

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей

и клинической психологии

д.пс.н., профессор

Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК

д.пс.н., профессор

Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

Применение методики IPDE-SQ при оценке расстройств личности

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:

Студентка 6 курса

Факультета клинической психологии

Малашенко Анастасия Александровна

_____ (подпись)

Научный руководитель:

доцент кафедры общей и

клинической психологии, к.пс.н

Мухитова Юлианна Владимировна

_____ (подпись)

Санкт-Петербург

2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ.....	7
1.1 Расстройства личности и поведения и их оценка в психопатологии	7
1.1.1 Общие представления о расстройствах личности	7
1.1.2 Классификации расстройств личности в психопатологии	9
1.1.3 Классификация расстройств личности в МКБ-10	12
1.1.4 Подход к определению расстройств личности в МКБ-11	19
1.1.5 Оценка расстройств личности и поведения в психопатологии.....	22
1.2 Расстройства личности и поведения их оценка в патопсихологии	25
1.2.1 Оценка расстройств личности в патопсихологии.....	25
1.3 IPDE-SQ и его специфика в оценке расстройств личности и поведения	28
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1 Организация исследования	31
2.2 Характеристика выборки.....	31
2.3 Методы исследования.....	38
3. ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ	43
3.1 Оценка частоты встречаемости признаков расстройств личности и их типов, выявляемых с помощью методики IPDE- SQ в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности	43
3.1.1 Частотный анализ встречаемости признаков расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности.....	43
3.1.2 Частотный анализ количества признаков расстройств личности (различные типы), выявляемых по шкалам IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности	45
3.1.3 Частотный анализ выявления признаков различных расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности.....	47
3.2 Сравнение наличия признаков расстройств личности и их типов (показатели по шкалам), выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в	

группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности	48
3.2.1 Сравнительный анализ наличия признаков расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности	48
3.2.2 Сравнительный анализ наличия признаков различных расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности	50
3.2.3 Сравнительный анализ наличия признаков различных расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе пациентов с расстройствами личности, невротическими и аффективными расстройствами	53
3.3 Анализ корреляционных взаимосвязей показателей методики IPDE-SQ с показателями шкал ММРІ у группы пациентов с расстройствами личности	55
3.4 Анализ корреляционных взаимосвязей клинических характеристик с показателями шкал методики IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности	59
3.5 Определение достоинств и недостатков методики IPDE-SQ	62
3.6 Обсуждение результатов исследования	63
ВЫВОДЫ	73
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Согласно определению Международной Классификации болезней 10 пересмотра (далее—МКБ-10), «расстройство личности — это серьезное нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций человека, обычно затрагивающее несколько областей личности и почти всегда связанное со значительными личностными и социальными нарушениями». Расстройства личности, как правило, приводят к дезинтеграции личности, социальной дезадаптации, проблемам в межличностных отношениях.

На сегодняшний день показатель распространенности всех типов расстройств личности среди населения составляет 6–9% (М.Ф. Lenzenweger, 2007). Поэтому необходима ранняя диагностика, которая способствовала бы улучшению качества жизни данной группы пациентов.

Выявление личностной патологии в общеклинических условиях – это сложная задача, требующая специальных методик в арсенале клинического психолога. Однако одной из больших трудностей на данный момент является отсутствие быстрых и надежных инструментов. В клинической практике психологом используются различные стандартизированные методики, такие как, например, ММРІ (в адаптации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова, 1976). Данная методика, несомненно, отвечает практическим патопсихологическим задачам при оценке личности, но она длительна при выполнении и занимает немало времени как при обработке, так и при интерпретации результатов. Нами была совершена попытка поиска методики, которая позволяет сократить временные затраты на диагностику и сузить рамки диагностического поиска. Для этих целей был выбран скрининговый опросник IPDE-SQ («Исследования расстройств личности по международной схеме – скрининговый опросник»).

В данном исследовании нам было важно изучить как IPDE-SQ работает на современной российской выборке и на пациентах с расстройствами личности.

Цель исследования: оценка эффективности и возможности применения методики IPDE-SQ в группе пациентов с расстройствами личности для решения задач дифференциальной диагностики.

Гипотеза: IPDE-SQ позволяет определять наличие признаков, соответствующих расстройствам личности.

Объект исследования: пациенты с расстройствами личности (F60 – F69).

