Курсовая работа

"Расстройства личности в современной психотерапии"

***Содержание***

Введение

Глава 1. Общие представления о расстройствах личности

1.1 Понятие личность. Норма и патология

1.2 Понятие расстройства личности. Представления о расстройствах личности

1.3 Причины и механизмы возникновения расстройств личности

1.4 Классификации расстройств личности. Симптоматика

1.4.1 Параноидное расстройство личности

1.4.2 Шизоидное расстройство личности

1.4.3 Шизотипическое расстройство личности

1.4.4 Антисоциальное расстройство личности

1.4.5 Пограничное расстройство личности

1.4.6 Гистрионное расстройство личности

1.4.7 Нарциссическое расстройство личности

1.4.8 Избегающее расстройство личности

1.4.9 Зависимое расстройство личности

1.4.10 Обсессивно-компульсивное расстройство личности

1.4.11 Неспецифические расстройства личности

1.4.11.1 Депрессивное расстройство личности

1.4.11.2 Пассивно-агрессивное расстройство личности (Негативистское расстройство личности)

Глава 2. Диагностическая и психотерапевтическая работа с расстройствами личности

2.1 Диагностика расстройств личности

2.2 Психологическая коррекция

Заключение

Список использованной литературы

# ***Введение***

Расстройства личности являются довольно интересным психологическим феноменом. Порой очень важно знать, почему с тем или иным человеком сложно ужиться, почему он сам не может приспособиться к окружающему миру. Бывает, что мы то и дело встречаем людей, которые на первый взгляд кажутся абсолютно нормальными, такими же как все, но при более подробном рассмотрении оказывается, что они более мнительны, более обидчивы, более самовлюбленны, чем другие. Обычно, о таких людях сложно сказать, что они больны, но и назвать их здоровыми подчас очень тяжело. Поэтому и было введено понятие "расстройства личности", поэтому очень важно понимать, что это такое и как с этим обращаться.

По данным зарубежным авторов на 1999 год приблизительно 5-10% населения Земли характеризуются расстройствами личности [27]. И ведь на самом деле, это не так мало: примерно 300-600 млн. человек. Каждый из них испытывает определенные трудности в адаптации и может причинять определенные неудобства своему окружению, и таким образом проблематика распространения негативных последствий расстройства личности может быть колоссальной. В связи с этим, я считаю, что очень важно иметь представление о том, что такое расстройства личности, и знать, какие же существуют основания для их диагностики и методы коррекции.

Таким, образом, задачи, которые я хочу решить в данной работе, следующие:

рассмотреть общие представления о расстройстве личности: происхождение понятия, причины возникновения и интерпретации;

рассмотреть разнообразие расстройств личности;

ознакомиться с методами диагностики личностных расстройств и методами их коррекции.

# ***Глава 1. Общие представления о расстройствах личности***

# ***1.1 Понятие личность. Норма и патология***

Чтобы понять, что такое расстройства личности, понять их симптоматику и в целом охарактеризовать патологию, для начала нужно ознакомиться с самим понятием нормы и личности.

Что же назвать личностью как таковой? На этот вопрос сложно ответить однозначно, так как существует множество подходов к её пониманию. Помимо психологии, личностью интересовались так же философия и социология. В рамках данных направлений научного знания она имела своё, определенное значение. Допустим, в философии личность - это совокупность всех общественных отношений, а в социологии - "устойчивая система социально значимых черт, характеризующих индивида, продукт общественного развития и включения индивида в систему социальных отношений посредством деятельности и общения" [2]. Меня же, как психолога, интересует понимание личности именно в психологии, в которой оно также имеет множество вариаций.

Внутри самой психологии также существует огромное количество подходов к личности или так называемых теорий. Каждая из них интерпретирует личность по-своему, что связано с разным пониманием её составляющих и её отношений. Для данной работы будет нецелесообразно подробно рассматривать каждую из них, в связи с чем, я хочу привести лишь одно определение личности, которое, на мой взгляд, отражает наиболее важные для моей работы аспекты: "личность - это те характеристики человека, которые отвечают за согласованные проявления его чувств, мышления и поведения" [24].

Проблема нормы и патологии в психологии всегда была поставлена остро. Если в отношении других наук, эти понятия более или менее разграничены, то в психологии четкого разделения нет. В нашем случае понятие нормы "как бы повисает в воздухе". Оно не имеет своей, постоянной позиции: норма либо - здоровье, либо - соответствие большинству, либо - хорошая адаптивная способность и т.п. Синтез данных позиций, к сожалению, тоже не помогает решению проблемы. Часто критерием нормы выступают оптимальные условия психического развития, что тоже нельзя назвать неоспоримым, либо совокупность других норм человека (допустим, биологических или правовых). В связи с этим, зачастую, норму психологии начинают путать с нормами, свойственными другим наукам, другим направлениям человеческой жизни.

Конечно, в проблематике понимания нормальной личности сыграло свою роль и то, что разные исследователи вносят в неё разный смысл. Одни отождествляют личность с индивидом, другие - с характером, третьи - с социальным статусом, четвертые - с родовой сущностью, пятые - с совокупностью различных уровней развития человека [4]. Помимо этого, существуют и разногласия в том, когда же появляется личность: в процессе развития или с рождения. Всё это приводит психологию к тому, что итоговым предметом изучения становится не личность как целостное явление, а отдельные её проявления, отдельные признаки, которые уже сами по себе имеют своё положение на оси нормы и патологии.

Получается, что личность имеет свои отношения, свои особенности. Так, А.Н. Леонтьев писал, что "личность <…> это особое качество, которое *приобретается* индивидом в обществе, в целокупности отношений, общественных по своей природе, в которые индивид *вовлекается.*

Иначе говоря, личность есть *системное* и поэтому "*сверхчувственное"* качество, хотя носителем этого качества является вполне чувственный, телесный индивид со всеми его прирожденными и приобретенными свойствами.

С этой точки зрения проблема личности образует новое психологическое измерение: *иное,* чем измерение, в котором ведутся исследования тех или иных психических процессов, отдельных свойств и состояний человека; это - исследование его места, *позиции* в системе, которая есть система общественных связей, *общений,* которые открываются ему; это - исследование того, *что, ради чего* и *как* использует человек врожденное ему и приобретенное им (даже черты темперамента и уж, конечно, приобретенные знания, умения, навыки. мышление)" [21].

Можно сказать, норма и патология личности зависят от того, как эта самая личность, во всей совокупности своих отношений, помогает человеку приобщиться к самому себе, осознать себя. И об "анормальности" личности говорят тогда, когда приобщения человека к себе, к своей сущности нарушено, запутанно или становится довольно сложным [4]. Но помимо отношения личности, человека к самому себе, центральным является и отношение человека к другим и с другими. Можно даже сказать, что именно эти отношения лежат в основе личности, и особенно в основе определения её нормы и патологии.

Необходимо вспомнить и про акцентуации. Впервые это понятие было введено К. Леонгардом, как оценка взаимоотношения человека с миром. Обычно, под акцентуацией понимают ярко выраженные, заостренные черты личности. Если рассматривать положение акцентуаций на континууме "норма-патология", то они будут занимать позицию на границе между противоположностями и характеризовать крайний вариант нормы. В своём проявлении расстройства личности очень близки к акцентуациям.

Как было подмечено выше, при личностных расстройствах нарушения обычно наблюдаются в разных сферах - сознательной, интеллектуальной и т.д. При акцентуациях также может наблюдаться заострение или ослабление выраженности одной из сфер. Тогда становится непонятным, что же их различает. Для устранения вопросов об отделении расстройств личности от акцентуаций Ганнушкин и Кебриянов вводят следующие основные характеристики патологии: относительная устойчивость во времени (акцентуации же со временем могут сменять друг друга), тотальность проявления и социальная дезадаптация. Лишь при соблюдении этих характеристик можно говорить о личностном расстройстве.

# ***1.2 Понятие расстройства личности. Представления о расстройствах личности***

Как уже было сказано, существует множество взглядов на проблематику личности. Отсюда следует, что и к вопросу о её патологии тоже нет единого подхода. Однако, говоря о личности, невозможно выделить одну-две явно доминирующих концепции, то в отношении личностных расстройств это сделать проще.

Стоит сказать, что термин "расстройство личности" ("personality disorder”) употребляется только в психологическом русле, хотя изначально данная патология как таковая была введена и описана психиатрами как "психопатия".

"Психопатия - стойкая аномалия личности с дисгармонией эмоционально-волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным, мышлением" [34]. Психопатии характеризуются тем, что проявляются в детстве или юности и сохраняются на всю жизнь, не претерпевая значительных изменений; они "определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный уклад свой властный отпечаток" [8]. Психопаты всегда очень резко выделяются на фоне своего окружения, где бы они не находились: что в обществе "нормальных", здоровых людей, что в обществе душевно больных. А всё потому, что психопаты находятся на границе между больными и здоровыми личностями, и ведут себя соответственно своему положению.

На первый взгляд в своём проявлении они очень близки к акцентуациям (о чем также говорит и некоторые классификации психопатий, разделяющие их на циклоидные, шизоидные и т.п.), в связи с чем психиатр П.Б. Ганнушкин выделил три основных отличительных черты психопатий: тотальность проявления, относительная стойкость характерологических нарушений и нарушение адаптации [8]. При этом следует подчеркнуть последний признак, так как при нарушении личности именно возможность здорового, адекватного взаимодействия со средой и способность к ней приспосабливаться нарушаются в первую очередь.

Однако не каждую психопатию сейчас можно назвать расстройством личности. Где-то на границе XIX-XX веков произошло разделение характерологического нарушения на два вида: "психопатия" как таковая и "психопатическая конституция". И именно "психопатическая конституция" употреблялась для обозначения людей, характеризующихся подобными формами нарушения личности. И в 1997 году данный термин был выписан из МКБ-10 и заменен на "расстройства личности". При этом между пониманием этих терминов по-прежнему оставалось важное различие: тогда как психопатия считалась врожденным нарушением [8], о происхождении расстройств личности ничего не было известно.

Ну, а что же такое расстройство личности? Согласно "Руководству по диагностике и статистике психических расстройств" (DSM-IV-TR) расстройство личности представляет собой устойчивый паттерн внутренних переживаний индивида и его поведения, которое заметно отклоняется от ожиданий культуры, в которой данный индивид живет, отличаются ригидностью, обширностью распространения и неизменностью во времени, начинаются в юности или подростковом возрасте и приводят к дистрессу или нарушениям [31].

