**КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА**

**Шизоидное расстройство личности**

**Введение**

Характер является стабильной и специфической чертой индивида Он определяет устойчивые особенности стиля жизни человека, его отношение к себе и другим, реакции на жизненные обстоятельства, стресс и различные заболевания,

Ряд людей обнаруживают хронически неадаптивный стиль личности, сохраняющийся на протяжении длительного времени, что в психиатрии определяется как психопатия (расстройство личности). Расстройства личности существенно влияют на возникновение и течение психических и соматических заболеваний. Нередко они проявляются в девиантном (отклоняющемся), в том числе антисоциальном поведении. Вместе с тем, личностная патология редко распознается, а пациентам не оказывается своевременная и адекватная помощь.

Особенности личности больного начинают беспокоить врача лишь в тех случаях, когда они либо играют роль в происхождении болезненных симптомов, либо мешают выполнению врачебных назначений. Значение имеет и трудности диагностики психопатий. Хотя иногда для того, чтобы оценить наличие личностной патологии, достаточно единственной беседы, нередко требуется сбор достаточно большой информации о пациенте и специальное обследование.

Традиционно выделяемые в отечественной психиатрии клинические типы психопатий - шизоидный, психастенический, астенический, аффективный, параноический, истерический, возбудимый (эпилептоидный), неустойчивый, группа эмоционально тупых личностей в значительной мере сопоставимы с вариантами расстройств личности, представленными в МКБ-10 (табл. 1). При изложении отдельных типов расстройств личности используются положения обеих классификаций.

Таблица 1. Типы личностных расстройств (психопатий), выделяемые в отечественной психиатрии в сопоставлении с МКБ-10

|  |  |
| --- | --- |
| Обозначения, используемые в отечественных классификациях психопатий | МКБ-10 |
| Параноический тип психопатии | Параноидное расстройство личности | F60.0 |
| Шизоидный тип психопатии | Шизоидное расстройство личности | F60.1 |
| Эмоционально тупые личности | Диссоциальное расстройство личности | F60.2 |
| [Нет аналога] | Эмоционально неустойчивое расстройство личности | F60.3 |
| Возбудимая психопатия | Импульсивный тип | F60.30 |
| [Нет аналога] | Пограничный тип | F60.31 |
| Истерический тип психопатии | Истерическое расстройство личности | F60.4 |
| Тормозимые психопатии | [Нет аналога] |  |
| Психастеническая психопатия | [Нет аналога] |  |
| Ананкастический вариант | Ананкастическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности | F60.5 |
| Тревожно-мнительный вариант (тревожно-мнительный характер) | Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности | F60.6 |
| Астенический тип психопатии | Зависимое расстройство личности | F60.7 |

**Шизоидное расстройство личности**

**Определение.** Шизоидные расстройства личности диагностируются у больных, которые обнаруживают паттерн социальной замкнутости, длящийся в течение всей жизни. Дискомфорт, который они испытывают в области человеческих отношений, их интроверсия и льстивость на фоне сужения аффективной сферы заслуживают особого внимания. Другие часто рассматривают шизоидных личностей как эксцентричных, отрешенных и одиноких людей.

**Эпидемиология.** Распространенность личностных расстройств шизоидного характера мало изучена. Шизоидные расстройства могут поражать 7,5% всего населения. Преобладание расстройства среди лиц мужского или женского пола неизвестно, хотя в некоторых исследованиях приводится отношение 2:1 с преобладанием мужчин. Лица с этим расстройством пытаются найти себе работу, где можно действовать в одиночестве, избегая контактов с другими людьми. Многие предпочитают работать ночью, а не днем, чтобы избежать контактов со множеством людей.

**Клинические особенности.** Шизоидные личности держатся холодно и отдаленно, на расстоянии и мало участвуют в событиях повседневной жизни и не принимают участия в окружающих. Они молчаливы, держатся уединенно, на расстоянии, необщительны. В своей жизни они испытывают чрезвычайно мало потребности или желания иметь эмоциональный контакт с другими. Они в наименьшей степени расположены к перемене, связанной с популярной модой. История жизни таких больных отражает их интерес как одиночек и стремление к успеху в области, не требующей соперничества, в таких делах, которые другие считают трудными и невыносимыми. Сексуальная жизнь этих людей может иметь место лишь в их воображении, а зрелую сексуальную жизнь они иногда откладывают на неопределенное время. Мужчины часто не женятся, так как они не в состоянии поддерживать интимный контакт; женщины иногда пассивно подчиняются агрессивному мужчине, соглашаясь выйти за него замуж, если он этого хочет. Обычно шизоидные личности не способны в течение всей жизни прямо выказать свой гнев. Шизоидные личности способны потратить необычно много энергии и аффекта для изучения областей, находящихся вне сферы человеческих интересов, таких как математика и астрономия; они могут быть также очень привязаны к животным. Они часто обнаруживают причуды в отношении диеты и здоровья, а также в области философии и проектов усовершенствования общества, особенно таких, которые не требуют их персонального участия.