Предмет исследования: признаки личностных расстройств, выявляемые с помощью методики IPDE-SQ.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту встречаемости признаков расстройств личности и их типов, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности.
2. Сравнить наличие признаков расстройств личности и их типов (показатели по шкалам), выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности.
3. Выявить взаимосвязи показателей методики IPDE-SQ с показателями шкал MMPI у группы пациентов с расстройствами личности.
4. Выявить взаимосвязи клинических характеристик и показателей методики IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности.
5. Определить достоинства и недостатки методики IPDE-SQ.

Методы исследования:

- Клинико-психологический метод. Анализ медицинской документации, клинико-психологическая беседа и предоставленная испытуемым анкета участника исследования.
- Экспериментально-психологический: «Миннесотский многоаспектный личностный опросник» (ММРІ (в адаптации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова, 1976), «Исследования расстройств личности по международной схеме – скрининговый опросник» (IPDE-SQ).
- Методы математико-статистической обработки данных.

STATISTICA 8:

1. Описательная статистика
2. Сравнительный анализ с использованием U-критерия Манна-Уитни, Критерий Фишера; Критерия Краскела-Уоллиса
3. Корреляционный анализ по критерию Спирмена

Теоретическая значимость: изучение IPDE-SQ при оценке расстройств личности имеет высокую теоретическую значимость, так как позволяет выяснить достоинства и ограничения данной методики при использовании в клинической практике, а также позволяет расширить наши знания о диагностике расстройств личности. Исследование данной темы полезно для совершенствования современных методов психологической диагностики и обеспечения более точной, надежной и эффективной оценки психологических конструктов.

Практическая значимость: использование IPDE-SQ в клинической практике может предоставить возможность для более ранней диагностики расстройств личности, в связи с этим пациентам будет быстрее оказана медикаментозная помощь и назначены психокоррекционные мероприятия, что значительно повысит их качество жизни. Данный инструмент может быть использован в научных исследованиях, направленных на изучение личности и расстройств личности.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

1.1 Расстройства личности и поведения и их оценка в психопатологии

1.1.1 Общие представления о расстройствах личности

На сегодняшний день нет единого мнения среди ученых о толковании и классификации личностных аномалий. П. Б. Ганнушкин, русский психиатр, отечественный исследователь, основательно изучавший расстройства личности в клинической парадигме, определил общие признаки психопатии:

1) «тотальность личностного уродства» – подразумевает задействованность всех психических функций;

2) относительная стабильность - на протяжении жизни не происходит резких личностных изменений;

3) дезадаптация – степень выраженности личностной патологии ставит психопата на грань душевного заболевания. (Мельниченко В.В., 2018)

Устоявшийся в медицине термин «психопатия» был заменён Международной Классификацией Болезней (МКБ-10) на «личностные расстройства» в конце прошлого века (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2010), поскольку стал широко использоваться в непрофессиональной среде и оказался ассоциированным преимущественно с асоциальной личностью. Однако историческое название личностной дисгармонии продолжает активно использоваться в современной научной и популярной литературе.

В настоящее время специалисты опираются на определение МКБ-10, «расстройство личности — это серьезное нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций человека, обычно затрагивающее несколько областей личности и почти всегда связанное со значительными личностными и социальными нарушениями» (Всемирная организация здравоохранения, ВОЗ., 1992).

Также под личностными расстройствами понимается совокупность ригидных и неадаптивных черт, которые влияют на восприятие и отношение к себе и окружающим, приводящие к снижению социальной приспособленности и обычно сопровождающиеся эмоциональным дискомфортом и внутренним страданием.

Под личностной «чертой» понимается укоренившийся признак или состояние, являющийся ограниченной во времени характеристикой человека (ВОЗ., 2003). Они чаще возникают во время пубертата и, как правило, охватывают всю жизнь пациента. Они влияют на эмоционально-волевую сферу, мышление и стиль межличностного поведения. Ригидность этих черт препятствует гибкой адаптации к переменным требованиям повседневной жизни и выбору адаптивных решений для жизненных проблем.

