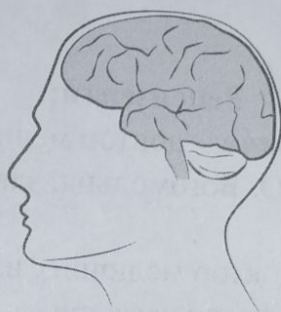


МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



ТОМ • 2

СПЕЦІАЛЬНА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

За редакцією професора, доктора медичних наук Г. Я. Пилягіної

NK
PUBLISHERS

Вінниця
НОВА КНИГА
2020

УДК 159.97:616.89(075.8)

М42

*Рекомендовано вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика
як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів
(протокол № 5 від 10.06.2020 р.)*

Колектив авторів:

Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута, Ц. Б. Абдяхімова, Н. К. Агішева, К. В. Аймедов, А. Е. Асанова, Ю. О. Асєсва, М. І. Винник, Л. М. Гайчук, Г. В. Гук, М. М. Денисенко, Н. О. Дзеружинська, О. В. Зубатюк, Г. Ю. Каленська, А. В. Канищев, С. П. Колядко, Г. М. Кожина, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, А. Р. Марков, М. В. Маркова, О. С. Марута, Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, І. Р. Мухаровська, Г. М. Науменко, О. П. Олійник, В. Ю. Омельянович, Т. В. Панько, О. В. Піонтковська, О. В. Радзєвілова, О. А. Ревенок, О. Є. Семікіна, О. Г. Сиропятов, І. Ф. Тєрьошина, І. В. Тодорів, В. Ю. Федченко, О. С. Череднякова, В. В. Чугунов, С. А. Чумак, Л. М. Юр'єва, І. О. Явдак.

Рецензенти:

Напреєнко Олександр Костянтинович – доктор медичних наук, професор, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри психіатрії та наркології.

Гриневиц Євгенія Геннадійовна – доктор медичних наук, професор, Національної медичної академії імені П. Л. Шупика, професор кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології.

Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / М42 [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

ISBN 978-966-382-867-1

Підручник "Медична психологія" складається з двох томів. В 2-му томі підручнику висвітлені основні розділи прикладної медичної психології. В ньому представлено розділи, які присвячені основним питанням щодо порушень психологічного здоров'я; діагностичним аспектам психопатологічних порушень; основам надання медико-психологічної допомоги хворим на психічні розлади; психологічним аспектам девіантної поведінки, проблеми психосоматичних розладів, в тому числі в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології та психоонкології, вмирання і смерті; медико-психологічним аспектам, сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень; медико-психологічній реабілітації, психогігієні та психопрофілактиці, інформаційно-психологічній безпеці особистості; процесуальним аспектам призначення і проведення судово-психологічної експертизи; медичній деонтології, етиці взаємодії лікаря з пацієнтом, правовому забезпеченню і психологічним аспектам професійної діяльності медичних працівників.

Даний підручник відповідає навчальним планам та програмам з медичної психології додипломного та післядипломного рівнів освіти та надає можливість набуття знання впровадження за цією спеціальністю. Він призначений для студентів медичних вищих навчальних закладів, інтернатури, магістратури та спеціалізації з медичної психології, а також для безперервного професійного навчання в межах післядипломної освіти.

УДК 159.97:616.89(075.8)

ISBN 978-966-382-867-1

© Колектив авторів, 2020

© Нова Книга, 2020

Зміст

Колектив авторів	8
Список скорочень	11
Передмова	12
1. Здоров'я та хвороба. Від психічної норми до психічного розладу:	
основні концепції, положення, поняття та розуміння	14
1.1. Загальна концепція здоров'я (О. О. Хаустова)	14
1.2. Основні чинники психологічного і психічного здоров'я людини (О. О. Хаустова)	18
1.3. Континуум "норма – патологія" (О. О. Хаустова)	23
1.4. Хвороба, психічна патологія, психічний розлад (О. О. Хаустова)	26
2. Порушення психологічного здоров'я (О. О. Хаустова)	32
3. Діагностичні аспекти психопатологічних порушень. Найрозповсюдженіші симптоми психічних розладів та психопатологічні стани	40
3.1. Основні поняття в діагностиці психопатологічних порушень. Симптом та синдром (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	40
3.2. Найрозповсюдженіші симптоми і стани порушення свідомості й самосвідомості (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	41
3.3. Найрозповсюдженіші симптоми порушень відчуття та сприймання (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	45
3.4. Найрозповсюдженіші симптоми порушень уваги (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	48
3.5. Найрозповсюдженіші симптоми порушень пам'яті (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	50
3.6. Найрозповсюдженіші симптоми порушень емоцій та волі (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	51
3.7. Найрозповсюдженіші симптоми порушень мислення (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	54
3.8. Розвиток моделей інтелекту та найрозповсюдженіші стани при його порушеннях (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	58
4. Медико-психологічна допомога хворим на психічні розлади	60
4.1. Загальні принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з різними видами психічних розладів (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	60
4.2. Основні положення про психічні розлади внаслідок органічних уражень центральної нервової системи та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак)	63
4.3. Основні положення про розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	70

4.4. Основні положення про розлади шизофренічного спектра (шизофренія, шизоафективний, поліморфний психотичний, шизотиповий і маячні розлади) та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, С. П. Колядко, О. С. Череднякова).	80
4.5. Основні положення про афективні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (Т. В. Панько., В. Ю. Федченко, О. С. Марута, М. М. Денисенк).	86
4.6. Основні положення про невротичні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями	93
4.6.1. Загальні положення про невротичні розлади (Г. Я. Пилягіна)	93
4.6.2. Тривожно-фобічні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	96
4.6.3. Обсесивно-компульсивні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк).	103
4.6.4. Дисоціативні та конверсійні розлади і принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак).	107
4.6.5. Соматоформні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	115
4.6.6. Неврастенія та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна)	121
4.7. Розлади харчової поведінки та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	124
4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	134
4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим (Б. В. Михайлов).	149
4.10. Основні положення про розлади психічного розвитку і психопатологічні розлади, які формуються в дитячому та підлітковому віці, та принципи надання медико-психологічної допомоги дітям і підліткам (Б. В. Михайлов, Г. Я. Пилягіна)	155
5. Психологічні аспекти девіантної поведінки.	178
5.1. Девіантна поведінка, її прояви та психологічне підґрунтя девіантної поведінки (Г. Я. Пилягіна)	178
5.2. Поведінкові (нехімічні) адикції як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева)	184
5.3. Залежність від віртуальної реальності як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (Л. М. Юр'єва).	193
5.4. Саморуїнлива та суїцидальна поведінка (Г. Я. Пилягіна).	200
6. Розлади, пов'язані зі стресом, та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях	214
6.1. Адаптація, теорія стресу та психічний стрес (Г. Я. Пилягіна)	214

