

Особистість і розлади особистості в сучасній практиці лікування

Koval I.A. Personality and personality disorders in a current practice of treatment / I.A. Koval // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufriieva. – Issue 29. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 286–294.

I.A. Коваль. Особистість і розлади особистості в сучасній практиці лікування. Проаналізовано поширеність розладів особистості (РО), особливості цих розладів та їх вплив на соціальну і професійну адаптацію. У мешканців розвинених країн виявлено зростання дезадаптаційних тенденцій, що впливає на працездатність та якість життя.

При аналізі останніх досліджень і літературних джерел виявлено дані, що прояви РО є ранніми (початок, як правило, у підлітковому віці). На основі стандартизованих, структурованих діагностичних інтерв'ю з'ясовано, що поширеність РО протягом життя в загальній популяції становить 10-13%. Розглянуто доцільність виділення двох осей для диференціації клінічних ознак. Згідно DSM-IV проаналізовано 3 класи розладів особистості: кластери А, В і С.

Обґрунтовано необхідність проведення ретельної диференційної діагностики з органічними ураженнями мозку, які іноді виступають як ранні ознаки захворювання або навіть як його основні прояви.

Досліджено, що при короткотривалій терапії ефективніші адаптивні підходи, що допомагають пацієнту боротися з кризами і продуктивніше вирішувати проблеми. До часто використовуваних методів лікування відносять кризове втручання, підтримуючу психотерапію.

Зроблено висновки, що політерапія несе в собі ризик комбінованої токсичності і викликає схильність до суїциду та залежність від медикаментів, особливо якщо коморбідним діагнозом є зловживання психоактивними речовинами. Розробка нових копінг-механізмів і кращих соціальних навичок є ефективним рішенням; навіть при активній фармакотерапії подібні цілі, зазвичай, досягаються безпосередньо психотерапією. Ресурсна терапія, надана фахівцями з цього напрямку, чинить більш ефективний вплив на стабілізацію і покращення стану пацієнта, ніж лише медикаментозна терапія.

Ключові слова: розлади особистості (РО), особистісний стиль, вісь 1 (клінічний синдром), вісь 2 (РО), кластери розладів особистості, ліку-

вальний підхід, адаптивний підхід, органічні ураження мозку, конституційні фактори.

И.А. Коваль. Личность и расстройства личности в современной практике лечения. Проанализированы распространённость расстройств личности (РЛ), особенности этих расстройств и их влияние на социальную и профессиональную адаптацию. Среди населения развитых стран обнаружено возрастание дезадаптационных тенденций, влияющих на работоспособность и качество жизни.

При анализе последних исследований и литературных источников обнаружено данные, что проявления РЛ являются ранними (начало, как правило, в подростковом возрасте). На основании диагностических интервью выявлено, что распространение РЛ на протяжении жизни в общей популяции составляет 10-13%.

Рассмотрена целесообразность выделения двух осей для дифференциации клинических признаков. Согласно DSM-IV проанализировано три класса расстройств личности: кластеры А, В, С.

Обоснована необходимость проводить тщательную дифференциальную диагностику с органическими расстройствами мозга.

Исследовано, что при краткосрочной терапии более эффективны адаптивные подходы, которые помогают пациенту бороться с кризисами и продуктивнее решать проблемы. К часто используемым методам лечения относят кризисное вмешательство, поддерживающую психотерапию.

Сделаны выводы, что политерапия несёт в себе риск комбинированной токсичности, вызывает склонность к суициду и зависимость от препаратов. Разработка новых копинг-механизмов и улучшенных социальных навыков является эффективным решением; даже при активной фармакотерапии подобные цели достигаются непосредственно психотерапией. Ресурсная терапия имеет более эффективное влияние на стабилизацию и улучшение состояния пациента, чем только медикаментозная терапия.

Ключевые слова: расстройство личности (РЛ), личностный стиль, ось 1 (клинический синдром), ось 2 (РЛ), кластеры расстройств личности, лечебный подход, адаптивный подход, органические расстройства мозга, конституциональные факторы.

Актуальність теми, що розглядається, обумовлена зростанням серед населення розвинених країн дезадаптаційних тенденцій, що впливають на працездатність та якість життя.

Особистісні розлади (ОР) характеризуються неадекватними адаптивними можливостями, що впливає на певні сфери діяльності (наприклад, соціальні взаємини або професійна придатність). У пацієнтів, що хворіють на розлади особистості, наявні хронічні проблеми з виконанням обов'язків і ролей, а також у боротьбі зі стресорами; крім того, вони відзначають труднощі,

пов'язані з розумінням причин власних проблем або зміною поведінкових патернів.