В основном расстройства личности изучает когнитивная психология, однако можно заметить определенные ниточки к её пониманию и в других направлениях. Например, гуманистические психологи видели основу личности в её межперсональных отношениях. Для них человек выступал как активный объект, как "кто-то" определенный, то есть как "носитель каких-то нормативов, каких-то прав и обязанностей" [13]. Таким образом, человек всегда играет роль. И именно через её разыгрывание происходит развитие психики человека. На основе таких рассуждений была построена "теория ролей". Её представители так же считали, что роль не всегда является реальной. Она может существовать так же и в вербальном плане, в плане воображения. То есть человек, может представлять себя в определенной позиции по отношению к миру, представлять в себе качества, не присущие себе настоящему. И уже в этом просматривается определенная связь с психическими расстройствами. Часто бывает, что человек, не имея возможности справиться с той или иной задачей и, как следствие, со своей ролью, представляет себе, что в воображаемом плане он с данной задачей справляется, и все его дальнейшие реальные действия будут уже зависеть от его воображаемой роли, которая постепенно и будет становиться для него реальной. Правда, в таком случае возникает диссонанс между реальностью и ролью человека, его ощущением самого себя и своей взаимосвязи с миром. Именно в этом я и увидела своеобразную картину расстройств личности у гуманистических психологов - в невозможности и/или нежелании человека выполнять свою истинную роль, в замене истинной роли воображаемой.

Основу же изучения личностных расстройств когнитивистами заложил ещё психоанализ. Главным образом это были описанные Фрейдом случаи Анны О. и человека-крысы. Изначально, Фрейд, конечно же, не диагностировал данные случаи как расстройства личности, однако сейчас, на основе диагностических критериев, описанных в DSM, подобные нарушения таковыми можно назвать. Именно в DSM-I 1952 года было дано основное описание личностных расстройств, которое позже было переписано и дополнено в новых версиях Руководства [3].

Изначально когнитивные психологи в своей работе ориентировались на эго-психологию Адлера, Хорни, Салливана и Франкла. Их работы в основном были направлены на интроспективное наблюдение и изменение личности пациента. Позже, на основе этих работ, Бек и Эллис начали включать в работу с пациентами когнитивно-бихевиоральные методики, постоянно указывая на воздействие данных методов и на структуру симптома и на поведенческие "схемы". То есть, таким образом, они указывали на то, что когнитивная психотерапия не просто устраняет внешние признаки личностных расстройств, но и влияет на глубинные причины их возникновения.

Именно изменение глубинных проблем личности и является основной целью при лечении расстройств личности, считают когнитивисты. По их мнению, эти проблемы являются относительно осознаваемым явлением и при определенных условиях могут стать ещё более доступными для человека. И если теоретики чисто бихевиорального подхода считали, что причина нарушений личности лечит в нарушении мотивации, то когнитивисты смотрели глубже: "Основная посылка когнитивной модели психотерапии заключается в том, что главным источником дисфункциональных эмоций и поведения у взрослых являются ошибки атрибуции, а не отклонения в мотивации или реакциях" писали Бек и Фримен [3]. Так, Беком была разработана концепция "схемы" личностных расстройств, в которой деятельность психотерапевта направлена на работу именно со схемами: на их выделение из поведения, оценку и изменение.

На данный момент, когнитивно-поведенческий подход к личностным расстройствам является доминирующим, однако исследований с зарегистрированным результатом всё ещё остается мало.

# ***1.3 Причины и механизмы возникновения расстройств личности***

Говоря о причинах и предпосылках развития психических расстройств, важно вспомнить, что на протяжении всей истории психологии выдвигалось множестве гипотез. Одни из них поддерживали идею того, что все нарушения психики являются исключительно биологически заложенными характеристиками, другие же видели их причину в развитии и воспитании индивида. На данный момент большинство представителей научного мира придерживаются того, что и биологический и социальный фактор имеют большое значение в развитии нарушений психики, в том числе и расстройств личности.

Бек и Фримен в своей книге "Когнитивная психотерапия расстройств личности" пишут о том, что вероятными причинами развития личностных расстройств являются своеобразные гипертрофированные и неуместные для жизнедеятельности современного человека формы генетически заложенных стратегий поведения. Такие естественные для человека адаптивные формы, как, допустим, избегание опасности, оборонительное поведение, присутствуют в каждом из нас. При определенных жизненных обстоятельствах, они активизируются, но мы можем контролировать их реализацию. Однако, при расстройствах личности такой контроль невозможен.

При реализации поведенческой стратегии у людей с расстройствами личности возникают определенные нарушения в эмоциональной и когнитивной сферах. Все мы прекрасно знаем, что каждый человек уникален: то есть он обладает изначальным определенным набором, комбинацией психологических характеристик, черт. В зависимости от того, какая из этих характеристик доминирует, и будет зависеть то, к какой акцентуации или к какому типу расстройства личности человек наиболее склонен. Однако, если бы всё объяснялось только изначальной предрасположенностью, то каждый из нас имел бы свой диагноз. Однако большое значение в наше развитие вносит детство. Именно в ранний период закладывается фундамент для закрепления дезадаптивных форм поведения [23].

Когда ребенок сталкивается с проблемной ситуацией, то у него автоматически включается соответствующая ей генетически заложенная стратегия поведения. "Паттерн может иметь адаптивное преимущество, только пока частота его проявления ниже определенного критического порога; поэтому его называют частотно-зависимой адаптивной стратегией" [23]. Из этого следует, что если данная ситуация имеет тенденцию к повторению, то происходит своеобразное упражнение в использовании данной стратегии поведения, и если эта стратегия подкрепляется (допустим, приводит к желаемому результату), то со временем она становится для данного индивида естественной и привычной, но при этом дезадаптивной.

Однако не меньшую роль в развитии расстройств личности играет и когнитивная сфера человека. Каждое психическое расстройство несет с собой определенные дисфункциональные убеждения (установки). Они не всегда являются уникальными, но так же входят в основу развития расстройств личности. Беком и Фрименом били выделены ряд дисфункциональных убеждений, каждое из которых соответствует определенному расстройству личности и приводит к активации конкретной стратегии поведения. Ниже приведена таблица, содержащая данные характеристики.

**Таблица 1 - Основные убеждения и стратегии, связанные с традиционными расстройствами личности [3]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Расстройство личности | Основные убеждения/установки | Стратегия (наблюдаемое поведение) |
| Зависимое | Я беспомощен | Привязанность |
| Избегающее | Меня могут обидеть | Избегание |
| Пассивно-агрессивное | Мои интересы могут задеть | Сопротивление |
| Параноидное | Люди - это потенциальные враги | Осторожность |
| Нарциссическое | Я особенный | Стремление к величию |
| Гистрионное | Я должен производить впечатление | Истеричность |
| Обсессивно-компульсивное | Ошибки - это плохо. Я не должен ошибаться | Перфекционизм |
| Антисоциальное | Людьми нужно овладевать | Нападение |
| Шизоидное | Мне требуется много места | Изоляция |

Среди приведенных в таблице расстройств отсутствуют шизотипическое и пограничное расстройства. Причина их отсутствия заключается в том, что при шизотипическом расстройстве не столько важно содержание мыслей, сколько особенности их проявления. А когнитивные нарушения в отношении пограничного расстройства Бек и Фримен относят скорее к "дефициту эго", чем к определенному содержанию убеждения" [3].

Подобные дисфункциональные убеждения возникают также за счет многократного повторения релевантных ситуаций. С каждым повторением (или "упражнением") происходит усиление убеждения: допустим "В данной ситуации я ничего не могу поделать, потому что пока не обладаю достаточными умениями" перерастает в "Я бесполезен", или "Я поступаю часто правильно, поэтому меня хвалят" перерастает в "Я всегда всё делаю правильно. Я особенный". Таким образом, со временем убеждения становятся всеобъемлющими и негибкими. Они не дают человеку пути к отступлению - к переосмысливанию себя, к сравнению с реальностью. И это важное замечание: люди с расстройством личности по причине своих дисфункциональных убеждений не могут проверять их реальностью. Для них их мысли и их поведение применимы везде и всегда, в любых ситуациях.

Как было сказано в предыдущих частях, расстройство личности затрагивает все сферы человеческой психики. Так и аффективная сфера - сфера эмоций и чувств не остается неизменной. При личностных расстройствах образуется так называемая аффективная петля: человек просто зацикливается на интерпретации какой-либо ситуации определенным образом, что и выражается в его мимике и поведении. Релевантный стимул ведет к активации определенной аффективной схемы, вместе с которой по цепной реакции активируются все остальные схемы (когнитивная, мотивационная, инструментальная). Вот именно после этого может быть включена система контроля. Однако, как я уже говорила, у людей с расстройством личности она нарушена - поэтому окончательная реакция всегда будет соответствовать определенной стратегии.

Ещё одним уровнем нарушения личности человека является его самооценка. Неадекватно подкрепленная в детстве или намеренно и излишне ущемленная она может привести к образованию у человека определенных убеждений: от ощущения и идентификации себя как самого лучшего и незаменимого до идентификации себя как самого ничтожного. Многократное внушение ребенку его существующих или несуществующих качеств приведут к формированию у него определенных убеждений, которые в будущем могут воплотиться в расстройствах личности. Подобным образом действуют и правила поведения, внушаемые нам с детства: допустим, повышенный контроль (придание гипертрофированного значения словам "нельзя", "надо") может привести к формированию обсессивно-компульсивного расстройства.

Да, действительно, детство имеет очень большое значение для развития личностных расстройств. Так, допустим, Крепелин называет причину такого нарушения своеобразной задержкой психического развития, а проявление определенных характеристик, черт данных нарушений - "частичными парциальными инфантилизмами (преимущественно воли и чувств)" [8]. Однако, помимо этого психиатры больше не выделяют никаких условий образования расстройств личности и сами путаются в проблеме их выделения.

Таким образом, нарушения личности идут последовательно, задевая все её компоненты, все её структуры, при этом большое значение для развития заболевания имеет детство.

Если говорить о причинах как таковых, то Американская психологическая ассоциация (American Psychological Associated) выделяет следующие причины возникновения и развития расстройств личности [35]:

. Генетический фактор. Некоторые американские исследователи занимаются тем, что исследуют генетическую предрасположенность индивида к развитию расстройств личности. Так, допустим, одной командой был выделен ген, который может являться фактором обсессивно-компульсивного расстройства; а другие исследователи изучают взаимосвязи между агрессией, тревогой и страхом - чертами, которые могут иметь отношение к возникновению расстройств личности.

2. Детская травма. Были проведены лонгитюдные исследовании личностных расстройств, на основе одного из которых, была выявлена взаимосвязь между типом детской травмы, её частотой и развитием расстройств личности. Так, например, люди с пограничным расстройством личности имели в детстве довольно высокий уровень сексуальных травм.