Расстройства личности встречаются у 6–9% населения. Такое расхождение объясняется различиями в составе выборок, методах проведения диагностики и постановки исследовательских задач и культурными особенностями. Отечественные исследователи (Чуркин А.А. и др., 2009) указывают, что зарегистрированная в психиатрической службе распространенность расстройств личности фактически в десять раз ниже, чем распространенность данного вида расстройств среди не обращающихся за психиатрической помощью-соответственно, 0,79% и 8,2% (Смулевич А.Б., 2018). В 2009 году показатель общей заболеваемости личностными расстройствами у взрослого населения в РФ составил 131, 0 на 100 тыс. населения (А.А. Чуркин, Н.А. Творогова, 2009). Расстройства личности в большей степени встречаются среди людей, обращающихся за помощью в учреждение медицинского профиля. Так, примерно у 25% пациентов, посещающих врачей различного профиля, и 50% больных, получающих психиатрическую помощь в психоневрологическом диспансере, диагностируется личностные расстройства. Однако чаще всего ставится

диагноз как в амбулаторной, так и стационарной психиатрии пограничного личностного расстройства (далее—ПРЛ). Данный тип характеризуется выраженными клиническими проявлениями, его симптомы проявляются в подростковом возрасте, но по истечению времени симптоматика уменьшается.

В развитии этих расстройств играют роль наследственность (особенно химические зависимости, психические заболевания, психопатии у родителей), различные воздействия на мозг (травмы, проблемы во время беременности и родов), а также социальные факторы (неблагоприятные условия воспитания, потеря родителей, недостаток внимания от родителей, асоциальное поведение родителей) (Казьмина О. Ю., 2008).

Личностную патологию нужно дифференцировать со вторичными изменениями личности, возникшими после других психических заболеваний или являющимися последствиями черепно-мозговых травм. Стоит учитывать, что проявления изменений личностных черт могут возникнуть раньше основной болезни.

Таким образом, расстройства личности — тяжелые нарушения характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Развиваются в подростковом возрасте, оказывая значительное влияние на качество жизни и способность человека к адаптации в обществе.

1.1.2 Классификации расстройств личности в психопатологии

Длительное изучение личностных расстройств привело к формированию большого количества классификаций патологии личностной организации. Существует различие в классификациях психопатий из-за ряда факторов: разнообразие вариантов психопатических личностей, их сложное

распределение и трудность определения границ между нормальными характеристиками личности и психическими расстройствами.

В начале прошлого столетия существенный вклад в разработку клинического классификатора психопатий внесли европейские психиатры. Е. Краепелин, Е. Блеулер и Е. Кречмер, считающие личностную патологию не сильно выраженными эндогенными психическими заболеваниями. К. Шнайдер указывал на то, что психопатии являются отдельными психическими расстройствами, которые могут существовать параллельно с другими психическими заболеваниями. (Смулевич А.Б., 2018).

В одной из первых классификаций в психиатрии, составленной Е. Краепелин, выделялось 7 групп личностных расстройств: возбудимые, неустойчивые, импульсивные (одержимые влечениями), чудаки, лгуны и обманщики, враги общества (антисоциальные), патологические спорщики. Как и представленная выше систематика большинство предложенных впоследствии классификаций психопатий носили разнообразный характер, то есть в их основу было положено использование различных подходов к выделению описываемых типов - клинического, психологического, социального (Смулевич А.Б., 2018). Так, клинический подход лежал в основе выделения форм, родственных психическим заболеваниям, например, подробно описанный Е. Кречмер шизоидный вариант расстройства личности, напоминающий некоторые проявления шизофрении. Психологический принцип систематики отразился в описаниях вариантов, характеризующихся гипертрофированно проявляющимися чертами нормального характера «неустойчивые», «возбудимые. В качестве критерия для выделения ряда вариантов расстройств личности были использованы особенности поведения пациентов, которые носили социально-неприемлемый характер, «лгуны и мошенники», «антисоциальные».

Также была достаточно популярна классификация К. Schneider, базирующаяся на описательно-психологическом подходе, с выделением десяти типов личностных расстройств: гипертимики, депрессивные, неуверенные в себе, фанатичные, ищущие признания, эмоционально-лабильные, эксплозивные, бездушные, безвольные, астенические. Предложенная типология легла в основу дальнейших попыток типологической систематизации аномального характера.

Среди психологических теорий, внесший значительный вклад в развитие современных представлений о расстройствах личности, следует отметить концепции исследователей психоаналитического направления Н. Rosenfeld, Н. Cohut, О. Kernberg, F. Summers и др. Для того, чтобы объяснить клинические проявления и динамику расстройств личности, эти авторы использовали идеи З. Фрейда о типах характеров, соответствующих трем основным фазам психосексуального развития (оральный, анальный, фаллический типы характера), представления о фиксации и регрессии, механизмах защиты и теорию аффектов. Работы психоаналитического направления оказали существенное влияние на формирование взглядов американских психиатров на расстройства личности. Например, в проекте нового американского классификатора DSM-V одним из основных критериев расстройства личности предлагается считать нарушения идентичности, что, в частности, отражает взгляды Отто Кернберга.