6.2. Реакції на важкий стрес і порушення адаптації та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	220
6.3. Кризові стани, обумовлені соціально-стресовими подіями, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Л. М. Юр'єва)	228
6.4. Психічні розлади, обумовлені бойовою психічною травмою, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим	238
6.4.1. Бойова психічна травма та її основні наслідки (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	238
6.4.2. Гостра реакція на бойовий стрес та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	240
6.4.3. Посттравматичний стресовий розлад, що формується внаслідок бойової психічної травми, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	243
7. Психологічні проблеми психосоматичних розладів	256
7.1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині й теоретичні основи вивчення психосоматичних та соматопсихічних взаємовпливів у формуванні психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	256
7.2. Сучасні наукові погляди на формування психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	267
7.3. Класифікація, діагностика та принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам із психосоматичними розладами (О. О. Хаустова)	271
8. Психосоматичні розлади в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології	281
8.1. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в терапевтичній практиці (О. О. Хаустова)	281
8.1.1. Психосоматичні розлади серцево-судинної системи	281
8.1.2. Психосоматичні розлади органів дихання	287
8.1.3. Психосоматичні розлади органів травлення	289
8.1.4. Психосоматичні розлади, пов'язані з порушеннями імунітету	291
8.2. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в перинатології, акушерстві та гінекології (О. О. Хаустова)	294
8.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок	294
8.2.2. Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду	296
8.2.3. Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання	297
8.3. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в практиці хірургії та травматології (О. О. Хаустова)	304
8.3.1. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у хірургічному стаціонарі	304
8.3.2. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у травматологічному стаціонарі	309
8.3.3. Особливості роботи медичного психолога у клініці хірургії та травматології	310

9. Психоонкологія: психосоматичні аспекти в онкологічній практиці та основні принципи надання медико-психологічної допомоги онкохворим	314
9.1. Загальні питання психоонкології (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	314
9.2. Психологічні особливості пацієнтів з онкологічними захворюваннями (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	316
9.3. Психічні розлади у онкологічних пацієнтів (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	324
9.4. Медико-психологічні проблеми родини онкологічного пацієнта (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	328
9.5. Діагностичні й терапевтичні аспекти психоонкології в дитячому та підлітковому віці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	331
9.6. Медико-психологічна допомога та психологічна підтримка в онкологічній практиці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	334
10. Медико-психологічні аспекти вмирання і смерті	342
10.1. Загальні поняття та принципи надання паліативної допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	342
10.2. Психологічні особливості та психопатологічні порушення хворих, які помирають. Медико-психологічні аспекти надання паліативної (хоспісної) допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	346
10.3. Медико-психологічна допомога оточенню пацієнта при наданні паліативної допомоги та втраті близької людини (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	356
10.4. Взаємодія медперсоналу з умираючими пацієнтами. Психологічний супровід медперсоналу, що надає паліативну (хоспісну) допомогу хворим (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	361
11. Медико-психологічні аспекти сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень	365
11.1. Основні поняття сексології: сексуальність, сексуальна поведінка, сексуальне здоров'я та їх багатофакторне забезпечення (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	365
11.2. Сексуальна норма і системний підхід в оцінці сексуального здоров'я. Основні види розладів сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	372
11.3. Принципи надання медико-психологічної допомоги при розладах сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	382
12. Комбіноване лікування психічних розладів із включенням медико-психологічного втручання (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	391
13. Медико-психологічна реабілітація: основні положення та принципи проведення	399
13.1. Реабілітація як поняття та основні засади психореабілітаційного процесу (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	399

13.2. Основні засади проведення медико-психологічної (психосоціальної) реабілітації при порушеннях соціальної компетентності та соціально-когнітивного функціонування у хворих з важкими й хронічними психічними розладами (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	408
14. Психогігієна та психопрофілактика (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	417
15. Медико-психологічні аспекти інформаційно-психологічної безпеки особистості	426
15.1. Інформаційно-психологічна безпека особистості як проблема медичної психології (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	426
15.2. Медико-психологічні наслідки надмірного користування екранними технологіями (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	433
15.3. Основні принципи медико-психологічної допомоги у відновленні і підтримці інформаційно-психологічної безпеки особистості (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	436
16. Судово-психологічна експертиза: організаційні та методологічні аспекти її проведення	441
16.1. Методологія проведення судово-психологічної експертизи (О. А. Ревенок, А. В. Каніщев, О. В. Радзевілова О. П. Олейник)	441
16.2. Організаційні аспекти проведення судово-психологічної експертизи (О. В. Радзевілова)	444
16.3. Загальні питання судово-психологічної експертизи в цивільному та в кримінальному провадженнях (О. В. Радзевілова, О. П. Олійник)	447
16.4. Окремі питання судово-психологічної експертизи в кримінальному та цивільному провадженнях (О. В. Радзевілова)	453
17. Медична деонтологія. Етичні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом. Правове забезпечення професійної діяльності медичних працівників в Україні (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко, А. Е. Асанова)	459
18. Основні психологічні аспекти професійної діяльності медичних працівників	469
18.1. Основні засади професіоналізму медичних працівників: їх професійні компетентності та психологічні типи (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	469
18.2. Психологічні і комунікативні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	472
18.3. Етапи становлення та кризи у професійній діяльності медичних працівників (Л. М. Юр'єва)	479
18.4. Проблемні аспекти професійної діяльності медичних працівників: синдром емоційного вигоряння і професійна деформація та принципи їх медико-психологічної корекції й психопрофілактики (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сиропятов)	486

Питання для самоконтролю:

1. Що таке розлади харчової поведінки та як вони поділяються з точки зору поведіння, пов'язаного з прийомом їжі?
2. Що таке нервова анорексія та з чим пов'язаний її розвиток?
3. У чому полягає етіологія та клінічна картина нервової булімії?
4. Чим характеризується компульсивне переїдання?
5. Які основні методи медико-психологічної допомоги при розладах харчової поведінки ви знаєте?
6. Які методи психотерапевтичного втручання ефективні при нервовій анорексії та нервовій булімії?
7. Що таке інтуїтивне харчування?

4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим

Г. Я. Пилягіна

Розлади особистості (застаріла назва — психопатії) — збірний термін для групи психічних порушень, котрі визначаються розладами характерологічної конституції особистості, які, у свою чергу, супроводжуються дисгармонічністю її психічного складу (специфічними порушеннями психічної діяльності і поведінки), мають тенденцію до стійкості, а також супроводжуються вираженою психологічною і соціальною дезадаптацією. Тобто розлади особистості констатуються в тих осіб, у яких патологічні особистісні і поведінкові зміни виражені настільки значно, що перешкоджають повноцінній соціальній адаптації, тобто в їхній діагностиці мають значення соціальні критерії. І вони не є прямими наслідками захворювання, травми чи іншого ураження головного мозку або інших важких психічних порушень.