. Словесные оскорбления. Были проведены исследования 793 матерей и их детей, на основе которых было выявлено, что даже словесные оскорбления, угрозы имеют значение. Матерей просили, чтобы, когда они будут кричать на своих детей, они говорили им, что они их не любят, либо что избавятся от них. Дальнейшее исследование выявило, что такие дети стали ближе к развитию у себя в будущем таких расстройств личности, как обсессивно-компульсивное расстройство, пограничное, нарциссическое или параноидное расстройство.

. Высокая реактивность. Чувствительность к свету, шуму, текстуре и другим стимулам тоже могут играть роль. Чрезмерно чувствительные дети, которые обладают высокой реактивной способностью, являются более склонными к развитию таких личностных качеств, как застенчивость, робость или тревога. Однако и эти исследования не дают однозначного ответа на вопрос о возникновении личностных расстройств.

. Отношения с окружающими.

Таким образом, можно сказать, что расстройства личности формируются под воздействием множества факторов и имеют под собой очень сложный механизм взаимосвязей между когнитивной, аффективной, сознательной и другими сферами человеческой личности.

# ***1.4 Классификации расстройств личности. Симптоматика***

Существует несколько классификаций расстройств личности. Это объясняется той позицией, которую занимает автор по отношению к ним, и тем, с каким научным направлением он привык работать.

Наиболее распространенными считаются классификации, приведенные в международных сборниках заболеваний и нарушений: в Международной классификации болезней и Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM). Однако помимо них существуют и другие классификации. Так, психиатром Б.В. Шостаковичем были проанализированы разные подходы к расстройствам личности (психопатиям) разными исследователями. Для наглядности, он представлял расстройства в виде таблиц, так же разделяя их на группы в соответствии с кластерами (разделами) DSM-IV [30]. В соответствии с его наблюдениями можно сказать, что Крепеленым в 1904 годы были выделены таки расстройства, как: чудаки, сварливые, кверулянты (соответствует кластеру A), возбудимые, фантасты, лгуны и мошенники (соответствует кластеру B), и неустойчивые (соответствует кластеру C). Кречмер же, выделял три типа: шизоиды (соответствует кластеру A), эпилептоиды и циклоиды (соответствует кластеру B). Гуннушкиным в 1933 году были выделены следующие типы: шизоиды (мечтатели), фанатики, параноики (соответствует кластеру А), эпилептоиды, циклоиды, конституционально-депрессивные, эмотивно-лабильные, истерические и патологические лгуны (соответствует кластеру B) и так же, как и у Крепелена, - неустойчивые (соответствует кластеру С). Так же, в последнюю группу неустойчивый тип относится и у Попова и Кербикова.

Если вспомнить курс психологии, то становится ясным, что основной причиной для выделения психопатий в отечественной психиатрии являлся органический генез. Пожалуй, это и будет основное отличие отечественных классификаций от зарубежных. Так, у американских психотерапевтов, как было сказано ранее, основной причиной возникновения расстройств личности является детство человека: условия его воспитания и нарушения отношений с семьёй и окружением. Следовательно, и в DSM это предстает как основная причина разделения. Таким образом, для DSM социальный фактор, фактор адаптации становится ключевым для создания классификации.

Раздел "Расстройства личности" в DSM-IV-TR включает в себя три больших группы - кластера. Они выделяются на основе сходства основных характерологических черт расстройств личности и способах реагирования личности на внешние воздействия. Каждый кластер включает в себя определенный набор личностных расстройств. В Международной классификации болезней 1999 года (МКБ-10) расстройства личности имеют несколько другую организацию, на мой взгляд, более запутанную и неясную. Здесь сами по себе личностные расстройства отнесены в большую группу F6 "Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте". Различия между этими двумя классификациями очень велико - различаются даже названия, отсутствие или присутствие заболевания.

Я буду рассматривать расстройства личности, исходя из организации DSM-IV-TR. Как уже говорилось, данный раздел включает в себя три кластера: "A", "B", "C". Кластер "A" включает в себя параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства. Уже здесь встречается одно из кардинальных различий между DSM-IV-TR и МКБ-10: если в МКБ шизотипическое расстройство по-прежнему тесно переплетается с шизофренией и входит в одну группу с ним ("Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства"), то в DSM оно уже отделено от неё и перенесено в раздел расстройств личности.

В кластер "B" включены антисоциальное, пограничное, гистреонное и нарциссическое расстройства личности. Здесь также существуют ряд различий. Так, например выделяемое антисоциальное расстройство, в МКБ-10 имеет свой аналог, представленный в качестве "диссоциальных личностей" (F60.2), а пограничное расстройство личности описано как подгруппа эмоционально неустойчивых расстройств личности (F60.3).

Кластер "C" включает избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройство личности, а так же неспецифические расстройства личности. В МКБ-10 можно найти схожее им описание. Так, обсессивно-компульсивное расстройство представлено в МКБ-10 как ананкастное расстройство (F60.5), а избегающее представлено в качестве "тревожных (уклоняющихся) личностей" (F60.6), и лишь зависимое расстройство личности имеет то же наименование. К оставшимся же "неспецифическим расстройствам личности" в американской классификации относятся пасиввно-агрессивное расстройство личности, депрессивное и садистическое расстройства. Описание пассивно-агрессивного расстройства личности чрезвычайно схоже с подростковыми реакциями оппозиции, однако у взрослых данные проявления могут уже означать нарушение, которое в МКБ-10 диагнастируется как смешанное расстройство личности (F61.0).

Таким образом, так как существует множество критериев для определения расстройств личности, то существует и множество их классификаций. Однако я считаю наиболее полноценной и точно классификацией DSM-IV-TR, поэтому и в дальнейшем, при описании расстройств, я буду использовать именно её.

# ***1.4.1 Параноидное расстройство личности***

Существенной особенностью параноидного расстройства личности является крайняя подозрительность и недоверие к окружающим. Данные признаки проявляются в раннем зрелом возрасте и проявляются практически во всех ситуациях.

Люди с данным расстройством личности считают, что другие собираются эксплуатировать их, вредить им, угрожать им и т.п., даже если отсутствуют какие-либо причины для подобных подозрений. Они всегда ожидают, что их будут избегать, думают, что окружающие находятся в заговоре или настроены против них. Они часто думают, что они глубоко и необратимо ранены другим или другими, так же - без ведомых на то причин. Они склонны постоянно проверять своих друзей и товарищей на верность и надежность. При этом, любое отклонение от ожидаемых ими характеристик верности подкрепляет недоверие к окружающим.

Такие люди избегают заводить тесных контактов или доверяться кому либо, так как считают, что информация, которую они предоставляют, будет использована против них. Они могут отказаться отвечать на вопросы личного характера, заявив, что "это никого не касается". В разных событиях они видят унизительный скрытый смысл. Так, например, чью-либо случайную ошибку они могут расценить как преднамеренное унижение, а безобидную шутку как намеренное серьезное оскорбление. Они не умеют правильно истолковывать комплименты (например, комплемент в честь нового приобретения они воспринимают как критику в свой адрес). Они никогда не принимают предложений о помощи, так как оценивают это как критику их работы.

Люди с этим расстройством никогда не прощают обид или оскорблений, которые, как они думают, они получили. Какие-либо небольшие обиды вызывают в них чувство враждебности, которое зачастую длится очень долго. Они тщательно следят за недоброжелательными намерениями других людей, и очень часто чувствуют, что всё-таки были "атакованы" ими. На предполагаемые оскорбления они быстро, и даже иногда заранее реагируют гневом. Такие люди зачастую бывают чрезмерно ревнивыми, подозревать своего супруга или партнера в измене, собирать прямые и косвенные доказательства измены. Они предпочитают полностью контролировать свои интимные отношения, предпочитают постоянно знать, где с кем и почему находится их партнер.

Как правило, лица с параноидным расстройством личности имеют проблемы с установлением близких взаимоотношений. Их чрезмерная подозрительность то и дело может выражаться в открытых жалобах, постоянных спорах, или же тихой, но видимой отчужденности. Так как они являются слишком бдительными, то и стратегии их поведения могут быть достаточно разнообразными: от хитрости и нападения, до притворной холодности. Хотя порой они и могут быть рассудительными, сдержанными и бесстрастными, чаще они, всё-таки, демонстрируют большой диапазон негативных эмоций: враждебность, упрямство и сарказм. И конечно же, такое поведение может отталкивать от них окружающих или и вовсе настраивать других против них.

Так как у людей с параноидным расстройством личности отсутствует доверие к окружающим, они испытывают высокую потребность в самодостаточности и автономии, также им нужна высокая степень контроля над окружающими. В связи с чем, они часто бывают жесткими, излишне критичными к другим и неспособными сотрудничать, при этом сами не выносят слышать критику в свой адрес. Они склонны обвинять других в своих собственных недостатках и ошибках. По причине своего "взрывного характера" они часто спорят с людьми и участвуют в юридических разборках. Они пытаются доказать злонамеренность поступков других, приписывая им мотивы, соответствующие их страхам. Они могут проявлять часто скрытые, нереалистичные грандиозные фантазии, связанные с силой и властью, и имеют тенденцию к развитию стереотипов в отношении отличающихся от них людей или людей из других мест проживания. Такие люди не любят упрощенных схем мира, постоянно ища подробности. Они склонны становиться фанатиками и присоединяться к культам, к группам людей, разделяющих их интересы.

Люди с параноидным расстройством личности могут иметь небольшие по длительности вспышки психических реакций на стресс (от нескольких минут до нескольких часов). В некоторых случаях, данное расстройство может напоминать психотерапевту стадию, предшествующую шизофрении. Часто у таких людей наблюдается склонность к развитию депрессии, агарофобии и обсессивно-компульсивного расстройства. Так же, такие люди наиболее склонны к приемы психоактивных препаратов и алкоголя.

Из проведенных исследований было выяснено, что большое число людей с параноидным расстройством личности, имело родителей с шизофренией, или же состояло в детстве в тесных семейных отношениях с людьми с бредовым расстройством типа преследования.

Подводя итоги, так какие же основные черты параноидного расстройства личности можно выделить?

А. Начинающаяся в ранней взрослости и проявляющаяся в большинстве ситуаций глубокая и необоснованная склонность интерпретировать действия людей как преднамеренно унижающие или угрожающие, на что указывают четыре (или более) признака из следующих:

) проявление безосновательных ожиданий, что другие будут эксплуатировать его или причинять ему вред;

) неоправданные сомнения в лояльности или надежности друзей или партнеров;

) больной не доверяет другим, так как считает, что информация, сказанная им, будет использована ему во вред;

) обнаружение скрытого унижающего или угрожающего значения в нейтральных замечаниях или обычных, повседневных событиях;

) долго переживает чувство обиды и не прощает оскорбления или неуважения;

) чувствителен к неуважительному отношению и быстро реагирует гневом или отвечает контратакой;

) неоправданно ставит под сомнение преданность супруга или внешнего партнера.

