут быть психопатические черты характера, состояние стресса, вызванное экстремальной ситуацией, невротические расстройства и, наконец, психопатология, о наличии которой может судить только патопсихолог или психиатр по совокупности данных психодиагностического, экспериментально-психологического и клинического исследований.

Шмишек:

0-5 баллов - можно говорить об отсутствии свойств и проявлений данной характерологической акцентуации.

6-10 баллов -умеренная выраженность данной акцентуации характера

11 -13 баллов - можно считать, что тенденции к проявлению данной акцентуации характера присутствуют

14-18 баллов - сильная тенденция к данной акцентуации характера

19-24 балла -  присутствует акцентуация характера по данной шкале

ИТО:

3-4 балла - показатели в пределах нормы,

5-7 баллов - выраженные умеренно (акцентуированные черты),

8-9 баллов - выраженные избыточно (состояние эмоциональной напряженности, затрудненная адаптация).

Психологическая коррекция.

Важно! Расстройство личности входит в личностно-аномальный патопсихологический симптомокомплекс, т.е является необратимым.

Цель - гармонизация поведения и достижение стабильной социальной адаптации пациента. Применяются методы групповой, семейной и индивидуальной психотерапии. Выбор методического приема зависит от типа расстройства личности и варианта динамики.

Групповая психотерапия предусматривает использование взаимоотношения, возникающие между участниками группы, а также между психотерапевтом и группой в целом. Терапия ориентирована на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций и аномального поведения пациента через опосредованное групповым взаимодействием раскрытие, осознание и психологическую переработку имеющихся проблем. В результате групповой терапии устраняются неадекватные установки, когнитивные, эмоциональные и поведенческие стереотипы. Особенно важным является то, что в ходе такой работы пациент приобретает реальный опыт конструктивного преодоления внутри- и межличностных конфликтов.

Семейная психотерапия направлена на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций и аномального поведения пациента через его систему близких отношений.

Индивидуальная психотерапия

Этапы психотерапевтической работы:

1. Психообразование – направлено на получение пациентом качественной и доступной информации о его состоянии, проявлениях, перспективах и т.п.
2. Принятие своего заболевания – достаточно трудный этап терапии
3. Адаптация – пациент осваивает адаптивные формы реагирования и поведения

Основные принципы психотерапии

Учитывая сложную структуру причинных механизмов этих расстройств, психотерапия должна проводиться с учетом 9-ти основных принципов.

Вот 9 основных:

1) Качественный психотерапевтический контракт. Иначе… ну сами понимаете: и психотерапия не получится и профессиональное выгорание, а то и психологическая травма самого психотерапевта обеспечена!

2) Ориентация формы контакта и его содержания на тип психопатии. Возможно это отдельная тема для обсуждения, но в общем виде, психотерапевт при контакте с истерической личностью в определенной мере должен демонстрировать принятие (и уважительно относится) к эгоцентризму пациента, а при работе с ананкастной личностью принимать навязчиво-тревожное поведение, как реальность и не игнорировать тщательность пациента.

3) Необходимость активизации позитивных свойств личности. Психопатические изменения личности не бывают тотальны, а в некоторых случаях можно найти пользу для социализации.

4) Противодействие негативным замыслам и стимулирование активности пациента для реализации социально-приемлемых целей.

5) Создание условий для «педагогического воздействия», когда пациент вместе с психотерапевтом ставит задачу не только решения текущих проблем, но и «перестройки» некоторых своих черт характера.

6) Нивелировка характерологических девиаций.

7) Обучение предвидению и распознаванию декомпенсирующих ситуаций и факторов.

8) Помощь в обретении специфичной, для типа личностной девиации, «социальной ниши».

9) А также, осторожная конфронтация с «интрапсихическими противоречиями», которые обязательно существуют в личности пациента и, как правило, не очень хорошо осознаются.

И 10-й принцип. Можно сказать ключевой принцип психотерапии «психопатизированного» пациента!

- «аффективная логика» - аффективно-насыщенное отношение к психотравмирующей ситуации приводят к нарушению мышления. Именно представление об «аффективной логике» (другой близкий термин - «кататимное мышление») позволяет «ухватить» важную сущность психопатического расстройства: нарушающий мыслительные процессы аффект, способствует снижению значимости личностной конечной цели. Это очень важная характеристика подобных пациентов –сиюминутный аффект делает даже значимую личностную цель незначительной. С другой стороны, сама аффективная логика дает основание понять, что текущая, субъективно переживаемая, аффективно окрашенная потребность (например, «быть лучше всех, во что бы то ни стало») определяет поведение человека. Эта потребность определяет последовательность их действий, приводит к нарушению процессов прогнозирования и считывания прошлого опыта, и в конечном итоге к нарушениям адаптации.

И таким образом, с учётом вышесказанного, 10-й принцип психотерапии психопатий можно сформулировать как: «Психотерапия психопатий должна преимущественно проводиться в фазе компенсации!». Это и есть основной ключ.

Обычные практики психотерапии психопатий предполагают работу с такими пациентами по обращению. Но такие пациенты самостоятельно обращаются только в ситуации декомпенсации. А в состоянии декомпенсации психотерапии может помочь только справиться с самой декомпенсацией, потому, что пациенты в фазе декомпенсации не накапливают опыт и не делают его частью личностной стратегии. Для создания устойчивого эффекта психотерапии психопатизированного пациента нужно позаботиться о качественном психотерапевтическом контракте, который обеспечить прохождения психотерапии в фазе компенсации. И тогда опыт будет накапливаться, а личностные особенности трансформироваться!