Хотя шизоидные личности кажутся поглощенными собой и занятыми мечтаниями, они обнаруживают полную сохранность при ориентировке в реальной жизни. Так как агрессивные действия редко включаются в репертуар этих лиц, на большинство угроз, реальных или воображаемых, они отвечают фантазированием о всемогуществе и уходом от реальной жизни. Некоторые считают этих личностей совершенно отрешенными, однако иногда они могут мыслить, развиваться настолько далеко, что оказываются в состоянии подарить миру действительно оригинальные, творческие идеи.

**Диагноз.** В начале беседы такие больные кажутся смущенными. Они редко переносят, когда им смотрят прямо в глаза. Врач должен надеяться, что такие больные обычно склонны к беседе ближе к ее окончанию. Аффективно они могут быть напряжены, держаться отчужденно или необыкновенно серьезно. Но под этой отчужденностью тонко чувствующий врач может обнаружить страх. Больным трудно вести себя непринужденно: их попытки проявить чувство юмора напоминают подростковую манеру и неуспешны. Речь больного целенаправленна, но они более склонны давать короткие ответы на вопросы и избегать спонтанных бесед. Иногда они используют необычные обороты речи, например, странные метафоры. Иногда в их психическом статусе обнаруживается удивительная открытость по отношению к людям малознакомым или к тем, которых они долгое время не видели. Они склонны к переоценке неодушевленных объектов или метафизических конструктов. Сенсорная сфера не нарушена; их память функционирует хорошо; пословицы они трактуют на абстрактный манер.

Диагностические критерии DSM - III - R для расстройств личности шизоидного характера.

А. Устойчивый паттерн безразличия к социальным связям и ограничение круга эмоциональных ощущений, начинающийся в молодом возрасте и продолжающийся в различных обстоятельствах, как указывается по меньшей мере четырьмя из следующих:

) никакого желания к завязыванию тесных связей и никакой радости от этих связей, включая частично семейные отношения;

) почти всегда выбирается профессия, требующая труда в одиночку;

) редко, если вообще когда-нибудь, говорит, что испытывает или испытывал сильные эмоции, такие как злость или радость;

) выражает небольшое желание, если вообще оно имеется, к сексу;

) равнодушен к похвале или брани окружающих;

) не имеет близких друзей (или только одного), кроме ближайших родственников;

) обнаруживает сужение аффекта, т.е. является отчужденным, холодным, редко отвечает взаимностью жестов на дружеские жесты, например, выражением лица, улыбкой или кивком головы.

Б. Все проявления обнаруживаются не только при шизофрении или бредовом расстройстве.

**Течение и прогноз.** Появление шизоидных расстройств личности обычно происходит в раннем детском возрасте. Как и все личностные расстройства, расстройство личности шизоидного типа имеет большую длительность, но не обязательно продолжается всю жизнь.

Частота возникновения шизофрении у больных с шизоидными расстройствами личности неизвестна.

**Дифференциальный диагноз.** В отличие от больных шизофренией или шизотипальных расстройств личности у больных с шизоидными расстройствами личности нет родственников, больных шизофренией, и на работе они могут действовать успешно, хотя и изолированно. Больные шизофренией также отличаются наличием расстройств мышления или бредовым мышлением. Хотя у шизоидных личностей много общих черт с параноидными личностями, последние больше участвуют в общественной жизни, проявляют агрессию на вербальном уровне и обнаруживают выраженную тенденцию проецировать на окружающих свои собственные чувства. Если компульсивные личности и личности с избеганием столь же эмоционально сужены, они чувствуют одиночество и выражают это в дисфории; в прошлом их история богаче связями, и они не так погружены в аутистическую мечтательность. Теоретически основное отличие между шизотипальными личностями и шизоидными личностями состоит в том, что шизотипальные обнаруживают большее сходство с больными шизофренией по своим странностям, восприятию, мышлению, поведению и связям.