Ці патологічні стани характеризуються і являють собою постійний, частіше вроджено притаманний індивіду поведінковий тип, а також набутий стиль життя і спосіб ставлення до себе та інших, що зберігається протягом усього життя. Деякі з цих станів і типів поведінки з'являються у досить ранньому віці в процесі індивідуального розвитку як результат впливу конституціональних факторів і соціального досвіду (психотравмуючого стилю виховання), в той час як інші набуваються пізніше — переважно в підлітковому віці, і у таких пацієнтів на формування особистісних порушень здебільшого впливають психологічно-соціальні фактори (девіантні дитячо-батьківські відносини, інші хронічні психотравмуючі обставини життя). На відміну від невротичних порушень розладу особистості,

відчуваються пацієнтами як егосинтонні (індивідуально прийнятні) і не сприймаються найчастіше як ті, що потребують медичної допомоги.

Описи патологічних особистостей є ще в джерелах, що належать давнім культурам, і з періоду становлення психіатрії як окремої медичної науки вивчення аномалій особистості стало одним з її важливих фокусів. Найбільшої уваги особистісно-поведінкові порушення в науковій спільноті набули в XIX сторіччі, завдяки працям багатьох видатних психіатрів того часу. Так, Б. Морель розробив вчення про моральну дегенерацію особистості (виродження). У своїх дослідженнях такі знані вчені, як засновник наукової психіатрії німецький психіатр В. Грізінгер, німецький психіатр, невропатолог і криміналіст Ріхард Крафт-Ебінг (1842–1902), англійський психіатр Генрі Моудслі (1835–1918), сприяли виділенню психопатій (як специфічних станів та характерологічних порушень) із поліморфної групи дегенеративних психозів.

Вважається, що термін “психопатія” вперше був запропонований приблизно в один і той же час (у 1860 та 1862 роках) двома видатними російськими психіатрами Володимиром Хрисанфовичем Кандинським (1849–1889) та Іваном Михайловичем Балінським (1827–1902). Але остаточно в наукову літературу термін “психопатія” ввів німецький психіатр Джуліус Кох (1841–1908): у своїй класифікації межових розладів (1891, 1900) він виділив поряд з іншими психічними аномаліями варіанти конституціональних психопатій, що не перетерпають протягом життя істотних змін.

Розвиток вчення про психопатії в першій половині XX сторіччя у психіатрії Західної Європи насамперед пов'язаний з іменами німецьких психіатрів Еміля Крепеліна (1856–1926), Е. Кречмера, Курта Шнайдера (1887–1967).

Е. Крепелін (1915) поділяв хворих з особистісними аномаліями, згідно з особливостями їхньої соціальної поведінки, на ворогів суспільства (або антисоціальних), імпульсивних (або “людей потягів”), збудливих, нестримних (або нестійких), диваків, патологічних сперечальників та брехунів (або “псевдологів”).

К. Шнайдер у своїй класифікації (1923), позначивши головну ознаку психопатичних особистостей як неможливість формувати та підтримувати взаємини з людьми, виділив їх 10 типів:

- ➔ депресивні (песимісти й скептики, що сумніваються в наявності змісту життя);
- ➔ гіпертиміки (активні веселі особистості, збудливі сперечальники, які схильні до активного втручання в чужі справи, некритичні, неважливі та ненадійні);
- ➔ емоційно лабільні (особистості з нестійким настроєм, схильні до його несподіваних змін);
- ➔ шукачі визнання (ексцентричні й марнославні люди, які постійно прагнуть здаватися значнішими, ніж вони є насправді);
- ➔ експлозивні (збудливі, дратівливі, запальні особистості, схильні до стрімко-бурхливих форм насильства);
- ➔ бездушні або байдужі (грубі особистості, які позбавлені почуття

сорому, жалю, честі, докорів совісті за вчинене насильство);

- ☉ безвільні (нестійкі особистості, які дуже легко піддаються будь-яким впливам ззовні);
- ☉ невпевнені в собі (сковані, тривожні, сором'язливі особистості);
- ☉ фанатичні (експансивні особистості, які захоплені надцінними думками особистого або ідейного характеру, схильні до довготривалої боротьби за свої ідеї);
- ☉ астеничні (ті, кому властиві утруднення в концентрації уваги, низька працездатність, погана пам'ять, безсоння, підвищена стомлюваність, схильні до самоаналізу та іпохондричного заглиблювання).

Ще один з видатних дослідників патології особистості — це російський та радянський психіатр П. Б. Ганнушкін (учень С. С. Корсакова та В. П. Сербського), який теж розробив класифікацію психопатій і виділив наступні типи психопатичних особистостей: циклоїди, астеники, шизоїди, параноїки, епілептоїди, істеричні характери, нестійкі, антисоціальні та конституціонально-дурні (1933). Окрім типів психопатій, котрі були виділені на підставі клінічних і психологічних особливостей, П. Б. Ганнушкін відокремив конституціональні психопатії, підкреслюючи статичну та вроджену природу цієї групи розладів. Також ним запропоновано діагностичну й клініко-патогенетичну тріаду психопатій щодо патологічних властивостей особистості:

1. Тотальність патологічних рис, яка створює загальний психологічний обрис особистості;
2. Їхня відносна стабільність, тоб-

то мала зворотність упродовж життя (тобто, без відповідного терапевтичного втручання);

3. Обов'язкова наявність значних порушень соціальної адаптації та міжособистісної взаємодії.

Саме ознаками стабільної соціально-психологічної дезадаптації, на думку А. Е. Личко, психопатії відрізняються від акцентуацій характеру, а також всеохопленням характеру й поведінки людини, тому що проявляються "завжди і скрізь". Тоді як дезадаптивна поведінка особистості з акцентуацією характеру проявляється лише в стресових ситуаціях чи у сферах життя, ої пов'язані із зонами "найменшого психологічного опору" людини.

О. В. Кербіков, учень і послідовник П. Б. Ганнушкіна, досліджуючи етіологічні фактори та динаміку психопатій, поділив їх на наступні групи:

1. Ядерні (конституціональні, істинні).
2. Набуті, котрі, у свою чергу, поділяються на:

- постпроцесуальні (зумовлені перенесеним психотичним розладом);
- органічні (пов'язані з резидуальними наслідками перенесеного ураження ЦНС);
- крайові (що виникають як патохарактерологічний, постстремативний або постневротичний патологічний розвиток особистості після перенесення важкого стресового впливу чи хронічного невротичного розладу).

В останні десятиріччя, із впровадженням МКХ-10, визначення "психопатії" у психіатричній літературі

поступово замінилося поняттям “розлади особистості”, які супроводжуються суттєвим відхиленням внутрішніх переживань і поведінки індивіда від загальноприйнятого діапазону реагування (соціальної норми), що є одним з основних загальних діагностичних критеріїв розладів особистості.