В отечественной психиатрии по-прежнему широко используется классификация психопатий, предложенная П.Б. Ганнушкиным. Она представляет собой дифференцированную клиническую типологию, отличающуюся глубиной и качеством клинических описаний вариантов аномального характера, а также принципов их динамики. В нее были включены следующие типы психопатических личностей: астеники, психастеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические, не устойчивые, антисоциальные и конституционально-глупые (Мельниченко

В.В., 2023). В работах О.В. Кербикова и его учеников была разработана классификация психопатий, учитывающая способ их формирования. Было выделено две группы психопатий: конституциональные («ядерные») и нажитые. К первым относят врожденные, в том числе генетически обусловленные, и сформировавшиеся в результате перинатальных повреждений головного мозга аномалии личности. Нажитые психопатии виды патологии характера, формирующиеся в детстве преимущественно под воздействием неблагоприятных условий среды.

Таким образом, были рассмотрены различные подходы к классификациям личностных расстройств. Отмечается, что типология личностных расстройств является сложным и дискуссионным вопросом. Несмотря на это, они помогают специалистам определять структуру личностной патологии.

1.1.3 Классификация расстройств личности в МКБ-10

В России на практике специалисты используют классификацию расстройств личности, предложенную ВОЗ и приведенную в МКБ-10: «Специфические расстройства личности» (F60 – F69). Современная международная классификация психопатий включает в себя параноидное расстройство личности, шизоидное расстройство личности, диссоциальное расстройство личности, эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный и пограничный тип), истерическое расстройство личности, ананкастическое расстройство личности, тревожное расстройство личности, зависимое расстройство личности, а также другие специфические и неуточненные расстройства личности (Мягков И. Ф., Боков С. Н., 1999).

Для черт параноидного расстройства личности (F 60.0) в МКБ-10 характерна крайняя недоверчивость, подозрительность и соответствующая этим качествам замкнутость. Люди с параноидным личностным расстройством склонны приписывать людям, окружающим их злые

намерения. Сверхценные идеи об особом значении их личности являются еще одним маркером, указывающим на наличие этого расстройства личности. Паранойя при параноидном расстройстве личности представляет собой не бредовый психоз, а скорее «отчетливо параноидальный когнитивный стиль». Распространенность в популяции параноидного расстройства составляет 2,4%.

Шизоидное расстройство личности (F 60.1) характеризуется склонностью избегать эмоционально насыщенных взаимоотношений путем излишнего теоретизирования, замкнутости, ухода в фантазии. Для лиц с данным типом личностной патологии свойственно отсутствие желания интимных отношений, интровертированность установок, трудности в понимании и реализации норм поведения, выражающиеся в эксцентричных действиях (Mezzich JE, Kleiman A, 1996). Люди с шизоидным расстройством личности обычно не имеют близких друзей, за исключением близких родственников в отдельных случаях. Кроме того, они аффективно ограничены и не обнаруживают ни сильных негативных, ни сильных позитивных эмоциональных реакций. Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность шизоидного расстройства личности среди населения в целом составляет от 0,7 до 4,5%. Считается, что этот тип расстройства личности встречается относительно редко и, как правило, проявляется чаще у мужчин, чем женщин (Медиков Е. С., Костина В. Д., Климов А. В., 2019)

Диссоциальное расстройство личности (F 60.2) характеризуется отсутствием моральных принципов, пренебрежением общественными нормами, импульсивностью, отсутствием вины и страха, а также равнодушием к эмоциям других людей и неспособностью устанавливать взаимоотношения, основанные на взаимности (Колесникова В.И., Муравьёва Я.В., 2017). Распространенность в популяции данного личностного расстройства – 3 % у мужчин и 1 % у женщин. В местах

лишения свободы лица с психопатией, как правило, составляют от 65–80% от всех осужденных (С.Л. Соловьева, Е.Б. Одерышева, 2013).

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F 60.3) определяется склонностью человека к импульсивным поступкам при отсутствии прогнозирования для него последствий, не учитывая возможных рисков. Эмоциональный фон лабилен, наблюдаются частые «капризы». Эмоциональные вспышки, сниженная способность контролировать взрывчатое поведение — признаки данной личностной патологии. Отношения с окружающими людьми носят конфликтный характер.

Существует два типа эмоционально-неустойчивого расстройства личности: импульсивный и пограничный.