Б. Наличие данных симптомов не только в ходе шизофрении, других расстройств настроения и не только как проявление физиологических особенностей общего состояния здоровья.

(Приведенные выше и далее критерии взяты из Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, четвертого пересмотра, 2000 года) [32].

# ***1.4.2 Шизоидное расстройство личности***

Существенной особенностью шизоидного расстройства личности является всеобъемлющий паттерн отрешенности и ограниченный круг выражаемых и испытываемых эмоций. Данный паттерн проявляется в раннем зрелом возрасте и проявляется во многих контекстах.

У лиц с расстройством личности, по всей видимости, отсутствует желание близости, они кажутся равнодушными к тому, чтобы завести более близкие отношения, и, кажется, не получают большого удовольствия от отношений с семьей или социальными группами. Время они предпочитают проводить сами по себе, а не с другими. Зачастую такие люди являются социально дезадаптированными, "одиночками", и выбирают такой тип деятельности, который не требует взаимодействия с другими. Они предпочитают работать с механизмами или решать абстрактные задачи, как то: компьютер или математика; очень мало заинтересованы в сексуальных отношениях с другими людьми, но могут получать удовольствие от нескольких сексуальных опытов, если такие имелись. Как правило, у таких людей снижена чувствительность к сенсорной, телесной чувствительности и межличностным отношениям, таким как прогулка по пляжу на закате или занятия сексом. Такие люди, как правило не имеют близких друзей, кроме, возможно, самих ближних родственников.

Люди с шизоидным расстройством личности зачастую кажутся равнодушными к критике других, кажется, что им абсолютно всё равно, кто и что может о них подумать. Они могут не обращать внимании на тонкости нормального социального взаимодействия и часто неадекватно реагировать на какие-либо контакты, так что зачастую они кажутся социально неприспособленными или отчужденными и погруженными в себя. Их реакция обычно "мягкая", без излишних эмоциональных жестов и выражений лица. Они утверждают, что они редко испытывают какие-либо сильные эмоции, такие как гнев или радость. Они часто демонстрируют сниженную эмоциональность и кажутся холодными и равнодушными. Если же они попадают в непривычную для них обстановку, в которой пусть и находясь в комфортных условиях, но нужно взаимодействовать с людьми, они говорят, что испытывают болезненные ощущения.

Люди с шизоидным расстройством личности испытывают трудности с выражением гнева даже в ответ на прямые провокации, причиной которых и является то, что им не хватает эмоций. Своя жизнь зачастую кажется им бесцельной. Такие люди реагируют пассивно на важные обстоятельства и события их жизни. Из-за отсутствия у таких людей социальных навыков, они часто имеют мало друзей, редко с кем встречаются и вступают в брак. Профессиональная деятельность таких людей может быть нарушена, особенно если требуется межличностное взаимодействие, однако в условиях социальной изоляции они могут выполнять свою работу очень хорошо.

Несмотря на то, что шизоидное расстройство личности встречается крайне редко, его распространение моет увеличиться за счет увеличения в потенциальных семьях людей с шизофренией и шизотипическим расстройством личности.

Основные черты шизоидного расстройства личности:

А. Тотальный паттерн безразличия к социальным отношениям и ограниченный круг выражаемых и испытываемых эмоций, начинающиеся в ранней взрослости и существующие в разных контекстах, на что указывают четыре (или более) следующих признака:

) больной не желает вступать в близкие отношения (включая отношения в рамках семьи) и не получает от них удовольствия;

) почти всегда предпочитает действовать в одиночку;

) имеет слабое (или вообще никакое) желание иметь сексуальные контакты с другими людьми;

) редко испытывает удовольствие от некоторых видов деятельности (если таковые вообще присутствуют);

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

) безразличен к похвале и критике других;

) аффективно ограничен, например держится в стороне, холоден, редко реагирует жестами или выражением лица, например улыбкой или кивком.

Б. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении или бредового расстройства, или другого расстройства психоэмоциональной сферы, но так же и не связано с повсеместным нарушением развития и проявлениями общего состояния здоровья человека [31].

# ***1.4.3 Шизотипическое расстройство личности***

Существенной особенностью проявления шизотипического расстройства личности является тотальный паттерн недостатка межличностных отношений, характеризующийся дискомфортом, снижением способности к установлению близких отношений, а также проявляющийся в искаженных когнитивных процессах и поведении. Данный паттерн проявляется в раннем возрасте и присутствует почти во всех контекстах.

Люди с шизотипическим расстройством личности имеют идеи распространения (то есть, они неправильно интерпретируют какой-либо инцидент или ситуацию, как особенный и созданный специально для больного). Данные убеждения должны быть отделены от убеждений, которые наблюдаются при бредовых расстройствах. Такие лица часто могут быть увлечены паранаромальными явлениями или тем, что находится вне их субкультуры. Часто они думают, что обладают особыми полномочиями, могут читать мысли других людей или предсказывать события. Они могут считать, что обладают прямым магическим контролем над поведением других, которое может быть реализовано непосредственно (например, они могут сказать, что супруг пошел выгуливать собаку, потому что ему было приказано); или же они подвержены косвенной магии, поэтому осуществляют различные ритуалы (допустим, проходят мимо какого-то объекта три раза, чтобы избежать дурных последствий). У них могут присутствовать изменения восприятия (например, чувствуют присутствие другого человека, слышат его голос). Их речь может быть довольно необычной - встречать странные слова или быть странно построена. Она часто потерянная, уклончивая или размытая, но без особых фактических искажений или несогласованности. Их ответы могут быть либо слишком абстрактные, либо слишком конкретные, а слова часто могут использоваться в необычном смысле.

Люди с этим расстройством зачастую подозрительны и параноидальны. Их часто называют эксцентричными из-за их неопрятной манеры одеваться, говорить и вести себя.

Люди с шизотипическим расстройством личности испытывают сложности с установлением межличностного родства и им трудно создавать связи с другими людьми. Хотя они могут выражать неудовольствие отсутствием у них отношений, тем не менее они не испытывают особого желания участвовать в установлении интимных контактов, и как результат, они обычно не имеют никаких близких людей, кроме близких родственников. Такие люди стремятся в социальные ситуации, особенно туда, где есть новые люди. Если требуется, они будут взаимодействовать с другими людьми, однако всегда будут ощущать, что не соответствуют окружению. Как правило, при общении с другими их социальная тревожность не снижается, а напротив может усилиться, они могут стать ещё более подозрительными в отношении мотивов других людей.

Лица с шизотипическим расстройством личности чаще обращаются за помощью только с симптомами тревоги и депрессии. Наиболее распространено данное расстройство при шизофрении и у родителей с шизотипическим расстройством личности.

Основные критерии:

А. Тотальный паттерн недостатка межличностных связей, а также странные мысли, внешность и поведение, проявляющиеся с ранней взрослости и присутствующие в разнообразных контекстах, на что указывают пять (или более) следующих признаков:

) идеи отношения (исключая бред отношения);

) странные убеждения или мысли о сверхъестественном, влияющие на поведение и несовместимые с нормами данной культуры;

) необычные перцептивные переживания, например иллюзии;

) странная речь (без ослабления ассоциаций или бессвязности), например бедная, с отступлениями от темы, неясная или слишком абстрактная;

) подозрительность или параноидные идеи;

) неадекватность или ограниченность эмоций;

) странное или эксцентричное поведение или внешность, например неопрятность, необычные манеры, разговоры с самим собой;

) нет близких друзей или товарищей (или только один), не считая ближайших родственников;

) чрезмерная социальная тревога, например крайний дискомфорт в социальных ситуациях с участием незнакомых людей.

Б. Наличие данных симптомов не только в остром периоде шизофрении, другого психического нарушения или в случае грубого нарушения развития [32].

# ***1.4.4 Антисоциальное расстройство личности***

Существенной особенностью антисоциального расстройства личности является тотальный паттерн пренебрежения или нарушения прав других лиц, который начинается в детстве или раннем подростковом возрасте и продолжает развиваться в зрелости. Этот паттерн также определяется как психопатия, социопатия или диссоциальное расстройство личности. Центральными особенностями данного расстройства будут являться манипуляции и обман.

Для того, чтопы поставить диагноз антисоциального расстройства личности, больной должен достигнуть восемнадцатилетнего возраста, а характерные признаки должны уже проявляться как минимум с 15 лет. Данное расстройство поведения включает постоянные повторяющиеся модели поведения, которые нарушают права других людей. Особенности такого поведения могут быть отнесены к одной из четырех групп: агрессия к людям или животным, уничтожение имущества, обман или кражи, или другие серьезные нарушения закона.

Подобный паттерн поведения наблюдается и в зрелом возрасте. Люди с антисоциальным расстройством личности не соответствуют социальным нормам в отношении законного поведения. Они склонны многократно совершать действия, являющиеся достаточными для ареста, как то: уничтожение имущества, притеснение других, воровство или продолжение незаконного занятия. Они игнорируют желания и чувства других. Они часто лгут и манипулируют другими, для получения личной выгоды (например, денег, секса или власти). Они могут постоянно лгать, использовать чужие имена или других людей, симулировать болезни. Их импульсивность может проявляться в неспособности планировать на будущее. Решения такие люди принимают спонтанно, под влиянием момента, без учета последствий для себя и других, что может привести к скорой и внезапной смене места жительства и отношений. Лица с антисоциальным расстройством личности как правило раздражительны и агрессивны, они могут повторно вступать в драки или совершать акты физического насилия (избиение супруга или ребенка). При этом следует отличать эти действия от самообороны. Помимо этого, такие люди показывают полное пренебрежение к своей собственной безопасности и безопасности других людей. Этому может свидетельствовать их вождение (периодическое превышение скорости, вождение в состоянии алкогольного опьянения, несколько аварий). Они могут участвовать в нападении сексуального характера, пьяных дебошах; так же они могут оставить ребенка одного или отправить одного в путешествие.

Люди с антисоциальным поведением, как правило, являются постоянно и крайне безответственными. Они могут отказываться от работы и при этом не строить реальных планов на будущее. Они могут не появляться на рабочем месте, не объясняя это своими собственными проблемами или проблемами в семье. Часто они оказываются в долгах и лишаются родительских или опекунских прав. Такие лица не проявляют особого раскаяния в своих поступках. Он могут быть равнодушны к проблемам других людей и склонны рационализировать свои незаконные действия. Они могут обвинять своих жертв в излишней доверчивости, беззащитности, беспомощности, говорить, что они заслуживают такой судьбы, или же выказывать к ним полное безразличие. Как правило, такие люди не в состоянии компенсировать или исправить последствия своих поступков, и они сделают всё возможное, чтобы избежать наказание.

