



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

***ПАТОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ
ОСОБИСТОСТІ.
РОЗЛАДИ ЗРІЛОЇ ОСОБИСТОСТІ ТА
ПОВЕДІНКИ.
СТІЙКИ ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ.
ОРГАНІЧНИЙ РОЗЛАД
ОСОБИСТОСТІ***

д. мед. н., професор Васильєва Ганна Юріївна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність

Проблема дослідження **розладів особистості** постала ще наприкінці 80-х років XIX століття. Вчені, що розробляють цю проблему, вважають, що виділення психопатії в самостійну нозологічну форму вимогливо диктується потребами практики, переважно судової. Адже ця категорія хворих значною мірою схильна до протиправних учинків.

Термін «**розлад особистості**» замінив застарілу дефініцію «**психопатія**», яку використовували в психіатрії до офіційного переходу на Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) в 1997 році.

Раніше вважалося, що психопатії зумовлені «вродженою неповноцінністю нервової системи, шкідливостями, що впливають на плід, зокрема під час пологів».

Відтепер як предиспонує при розладах особистості розглядають низку причин. Значущість їх впливу варіює залежно від типу розладу та індивідуальних характеристик людини.

Найчастіше обговорюється взаємодія генетичного поліморфізму та соціальних чинників, зокрема перенесених у дитинстві психічних травм.

Перенесене в дитинстві психічне, фізичне та сексуальне насильство створює значний ризик розвитку розладів особистості.

«Розлад» не є точним терміном, але тут під ним мається на увазі клінічно визначена група симптомів або поведінкових ознак, які в більшості випадків завдають страждань і перешкоджають особистісному функціонуванню.

Ізольовані соціальні відхилення або конфлікти без особистісної дисфункції не слід оцінювати, як психічні розлади.

Розвиток уявлень про розлади особистості бере свій початок іще з часів Гіппократа, який використовував термін «психопатичний темперамент». Термін «психопатія» тривалий час використовували для позначення розладу особистості як такого. Як психіатричне явище психопатію вперше описав психіатр Філіп Пінель. Він виявив, що в деяких випадках спостерігаються порушення почуттів та уявлень про моральність, але при цьому не проявляються жодні розлади мислення чи сприймання.

Першу спробу класифікації психопатій здійснив німецький психіатр Еміль Крепелін (1904). Використовуючи феноменологічний принцип класифікації, він виділив такі типи, як «вороги суспільства», «нестійкі», «імпульсивні», «збудливі» тощо.

Широке визнання отримала класифікація П. Б. Ганнушкіна (1933), що включала такі типи психопатичних особистостей, як астенічний, шизоїдний, параноїдний, епілептоїдний, істеричний, циклоїдний, нестійкий, антисоціальний і конституційно-дурний.

Схожа класифікація була представлена і в МКХ-9, де термін «розлади особистості» вживали як синонім психопатій. Із появою МКХ-10 та Керівництва з діагностики та статистики психічних розладів, V видання (DSM-5) з'явилося нове розуміння зазначених розладів.

Сучасні підходи до розуміння та класифікації розладів особистості

У МКХ-10 *розлади особистості* описані як **тяжкі порушення характерологічної конституції та поведінкових тенденцій індивіда, що не є прямими наслідками захворювання, травми чи іншого гострого ураження головного мозку або інших психічних порушень**. Зазначено, що ці розлади зазвичай охоплюють декілька сфер психіки й супроводжуються особистісною та соціальною дезінтеграцією. Такі розлади зазвичай виникають у дитячому чи підлітковому віці й тривають у період зрілості. DSM-5 визначає **особистісні розлади як стійкі ригідні патерни довгої тривалості, які викликають значний дистрес чи порушення і які не є наслідками вживання певних речовин чи іншого медичного стану**. Основні розлади особистості, що представлені в сучасних класифікаціях, наведені в таблиці (наступний слайд).