Пациенты с импульсивным подтипом эмоционально неустойчивого личностного расстройства (F 60.30) имеют в структуре личности нестабильность в эмоциональной сфере с отсутствием контроля над возникающими импульсами.

Главным компонентом данного расстройства личности является потеря контроля над стеническими негативными эмоциями, проявляющимися в агрессивных действиях в отношении людей и порче имущества. Агрессивные эпизоды, как правило, носят характер приступов. Каждый приступ имеет предшествующую фазу, приступ и завершающую фазу. На первой стадии наблюдается повышение внутреннего напряжения, которое может формироваться от нескольких минут до нескольких часов. Собственно приступ определяется возникновением эмоционального взрыва. Последняя фаза характеризуется быстротой и неожиданностью завершения приступа (Горинов В. В., Корзун Д. Н., Шеховцова Е. С., 2018).

Пациенты с пограничным расстройством личности (F 60.31) страдают расстройством самовосприятия, целеполагания, перманентным ощущением внутренней пустоты, дисфункциональными взаимоотношениями, саморазрушающим поведением. Данный тип личностного расстройства

диагностируется у 0,01 популяции, среди которых преобладают лица женского пола. Стержневой патопсихологический синдром пограничного расстройства личности представлен нестабильностью самооценки, а также эмоциональности и поведения. Лица с ПРЛ под воздействием стрессогенных факторов легко впадают в фазу декомпенсации; которая опасна большим риском социальной дезадаптации и самоповреждающих тенденций. Особенность пограничных личностей - нереалистичные инфантильные требования к людям, они не несут ответственность, сопровождающую поведение зрелого человека.

Лица, страдающие истерическим (гистрионным) личностным расстройством (F 60.4), имеют признаки сверхсильной эмоциональности, потребности к привлечению внимания окружающих. В популяции распространенность данной личностной патологии составляет от 2 до 3 %.

В четыре раза чаще оно диагностируется у женщин, так как мужчины с меньшей вероятностью сообщают о своих симптомах врачу (Nestadt G, Romanoski AJ., 1990).

Истероидное расстройство личности имеет тенденцию быть эгосинтонным, что означает, что люди с этим расстройством обычно считают свое поведение нормальным (Cale EM, Lilienfeld SO., 2002). Эта недооценка тяжести состояния может способствовать игнорированию этого расстройства личности до более позднего возраста, когда модели поведения значительно влияют на межличностные отношения и профессиональную деятельность (Rienzi VM, Scrams DJ, 1991).

Пациенты с истерическим расстройством личности могут демонстрировать быстро меняющиеся и неглубокие эмоции, которые другие могут воспринимать как неискренние. Внешний вид может использоваться для привлечения к себе внимания ношением яркой одежды или откровенных предметов одежды (Lilienfeld SO, Van Valkenburg C, 1986). Они могут быть впечатлительными, доверчивыми, внушаемыми и легко

поддающимся влиянию – особенно людей, которыми они восхищаются. Кроме того, они склонны считать отношения более близкими, чем они обычно есть.

Жизнь пациента с ананкастным расстройством личности (F 60.5) наполнена большим количеством сомнений и внутренних колебаний. Признаками этого расстройства личности являются ригидность установок, стремление к систематизации, строгое следование нормам, перфекционизм.

Лица с ананкастным типом личностной патологии выражаются очень формально, серьезно и не проявляют чувство юмора. Имеют трудности с достижением компромиссов и настаивают, чтобы окружающие следовали их правилам. Ананкастные лица проявляют нерешительность из-за страха ошибиться, тщательно и долго взвешивают все факты перед принятием решений. Изменение привычных стереотипов вызывает у них длительное беспокойство, которую они пытаются смягчить ритуалами. Часто пациенты сталкиваются с навязчивыми мыслями и влечениями.

Ананкастное расстройство личности затрагивает примерно 2 % населения. Хотя расстройствами личности страдают как женщины, так и мужчины, с этой проблемой борется больше мужчин, чем женщин (Carter, Mulder, Sullivan, Joyce, 1999).