Личности с избеганием держатся изолированно, но очень хотят участвовать в деятельности, что отсутствует у шизоидных личностей.

**Лечение.** Лечение шизоидных личностей такое же, как лечение параноидных личностей. Однако тенденция шизоидных больных к интроспекции соответствует устремлениям психотерапевта, и они иногда хорошо поддаются психотерапии. По мере возникновения доверия такие больные могут с глубоким трепетом открыть свои чрезмерные фантазии, воображаемых друзей и страх перед невыносимой зависимостью, даже перед зависимостью к психотерапевту. В курсе групповой терапии шизоидные больные могут быть молчаливыми в течение длительных периодов времени; тем не менее, они в конце концов раскрываются. Этих больных надо защищать от нападения членов группы за их склонность к молчанию. Со временем члены группы становятся значимыми для больного и могут стать единственным объектом контакта больного, во всех других отношениях проявляющего замкнутость.

Итак, у шизоидного расстройства личности выделяются следующие диагностические критерии:

1. Мало что доставляет удовольствие или вообще ничего;

2. Эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;

. Неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, как равно и гнев;

. Слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику.

. Незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);

. Повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;

. Почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;

. Заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условностям;

. Отсутствие близких друзей или доверительных связей и желания иметь такие связи.

Фэйрберн Р., шотландский психиатр, член Британского психоаналитического общества, один из создателей теории объектных отношений, рассматривая шизоидные состояния, делит их на следующие группы:

I. Собственно шизофрения.

II. Психопатическая личность шизоидного типа - группа, охватывающая большинство случаев психопатической личности (не исключая эпилептических личностей).

III. Шизоидный характер - большая группа, охватывающая индивидуумов, чьи личности обладают выраженными шизоидными чертами, однако их нельзя отнести к психопатическим.

IV. Шизоидное состояние, или кратковременный шизоидный эпизод - категория, под которую, по-моему, подпадает значительная доля нервных срывов подростков.

Помимо явно шизоидных состояний, приведенных выше, достаточно часто выделяются черты шизоидной природы, которые демонстрируют пациенты, чьи симптомы в основном психоневротические (т.е. истерические, фобические, обсессивные, или просто тревожные).

Такие черты, конечно же, проявляются с большей вероятностью, когда психоневротические защиты, которые использовались личностью, ослабевают в ходе и посредством аналитического лечения.

При хорошем знакомстве с шизоидной основой, находящейся на заднем плане, возможности аналитика к выявлению шизоидных черт в первоначальном интервью существенно возрастают.

В связи с этим интересно отметить наличие истерических и обсессивных симптомов в предшествующей истории тридцати двух больных шизофренией из 100 случаев психических заболеваний, исследованных Masserman и Carmichael. Эти авторы обнаружили, что «не менее, чем у пятнадцати из тридцати двух пациентов, развитию открыто шизофренического синдрома в истории их болезни предшествовали истерические симптомы». Они также отмечают связь с наличием обсессий и компульсий. «Наиболее часто эти симптомы встречаются у больных шизофренией» - обсессии были обнаружены у восемнадцати, а компульсии - у двадцати из тридцати двух пациентов. Здесь я хотел бы сделать интересное добавление. Среди случаев военных, направленных мне для обследования, 50% больных с окончательным диагнозом «шизофрения» или «шизоидная личность» были направлены с предварительными диагнозами «невроз тревоги» или «истерия». Эти данные свидетельствуют о количестве выявленных шизоидных пациентов, которые использовали психоневротические защиты в тщетных попытках защитить свою личность, но ничего не говорят о тех индивидуумах с шизоидной наклонностью, которые посредством таких защит с успехом ее скрывают.

Если может быть выявлено преобладание по существу шизоидных черт в случаях с предъявляемыми, якобы психоневротическими, симптомами, то в ходе аналитического лечения представляется возможным выявить наличие аналогичных черт и у тех многих индивидуумов, которые обращаются за аналитической помощью в связи с теми или иными индивидуальными проблемами, для обозначения которых трудно использовать какой-то психопатологический ярлык.