Якщо раніше в класичній психіатрії XIX-го та початку XX-го сторіччя вважалося, що психопатії здебільшого обумовлені вродженою неповноцінністю нервової системи внаслідок факторів спадковості, шкідливого впливу на плід або пологової травми, то в сучасній психіатрії етіологія розладів особистості передбачає мультифакторіальну природу, яка суттєво різниться залежно від типу порушень та індивідуальних характеристик пацієнта. На виникнення та патогенетичний розвиток цих характерологічних і поведінкових порушень впливає сукупність факторів впливу. Це можуть бути не лише результати генетичної схильності чи резидуальної мозкової дисфункції, але й наслідки травматичної історії дитинства — девіантних стилів виховання (особливо з хронічним психічним та/або фізичним насильством) чи дії перенесених психологічно надмірних стресових життєвих подій (наприклад, випадки групового остракізму однолітків чи сексуального насильства).

Сформовані сталі дисфункціональні психологічні особливості та дезадаптивні патерни поведінки в осіб із розладами особистості спостерігаються в більшості сфер життя та соціальних ситуацій хворого, що викликає в нього стан хронічного дистресу і негативно впливає на ото-

чення. Згідно з МКХ-10, ці відхилення спостерігаються більше ніж в одній із наступних сфер:

- когнітивній (стосується характеру сприйняття та інтерпретації явищ, людей і предметів, формування відносин і образів “Я” тощо);
- емоційній (стосується, насамперед, інтенсивності та діапазону емоційних реакцій, їх відповідності зовнішнім стимулам);
- міжособистісної взаємодії, взаємин з іншими людьми (стосується характеру побудови стосунків з найближчим оточенням, способів вирішення інтерперсональних конфліктів);
- контроль імпульсів (стосується способів реалізації бажань і задоволення потреб).

Таким чином, наявність або формування розладу особистості визначається згідно з такими критеріями:

1. Існування відносно стійкого й всеохоплюючого порушення образу та уявлення про себе, інших і навколишній світ, що виражається у вигляді неадекватних способів пізнання, дезадаптивних патернів поведінки, емоційних переживань та реакцій.
2. Такі неадекватні патерни пізнання, реагування та поведінки є відносно ригідними, вони впливають на виникнення виражених проблем у психосоціальному функціонуванні, насамперед, в міжособистісних стосунках.
3. Поведінкові порушення, як прояв патологічних характерологічних особливостей, проявля-

ються в більшості особистісних і соціальних ситуаціях (тобто не обмежуються конкретними взаємовідносинами чи ситуаціями).

4. Патологічні характерологічні особливості та поведінкові порушення є довготривалими (багаторічними), здебільшого вони вперше проявляються в підлітковому віці, в подальшому формуючись як сталий емоційно-когнітивно-поведінковий стиль.

Як тривалі психічні порушення розлади особистості мають певну динаміку. Але, позаяк вони розглядаються як відносно стабільні (характерологічні) порушення, їх не можна відносити до звичного розуміння патогенетичної динаміки хвороби (процесу), тому що розлади особистості не мають власне перебігу з явним прогресуванням чи регресом симптоматики або періодичного загострення її клінічних проявів, і, таким чином, неможливо спрогнозувати його кінцевий результат. Однак певна динаміка цих розладів спостерігається завжди. П. Б. Ганнушкін виділив три її варіанти:

1. Еволюційні зміни, які формуються в результаті всього онтогенетичного розвитку пацієнта та набуття ним життєвого досвіду, вони мають всі ті етапи, які особистість проходить упродовж життя. Так, у підлітковому віці особистісні порушення ще розвиваються та проявляються у вигляді формування психопатії. У дорослому віці в періоди соціально-вікових криз (період закінчення школи чи інституту,

вихід на пенсію, народження дітей) чи біологічних трансформацій (пубертатний криз, клімакс) прояви розладу набувають ще більшої виразності (підвищений рівень соціальної дезадаптації чи міжособистісних конфліктів).

2. Патологічні реакції (реактивна декомпенсація) виникають внаслідок несприятливих життєвих обставин, психотравмуючих ситуацій зі станом дистресу та підвищеної фрустрації. Але характер обставин як чинник декомпенсації є специфічним для кожного з видів розладу особистості, тому що те, що провокує патологічну реакцію в особи, наприклад, з тривожним чи залежним розладом особистості (наприклад, розрив стосунків чи втрата близької людини), може суттєво не вплинути на пацієнта з параноїдним чи нарцисичним розладом. І, навпаки, ситуація критики чи приниження неприпустима для останніх, а при залежному розладі є "звичною" у стосунках. Клінічна картина стану реактивної декомпенсації також залежить від конкретного розладу особистості — найчастіше це невротичні чи афективні порушення, але в деяких випадках вони можуть розвинути до психотичних порушень.
3. Фазні декомпенсації перебігу розладів особистості (психопатій) залежать від внутрішніх біоритмів хворого. Так, незалежно від життєвих обставин, періо-

дично в осіб з певним розладом особистості виникають періоди посилення клінічних проявів їх порушень, котрі ускладнюються роздратуванням, афективними та вегетативними порушеннями, що супроводжується посиленням дезадаптивної поведінки та суттєвим погіршенням міжособистісних відносин.

До загальних психологічних стресових факторів, що викликають можлива віднести лише ситуацію відторгнення та приниження.

Крім загальних особливостей, притаманних особистісним розладам, кожен із таких розладів має окремі характеристики, що відображено в МКХ-10 як специфічні розлади.

Особи з параноїдним розладом особистості характеризуються підозрілістю, схильністю до неадекватного трактування будь-яких дій оточення як ворожих або зневажливих, а також нездатністю пробачати образи, надмірною чутливістю до невдач та відмов. Завзята тенденція таких хворих інтерпретувати дії інших людей як ті, що спрямовані виключно проти них та принижують їх гідність, обґрунтовує їх недовіру до будь-кого та потребу в постійному жорсткому самозахисті. У таких осіб часто спостерігається затята впевненість у власній правоті, завищена самооцінка. Їм властива відсутність емоційної чуйності до оточуючих внаслідок особливостей виховання і раннього розвитку з відторгненням, зневагою та психологічним насильством з боку оточуючих, яке формує в них базову недовіру до світу в цілому. На таких особистостях робить вра-

ження тільки сила і влада, яким вони поклоняються та підкоряються. Часто вони патологічно ревниві, схильні до кверулянтства (патологічного й часто безпідставного відстоювання власної правоти), інтриг, розбрату у взаємовідносинах з оточуючими.

Параноїдний розлад особистості часто стає підґрунтям розвитку в пацієнтів надцінних ідей та/ або хронічного маячного розладу в стані декомпенсації.

Для шизоїдного розладу особистості характерна відгородженість, аутизація (інтроверсивність), сенситивність і одночасно — емоційна холодність (яка може бути своєрідним захистом у зв'язку з гіперсензитивністю), слабкість прихильностей і соціальних контактів, схильність до відлюдництва, фантазування, а також обмежена здатність виражати почуття та відчувати задоволення. Такі особистості схильні до вивчення абстрактних областей знань (математика, філософія) чи комп'ютерного програмування, у яких можуть досягати успіхів. Стан дистресу в них викликає необхідність великого обсягу спілкування й швидкого прийняття рішень. Віддають перевагу самотності та відокремленому способу життя, в повсякденному житті з трудом вирішують елементарні проблеми. Зазвичай не звертають уваги на свій зовнішній вигляд.