Тревожное расстройство личности (F 60.6) проявляется в чувстве неполноценности, повышенной чувствительности к критике и избегании социальных контактов. Исследования, изучающие распространенность этого расстройства, указывают, что показатели варьируются от 1,5% до 2,5%, причем женщины несколько более предрасположены к развитию тревожного личностного расстройства (Grant, 2004). Данное расстройство личности характеризуется чрезмерной социальной тревожностью и заторможенностью, боязнью близости (несмотря на сильное желание этого), сильным чувством неадекватности и неполноценности, чрезмерной зависимостью от избегания раздражителей, вызывающих страх (например,

добровольной социальной изоляции), как неадаптивного метода совладания (Eggum N.D, Eisenberg N, Spinrad T.L, 2009). Пациенты, как правило, демонстрируют крайнюю чувствительность к негативной оценке и отвержению, убежденность в том, что они лично непривлекательны для других, избегание социального взаимодействия, несмотря на сильное желание включиться в социум (Coolidge F.L, Segal D.L., 1998). Обнаружено, что тревожное расстройство личности особенно распространено у людей с тревожными расстройствами, хотя оценки сопутствующей патологии сильно различаются из-за различий в диагностических инструментах. Исследования показывают, что примерно 10-50% людей, страдающих паническим расстройством с агорафобией, страдают избегающим расстройством личности, а также примерно 20-40% людей, страдающих социальным тревожным расстройством. В дополнение к этому, тревожное личностное расстройство чаще встречается у людей, страдающих коморбидным социальным тревожным расстройством и генерализованным тревожным расстройством, чем у тех, у кого есть только одно из вышеупомянутых состояний (Sanderson, Wetzle, 1994).

Для зависимого расстройства личности (F 60.7) свойственны пассивность, подчиняемость, внушаемость, повышенная потребность в заботе. В повседневной жизни пациенты с данной личностной патологией малоактивны, утомляемы, им недостает инициативы, способности противостоять чужим желаниям, у них отсутствует уверенность в своих силах. Люди, страдающие зависимым расстройством личности, чрезмерно зависят от других людей, когда дело доходит до принятия решений. Они не могут самостоятельно сделать выбор, поскольку нуждаются в постоянном одобрении со стороны других людей. Следовательно, люди с диагнозом зависимое расстройство личности склонны ставить потребности и мнения других выше своих собственных, потому как у них недостаточно уверенности, чтобы доверять своим решениям. Наблюдается выраженный

страх разлуки и одиночества. (Beitz K., 2006). Эти пациенты считают себя неполноценными и склонны принижать свои способности; они воспринимают любую критику или неодобрение как доказательство своей некомпетентности, что еще больше подрывает их уверенность. Им трудно выражать несогласие с другими, потому что они боятся потерять поддержку или одобрение. Сопутствующие заболевания встречаются часто. Пациенты нередко страдают депрессивным расстройством, тревожным расстройством, расстройством, связанным с употреблением алкоголя или другим расстройством личности (например, пограничный тип, истерическое).

В клинической практике специалисты преимущественно сталкиваются с мозаичностью патологических личностных черт, поэтому в МКБ-10, в раздел «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» включен такой тип расстройства, как «Смешанное расстройство личности» (F61.0).

Данный тип личностного расстройства беспокоит пациентов и приводит к дезадаптации, при этом обнаруживает в себе признаки различных расстройств личности без возможности выделить стержневой синдром. Он является одним из наиболее часто диагностируемых среди всех типов психопатий. В исследовании, которое направлено на изучение пациентов, проходящих психотерапию, 18,4% участников соответствовали критериям смешанного расстройства личности (Verheul R, Bartak A, Widiger T., 2007). По результатам исследования У. Бротигам около 66% лиц с психопатиями невозможно отнести ни к одному расстройству личности. Л.С. Морей полагал, что смешанное расстройство личности диагностируется у 29% от всего количества пациентов с расстройствами личности.

Зарубежные исследования показали, что использование полуструктурированных интервью для оценки личностной патологии приводит к выявлению признаков 4-х психопатий у каждого больного

(Горинов В.В., 2008). Отечественные исследователи считают, что все варианты смешанных расстройств личности – это производные гистрионной, возбудимой, тормозимой психопатии. Чаще всего в клинической практике встречаются: 1) сочетание тормозимых с паранойяльными и эпилептоидными; 2) сочетание возбудимых и истерических с паранойяльными и эпилептоидными; 3) сочетание возбудимых, тормозимых и истерических (Б.А. Леденев и Ю.С., Горинов В.В., 2008).

Таким образом, каждое специфическое расстройство личности по МКБ-10 имеет свою уникальную клиническую картину, но вместе с тем обнаруживается высокая коморбидность психопатий с другими психическими расстройствами, что может существенно усложнять диагностику личностных аномалий. Смешанное расстройство личности является одним из наиболее сложных и комплексных нарушений характерологической конституции, которое отличается сочетанием различных признаков нескольких типов личностных расстройств. F 61.0, как правило, наиболее диагностируемая категория среди других личностных расстройств, так как у большинства пациентов невозможно выделить «чистый тип» патологии личности.