Основные отличительные черты антисоциального расстройства личности:

А. тотальный паттерн пренебрежения или нарушения прав других лиц, начинающийся в 15 лет и соответствующий трем (или более) следующих критериев:

) несоблюдение норм закона, о чем свидетельствуют постоянные аресты;

) обман других лиц, ложь, использование псевдонимов или других людей с целью получения выгоды или удовольствия;

) импульсивность и неспособность планировать на будущее;

) раздражительность и агрессивность, проявляющаяся в постоянных драках и нападениях;

) полное пренебрежение своей и чужой безопасностью;

) проявление полной безответственности (невыполнение должностных и финансовых обязанностей);

) отсутствие раскаяние, склонность к рационализации своих действий.

Б. Проявляются как минимум до 18 лет.

В. Нужно отличать от расстройств поведения, которые так же начинаются в 15 лет.

Г. Проявление симптомов не только в период шизофрении или аффекта [32].

# ***1.4.5 Пограничное расстройство личности***

Отличительной особенностью пограничного расстройства является тотальный паттерн нестабильности межличностных отношений, эмоций и самооценки, который проявляется в ранней зрелости и присутствует в различных контекстах.

Лица с пограничным расстройством личности прилагают огромные усилия, чтобы избежать реального или воображаемого отказа. Они очень чувствительны к экологическим условиям. Они испытывают сильный страх отказа и неуместно сердятся, даже тогда, когда их ожидания затягиваются во времени. Если им отказывают, то они считают, что они "плохие". Подобный страх отказа вызывает нежелание остаться в одиночестве и больной начинает считать, что он обязан быть с другими людьми. Чтобы избежать отказа, они могут демонстрировать импульсивные действия, такие как причинение себе вреда или суицидальное поведение.

Люди с пограничным расстройством личности имеют склонность к неустойчивым и сильным отношениям. Например, они могут идеализировать родителей или партнеров на первом и втором свидании, проводить много времени с партнером, прилагать много усилий к установлению интимных взаимоотношений. Однако они могут быстро переключаться от идеализации других людей к их обесцениванию, когда начинают чувствовать, что другой человек недостаточно о них заботится, недостаточно любит и вообще не является "достаточным". Такие люди готовы переживать и оберегать другого человека, лелеять его, но только если взамен этот человек всегда будет рядом и готов исполнить их малейшее требование. Такие люди склонны к быстрому и внезапному изменению взглядов на других людей. Часто это объясняется внезапным исчезновением из их жизни того, чей уход никак не ожидался.

Данное расстройство личности так же может характеризоваться крайне неустойчивой самооценкой или ощущением себя. Самооценка может резко меняться под влиянием перемены целей, мотивов или профессиональных устремлений. Так же могут отмечаться внезапные перемены во взглядах на свою карьеру, на свою половую идентичность, на своих друзей или родственников. Некоторые люди из таких и вовсе могут начать ощущать, что их не существует вообще. Такие переживания обычно возникают тогда, когда человек перестает ощущать поддержку и заботу, когда он чувствует потерю каких-либо значимых для него отношений.

Лица с данным расстройством демонстрируют импульсивность по крайней мере в двух областях, которые являются для них разрушительными. Они склонны к гемблингу, безответственной трате денек, употреблению алкоголя или психоактивных веществ, а также к небезопасному сексу и опрометчивому вождению. Такие люди склонны постоянно выражать намерения к причинению себе вреда, совершению суицида, однако кончают с собой только 8-10% из намеривающихся. Обычно подобные действия происходят а пики импульсивности, когда эти люди очень злы или пережили потерю кого-то важного.

Люди с пограничным расстройством личности могут показывать эмоциональную неустойчивость, объясняемую высокой реактивностью настроения (например, интенсивные эпизодические эмоциональные взрывы, которые могут продолжать до нескольких часов, а иногда и дней). Если у них наступает дисфория, то в основном она характеризуется повышенным уровнем гнева, паники отчаяния, и редко сопровождается периодами благополучия и удовлетворенности.

Люди с пограничным расстройством личности часто могут ощущать чувство опустошенности. Они часто скучают и могут постоянно искать себе занятие. Зачастую такие люди часто испытывают проблемы с контролем гнева и проявляют его в неуместных ситуациях. Они могут демонстрировать вспышки гнева и злости, особенно когда их близкий человек не выказывает им должного внимания и заботы. Такие эмоциональные взрывы часто заставляют их чувствовать вину, вследствие чего они больше убеждаются в том, что они "злые". В моменты крайнего напряжения у таких людей могут проявиться переходные параноидальные идеи и диссоциативные симптомы (например, деперсонализация), но они, как правило, не слишком продолжительны и не слишком тяжки. Такие реакции обычно проявляются в ответ на какие-либо реальные или воображаемые события, и длятся зачастую до нескольких минут.

Основные диагностические критерии:

А. Тотальный паттерн нестабильности межличностных отношений, эмоций и самооценки, который проявляется в ранней зрелости и присутствует в различных контекстах, и который характеризуют пять (или более) следующих критериев:

) отчаянные попытки избежать реального или предполагаемого отказа или отвержения (исключая суицидное или членовредительское поведение, описанное в пункте 5);

) паттерн непостоянных и интенсивных межличностных отношений, характеризующийся чередованием крайних форм чрезмерной идеализации и девальвации;

) нарушения собственной идентификации: потеря Я-образа и самоощущения;

) импульсивность по крайней мере в двух областях, которые потенциально саморазрушительны, например в расходовании денег, сексе, употреблении психоактивных веществ (исключая суициды или членовредительство, упомянутые в пункте 5);

) повторяющиеся угрозы самоубийства, суицидные попытки или суицидное поведение либо членовредительство;

) эмоциональная неустойчивость: выраженные смены настроения от обычного до депрессии, раздражительности или тревоги, обычно длящиеся несколько часов и лишь изредка более нескольких дней;

) хронические чувства опустошенности и скуки;

) неадекватный, сильный гнев или недостаток контроля над гневом, например частые проявления вспыльчивости, постоянная гневливость, повторяющиеся драки;

) наличие переходных стадии напряжения, характеризующихся параноидальными идеями или диссациативными симптомами [32].

# ***1.4.6 Гистрионное расстройство личности***

Существенной особенностью гистрионного расстройства личности является тотальный паттерн чрезмерной эмоциональности и стремления привлечь к себе внимания. Он развивается в начале зрелости и присутствует во всех контекстах.

Люди с гистрионным расстройством личности чувствуют себя неловко или некомфортно, когда они не являются центром внимания. Как правило, для того чтобы привлечь внимание, они ведут себя живо и драматично, их энтузиазм, кажущаяся открытость и кокетство могут поначалу очаровывать новых знакомых. Однако, подобным поведением они всего лишь пытаются привлечь к себе внимание. Они присваивают себе роли "звезды вечеринок". если на них не обращают внимание, то они склонны совершать что-то драматическое (сочинять истории о себе, создавать сцены). Им необходимо часто посещать врача и приукрашивать свои симптомы.

Внешний вид и поведение людей с гистрионным расстройством личности часто оценивается как сексуально провокационный, соблазняющий. При этом, подобное поведение направлено не только на людей, с которыми данный индивид имеет сексуальные или романтические отношения, но и проявляется в различных других ситуациях 9например, в профессиональной сфере). Эмоциональная выраженность у таких людей может быть слабой и быстро меняющейся. Люди с этим расстройством постоянно используют свою внешность, чтобы привлечь к себе внимание. Они слишком обеспокоены тем, какое впечатление производят на других, и слишком много времени и денег тратят на одежду и уход за собой. Они могут постоянно "напрашиваться на комплименты" и легко обижаются, если кто-то говорит им, что они нехорошо выглядят в реальности или на фотографии.

Речь таких людей носит чрезмерно импрессионистский и расплывчатый характер. Своё мнение они выражают драматично и ярко, однако основные причины этого мнения остаются довольно расплывчатыми и неподкрепленными фактами. Например, человек с гистрионным расстройством личности может сказать, что определенное лицо является прекрасным человеком, но быть не в состоянии предоставить какие-либо конкретные примеры хороших качеств, поддерживающие это мнение. люди с этим расстройством характеризуются излишней театральностью, драматичностью и преувеличенным выражением эмоций. Они могут смутить друзей и знакомых чрезмерной демонстрацией своих эмоций и отношений на публике. Однако, их эмоции очень быстро возникают и исчезают и долго не удерживаются в памяти.

Люди с гистрионным расстройством личности имеют высокую степень внушаемости. Их мысли и чувства легко меняются под воздействием внешних факторов и влиянием других людей. Они могут быть доверчивыми и особенно доверять тем людям, которые однажды разрешили какую-то их проблему. Свои решения они принимают быстро, основываясь на догадках и убеждениях. Отношения с другими людьми они склонны оценивать как более близкие, чем есть на самом деле, основываясь лишь на некоторых взглядах и совпадающих мнениях.

Основные отличительные черты гистионного расстройства личности:

А. Тотальный паттерн чрезмерной эмоциональности и стремления привлечь к себе внимание, возникающий в ранней взрослости и существующий в разных контекстах, на что указывают четыре (или более) признака из следующих:

) чувствует себя некомфортно, когда не является центром внимания;

) в отношении с другими неадекватно демонстрирует сексуальное поведение;

) обнаруживает быструю смену и поверхностность эмоций;

) постоянно использует внешность, чтобы привлечь внимание к себе;

) речь чрезмерно импрессионистична и небогата деталями;

) выражает эмоции неадекватно преувеличенно и театрально;

) легко внушаем, т.е. легко меняется под влиянием обстоятельств или других людей;

) воспринимает отношения как более близкие, чем они есть на самом деле [32].

# ***1.4.7 Нарциссическое расстройство личности***

Отличительной особенностью нарциссического расстройства личности является тотальный паттерн грандиозности, потребности в восхищении и отсутствие эмпатии, который развивается в раннем зрелом возрасте и проявляется в различных контекстах.

Лица с этим расстройством имеют грандиозное чувство собственной важности. Они часто переоценивают свои способности и раздувают свои достижения до невообразимых размеров, часто хвастаются. Они могут часто беспечно считать, что заслуживают много, не прилагая для этого усилий, и часто удивляются, если не получают "заслуженного". Зачастую в решении своих проблем они не учитывают вклада других людей. Они часто фантазируют о постоянном успехе, власти, красоте, богатстве или идеальной любви. Они могут размышлять о "давно созревших" привилегиях для них и сравнивают себя с известными или популярными людьми.