До етіологічних факторів шизоїдного розладу особистості відноситься наявність дистантності та емоційної холодності й депривації або зневажливо-ігноруючого гіперконтролю з боку батьків у вихованні з відсутністю емоційної близькості, підтримки та поваги до дитини. У дитячому віці в них часто

діагностують розлади спектра аутизму, зокрема, високофункціональний аутизм (синдром Аспергера).

Пацієнти з дисоціальним розладом особистості характеризуються насамперед зневажливим ставленням до норм соціальної поведінки (моральних норм), імпульсивністю, агресивністю, егоцентризмом, байдужістю до оточуючих і вкрай обмеженою здатністю до формування міжособистісної прихильності, близьких емоційно теплих стосунків. Наявна низька толерантність до фрустрацій і низький поріг розряду агресії призводять до того, що вони схильні до імпульсивно-агресивних реакцій, зокрема до жорстокості й насильницьких дій, тому вони часто здійснюють кримінальні вчинки. Характерними рисами таких осіб є нерозбірливість у зв'язках, образи, жорстоке поводження з подружжям та дітьми, п'яні дебоші. Їх поведінка важко підлягає змінам на підставі досвіду, а використання покарань зазвичай не допомагає, адже вони не відчують власної провини.

Пацієнти з дисоціальним розладом особистості зазвичай виховуються в умовах гіпоопіки та бездоглядності, нестачі любові, уваги та психологічної підтримки. Даний розлад типовий для родин, в яких батьки мають кримінальну поведінку особистості та/або вживають психоактивні речовини. Уже в дитячому та підлітковому віці в таких осіб є вияви агресивної поведінки у вигляді насильницьких дій по відношенню до інших дітей (залякування, побиття слабших, булінг), брехні й зухвалих реакцій на зауваження дорослих, прогулів, вті-

кання з дому, бійок, крадіжок, знущання над тваринами, змалку вживання психоактивних речовин і протиправні дії тощо.

Для емоційно нестійкого розладу особистості характерні схильність до імпульсивних дій (попри невтішні наслідки такої поведінки) та спалахів емоцій з непередбачуваністю настрою й нездатністю контролювати "вибухову" поведінку, а дії в період розрядки афекту зазвичай зовсім не відповідають стимулам та обставинам. Такі пацієнти можуть бути вкрай конфліктні, особливо тоді, коли оточуючі критикують їх чи намагаються зупинити імпульсивні вчинки. Їх надзвичайно нестійкий афект (схильність до гострого та раптового виникнення тривожно-депресивних та/або істеро-дисфоричних реакцій з можливим афективним звуженням свідомості на висоті емоційної розрядки) та імпульсивне поводження часто приводять до рецидивуючої саморуйнівної поведінки. Дані особистості дуже погано переносять самотність, тому часто вступають у випадкові, часто нерозбірливі зв'язки з циклом "ідеалізації — знецінення" партнера, в результаті чого соціальні зв'язки не встановлюються і можуть стати причиною реактивної декомпенсації стану внаслідок відсутності стійкої близькості, відторгнення чи конфліктів.

Етіологія цього варіанта патології особистості пов'язана з генетичним підґрунтям (наявність емоційної лабільності або інших імпульсивно-нестійких особливостей поведінки у батьків) і вихованням з нестачею уваги, особливо з боку батьків, з істе-

роїдними рисами та гіперболізованою емоційністю чи з органічними ураженнями головного мозку, які схильні до дисфоричних реакцій і мають низький поріг агресивного реагування. У емоційно нестійких особистостей у дитинстві та підлітковому віці також виявляється резидуально-органічне тло (мінімальна мозкова дисфункція).

Згідно з МКХ-10, виокремлюють два типи цього особистісного розладу:

1. Імпульсивний тип характеризується більшою мірою емоційністю (емоції виражаються дуже яскраво й нестримно) та афективною нестійкістю (з можливими спалахами жорстокості до інших чи перебільшених самозвинувачень), нестабільністю у стосунках та нестачею емоційного контролю (із всеохопним бажанням отримати "все і зараз"), коли переважає схильність діяти імпульсивно, без врахування наслідків.

2. Межовий тип, якому, окрім емоційної нестійкості з різкою зміною афекту та гіперболізованого реагування, притаманні порушення самосприйняття або ідентичності (викривлення або нецільність образу "Я"), намірів і внутрішніх устремлінь, напружені та нестабільні міжособистісні стосунки (поведінка і вчинки особистості часто сприймається оточуючими як незрозумілі та нестерпні). Таким особистостям властиве хронічне відчуття порожнечі та розгубленості у повсякден-

ній активності (схильність докладати надмірних зусиль для уникнення реальної чи надуманої загрози бути покинутим) або надмірної наполегливості у досягненні власних бажань, що провокує їх до імпульсивних вчинків. Вони мають схильність до ризикової поведінки (зловживання психоактивними речовинами, систематичне переїдання чи приступи анорексії, нехтування правилами дорожнього руху тощо), а також вони часто висловлюють суїцидальні погрози та реалізують самоушкоджувальні дії.

Істеричний (гістріонний) розлад особистості характеризується надмірною емоційністю, драматизацією переживань, егоцентризмом та екстравертністю. Розлад частіше зустрічається у жінок. Постійне бажання бути в центрі уваги, мати підтвердження "успіху" оточуючими та "тут і зараз" отримувати бажане стає основою демонстративної, театралізованої поведінки цих пацієнтів. Поведінці жінок з істеричним розладом особистості притаманна надмірна демонстративна звабливість та опіка щодо власної зовнішності й фізичної привабливості, щоб привертати цікавість чоловіків до себе. Саме тому такі особи відчувають дискомфорт, коли залишаються поза увагою, що пов'язано зі страхом самотності, хоча вони не здатні підтримувати глибоку тривалу прихильність. Для таких пацієнтів властива підвищена сугестивність, яка легко проявляється під впливом обставин оточуючих, завдяки орієнтації на авторитети. Також їм прита-

манне постійне маніпулятивне поведіння для задоволення своїх потреб, і якщо така особа не отримує бажане, характерна демонстрація приступів дратівливості, сліз і обвинувачень, навіть суїцидальних намірів.

Формування цього розладу особистості, насамперед, пов'язане з вихованням за типом "кумира родини" або в результаті культивування демонстративних рис у родинах, у яких батьки намагаються в дітях реалізувати власні претензії на лідерство. Тому в них з дитинства відзначається прагнення бути в центрі уваги однолітків та дорослих, жага похвали та отримання всього, що забажають, а відмова дорослих у виконанні їхніх бажань проковує бурхливу реакцію протесту, демонстративно-шантажну і маніпулятивну поведінку.