Аналіз останніх досліджень і літературних джерел виявляє дані, що ранні прояви РО, зазвичай, стають явними у підлітково-му віці або навіть у дитинстві. Ближче до періоду ранньої зрілості неадекватні риси призводять до виникнення значних проблем у соціальному та професійному функціонуванні або викликають у індивіда значний дистрес.

Порушення, пов'язані з РО (особливо з антисоціальними і межовими), досягають максимального прояву у віці 30-40 років, а потім їхня інтенсивність зменшується.

Аналіз результатів стандартизованих, структурованих діагностичних інтерв'ю вказує, що поширеність РО протягом життя в загальній популяції становить 10-13% [7, с.1312–1321]. Значна кількість пацієнтів відповідає критеріям більше, ніж одного розладу особистості.

Стає необхідним вдосконалення лікувального процесу для поліпшення адаптації пацієнтів з розладами, що впливають на якість життя.

Мета статті – виявити ефективні підходи в сучасній діагностиці та лікуванні РО.

РО може вперше проявитись в середині або наприкінці пубертатного періоду з появою випадків нанесення самоушкоджень, симптомів розладів травлення, депресії або суїцидальних спроб [9, с.351–398].

Друге і третє десятиліття життя можуть протікати з частими кризами і госпіталізаціями. Однак, у 40-річному віці риси межового розладу особистості, як правило, пом'якшуються, імпульсивні дії зменшуються, але резидуальні відчуття порожнечі і порушення ідентичності залишаються.

Кризи, що спостерігаються в середньому віці, можуть бути приводом до рецидиву деяких межових симптомів (наприклад, випадки самопошкодження [1, с.54–98]).

Для диференціації клінічних ознак виділяють вісь 1 і вісь 2.

Вісь 1: клінічні синдроми – первинні фокальні порушення, що торкаються лише одного психічного аспекту (наприклад, мислення як при психотичних розладах, або настроїв як при манії). Розлади за цією віссю можуть бути епізодичними, хронічними або прогресуючими, але загалом вони відображають чітке відхилення від преморбідного функціонування. Багато розладів за віссю 1 добре піддаються специфічним фармакотерапевтичним і психотерапевтичним впливам.

Вісь 2: відображає порушення в першочерговому функціонуванні; при цьому рівень функціонування індивіда нижчий за очікуваний при його інтелекті, освіті та ресурсах. Більш явні порушення самосприйняття і міжособистісних стосунків. Згідно з визначенням, РО включає ранній початок і торкається кількох сфер життєдіяльності [2, с.144–161].

Клінічні рекомендації до розладів за віссю 2 включають атипові прояви, множинні і взаємовиключні діагнози.

Згідно з DSM-IV існує 3 класи розладів особистості: кластери А, В і С.

Таблиця 1

Кластери розладів особистості (РО) за DSM-IV

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<ul style="list-style-type: none"> – РО параноїдний; – РО шизоїдний; – РО шизотипічний. <p><u>Характеристики:</u> недовіра до оточення, невірна інтерпретація вчинків оточуючих, дивні або ідіосинкратичні переконання, тенденція до самоізоляції.</p> <p>Симптом патологічний, що підкріплюється даними про те, що це переконання або поведінка призводить до протиріч між пацієнтом і соціумом та створює перешкоди соціальному або професійному функціонуванню індивіда.</p> <p><u>Початковий прояв:</u> ворожість і конфліктність.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – РО антисоціальний; – РО межовий; – РО істероїдний; – РО нарцисичний. <p><u>Характеристики:</u> такі індивіди лабільні, непередбачувані, несхожі на інших і імпульсивні.</p> <p><u>Початкові прояви:</u> пов'язані з кризою і включають: важкі симптоми, зловживання психоактивними речовинами, конфліктність. Труднощі у встановленні і підтримці</p>	<ul style="list-style-type: none"> – РО уникаючий; – РО залежний; – РО obsесивно-компульсивний. <p><u>Характеристики:</u> пацієнти тривожні, часто налякані, мають установки перфекціонізму.</p> <p><u>Початкові прояви:</u> часто запускаються депресією або соматичними скаргами. Найбільш поширений розлад у цьому кластері: розлад залежності.</p>

	міжособистісних стосунків. В анамнезі: не дотримуються рекомендацій лікування, часто змінюють лікарів.	
--	---	--

(The Diagnostic and Statistical of Mental Disorders.4th ed. Copyright 1994 American Psychiatric Association).

У пацієнтів з розладами особистості часто виявляються порушення настрою, такі як депресія, гнів і тривога. Великі депресивні епізоди і спроби суїциду частіше спостерігаються у пацієнтів з РО, ніж в осіб без розладів.

Слід проводити ретельну диференційну діагностику з органічними ураженнями мозку; іноді вони є ранніми ознаками захворювання або навіть його основними проявами.