Лица с нарциссическим расстройством личности считают что, они выше других, профессиональнее и ждут, когда другие тоже это признают. Они чувствуют, что могут быть поняты только теми, кто занимает высокий статус, достаточно уважаем и известен, кто "является таким же, как они". Люди с этим расстройством считают, что их способности специфичны и находятся вне понимания обычных людей. Их собственная самооценка повышается (вернее, "отзеркаливается") в зависимости от того, кем они предстают перед тем, с кем общаются.

Люди с этим расстройством личности требуют чрезмерного восхищения. Их самооценка является весьма хрупкой. Они могут быть озабочены тем, как хорошо они выполняют то или иное задание, и как их оценивают. Зачастую это может принимать форму потребности в постоянном внимании и восхищении. Они могут ожидать, что их по прибытии будут встречены помпезно, и очень удивляются когда люди не жертвуют ради них своими интересами. Они могут постоянно напрашиваться на комплименты, часто с особым шармом. Думают, что они имеют особые права, необоснованно ждут хорошего обращения с собой. Они ожидают, что им будут прислуживать и не понимают или впадают в ярость, когда такого не происходит. Они могут считать, что не должны стоять в очереди, и считают, что дела других не настолько важны, как их собственные, поэтому и не понимают, когда другие не могут отложить свои дела ради них. Подобное чувство привилегии в сочетании с отсутствием чувствительности к желаниям и потребностям других может привести сознательной или невольной их эксплуатации. Они могут думать, что они всё равно получат то, чего хотят или в чем нуждаются, вне зависимости от того, какие последствия это может оказать на других. Романтические или дружеские отношения такие люди, по-видимому, заводят только тогда, когда другой человек может помочь достижению их целей или же поспособствует повышению их самооценки.

У людей с нарциссическим расстройством личности, как правило, отсутствует сочувствие и они трудно признают, чувства, переживания и потребности других людей. Они могут считать, что другие полностью обеспокоены их благосостоянием. Они склонны уделять большое внимание своим проблемам, будучи не в состоянии признать, что другие тоже имеют их. Они часто презрительно и нетерпеливо относятся к тем, кто говорит о своих проблемах и заботах. Они могут не обращать внимания на то, что их слова могут причинить кому-то боль. А чужие жалобы они рассматривают как признак слабости. Люди с нарциссическим расстройством личности часто показывают эмоциональную холодность и отсутствие общих с другими интересов.

Эти люди часто завидуют другим и полагают, что другие завидуют им. Они могут считать, что они более достойны привилегий других. Таких людей может характеризовать высокомерное, надменное поведение. Такие люди зачастую проявляют снобизм и презрительность.

Основные критерии, характеризующие нарциссическое расстройство личности:

А. Тотальный паттерн грандиозности, потребности в восхищении и отсутствие эмпатии, который развивается в раннем зрелом возрасте и проявляется в различных контекстах и отражается в пяти (или более) характеристиках:

) имеет завышенное чувство собственной значимости (например преувеличивает достижения и таланты, ожидает "особого" отношения к себе без соответствующих достижений);

) озабочен фантазиями на тему неограниченного успеха, власти, великолепия, красоты или идеальной любви;

) полагает, что он и его проблемы уникальны и могут быть поняты только определенными людьми;

) требует постоянного внимания и восхищения им;

) ощущает себя имеющим особые права;

) склонен использовать других для достижения собственных целей;

) недостаток эмпатии: неспособность понимать и переживать чувства других;

) часто завидует другим и считает, что другие завидуют ему;

) в поведении и отношениях демонстрирует надменность и высокомерие [32].

# ***1.4.8 Избегающее расстройство личности***

Избегающее расстройство личности характеризуется тотальным паттерном социального дискомфорта, чувства неполноценности и повышенной чувствительности к негативной оценке, который проявляется в ранней зрелости и практически во всех контекстах.

Лица с данным расстройством избегают работу, школу и другую деятельность, связанную с межличностным контактом, так как боятся критики, неодобрения или отвержения. Они могут отказать в дополнительной работе или повышении, так как боятся критики со стороны коллег. Такие люди избегают заводить новых друзей, если не уверены, что они будут любимы и неподвержены критике. Они очень трудно устанавливают близкие отношения, и то только когда уверены в своем некритичном принятии. Они могут быть сдержанными, испытывать трудности, когда говорят о себе, и скрывать свои чувства из страха быть осмеянными или устыженными.

Так как эти люди озабочены тем, что они будут подвержены критике или отвержены, они могут иметь низкий порог для проявления реакций защиты. Они могут чувствовать сильную боль, даже если кто относится к ним лишь слегка неодобрительно или критически. Они имеют склонность быть застенчивыми, тихими, подавленными, незаметными из-за страха того, что любое внимание к ним может их унизить. Они считают, что независимо от того, что они говорят, другие могут оценивать это как неверное, поэтому они иногда предпочитают молчать. Они тонко чувствуют и реагируют на двусмысленные сигналы, которые могут высмеять их. Несмотря на то, что они хотят участвовать в общественной жизни, они всё равно опасаются. Люди с избегающим расстройством личности чувствуют себя недостаточными и часто имеют низкую самооценку. В контактах с незнакомыми людьми их неуверенность и зажатость проявляются в большей степени. Такие люди часто считают себя социально неумелыми, личностно непривлекательными и хуже других. Обычно они не хотят заниматься рискованными или новыми занятиями, поскольку могут показать другим свою неловкость. Они склонны преувеличивать потенциальную опасность обычных ситуаций, и вести скучный, замкнутый образ жизни, чтобы быть уверенными в собственной безопасности. Такие люди могут даже отменить собеседование из-за страха быть смущенными в неудачный момент.

Основные диагностические критерии избегающего расстройства личности:

А. Тотальный паттерн социального дискомфорта, чувства неполноценности и повышенной чувствительности к негативной оценке, который проявляется в ранней зрелости и практически во всех контекстах, и характеризуется четырьмя (или более) критериями:

) избегает социальных или профессиональных действий, которые предполагают существенный межличностный контакт, из-за опосений критики, осуждения или отвержения;

) не желает сходиться с людьми, если не уверен, что его любят;

) сдержан в близких отношениях из-за страха быть высмеянным;

) озабочен тем, что может быть подвержен критике или отвержению в социально значимых ситуациях;

) сдерживает себя в новых межличностных ситуациях из-за чувства неполноценности;

) оценивает себя как социально неумелого, личностно непривлекательно и в целом хуже других;

) преувеличивает потенциальные трудности, физические опасности или риск в каком-либо обычном, но непривычном для него деле [32].

# ***1.4.9 Зависимое расстройство личности***

Характерной особенностью зависимого расстройства является тотальный паттерн потребности в заботе, что приводит к возникновению покорности и страху разлуки. Этот паттерн начинает проявляться в ранней зрелости и практически во всех контекстах. Зависимость и покорность вытекают из самооценки человека, так что он перестает мочь существовать без других.

Из-за того, что люди с зависимым расстройством личности бояться потерять благосклонность значимых для них лиц, они зачастую испытывают трудности с выражением своего недовольства. Они скорее согласятся и примут те вещи, которые они считают неправильными, чем войдут в такую ситуацию, которая может привести к потере опеки со стороны других лиц над ними. Они не могут надлежаще сердиться на тех, чья поддержка и забота для них важны, из-за страха, что их оттолкнут. Однако, здесь следует различать подобные опасения с опасениями, основанными на реальных наблюдениях.

Людям с зависимым расстройством личности трудно начать действовать самостоятельно. Они неуверенны в себе и считают, что им нужна помощь, чтобы что-то начать и закончить. Они будут ждать, пока начнут другие, потому что считают, что другие, как правило, выполняют всё лучше их. Такие люди убеждены, что они не умеют действовать самостоятельно, в связи с чем постоянно нуждаются в помощи. Однако они могут продолжать хорошо работать, если будут знать, что кто-то их контролирует и управляет ими. Они полагаются на других, чтобы решать свои дела, и часто не учатся навыкам самостоятельной жизни, чтобы не терять зависимости.

Такие люди могут прилагать усилия для того, чтобы над ними организовали опекунство, ищут волонтеров, которые будут ими управлять и о них заботиться. Ради этого они даже готовы предоставить, что нужно, даже если это не является правдой. Из-за своей потребности в сохранении связей, они могут совершать такие поступки, как самопожертвование, или же добровольно подвергаться словесному, физическому или сексуальному насилию. Такие люди чувствуют себя неудобно и беспомощно, когда остаются одни, потому что у них достаточно велик страх того, что они не могут заботиться о себе. Они будут следовать по пятам за какими-либо значимыми людьми, только ради того, чтобы не оставаться в одиночестве, даже если не заинтересованы в отношениях с этими людьми.

Если привычные близкие отношения заканчиваются (например, смерть одного из родителей), то люди с зависимым расстройством личности срочно начинают искать себе того человека, который о них позаботится. Их вера, что они не могут существовать без близких отношений, побуждает их в короткие сроки и без разбора находить себе новое лицо, от которого придется зависеть. Люди с этим расстройством часто бояться того, что заботиться о себе им придется самим. Они считают себя настолько зависимыми от другого важного лица, что сильно бояться быть оставленными им, даже если на то нет никаких оснований.

Так, основные диагностические критерии зависимого расстройства личности:

А. Тотальный паттерн потребности в заботе, что приводит к возникновению покорности и страху разлуки., возникающий в ранней зрелости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают пять (или более) признаков из следующих:

) неспособен принимать повседневные решения без большого количества советов или поддержки окружающих;

) позволяет другим брать на себя ответственность за большинство важных решений в жизни;

) из-за страха отвержения соглашается с людьми, даже когда полагает, что они не правы;

) испытывает трудности с началом реализации своих намерений или самостоятельными действиями;

) добровольно делает неприятные или унизительные вещи, чтобы понравиться другим людям;

) ощущает дискомфорт или беспомощность в одиночестве либо идет на все, чтобы не оставаться одному;

) чувствует опустошенность или беспомощность, когда заканчиваются близкие отношения;

) часто озабочен боязнью того, что его бросят и ему самому придется о себе заботиться [32].

# ***1.4.10 Обсессивно-компульсивное расстройство личности***

Существенной особенностью обсессивно-компульсивного расстройства личности является тотальный паттерн озабоченности упорядоченностью, перфекционизм, стремление к межличностному контролю за счет открытости и эмоциональности. Данный паттерн проявляется в раннем зрелом возрасте и присутствует в различных контекстах.