У пацієнтів з істеричним розладом особистості під впливом обставин чи конфліктів (у стані реактивної декомпенсації) часто формуються сенсорні й моторні дисоціативні (конверсійні) невротичні розлади, в тому числі афективно спровоковані пароксизмальні розлади свідомості (синдром Ганзера, псевдодеменція тощо), та/або соматоформні порушення. Також у цих пацієнтів досить часто виявляється зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами.

Спільною рисою порушень наступної групи розладів особистості, яка включає obsесивно-компульсивний, тривожний (уникаючий) та залежний розлади особистості, є високий рівень тривоги та фобій.

Пацієнтам з ананкастним (obsесивно-компульсивним) розладом особистості властиві надмірна пе-

дантичність, ригідність та впертість, часто — невпевненість у собі. Характерні риси особистості — беззаперечна любов до порядку, конформність щодо правил та законів, охайність, обережність і стриманість, перфекціонізм (прагнення до досконалості) з переборною увагою до деталей, що дуже часто перешкоджає своєчасному завершенню навіть простих завдань. Цей розлад частіше зустрічається в чоловіків, має спадкове підґрунтя та в багатьох випадках є наслідком директивного жорсткого стилю виховання з холодністю, відторгненням та психологічним насиллям з боку одного чи обох батьків. Пацієнти з ананкастним розладом особистості формальні, серйозні та позбавлені почуття гумору, гнучкості й терпимості. Вони не тільки здатні до тривалої рутинної роботи, якщо вона не вимагає нововведень. Усе, що загрожує зміною звичних стереотипів, викликає суттєве підвищення рівня тривоги й фрустрації, які вони намагаються перебороти, завдяки звичним ритуалам, котрі часто набувають характеру компульсивної поведінки. Через страх помилки чи "неправомірної" дії вони видаються нерішучими, можуть витратити багато часу на роздуми перед тим, як прийняти рішення. Саме тому в таких пацієнтів часто з'являються надцінні нав'язливі думки і потяги. У спілкуванні не здатні до компромісів і наполягають, щоб навколишні також підкорялися їхнім правилам — так вони самі повторюють сценарій жорстокого виховання зі своїми дітьми.

У пацієнтів з ананкастним розладом особистості на тлі хронічних надцінних чи нав'язливих думок і ри-

гідної поведінки у стані декомпенсації можуть виникнути ознаки вираженого обсесивно-компульсивного розладу, інших важких тривожно-фобічних порушень чи депресивних станів.

Особи з тривожним (уникаючим) розладом особистості характеризуються станом внутрішньої напруги, відсутністю відчуття безпеки, острахом перед майбутнім, значною чутливістю до відторгнення, що призводить до соціальної замкнутості або до залежної поведінки. До основних характерологічних рис таких пацієнтів належать сором'язливість, комплекс неповноцінності, невпевненості в собі. Їм притаманні уявлення про власну непривабливість, соціальну незграбність, у зв'язку з чим виникає страх приниження, висміювання або відкидання. Саме це формує уникаючу поведінку, яка стримує людину від спонтанних міжособистісних контактів, тривалої соціальної або професійної взаємодії — будь-яку критику чи відмову вони сприймають як образу, у роботі проявляють себе соромливими й намагаються догодити всім навкруги. Особливо це стосується соціальних ситуацій, які пацієнт сприймає як стресові. Не бажають вступати у відносини без гарантій сподобатися, тому довгий час, навіть зі знайомими, поводяться скуто й переживають через можливість їх неприйняття. А їхній життєвий уклад є суттєво соціально обмеженим через потребу у фізичній безпеці.

У ситуаціях і станах переживання небезпеки, відторгнення чи критики рівень тривоги суттєво та гостро підвищується, вона генералізується, тому й можуть звертатися по допо-

могу з ознаками панічного чи генералізованого тривожного розладу.

Пацієнтам із залежним розладом особистості притаманне глибоке пасивне підпорядкування найближчому оточенню, підкорення своїх власних потреб бажанням і потребам інших, непереборний страх самотності, відчуття особистісної безпомічності та некомпетентності в прийнятті великих і малих рішень. Частіше цей розлад зустрічається у жінок. Їм властиві песимізм і постійні сумніви, пасивність, страх виявити свої сексуальні й агресивні почуття. Перспектива піклуватися про себе самотійно зумовлює в таких осіб неадекватну кількість страхів і переживань, тому вони змушують інших брати на себе відповідальність і за важливі події в їхньому житті, і за повсякденність. Відчувають почуття незручності й безпорадності на самоті через надмірний страх нездатності до самотійного життя, тому постійно бояться бути покинуті людиною, з якою вже встановлено тісний зв'язок, і залишитися на самоті. В разі розриву близьких стосунків терміново шукають нових взаємин, які могли б слугувати джерелом піклування. Через страх бути відторгненими залежні особи зазвичай не висувають партнерові жодних вимог, тому часто опиняються в умовах психологічного насильства з боку партнера та залежної поведінки.

До етіологічних факторів розвитку залежного розладу особистості відноситься жорсткий, гнітючий стиль виховання з постійною критикою та вимогами підкорення і неможливості висувати потреби власного "Я".

Особи, що страждають на залежний особистісний розлад, часто мають коморбідну залежність від зловживання психоактивними речовинами.

У МКХ-10 до рубрики "специфічні розлади особистості" також включено інші розлади, а саме: нарцисичний, експансивний та інфантильний.

Для пацієнтів з нарцисичним розладом особистості характерні неадекватно завищена самооцінка, віра у власну "винятковість" по відношенню до інших з демонстрацією зверхньої поведінки й гордовитого ставлення, потреба в постійній та надмірній похвалі, заздрість іншим і впевненість, що й ті заздрять їм. Їм властиві фантазії про необмежений успіх, досягнення владних позицій тощо. Такі особи не вміють співчувати іншим, навіть власним дітям, у родині часто поводяться відсторонено, агресивно чи маніпулятивно. Нарцисичним особам дуже важко усвідомлювати, що їхні можливості є такими самими, як у решти людей, вони здебільшого використовують оточення для досягнення лише власних бажань та потреб.

Важливим є включення цієї рубрики МКХ-10 до змішаного (мозаїчного) розладу особистості, який діагностується в тих пацієнтів, у яких клінічні ознаки характерологічних і поведінкових порушень не можуть бути віднесені до якогось конкретного специфічного розладу, але демонструють наявну картину симптомів, що властиві аномальній структурі особистості з вираженою соціальною дезадаптацією.