Структурні ушкодження мозку можуть бути результатом пухлин, травм або інфарктів і викликають значні, стійкі зміни особистості – особливо, якщо в процес включені скроневі долі. Несподіваний і/або пізній прояв особистісних змін не варто відносити на рахунок розладу особистості, доки не буде проведено повне діагностичне обстеження (наприклад, визначення преморбідного функціонування, збір неврологічного анамнезу, огляд по системах, фізикальне обстеження).

Таблиця 2

Органічні розлади мозку та їх психосоматичні прояви

Органічні розлади мозку	Особистісні зміни
Деменції (наприклад, при хворобі Альцгеймера)	Ранні: апатія, звуження інтересів, втрата почуття гумору, недостатня соціальна критика, імпульсивність, незрілість. Пізні: роздратованість, опозиційність, спалахи агресії, підозріливість.
Ушкодження лобної долі	Апатія, депресія, розгальмованість, збудженість.
Епілепсія скроневої долі	Підвищення емоційного тону, ригідність, гіперморалізм, балакучість, дисоціативні симптоми, напади роздратованості.
Синдром набутого імунодефіциту (СНІД).	Ранні: соціальна ізоляція, апатія, ажитація. Пізні: прогресуюча деменція, параноя, маніакальні симптоми.
Травма голови	Імпульсивність, агресія, афективна лабільність.

(The Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 4th ed. Copyright 1994 American Psychiatric Association).

Згідно з визначенням, РО – хронічні та відносно стабільні; а отже, погано піддаються лікуванню. Накопичено значну кількість даних, що підтверджують взаємодію біологічних факторів та факторів середовища, які відіграють важливу роль у розвитку і розладах особистості.

Між шизофренією і розладами особистості кластера А, особливо шизотипічним розладом особистості, наявні взаємозв'язки. Сімейні дослідження теж підтверджують наявність спадкового компонента антисоціального РО. Кластери межового РО відзначають в сім'ях, хоча чітка генетична обумовленість відсутня. Частота за віссю 1 деяких розладів, наприклад депресії, вища в сім'ях, де її члени страждають на РО. Це підтверджує припущення, що в деяких випадках симптоми розладів особистості можуть бути спадковими субсиндромальними формами порушень за віссю 1.

Роль факторів навколишнього середовища більш помітна при розладах, що належать до кластера В. Дані фактори включають високу частоту сексуального і фізичного насилля в дитячому віці, а також дитячі стресори, зокрема: розлучення батьків чи їх втрата, неадекватне виконання батьківських обов'язків, часта зміна місця проживання, перебування в лікувальному закладі.

Хоча зв'язок між межовим станом особистості і насиллям, що було у дитинстві, встановлено найбільш чітко (в більшості досліджень поширеність становить 70-80%), при інших РО поширеність насилля над дітьми оцінюється приблизно в 50% популяції, порівняно з 20-40% у змішаній (психіатричній) популяції і 10-15% у загальній популяції.

При короткотривалій терапії ефективнішими є адаптивні підходи, що допомагають пацієнту боротися з кризами і вирішувати проблеми.

До часто використовуваних методів лікування відносять кризове втручання, підтримуючу психотерапію [6, с.1770–1776], маніпуляцію оточенням (наприклад, зміна життєвої ситуації), і лікування зловживання психоактивних речовин. Поведінкові способи терапії (такі, як тренінг впевненості в собі і систематична десенситизація [8, с.1657–1658] можуть бути корисні при унікаючому або obsесивно-компульсивному розладі особистості.

Ретельний розгляд коморбідних розладів за віссю 1 сприяє встановленню діагнозу з конкретними терапевтичними нюансами, включаючи лікарські засоби.

У деяких пацієнтів із розладами особистості покращення може з'явитись при довготривалій психотерапії, яка намага-

ється реструктурувати помилкові копінг-механізми. Внаслідок інтенсивності та складності терапевтичних взаємин подібний метод лікування найкраще здійснюють професіонали, що мають відповідну компетентність (такі як психіатр, психолог, або соціальний працівник, який пройшов психодинамічний тренінг і має знання з психіатрії [2, с.639–651]. Даний тип лікування містить певний ризик і рекомендований лише пацієнтам, що не перебувають у кризі, мають певну стабільність в житті і в яких вирішені проблеми зі зловживанням психоактивними речовинами.

Більшість клініцистів погоджуються, що психотропні препарати мають, як мінімум, обмежену користь [5, с.13–19]. Якщо наявний розлад за віссю 1 (наприклад, велика депресія), який зазвичай добре відповідає на фармакотерапію, не слід затримувати лікування через припущення щодо РО. Деякі явні симптоми особистісних розладів можуть знижуватися при адекватній терапії тривоги і депресії.