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности стремятся сохранить чувство контроля, даже не смотря на боль, уделяя большое внимание правилам, мелким деталям, процедурам, составлениям списков, таблиц и форм деятельности. Они сверхосторожны и склонны к постоянному повторению действий, проверке уже совершенных на предмет ошибок и неточностей. Они не обращают внимания на тот факт, что другие люди могут раздражаться из-за из поведения. Например, такие люди, если потеряют список того, что им предстоит сделать, не будут тратить время на восстановление из памяти своих дел, а будут долго и кропотливо искать потерявшийся список. Они плохо распределяют время, наиболее важные задачи оставляя на последний момент. Так как они очень много внимания уделяют деталям, проверяя каждую из них на "совершенство", они могут в целом не успевать закончить работу. Например, они могут то и дело переписывать отчет, доводя его до "совершенства", но при этом абсолютно не успевая в сроки.

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности уделяют чрезмерное внимание работе и продуктивности в ущерб досугу и дружбе. Но такое их поведение не обусловлено производственной необходимостью. Они часто ощущают, что просто не имеют времени, чтобы просто пойти на прогулку или расслабиться. Они так долго могут откладывать приятную для них деятельность, такую как отдых, что она может и вовсе не реализоваться. Когда им предоставляется много времени для проведения досуга или отдыха, они могут чувствовать себя очень дискомфортно, если не займут себя работой, чтобы не "терять время". Они так же уделяют большое внимание домашним обязанностям (например, протирают пол "до дыр"). Если они проводят время с друзьями, то они, вероятно, выберут один из организованных видов деятельности (например, спорт). К своему хобби или какому-либо развлекательному мероприятию они подходят с особой тщательностью, высокой организованностью и напряженно работают. Во всех задачах они ставят акцент на "совершенстве".

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности могут быть чрезмерно добросовестны, скрупулезны, и негибки в вопросах морали и этики. Они могут заставлять других следовать жестким моральным принципам или принципам производительности. Они также могут безжалостно самокритичны. Люди с таким расстройством уважают власть и закон, поэтому считают, что правила должны выполняться однозначно, вне зависимости от обстоятельств.

Люди с этим расстройством бывают не в состоянии отказаться от потрепанных и ненужных вещей, даже если они не имеют никакой эмоциональной значимости. Такие люди склонны к собирательству. Они считают, что выбрасывание предметов - это расточительство, и "вы никогда не знаете, что вам может пригодиться", поэтому они очень расстраиваются, если кто-то выбрасывает их вещи.

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством не любят перепоручать свою работу другим. Они упорно настаивают на том, что всё сделают сами и по-своему, и никто не сможет выполнить их работу так, как надо. Они всегда дают очень подробную инструкцию того, как что нужно сделать, и крайне раздражаются, когда им предлагают альтернативу. Бывает, что они могут даже отвергать предложения о помощи, когда отстают от графика, так по-прежнему считают, что никто не справится с их работой лучше.

Люди с этим расстройством могут быть излишне скупы, считая, что расходы должны хорошо контролироваться, чтобы обеспечить нормальную жизнь на случай катастроф. Такие люди характеризуются жестокостью и упрямством. Они так сильно беспокоятся о том, что вся их деятельность может быть построена по одному шаблону, что не принимают чужих идей и ни с кем не советуются. Поглощенный своим мнением, они не замечают критики других, и даже в случае неудач, всё равно поступают "запрограммированным" образом, объясняя это "делом принципа".

Таким образом, можно выделить следующие критерии обссесивно-компульсивного расстройства личности:

А. Тотальный паттерн озабоченности упорядоченностью, перфекционизм, возникающий в ранней взрослости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают четыре (или более) признаков из следующих:

) озабоченность деталями, правилами, списками, порядком, организацией или графиками до такой степени, что теряется главный смысл деятельности;

) перфекционизм, который препятствует завершению задачи, например неспособность закончить проект, потому что не достигнуто соответствие собственным чрезмерно строгим стандартам;

) чрезмерное внимание к работе и продуктивности в ущерб досугу и дружбе (не связанной с материальной выгодой);

) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и негибкость в вопросах морали и этики;

) неспособность выбрасывать изношенные или ненужные вещи, даже когда с ними не связаны какие-либо чувства.

) не хочет обсуждать работу или работать с другими людьми, если они не готовы придерживаться его порядка действия;

) скуп в отношении себя и других, деньги копит для будущих возможных катастроф;

) демонстрирует жестокость и упрямство [32].

# ***1.4.11 Неспецифические расстройства личности***

Эта категория содержит расстройства личности, которые не обладают своим собственным набором критериев для диагностики. Примером может служить наличие признаков более чем одного конкретного расстройства, которое не отвечает определенному набору критериев для диагностики какого-то одного расстройства (так называемые "смешанные расстройства"), но при этом они вызывают значительные ухудшения или нарушения какой-либо из сфер жизнедеятельности человека (например, социальной или профессиональной).

Данная категория включает в себя депрессивное расстройство личности и пассивно-агрессивное расстройство личности.

# ***1.4.11.1 Депрессивное расстройство личности***

Особенностью данного расстройства является тотальный паттерн депрессивных когниций и поведения, который начинается в ранней зрелости и проявляется в различных контекстах. Этот паттерн не проявляется исключительно во время крупных депрессивных эпизодов, и не составляет часть дистимических расстройств. Депрессивные когниции и поведение включают в себя устойчивое и тотальное чувство уныния, мрачность, безрадостность и несчастье. Эти люди слишком серьёзны, не умеют наслаждаться отдыхом, а также у них отсутствует чувство юмора. Они думают, что они не заслуживают того, чтобы веселиться или быть счастливыми. Они так же склонны размышлять и беспокоиться о своих негативных мыслях и несчастье. Они считают, что в будущем всё будет хуже, чем есть в настоящем, и вообще сомневаются, что когда-либо могут наступить улучшения. Они могут быть чрезмерно резки по отношению к себе и к своим недостаткам. Их самооценка очень низка и зачастую они сосредоточены на своём чувстве неполноценности. Как правило, других людей они судят так же жестоко, как и себя. Они зачастую фокусируются на недостатках, упорно не замечая положительных качеств и черт.

Основные критерии для диагностики депрессивного расстройства личности:

А. Тотальный паттерн депрессивных когниций и поведения, который начинается в ранней зрелости и проявляется в различных контекстах и соответствующий пяти (или более) нижеизложенным критериям:

) в повседневном настроении преобладает уныние, мрачность, безрадостность;

) самооценка неадекватна занижена, присутствует ощущение никчемности;

) излишне критичны и жестоки по отношению к себе;

) задумчивы и склонны беспокоиться;

) критичны и негативистски настроены по отношению к другим;

) пессимистичны;

) склонны к чувству вины и раскаянию.

Б. Проявляется не только в период крупных депрессивных эпизодов и при дистимических расстройствах [32].

# ***1.4.11.2 Пассивно-агрессивное расстройство личности (Негативистское расстройство личности)***

Существенным отличием данного расстройства является тотальный паттерн негативного отношения и пассивного сопротивления требованиям в социальной и профессиональной сферах, возникающий в ранней зрелости и проявляющийся в различных контекстах. Данный паттерн не проявляется исключительно при крупных депрессивных эпизодах и при дистимических расстройствах. Такие люди обычно легко обижаются, сопротивляются и отказываются функционаровать на том уровне, которого от них требуют другие. Чаще всего это качество проявляется в рабочих ситуациях, но также может проявляться и в повседневных, социальных. Их сопротивление чаще всего выражается в проволочках, забывчивости, упрямстве, намеренной неэффективности труда, особенно если задачи для них ставит авторитетное лицо. Не в состоянии выполнить свою работу такие люди часто мешают другим. Они постоянно чувствуют себя обманутыми, непонятыми и то и дело жалуются на других. Когда возникают трудности, ответственность за свои неудачи они перекладывают на других. Они могут быть угрюмыми, раздражительными, циничными, противоречивыми, спорщиками. Авторитетные лица для них часто становятся предметом недовольства. Они также завистливы и возмущаются успеху сверстников, которые достигли уважения авторитетных лиц. Такие люди часто жалуются. Они негативно настроены на будущее и могут высказывать свои замечания в таких фразах, как "нужно заплатить, чтобы быть хорошим" и так далее. Такие люди могут колебаться между выражением враждебности по отношению к тем людям, которые дают им заданием, и проявлением к ним сочувсвия, успокаивая им и обещая, что в следующий раз всё буде по-другому.

Основные диагностические критерии пассивно-агрессивного расстройства-личности:

А. Тотальный паттерн негативного отношения и пассивного сопротивления требованиям в социальной и профессиональной сферах, возникающий в ранней зрелости и проявляющийся в различных контекстах, на что указывают четыре (или более) из следующих признаков:

) пассивно сопротивляется выполнению рутинных социальных и профессиональных задач;

) жалуется на то, что его не понимают и обесценивают;

) угрюм и клонен к спорам;

) необоснованно критикует и презирает власть;

) завидует и обижается на тех, кому повезло больше, чем ему;

) голословно преувеличивает и постоянно жалуется на свои несчастья;

) чередует проявления враждебности и раскаяния.

Б. Не проявляется только при крупных депрессивных эпизодах и дистимических расстройствах [32].

# ***Глава 2. Диагностическая и психотерапевтическая работа с расстройствами личности***

# ***2.1 Диагностика расстройств личности***

Расстройства личности очень близки по своим проявлениям к норме, поэтому зачастую их сложно отличить от "нормального" поведения людей. Только когда проявляемые личностные черты оказываются тотальными, негибкими и дезадаптивными и приводят к значительным нарушениям или повреждениям различных сфер жизни, можно говорить о наличии личностного расстройства.

Диагностика личностных расстройств требует того, чтобы оцениваемые у индивида паттерны проявлялись уже некоторое количество лет, и их особенности должны быть очевидны уже к началу зрелого возраста. Данные паттерны должны быть отделены от характеристик, проявляющихся при стрессе и в состояниях измененного сознания (например, аффект, тревога, состояние опьянения). Психотерапевт должен оценить стабильность личностных качеств, характерных для личностных расстройств, и в различных ситуациях. Порой, бывает достаточно лишь одного контакта с человеком, но иногда для постановки диагноза требуется большее количество встреч. Так же диагноз может ставиться, если проявляемые им качества являются не только проблемой индивида, но и других людей.

При диагностике расстройства личности нужно всегда брать в расчет культуру индивида, его этнос и социальное окружение. Психотерапевт не должен путать расстройства с приспособлением человека на новой территории, с выражением его нравов, традиции, обычаев, религиозных или политических убеждений, которых человек изначально придерживался в своей культуре. Это особенно важно, когда психотерапев оценивает кого-то из другого общества: в этом случае нужно как можно больше узнать о другой культуре.

Диагноз расстройства личности может быть поставлен детям и подросткам, но только в том случае, если проверяемые признаки наблюдаются уже долгое время, тотальны и их нельзя назвать временными возрастными характеристиками или симптомами других заболеваний. При диагностики расстройства личности у людей до 18 лет необходимо проводить наблюдение в течение как минимум одного года (единственным исключением является антисоциальное расстройство личности, которое не может быть диагностировано до 18 лет).