Серед характерологічних особливостей осіб з розладом особистості, що найчастіше фіксуються, можна виокремити такі:

- нездатність відкласти очікуване задоволення на пізніший час, рахуватися з наслідками своїх вчинків, учитися на власному досвіді,
- швидкоплинність захоплень,
- переважання афекту над інтелектом,
- антисоціальна поведінка

Таблиця. Основні розлади особистості згідно з МКХ-10 і DSM-5

МКХ-10. Специфічні розлади особистості (F60)	DSM-5. Розлади особистості
	Кластер А
Параноїдний (F60.0)	Параноїдний
Шизоїдний (F60.1)	Шизоїдний
	Шизотиповий
	Кластер В
Дисоціальний (F60.2)	Антисоціальний
Емоційно нестійкий (F60.3): • Імпульсивний тип (F60.30) • Межовий тип (F60.31)	Межовий
Істеричний (F60.4)	Істеричний
Інші специфічні розлади особистості (F60.8): • Ексцентричний • Розгальмований • Незрілий • Нарцисичний • Пасивно-агресивний • Психоневротичний	Нарцисичний
	Кластер С
Тривожний (F60.6)	Уникаючий
Залежний (F60.7)	Залежний
Ананкастний (F60.5)	Обсесивно-компульсивний

Одним з **основних загальних діагностичних критеріїв розладів особистості**, представлених як у МКХ-10, так і в DSM-5, є **суттєве відхилення внутрішніх переживань і поведінки індивіда від загальноприйнятого діапазону** (норми).

Це відхилення має проявлятися більш ніж в одній із таких **сфер**:

- ▶ когнітивній сфері (характер сприйняття й інтерпретації предметів, людей та явищ, формування відносин і образів «Я» та «інші»),
- ▶ сфері емоційності (діапазон, інтенсивність та адекватність емоційних реакцій), контролю потягів і задоволення потреб
- ▶ сфері стосунків з іншими (манери вирішення інтерперсональних ситуацій).

Відсутність гнучкості, недостатня адаптивність або інші дисфункціональні особливості в осіб із розладами особистості спостерігаються в широкому діапазоні особистісних і соціальних ситуацій, унаслідок чого спостерігається дистрес або негативний вплив на оточення.

У основу **діагностичних критеріїв розладів особистості** були покладені ознаки О.В. Кербікова:

- 1) **тотальність патологічних рис характеру**: вони проявляються скрізь – удома і на роботі, в праці і на відпочинку, в умовах звичайних і при емоційних стресах;
- 2) **стабільність патологічних рис характеру**: вони зберігаються упродовж усього життя, хоча уперше виявляються в різному віці, найчастіше в підлітковому, іноді з дитинства, рідше у дорослому віці;
- 3) **соціальна дезадаптація** є наслідком саме патологічних рис характеру, а не обумовлена несприятливим середовищем.

Розлади особистості

Окрім загальних особливостей, притаманних особистісним розладам як таким, кожен із таких розладів має **окремі характеристики**.

Параноїдний розлад особистості характеризується надмірною чутливістю до невдач, нездатністю пробачати образи, підозрілістю та схильністю до неправильного сприйняття дійсності шляхом тлумачення нейтральних чи дружніх дій оточуючих як ворожих або зневажливих.

У таких осіб часто спостерігається вперта впевненість у власній правоті, завищена самооцінка й надмірна зарозумілість.

Такі особи схильні до необґрунтованих підозр щодо невірності шлюбного чи сексуального партнера й часто охоплені роздумами про несуттєві «законспіровані» тлумачення подій, що відбуваються з ними чи у світі взагалі.

Інші підозри можуть стосуватися надійності друзів (компаньйонів), шкоди, експлуатації чи обману, які нібито здійснюють оточуючі.

Параноїдні особи неохоче відкриваються іншим через невиправданий страх, що це буде використано проти них.

Для шизоїдного розладу особистості характерні слабкість прихильностей і соціальних контактів, схильність до фантазування, відлюдництва і самоаналізу, а також обмежена здатність виражати почуття й відчувати задоволення.

Шизоїдні особи часто виявляють незначний інтерес до сексуальних контактів (або зовсім не виявляють), віддають перевагу усамітненій діяльності й мають незначну кількість близьких друзів та довірливих зв'язків (або зовсім не мають).