1.1.4 Подход к определению расстройств личности в МКБ-11

Начало XXI века ознаменовалось резким изменением в диагностике личностных расстройств. МКБ-10 подразумевает, что расстройства личности являются дискретными и качественно различающимися между собой синдромами. Концептуализация личностной патологии связана с признанием того, что тип расстройства личности имеет меньшее дифференциальное значение для клинической применимости, чем классификация по выраженности (О. И. Чеснокова, 2017).

Ограничения применения действующей классификации болезней при диагностике личностных расстройств заключается в том, что у 50 % пациентов одновременно могут быть признаки различных психопатий. Также было выявлено, что часть патологии личности встречается слишком редко. Значимая часть пациентов, имеющих серьезные личностные нарушения, не относятся ни к одному критерию расстройств личности. В месте с этим, отмечается сильное различие как по личностным чертам, так и по выраженности состояния между пациентами с одинаковым диагностированным расстройством личности. Кроме того, в настоящее время в классификаторе существует дихотомическое разделение популяции на людей с расстройств личности и без него. (О. И. Чеснокова, 2017).

В Международной классификации болезней 11-пересмотра (МКБ-11) предложено отказаться от деления расстройств личности на отдельные формы ввиду нечетких критериев их разделения. С недавнего времени в диагностическую практику введен дименсиональный, т.е. измерительный подход. Акцент смещается на доказательство наличия расстройства личности и оценку его выраженности (Tytler P. et al., 2011). Упраздняются все специфические категории расстройств личности, кроме одной: самого факта наличия личностного расстройства. В МКБ-11 расстройства личности представляют собой дезадаптивные варианты личностных качеств, которые могут незаметно переходить в нормальные, или же одно в другое, являясь неким континуумом без каких-либо строгих разграничений.

Новый подход был основан на концепции о большой пятерке G. Следующих исследователей: Allport, G. Eysenck, R. Cattell. Специалисты определили пять свойств личности: эмоциональная стабильность – нейротизм, экстраверсия – отгороженность, доброжелательность (дружелюбие, способность прийти к согласию) – антагонизм, добросовестность (сознательность) – импульсивность и открытость опыту –

консервативность (Tyreer P. et al., 2003). Рассмотрим каждый домен подробнее.

Негативная аффективность характеризуется признаками тревоги, злости, раздражительности, уязвимости, сниженного настроения и т.д. Им свойственно возникать после воздействия стрессора даже небольшой силы.

Для домена диссоциальности характерны: бессердечие, отсутствие эмпатии, враждебность и агрессия, неспособность или нежелание поддерживать просоциальное поведение, часто проявляющееся в склонности к манипуляциям и эксплуатации других.

Домен дезингибирующих признаков характеризуется постоянной тенденцией действовать импульсивно в ответ на непосредственные внутренние или внешние стимулы без учета долгосрочных последствий.

Ананкастные признаки характеризуются наличием узкого фокуса на контроле и регулировании собственного поведения и поведения других для обеспечения соответствия вещей идеалу; черты в этой области включают: перфекционизм, персеверация, эмоциональная и поведенческая ограниченность, упрямство, сознательность, упорядоченность, следование правилам и обязательствам.

Признаки домена отгороженности — эмоциональная и межличностная дистанцированность, проявляющаяся в заметной социальной отгороженности и/или индифферентном отношении к людям; изоляция с очень небольшим количеством или отсутствием привязанностей, в том числе избегании не только интимных отношений, но и близкого дружеского общения. Черты этого домена включают: отчуждение или холодность по отношению к другим людям, сдержанность, пассивность и отсутствие уверенности в себе, а также сниженный опыт в переживании и выражении эмоций (особенно положительных), до степени ослабления способности испытывать удовольствие.

Каждый из доменов может встречаться как среди здоровых лиц, так и у пациентов с расстройством личности. У пациентов с расстройством личности они указывают на наличие расстройства, проявляющегося в большей степени. Однако диагностика требует указания в клинической картине явлений, характерных для всех пяти доменов. Это позволяет избежать от постановки одностороннего диагноза в обход комплексной оценке личности (Горинов В. В., Корзун Д. Н., Шеховцова Е. С., 2018).

Так, например, пациент с выраженным доменом «Отчужденность» (6D11.1) будет напоминать шизоидное расстройство личности в МКБ-10.