Навіть за відсутності формального діагнозу за віссю 1 медикаментозні засоби іноді можуть виявитись помірно ефективними щодо певних симптомів-мішеней при РО. Наприклад, порушення сприйняття під час коротких психотичних симптомів при параноїдному або шизотипічному розладі особистості можуть відповідати на прийом мінімальних доз нейролептиків [4, с.39–51]. Серйозне порушення контролю над поведінкою (яке іноді спостерігається при антисоціальному і межовому розладах особистості) може піддаватись терапії карбамазепіном або високими дозами бета-блокаторів.

Висновки. План лікування, сфокусований переважно або виключно на медикаментозних заходах, вірогідно, не відповідатиме потребам пацієнта, що страждає на РО. Але більшість подібних пацієнтів відчайдушно прагнуть полегшення дистресу і сприймають фармакологічне втручання як панацею. Це повинно враховуватися клініцистами-психіатрами для попередження ускладнення симптомів особистісних розладів (якщо в схему лікування не входить психотерапія [3, с.23–28]).

Політерапія містить ризик комбінованої токсичності і викликає схильність до суїциду і залежність від ліків, особливо якщо коморбідним діагнозом є зловживання психоактивними речовинами. Остаточне вирішення багатьох проблем, що постають перед пацієнтом, який страждає на РО, потребує розробки нових копінг-механізмів і кращих соціальних навичок; навіть при активній фармакотерапії подібні цілі, як правило, досягаються безпосередньо психотерапією.

Довготривала ресурсна терапія, що може бути надана фахівцями з цього напрямку, має більш ефективний вплив на стабілізацію і покращення стану пацієнта, ніж лише медикаментозна терапія.

Список використаних джерел

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С.54–95.
2. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. – СПб : Питер, 2007. – С.144–161; 621; 639–651.
3. Основы клинической и медицинской психодиагностики / Сост. Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчева, С.А. Литаев. – СПб : Элби-СПб, 2005. – С.23–28.
4. Gorton G, Akhtar S: The literature on personality disorders, 1985-88: Trends, issues and controversies. *Hospital Community Psychiatry* 41:39–51, 1990/
5. Hori A: Pharmacotherapy for personality disorders. *Psychiatry Clinical Neurosis*. 52:13–19, 1998.
6. Oldham JM: Personality disorders: Current perspectives. *JAMA* 272:1770–1776, 1994.
7. Perry JC, Banon E, Janni F: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:1312–1321, 1999.
8. Siever LJ, Davis KL: A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 148:1657–1658, 1991.
9. Turkat ID: The Personality Disorders: A Physiological Approach to Clinical Management. Elmsford, NY, Pergamon Press, 351–398, 1990.
10. Tyrer P: Personality disorders. Management and Course. – London : Butterworth, 1988.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Aleksander F. Psihosomaticeskaja medicina. Principy i prakticheskoe primenenie / F. Aleksander. – M. :Izd-vo JeKSMO-Press, 2002. – S.54–95.
2. Klinicheskaja psihologija / Pod red. M.Perre, U.Baumanna. SPb : Piter, 2007. – S.144–161; 621; 639–651.
3. Osnovy klinicheskoy i medicinskoj psihodiagnostiki / Sost. B.V. Ovchinnikov, I.F. D'jakonov, A.I. Kolcheva, S.A. Litaev. – SPb. : Jelbi-SPb, 2005. – S.23–28.

I.A. Koval. Personality and personality disorders in a current practice of treatment. The propagations of personality disorders (PD), the features

of these disorders and their impact on the social and professional adaptation were examined.

There have been found the high level of disadaptation among the population in developed countries which exert influence on quality of life.

The recent research and medical literature analysis include the information about how PD started. Manifestation of PD generally started in childhood (near to teen-age).

The diagnostic interview gives us information about spreading PD in the world throughout the life in the general population: between 10-13%.

There have been considered Axis 1 and Axis 2 in clinical differentiation. According to DSM-IV, there are 3 classes of PD: Clusters A, B, C.

The necessity of assiduous differential diagnostic of PD with organic damage of brain is grounded.

The adaptive approaches are studied to be more effective in short-lasting therapy; they can help patient deal with the crises and effectively problems solving. Frequently used treatments include crisis intervention and support-psychotherapy.

It is concluded that the drugs polytherapy have a risk of the combined toxicity. This result to a suicide and drugs addiction.

The output of this is helping to the patient with his coping-mechanisms developing and a social habit acquire.

The development of new coping-mechanisms and better social skills is effective decision of a problem. Even with active pharmacotherapy our aims can be achieved only with psychotherapy. We should choose the way of psychotherapy.

The resource therapy made by the specialists in this direction has an effective influence on stabilization and making better condition of a patient; than just drug therapy.

Key words: personality disorder (PD), personality style, Axis 1, Axis 2, cluster of PD, therapeutic approach, adaptive viewpoint, organic damage of brain, constitutional factors.

Received February 17, 2015

Revised February 29, 2015

Accepted March 11, 2015