Вони зазвичай отримують задоволення лише від невеликої кількості видів діяльності (або не отримують задоволення від жодного виду діяльності взагалі). Такі особи часто проявляють емоційну холодність, відстороненість або сплещену афективність і видаються байдужими до похвали чи критики.

Шизотиповий розлад особистості описаний у DSM-5 як «модель соціального й міжособистісного дефіциту, відміченого гострим дискомфортом та зниженою здатністю до формування близьких стосунків; особа при цьому відчуває когнітивне й перцептивне викривлення, а також проявляє ексцентричність у поведінці, що починається з раннього юнацького віку і є представленою в різноманітних контекстах».

Основні симптоми цього розладу включають дивні уявлення або магічне мислення, що впливають на поведінку людини і є несумісними із субкультуральними нормами (наприклад, віра в телепатію, ясновидіння); дивне мислення і мовлення (наприклад, багатослівність, метафоричність, надмірна деталізація); підозрілість або параноїдні ідеї; незвичний перцептивний досвід, у тому числі тілесні ілюзії; дивну, ексцентричну поведінку або зовнішність; неадекватний або оглушений афект; відсутність близьких друзів чи знайомих (окрім родичів); надмірну соціальну тривожність, що пов'язана, швидше, з параноїчними страхами, ніж з негативними судженнями про себе. Шизотиповий розлад включений у МКХ-10 до блоку розладів шизофренічного спектра.

Описані вище три розлади особистості входять до складу **кластера А в DSM-5** і мають загальну назву «дивні або ексцентричні розлади». Спільними рисами розладів цього кластера є **соціальна незграбність та ізоляція, а також викривлене мислення**.

Кластер В DSM-5 (театральні, емоційні або нестійкі розлади) охоплює *антисоціальний, межовий, істеричний і нарцисичний розлади особистості*. Спільною характеристикою цих розладів є проблеми із самоконтролем (імпульсивність) та емоційною регуляцією.

Дисоціальний (антисоціальний) розлад особистості характеризується зневажливим ставленням до соціальних норм, байдужістю до оточуючих, імпульсивністю, агресивністю і вкрай обмеженою здатністю до формування прихильностей.

Такі особи погано переносять невдачі і легко піддаються агресії (у тому числі вдаються до насильства), схильні звинувачувати інших, брехати й наводити правдоподібні пояснення своєї поведінки, яка призводить до конфлікту із суспільством.

Поведінка антисоціальних індивідів важко піддається змінам на основі досвіду. Застосування покарань зазвичай не допомагає, адже вони не відчують провини.

Антисоціальний розлад особистості, як і всі інші, може буде діагностований починаючи з 18 років, однак з'являється дедалі більше даних, які вказують на формування в дитячому та підлітковому віці стійких розладів поведінки, що згодом переростають у цей розлад.

Прояви ворожої, агресивної поведінки у дітей в таких випадках включають в себе знущання над тваринами, ворожі дії стосовно інших дітей (залякування, булінг), влаштування пожеж, крадіжки тощо.

Для **емоційно нестійкого розладу особистості**, згідно з МКХ-10, характерні схильність до імпульсивних дій без огляду на наслідки, спалахи емоцій, непередбачуваність настрою, нездатність контролювати «вибухову» поведінку. Відмічається конфліктність, особливо коли оточуючі критикують чи намагаються зупинити імпульсивні вчинки.

У класифікації виділяють два типи розладу: *імпульсивний тип*, що характеризується більшою мірою емоційною нестабільністю і нестачею емоційного контролю, і *межовий тип*, для якого додатково характерні розлади самосприйняття і внутрішніх устремлінь, хронічне відчуття порожнечі, напружені та нестабільні між-особистісні стосунки, а також тенденція до саморуйнівної поведінки (у тому числі суїцидальна поведінка)

Описаний у DSM-5 **межовий розлад особистості** характеризується схильністю докладати надмірних зусиль з метою уникнути реальної чи надуманої загрози бути покинутим, розладами ідентичності (нестійкість образу «Я»), схильністю до імпульсивної поведінки у сферах, які можуть бути ризикованими (зловживання психоактивними речовинами, систематичне переїдання, порушення правил дорожнього руху тощо), а також афективною нестійкістю і суїцидальною поведінкою.