Определенные личностные расстройства чаще диагностируются у мужчин (например, антисоциальное личностное расстройство). Другие (например, пограничное, гистрионное и зависимое расстройства) чаще диагностируются у женщин. Скорее всего, это обусловлено существующими психологическими различиями между мужчинами и женщинами.

В DSM-IV-TR приведены общие критерии для диагностики расстройств личности, которые включают в себя следующее:

А. Наличие устойчивого паттерна внутренних переживаний и поведения, который заметно отклоняется от ожиданий культуры индивида и проявляется в двух (или более) из следующих сфер:

) когнитивной (например, способы восприятия и интерпретации себя, других людей и событий);

2) аффективной (например, диапазон, интенсивность, неустойчивость и неуместность эмоциональных реакций);

) межличностные взаимодействия;

) сфера контроля.

Б. Паттерн тотален, устойчив и негибог.

В. Паттерн приводит к клинически значимым нарушениям или ухудшениям в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Г. Паттерн является стабильным и протяженным во времени, его начало можно проследить, по крайней мере, с подросткового или начала зрелого возраста

Д. Паттерн лучше не учитывать как проявление или следствие других психических заболеваний.

Е. Паттерн не связан с прямым воздействием на психику веществ (например, наркотиков или медикаментов) или с общим состоянием индивида (например, травма головы) [32].

Критерии для диагностики каждого расстройства в отдельности были рассмотрены в главе 1, пункте 1.4.

# ***2.2 Психологическая коррекция***

При терапии личностных расстройств используют два основных направления: психотерапевтическое и медикаментозное. Последнее направленно скорее на снятие отдельных симптомов (депрессии, тревоги и т.д.) и используется психиатрами, поэтому мне, как психологу не целесообразно рассматривать данную сферу лечения.

Так какие же основные виды психотерапевтической помощи может оказать психолог. Выделяют ряд направлений, в котором оказывается подобная помощь:

) Консультирование;

2) Динамическая психотерапии (исследует то, как прошлые переживания человека могут влиять на его поведение);

) Когнитивная психотерапия (акцент ставится на изменении паттерном расстройств);

) Когнитивная аналитическая терапия (распознание и изменение паттернов расстройства в поведении);

) Диалектическая поведенческая терапия (совмещает в себе часть приемов из поведенческой и когнитивной психотерапии, а также некоторые приемы из дзен-буддизма; включает индивидуальную и групповую психотерапию);

) Лечение в терапевтическом сообществе (довольно продолжительный метод, включающий в себя практически постоянный контакт с терапевтом и другими лицами с расстройствами, а также иногда включающее "госпитализацию" при особенно ярких эпизодах) [33].

Наибольшего развития в отношении исследования и корректировки расстройств личности получила когнитивная психотерапия, во многом основываясь на психоанализе, поэтому ей я и уделю основное внимание.

В основном люди с расстройствами личности считают себя нормальными и здоровыми, они редко обращаются за помощью сами, а если и обращаются, то обычно только для того, чтобы устранить какой-нибудь нежелательный симптом или разрешить ситуацию. Они могут жаловаться на депрессию или тревогу, за которыми на самом деле может скрываться расстройство личности. Поэтому одной из первостепенных задач психотерапевта является выяснение причин обращения к нему клиента, обозначение целей терапии, ожиданий клиента и построение плана работы. Терапевту нужно собрать определенный материал, на котором он должен реализовывать свою деятельность.

Как уже было сказано, люди с расстройствами личности очень редко сами обращаются к психотерапевту. В основном, их направляют либо друзья., семья, либо судебное постановление. Такие люди считают, что все проблемы, с которыми они сталкиваются возникают не по их вине, поэтому зачастую не видят своих нарушений. Работа с такими клиентами крайне тяжела и требует очень много времени хотя бы для того, чтобы установить доверительные отношения между психотерапевтом и клиентом.

Зачастую, люди с расстройствами личности не хотят признавать у себя данного расстройства, поэтому предпочитают, чтобы психотерапевт справлялся с симптомами, а не "лез глубоко". Тут, кстати, отмечается одна важная особенность действий психотерапевта: при обнаружении расстройства личности, не нужно объявлять диагноз клиенту как ярлык, печать на всей его жизни, обозначая его скупым научным термином; лучше использовать описательные приемы, называя лишь какие-либо отдельные признаки расстройства, не вызывая резкого негатива со стороны клиента. Однако, даже если клиент отказывается признавать наличие у себя расстройства личности, необходимо помнить, что её корректировка является основной целью психотерапевта, но не психотерапии. "Важно помнить, что при лечении в центре внимания находятся цели пациента, а не других людей (включая психотерапевта)" [3].

Как уже было сказано, важно установить отношения доверия. Именно при таких условиях можно совместить личные цели клиента и психотерапевта, что обеспечивает эффективность психотерапии. Главное, не настраивать клиента против себя, не слишком "напирать", не навязывать свою точку зрения. Очень важно не торопить клиента, но также и не стоит слишком растягивать процесс терапии.

Бывают случаи, когда клиент не хочет идти на контакт, так как не испытывает желания меняться. Его расстройство может "играть ему на руку", не просто не доставляя дискомфорта, но и привнося некоторые приятные момента в жизнь, поэтому действовать нужно осторожно, постепенно помогая человеку иначе взглянуть на жизнь.

Условием любой когнитивной психотерапии является информирование клиента о её процессе. И здесь говорится не только о методах работы, которые могут быть применены, но так же и о последствиях, которые она может оказать на клиента. Люди с расстройствами личности склонны тревожиться и чувствовать неуютно, когда начинают корректировать свою личность, поэтому очень важно предупредить их о возможном возникновении такого чувства, "чтобы это не было неожиданностью и не вызвало шок" [3].

Важно помнить и понимать, что люди с расстройством личности плохо осознают свои дисфункциональные убеждения и, как было сказано в предыдущей главе, не могут сверять их с реальностью. Поэтому и нужно учитывать, что привычные для таких людей схемы поведения и восприятия меняются крайне трудно и тяжело, поэтому нужно уделять большое внимание каждому компоненту их паттерна: поведенческому, когнитивному и эмоциональному. С каждым нужно работать отдельно, применяя для каждого свои собственные приемы.

В работе с клиентом психотерапевт может позволить ему равняться на себя, стать для него "ролевой моделью" [3]. Зачастую такое может быть и вовсе очень полезно: так как больной начинает верифицировать себя с другими и адекватно оценивать своё состояние. Многие люди с расстройством личности, прошедшие курс терапии, говорили, что они взяли лучшие качества от своих терапевтов. Однако здесь важно не позволять клиенту полностью перенимать образ психолога.

При проведении психотерапии может возникнуть ряд проблем. Например, может случиться так, что мысли терапевта и клиента будут совпадать по отдельным вопросам, а могут обнаружить и схожие дисфункциональные убеждения. В этом случае терапевту нужно справиться со своими убеждениями, чтобы "общая проблема" не тормозила сам процесс.

Помимо этого, могут возникнуть вопросы, затормаживающие ход терапии. В основном они связаны с определенными ситуациями или неумением одной из сторон выполнять определенные задачи. Так, со стороны клиента могут обнаруживаться такие проблемы: как отсутствие навыков сотрудничества; негативистские мысли о вероятной неудачи психотерапии; ожидания клиента того, что его выздоровление может привести к неблагоприятным последствиям, и другие страхи и опасения в отношении изменений в личности; недостаток социальных навыков; наличие выгоды от своего настоящего состояния; недостаток мотивации; ригидность клиента; недостаточные самоконтроль и др. Со стороны психотерапевта тоже могут наблюдаться схожие проблемы, а также и другие, как то: отсутствия навыков работы с определенной группой клиентов; недостаточная формулировка, нереалистичность или расплывчатость целей психотерапии и др. Также факторами, тормозящими процесс терапии могут являться неудачно выбранное время и место, определенные ситуативные условия, и др. В связи с этим, психотерапевт должен уметь помогать своим клиентам справляться с подобными проблемами и обладать достаточными знаниями и умениями, чтобы не допустить своих ошибок.

Как уже было сказано, для коррекции и устранения расстройств личности нужно работать с каждым элементом структурной организации личности. В связи с чем, используется большое количество методик и методов, одни из которых работают с воображением, другие, например, с воссозданием и проигрыванием ситуаций прошлого. Также, следует сказать, что к каждому расстройству личности существует свой подход в коррекции и лечении. Все эти методы, приблизительные планы и способы работы с личностными расстройствами очень хорошо и подробно рассмотрены в книге А. Бека и А. Фримена "Когнитивная психотерапия расстройств личности".

расстройство личность психотерапия коррекция

# ***Заключение***

В данной работе были рассмотрены различные расстройства личности и описаны их основные проявления. По этим описаниям, я считаю, становится ясно и понятно, что из себя представляет данное нарушение и как с ним нужно бороться: изменять когнитивные, аффективные и поведенческие "схемы". В целях же профилактики данного расстройство вполне логично было бы обеспечивать благоприятные условия воспитания, детства, так как именно оно играет очень важную роль в становлении личностных расстройств. Особенно значимо это для тех людей, которые находятся в группе риска - имеют близких родственников с шизофренией или схожим расстройством.

Ещё одним выводом, к которому я пришла в ходе данной работы, является то, что в основном расстройствами личности занимаются зарубежные исследователи. В нашей же стране, эта тема рассматривалась лишь у нескольких авторов, и то их наблюдения в основном основаны на работах немецких и американских психотерапевтов. Они же, в свою очередь, большое внимание уделяли изучению данной проблематики и построению терапевтических моделей, которыми и пользуются для корректирования личностных расстройств.

Таким образом, в данной работе были проанализированы различные подходы к пониманию и проблематике личностных расстройств, описаны разные типы заболевания и рассмотрены способы диагностики и психотерапии. Я увлечена данной темой, и в дальнейшем мне было бы интересно провести исследования на выявления личностных расстройств у подростков и молодых людей.

# ***Список использованной литературы***

1. Антропов Ю.А. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 384 с.

2. Аверин В.А. Психология личности DOC. Учебное пособие. - СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 2009.

. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб.: Питер, 2012.

. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 2012. - 301 с.

. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. 2007. Т.16. № 3. С.90-101.

. Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли. - Москов. психотер. журн., 2007, N4, с.123 −146.

. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии // НПЖ, 2007, № 2, с.11-15.

. Ганнушкин Б.П. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. - Н. Новгород: Изд-во НГМД, 2008. - 128 с.

. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Очарование нарциссизма. // Консультативная психология и психотерапия. 2012. №2. - C.102-112.