Стійкі зміни особистості, внаслідок переживання психологічної катастрофи чи перенесеного психічного

захворювання, що не пов'язане з ушкодженням головного мозку, — ще один варіант розладу особистості у дорослих, який виникає після перенесення пацієнтом катастрофічного чи тривалого стресу або іншого психічного захворювання (насамперед, афективних чи невротичних порушень). У таких випадках хронічна зміна особистості, на тлі психофізичного виснаження чи важких емоційних переживань і незворотної зміни способу життя внаслідок перенесеної психотравмуючої ситуації, веде до стану суб'єктивного дистресу з дезадаптивним функціонуванням, тривалого порушення в міжособистісній, соціальній і професійній сфері. Такі зміни особистості розвиваються як результат емоційно-стресового руйнування індивідуального образу "Я". Основні клінічні ознаки розладу особистості після перенесеної психологічної катастрофи — це постійні ремінісценції щодо перенесеної психотравми чи захворювання, недовірливе відношення до світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності і безнадійності, хронічне відчуття постійної погрози, відчуженість у стосунках. Якщо хронічні зміни особистості виникають після психічної хвороби, то в клінічній картині виявляється апатична депресивна симптоматика, іпохондричні думки, зниження інтересів, виражена надмірна залежність і вимогливе відношення до інших, переконаність, що пережита хвороба залишила свій незгладимий відбиток, що заважає адекватно пристосуватися до змін у житті, відновити рівень соціальної активності, встановлювати й розвивати нові глибокі стосунки тощо.

Діагностичне дослідження пацієнтів з розладами особистості проводиться у вигляді клінічної бесіди, що спрямована на виявлення з клінічних ознак конкретного виду характерологічних і поведінкових порушень, наявних когнітивних та афективних симптомів, особливостей життя і виховання пацієнта, а також обставин, які стали причиною звернення по допомогу.

Проведення експериментально-діагностичного дослідження спрямоване на вивчення індивідуально-психологічних особливостей пацієнта. Воно може включати тести з типології особистості ("Міннесотський мультифакторний особистісний опитувальник" (MMPI), 16-факторний опитувальник Р.Кеттелла), характеру (опитувальники К.Леонгарда — Г.Шмішека, А.Личко), темпераменту (опитувальники Я.Стреляу, Г.Айзенка), окремих рис особистості і психічних станів (опитувальник суб'єктивної локалізації контролю Дж.Роттера, агресії А.Басса — А.Дарки), а також проєктивні тести ("Тематичний аперцептивний тест" (ТАТ), тести Г.Роршаха, С.Розенцвейга та інші рисункові методики), шкали самооцінки Т.Дембо — С.Рубінштейн чи техніки виявлення особистісних конструктів Дж.Келлі тощо.

Медико-психологічна допомога особам, що страждають на розлади особистості, є досить складним питанням, тому що тривалий час вважалося, що особи з такими характерологічними й поведінковими порушеннями не реагують на лікування. Проте в сучасній клінічній практиці існують беззаперечні дані

про ефективність психотерапевтичних інтервенцій щодо таких осіб.

Основна мета лікування розладів особистості — це:

- зниження переживань стану суб'єктивного стресу;
- усвідомлення, що проблеми пацієнта носять винятково внутрішній характер, тому адаптивна трансформація особистісних аномалій людини можлива завдяки її власним зусиллям;
- адаптивні зміни у самосприйнятті та світогляді пацієнта;
- гармонізація дезадаптивної та виправлення антисоціальної поведінки пацієнта задля досягнення його стабільної соціальної адаптації.

Лікування розладів особистості спирається насамперед на застосування різних форм та методів особистісної психотерапії, що викликано необхідністю зміни патологічного мислення і поведінки пацієнтів, а також неможливістю досягнути цієї мети лише за допомогою медичних препаратів.

Основними формами психотерапії особистісних розладів є довготривала індивідуальна психотерапія, а також групова психотерапія.

Застосування індивідуальної терапії спрямоване на усвідомлення порушень власного образу "Я", уявлень про себе, інших і навколишній світ, які проявляються різноманітними варіантами патологічної поведінки та приводять до соціальної дезадаптації. Для виправлення особистісних характеристик необхідні тривалий період і значні спільні зусилля лікаря й пацієнта, тому найважливішим моментом

(і найтяжчим) у терапії особистісних розладів є встановлення довірчих взаємин терапевта з пацієнтом, що зумовлює подальшу взаємодію з метою формування й опрацювання нових стратегій поведінки та внутрішньоособистісних настанов. Використання індивідуальної терапії може бути застосовним і досить ефективним при будь-якому варіанті розладів особистості, особливо при тривалому психотерапевтичному супроводі пацієнта.

Застосування групової терапії при розладах особистості допомагає виробити та закріпити нові форми поведінки і реагування пацієнтів. Терапевтичний вплив мають взаємини, що виникають між учасниками групи, а також між психотерапевтом і групою в цілому. Вона спрямована на корекцію дезадаптивних характерологічних девіацій і поведінки пацієнта через розкриття, усвідомлення та психологічну переробку наявних проблем, які опосередковані групою взаємодією. А саме завданнями групової психотерапії є:

- усвідомлення зв'язків "особистість – розлад", а також "особистість – ситуація", усвідомлення міжособистісного контексту проявів аномальних особливостей власної особистості в когнітивній сфері;
- розпізнавання і вербалізація власних емоцій, опрацювання реально-емоційного реагування оточуючих на власні особистісні прояви, усвідомлення минулого емоційного досвіду, отримання емоційної підтримки та формування більш сприятливого відношення до себе з боку оточуючих, безпосередне

емоційне переживання перебування в групі в емоційній сфері;

- усвідомлення нового досвіду власної поведінки в групі, формування ефективної саморегуляції, опрацювання адаптивних стратегій міжособистісного контактування в поведінковій сфері.

Таким чином, у результаті групової терапії усуваються неадекватні установки, когнітивні, емоційні і поведінкові стереотипи, що притаманні пацієнту і є проявом розладу особистості.

Дуже важливе значення в лікуванні розладів особистості має сімейна психотерапія, включаючи як терапію подружніх пар, так і роботу з батьками пацієнта, особливо в юному віці. Гармонізація внутрішньосімейних стосунків та родинного середовища при якісному психологічному супроводі зменшує прояви дезадаптивного поведінки та неконструктивних думок у хворого.

У лікуванні розладів особистості застосовують інші форми психологічної корекції – це групи самопомог, які створюють умови для самокерованої взаємодопомоги таким особам; терапія середовищем, котре використовує можливості природних ресурсів і терапевтичних громад; а також психоосвіта як ефективний спосіб підвищення рівня знань пацієнтів та їх родичів про сутність розладу, причини виникнення, механізми розвитку, особливості його динаміки, а також можливі варіанти лікування.

Незалежно від форм, мішенями психотерапевтичного втручання при розладах особистості є адаптивна регуляція основних сфер порушень:

- когнітивний компонент (формування реалістичного образу “Я” — адекватного самосприйняття, самоповаги, впевненості в собі, вміння аналізувати своє минуле та майбутнє, адаптивного світогляду і життєвих перспектив тощо);
- емоційна сфера (опрацювання навичок адекватного внутрішнього реагування на будь-які емоційні переживання, приборкання гіперболізації власних емоційних реакцій, стану напруження, роздратування, безпорадності тощо);
- імпульс-контроль (розвиток навичок керування власною імпульсивністю чи нерішучістю);
- поведінкова сфера (вміння керувати власною поведінкою і прогнозувати її наслідки, опрацювання цілеспрямованої послідовної соціальної активності, долання дезадаптивних стратегій надцінної наполегливості, агресивності чи пасивності, нерішучості, уникнення тощо);
- комунікативний компонент (формування навичок адаптивної міжособистісної взаємодії в родині, у професійній діяльності та в іншому повсякденному спілкуванні).