Міжособистісні стосунки таких осіб являють собою чергування крайнощів – ідеалізації та знецінення. У цілому характеристика цього розладу, згідно з DSM-5, подібна до межового типу емоційно нестійкого розладу особистості в МКХ-10.

Демонстративний (істеричний) розлад особистості характеризується схильністю до драматизації, театральної поведінки, надмірної емоційності, а також навіюваністю (сугестивністю), егоцентризмом і постійним бажанням бути в центрі уваги й мати успіх.

Такі особи відчувають дискомфорт, коли не перебувають у центрі уваги.

Їхня поведінка часто має надмірно звабливий характер, вони використовують зовнішність для привертання уваги і проявляють поверхневі, неглибокі емоції, що швидко змінюються.

Свої міжособистісні стосунки схильні вважати більш близькими (інтимними), ніж вони є насправді; значною мірою це пов'язано з небажанням бути самотніми.

Для **нарцисичного розладу особистості**, згідно з DSM-5, характерні неадекватно завищена самооцінка, віра у свою «винятковість», потреба в надмірній похвалі, демонстрація зверхньої поведінки й ставлення до інших.

Такі особи часто використовують оточуючих для досягнення власної мети, не вміють співчувати, заздять іншим і вірять, що й ті заздять їм.

Їх можуть охоплювати фантазії про необмежений успіх, владу, красу чи ідеальне кохання.

Нарцисичним особам дуже важко усвідомлювати, що їхні можливості є такими самими, як у решти людей: у таких випадках вони зазвичай відчувають гнів або сором, що може вилитися в агресію щодо оточуючих.

МКХ-10 до складу класу «інші специфічні розлади особистості (F60.8)», окрім нарцисичного, входять іще 5 типів розладів особистості:

- ▶ **ексцентричний розлад особистості** характеризується надцінним ставленням до своїх звичок і думок і фанатичною впертістю у відстоюванні власної правоти.
- ▶ Для **розгальмованого («нестримного») розладу особистості** притаманний поганий контроль над потребами, потягами й бажаннями;
- ▶ для **незрілого (інфантильного)** – відсутність емоційної рівноваги і проявляння «дитячих» рис.
- ▶ **пасивно-агресивний розлад особистості** виявляється у вигляді загальної похмурості, схильності до суперечок, гніву й заздрості щодо більш успішних людей.
- ▶ **психоневротичний** – у вигляді підвищеної збудливості у поєднанні із вираженою схильністю до виснаження і зниженою працездатністю.

Унікаючий, залежний та obsесивно-компульсивний розлади особистості згруповані в DSM-5 у кластер С і мають назву «тривожні й панічні (боязливі) розлади». Загальною рисою розладів цього кластера є високий рівень тривоги.

Унікаючий (тривожний) розлад особистості характеризується відчуттям внутрішнього напруження, наявністю похмурих передчуттів, відсутністю відчуття безпеки й комплексом неповноцінності. Притаманні також уявлення про власну непривабливість, соціальну незграбність, у зв'язку з чим виникає страх приниження, висміювання або відкидання, що стримує індивіда від соціальної або професійної взаємодії, пов'язаної зі значимими міжособистісними контактами. У соціальних ситуаціях (особливо нових) такі особи скуті й переживають через можливість критики або неприйняття. Загалом особи із цим розладом особистості намагаються уникати соціальних ситуацій і міжособистісної взаємодії.

Залежний розлад особистості (розлад типу залежної особистості) проявляється у глибокому пасивному підпорядкуванні оточуючим у прийнятті великих і малих рішень, у страху самотності, відчутті безпомічності й некомпетентності, а також у пасивній згоді з бажаннями оточуючих і слабкій реакції на вимоги повсякденного життя.

Перспектива піклуватися про себе самотійно викликає у таких осіб неадекватну кількість страхів і переживань, і тому у разі розриву близьких стосунків вони терміново шукають нових стосунків, які могли б служити джерелом допомоги та підтримки.