В данную группу могут быть включены многие из тех, кто прибег к консультации аналитика с такими проблемами, как социальные торможения, неспособность к концентрации на работе, проблемы характера, тенденции к сексуальным перверсиям и психосексуальным затруднениям, такими, как импотенция и навязчивая мастурбация. Эта группа также включает большинство проявляющих выраженные изолированные симптомы (например, страх умопомешательства или эксгибиционистскую тревогу), или проявляющих желание аналитического лечения по явно неадекватному поводу (например, «потому что я чувствую, что это пойдет мне на пользу», или «это было бы интересно»). Кроме того, группа включает всех тех, кто входит в кабинет с таинственным или загадочным видом и начинает беседу или цитатой из Фрейда или замечанием типа «я не знаю, зачем пришел».

На основе аналитического исследования вышеупомянутых случаев, принадлежащих различным категориям, становится возможным распознать в качестве шизоидных не только такие явления, как развернутая деперсонализация и дереализация, но также относительно слабо выраженные или преходящие расстройства чувства реальности переживания «искусственности» (относящееся к себе или к окружению), ощущения типа «зеркального стекла», незнакомства со знакомым человеком или окружающими предметами и чувства знакомства с незнакомым. Похожим на чувство знакомства с незнакомым является «дежа вю» - интересное явление, также свидетельствующее о вовлечении шизоидного процесса.

Сходная оценка должна быть дана таким диссоциативным явлениям, как сомнамбулизм, фуга, раздвоение личности и множественная личность. К выводу о шизоидной, по сути, природе манифестаций раздвоения личности или множественной личности можно придти из осторожного исследования многочисленных случаев, описанных Janet, William James и Morton Prince. Здесь уместно заметить, что во многих описанных Janet случаях проявлений диссоциативных явлений, на основе которых он сформулировал свою классическую концепцию истерии, наблюдалось поведение, подозрительно похожее на поведение больных шизофренией.

Когда коннотация термина «шизоидный» преломляется сквозь призму нашей концепции шизоидных явлений в приведенной манере, соответственно расширяется и значение этого понятия. В итоге, шизоидная группа становится очень обширной.

Например, обнаружено, что она включает значительную часть фанатиков, агитаторов, уголовников, революционеров и иных разрушительных элементов любого общества. Обычно шизоидные характеристики в маловыраженном виде также присущи представителям интеллигенции. Презрение к «слишком умным» у буржуазии и пренебрежение к людям искусства эзотерического толка со стороны обывателей также может быть сочтено малыми проявлениями шизоидной природы.

Кроме того, замечено, что интеллектуальные занятия как таковые, такие, как литература, искусство, наука и так далее, являются особо притягательными для индивидуумов с той или иной выраженностью шизоидных черт. Привлекательность занятий наукой, по-видимому, связана с установкой отъединения и беспристрастности у шизоидных натур не менее, чем с переоценкой мыслительных процессов.

Обе эти характеристики проявляют тенденцию к абсолютизации именно в отраслях науки. Обсессивный зов науки, основанный на компульсивной необходимости строгой систематизации и педантичной аккуратности, конечно же, давно распознан, но шизоидный зов не менее громок и требует, по меньшей мере, равного признания. Множество выдающихся исторических деятелей имели особенности, которые можно интерпретировать как свидетельство присущей им шизоидной личности или характера. Это касается очень многих из числа оставивших след на страницах истории.

Шизоидная личность - человек, для которого характерны замкнутость, эмоциональная холодность по отношению к окружающим людям, неспособность выражать удовольствие, отсутствие реакции на похвалу или критику, уход в мир собственных фантазий, усиленный самоанализ и эксцентричное поведение.

У некоторых больных шизофренией до развития заболевания отмечаются многие из этих черт; несмотря на это, далеко не у всех шизоидных личностей впоследствии развивается шизофрения.

**Список литературы**

шизоидный характер расстройство психопатия

1. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. - М.: Медицина, 1994. - 223 с.

. Руководство по диагностике и статистической классификации психических расстройств/ 3-е изд., перераб. - М.: Медицина, 1987.

. Практикум по психиатрии: учебно-методическое пособие / под ред. И.Р. Семина. - Томск: СГМУ, 2000. - 420 с.

. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения. - М.: Медицина, 1999. - 160 с.

. Фэйрберн Р. Шизоидные факторы в личности /перевод Ягнюка К.В. // Психиатрия