Серед конкретних напрямків психотерапії при особистісних розладах застосовуються когнітивно-поведінкова терапія, психоаналіз та метод екзистенціально-гуманістичного напрямку.

Завданням когнітивно-поведінкової терапії стосовно таких пацієнтів є усвідомлення помилкових поглядів пацієнтів про життя і когнітивно-мотиваційних установок і патернів

дезадаптивної поведінки, навчити їх ефективно прогнозувати наслідки власної поведінки, особливо щодо найближчих міжособистісних відносин, змінити неефективність їхнього способу життя. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на переосмислення пацієнтом його життєвого досвіду і пов'язаних з цим глибинних переконань, а також розширенню набору конструктивних копінг-стратегій.

Також у корекції розладів особистості визнання здобула діалектична поведінкова терапія, яку розробила для пацієнтів з межовим розладом особистості американський психолог Марша Лайнен (нар. 1943) на основі когнітивно-поведінкової терапії з додаванням медитативних практик усвідомленості. В основі цього методу — головний тезис про те, що особистісні проблеми як прояви розладу базуються на неспроможності пацієнта контролювати власні негативні емоції та непереборні імпульси. Метою цього методу є опрацювання навичок стримувати імпульсивні потяги і вчинки, конструктивно вирішувати особистісні проблеми в міжособистісних взаєминах, виробити найбільш ефективні стратегії поведінки і втілювати їх у життя. Цей підхід допомагає знизити ризик агресивної та саморуйнівної (суїцидальної) поведінки, а також зменшити інтенсивність гіперболізованих емоційних реакцій у відповідь на вплив стресових факторів. У терапевтичному процесі важливу роль відіграє безоцінкова позиція спеціаліста у ставленні до життя та поведінки клієнта, що створює безпечний простір довіри.

Діалектична поведінкова терапія застосовується в різних формах: як індивідуальна терапія, груповий тренінг навичок, коучинг тощо. Незважаючи на те, що вона орієнтована на корекцію саме межового розладу, її використання є доцільним при інших розладах особистості, які супроводжуються емоційними проблемами і порушеннями поведінкової саморегуляції.

Застосування психоаналітичної (психодинамічної) психотерапії в лікуванні пацієнтів з розладами особистості спрямоване на усвідомлення ними базового несвідомого психологічного конфлікту. Це дає змогу виявити і простежити динаміку розвитку позасвідомих переконань протягом життя пацієнта та їх вплив на наявні особистісні та міжособистісні проблеми.

Заданням екзистенціальної психотерапії в роботі з особами, котрі страждають на розлади особистості, є можливість підвести пацієнта до усвідомлення деструктивних життєвих установок, допомогти йому опрацювати нові, ефективніші стратегії поведінки і зміни свого життєвого шляху із прийняттям повної відповідальності за вибір способу свого життя.

Застосування медикаментозної терапії при розладах особистості донині має суперечливі висновки, насамперед внаслідок того, що не існує етіопатогенетичного лікування цих порушень. Психофармакотерапія призначається пацієнтам у випадках вираженої негативної динаміки особистісних розладів, проводиться нетривалими курсами, строго індивідуально – є специфічною до кожного виду розладів.

У терапії розладів особистості використовуються препарати основних психофармакологічних груп: анксиолітики (транквілізатори) і сноотворні засоби, антидепресанти, антипсихотичні препарати (нейролептики), нормотиміки.

Показання до застосування психофармакологічних препаратів визначаються клінічними ознаками декомпенсації особистісних розладів і типом реакції. Окремі дані свідчать про користь антидепресантів, антипсихотиків і нормотиміків у лікуванні межового розладу особистості. Для підтримуючої терапії супутніх розладів, таких як тривожність або депресія, використовуються малі й середні дози психотропних препаратів.

Транквілізатори групи бензодіазепінів у лікуванні пацієнтів з розладами особистості слід застосовувати з обережністю; вони не повинні бути препаратами першого вибору, оскільки такі особи мають підвищену схильність до формування медикаментозної залежності.

Не існує єдиної думки з приводу можливості застосування нейролептиків при розладах особистості. Нейролептики при розладах особистості варто застосовувати тільки при відсутності ефекту від інших методів лікування (включаючи і результати психотерапевтичного втручання) та/або при наявності стану декомпенсації субпсихотичного чи психотичного рівня. Антипсихотичні препарати застосовуються переважно в малих дозах, тому що такі пацієнти у багатьох випадках мають підвищену чутливість до побічних ефектів нейролептиків.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке розлади особистості?
2. Назвіть основні клінічні варіанти розладів особистості та їх клінічні характеристики.
3. Дайте визначення клініко-патогенетичної тріади психопатії за П. Б. Ганнушкіним.
4. Назвіть основну мету та мішені лікування розладів особистості.
5. Які методи психотерапевтичного втручання ефективні при розладах особистості?
6. Що є приводом призначення психофармакотерапії при розладах особистості?

4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим

Б. В. Михайлов

Згідно з сучасними науковими уявленнями поняття “розумова відсталість” має збірне значення, яке об'єднує різні за своїм походженням форми патології психічної діяльності.

Розумова відсталість — це група непрогресивних психічних розладів, насамперед органічної природи, яка характеризується рядом загальних клінічних ознак. Провідна ознака — загальне недорозвинення всіх складних форм психічної діяльності. При цьому патологічному стані — природженому або набутому у віці до 3-х років — виявляється стан затримки або недорозвитку психіки з недостатністю загального рівня інтелекту (його когнітивних, мовних, мовленнєвих, рухових складових), а також емоційно-вольової сфери, навичок соціального пристосування та самообслуговування, котрий спостерігається на протязі всього життя. Розумова відсталість може бути ді-

агностована як окреме захворювання, але у багатьох випадках розумова відсталість діагностується у коморбідному сполученні з іншими психічними чи соматичними (переважно неврологічними) хворобами. У класичній психіатрії група розладів, які відносяться до розумової відсталості, визначалися як олігофренії.

До розумової відсталості як спектра психічних розладів, які супроводжуються інтелектуальним недорозвиненням, включають форми розумової відсталості, пов'язані з пошкодженням мозку генетичними, органічними, інтоксикаційними й іншими шкідливостями. Тим не менш, виділяють форми, обумовлені впливом несприятливих соціальних і культурних чинників: неправильне виховання, педагогічна занедбаність, негативні соматичні і психогенні впливи, дефекти зору і слуху.