Через страх бути покинутими залежні особи зазвичай не ставлять партнеру жодних вимог і підпорядковують власні потреби потребам інших людей.

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості характеризується невпевненістю у собі, надмірною педантичністю, стриманістю і увагою до деталей, обережністю та впертістю.

Такі особи зазвичай вимагають від інших, щоб вони робили все точно так само, як вони, і відмовляються від співпраці, якщо хтось на це не погоджується. Через свій перфекціонізм таким індивідам складно доводити роботу до кінця вчасно: вони губляться в деталях.

Можлива поява нав'язливих думок і потягів до дій, які, однак, не досягають тяжкості обсесивно-компульсивного розладу.

Стійкі зміни особистості, які не є ознакою ушкодження та захворювання головного мозку

Ці розлади спостерігаються у осіб зрілого віку та які мали у минулому розлад особистості внаслідок катастрофи або надзвичайно тривалого стресу, або внаслідок тяжкого психічного захворювання.

Стійка зміна особистості після катастрофи

Стійка зміна особистості, присутня принаймні два роки, після переживання катастрофічного стресу.

Стрес має бути достатньо сильним, щоб його глибокий ефект не можна було пояснити вразливістю та легкою навіюваністю особи. Розлад характеризується ворожістю або підозрілістю до усього світу, соціальною ізоляцією, відчуттям спустошеності або безнадійності, хронічним відчуттям «балансування на межі», наче у стані постійного страху, та відчуженістю. *Посттравматичний стресовий розлад* може передувати цьому типу зміни особистості.

Зміна особистості після:

- ☐ перебування у концентраційному таборі
- ☐ стихійного лиха
- ☐ тривалого:
 - ✓ перебування у полоні з неминучою вірогідністю бути вбитим
 - ✓ перебування у ситуації, коли життя під загрозою, жертва терористичного акту, тортур

Стійка зміна особистості після психічної хвороби

Стійка зміна особистості, присутня принаймні два роки, після переживання психічної хвороби.

Зміна не може пояснюватися попереднім розладом особистості та має відрізнятися від залишкових симптомів шизофренії та інших станів неповного видужування від раніше перенесених психічних розладів.

Такий розлад **характеризується:**

- ❑ надмірною залежністю від інших людей та вимогливим ставленням до них;
- ❑ переконанням, що хвороба змінила пацієнта та він тепер є предметом стигматизації, що призводить до того, що пацієнт не може налагоджувати та підтримувати близькі та довірливі особистісні стосунки, схильністю до соціальної ізоляції;
- ❑ пасивністю, низькою зацікавленістю та відмовою від участі у будь-яких розвагах на дозвіллі;
- ❑ постійними скаргами на хворобу, які можуть бути пов'язані з іпохондричними скаргами та поведінкою як під час хвороби;
- ❑ дисфоричним та лабільним настроєм не через наявність психічного розладу або раніше пережитого психічного розладу з залишковими афективними симптомами;
- ❑ довготривалими проблемами у виконанні соціальних функцій та професійних завдань.

Органічний розлад особистості

Розлад характеризується значною зміною преморбідних стереотипів поведінки.

Найбільше страждають психічні сфери емоцій, потреб та потягів.

Когнітивні здібності можуть знижуватися, але, перш за все, страждають планування дій, прогнозування наслідків цих дій для себе, для родини, для суспільства.

Клінічні діагностичні критерії:

1. Початок у дорослому віці.
2. Виражений астенічний синдром у вигляді досить специфічної церебрастенії:
 - ✓ астенічний синдром поєднується із субдепресивними, тривожними й іпохондричними реакціями, супроводжується вираженими вегетативно-судинними порушеннями;
 - ✓ психопатоподібні ознаки у вигляді експлозивності, злісного, брутального афекту з агресивними діями, дисфоріями;
 - ✓ ейфорія;
 - ✓ когнітивні і мнестичні порушення;
 - ✓ порушення сну — утруднення засипання, кошмарні сновидіння;
 - ✓ порушення потягів — гіперсексуальність, булімія тощо.



Дякую за Ваш час та увагу!