Недостатком нового подхода к диагностике является непривычность использования доменов вместо понятных клиницистам категорий личностных расстройств. Также в литературе отсутствуют достаточные клинико-психологические исследования для полноты оценки личности с помощью указанного количества доменов. Возможно, предложенный подход реализован в недостаточной мере и указывает на неполный перечень переменных (О. И. Чеснокова, 2017).

Таким образом, зарубежные исследования указывают на значительные преимущества деминсионального подхода, который отражен в диагностике расстройств личности в МКБ-11, однако на данный момент отечественная психиатрия только становится на путь применения данного подхода в клинической практике.

1.1.5 Оценка расстройств личности и поведения в психопатологии

Диагностика психических расстройств и состояний — одна из ключевых задач, которую каждый день решает врач-психиатр. Диагноз расстройства личности является клиническим и устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных пациента и другой информации, характеризующей личность. Наиболее важным фактором в диагностике

является тщательный сбор анамнеза. Для оценки личностных расстройств специалисты используют клиническую беседу, интервьюирование, опросники самооценки, данные от информантов (родственников, например). Исследования по тематике личностной патологии указывают на то, что в подавляющем большинстве диагнозы F60-69 устанавливаются после проведенной диагностической беседы (Ассанович М. А., Дерман Е. В., 2014). Однако для более объективной оценки важно иметь данные от близких пациента.

Как правило, причиной обращения к врачу-психиатру или госпитализации при расстройствах личности, являются состояния декомпенсации, то есть кратковременные обострения психопатической симптоматики, которые приводят к выраженным нарушениям социальной адаптации.

Для того, чтобы уверенно распознавать расстройства личности, проводить дифференциальную диагностику, выстраивать план реабилитационных мероприятий, врачу необходим опыт работы с данной категорией расстройств и дополнительные познания в области клинической психологии.

В клинической практике часто используют опросники и шкалы для выявления аномальной личности. Так, достаточно известной методикой для оценки психопатии является Контрольный перечень черт психопатии Р. Хэйра (Psychopathy Checklist Revised, PCL-R, 1991). Инструмент включает в себя проведение клинического интервью и изучение биографических данных; после экспертом делается вывод о степени выраженности психопатических черт у пациента. Такой алгоритм действий завоевал признание в определенных профессиональных кругах, однако исследователи неоднократно отмечают такие его недостатки, как высокая стоимость и трудоемкость использования (Patrick C.J., Fowles D.C., 2009). Одной из альтернатив PCL-R является методика С. Лильенфельда для

диагностики психопатической личности – Psychopathic Personality Inventory (PPI, 2005). Опросник включает 8 субшкал, распределенных по двум факторам: Бесстрашной доминантности и Импульсивной антисоциальности. Эта методика разрабатывалась с целью охвата полного спектра черт, выделяемых исследователями психопатии, и не предполагала целостного подхода к личности (Patrick C.J., Fowles D.C., 2009).

В зарубежной практике активно применяются скрининговые опросники для более быстрого и качественного выявления патологии в клинических условиях. Принцип скрининга означает, что людей подвергают быстрому тестированию, чтобы отличить вероятные случаи от неслучайных. Следует иметь в виду, что скрининговые тесты имеют глобальную диагностическую ценность. Конкретные диагнозы могут быть поставлены только с помощью более масштабной процедуры, которая, конечно, занимает больше времени и требует обширных знаний. Среди зарубежных скринингов IPDS имеет наилучшую чувствительность (77%) и специфичность (85%). Более того, этот инструмент правильно классифицировал наибольшее количество пациентов. Использование данного скрининга повышает вероятность с 50% до 80–84% того, что пациенту в амбулаторной психиатрической клинике будет поставлен диагноз расстройства личности. Однако, данный метод основывается на стандартизированной диагностической системе DSM-IV, которая в России не применяется (Herman S. S., Van Heck G. L., Diamant P. P. G., 2012).

Пациенты с положительным результатом по шкале скрининга должны быть впоследствии опрошены с помощью подробного структурированного или полуструктурированного интервью, направленного на оценку конкретного расстройства личности.

Таким образом, для оценки и диагностики расстройств личности в психиатрии применяются различные методы. Была выявлена

необходимость использования скрининга для выявления личностных расстройств также в отечественной практике.

1.2 Расстройства личности и поведения их оценка в патопсихологии

1.2.1 Оценка расстройств личности в патопсихологии

При решении вопросов, связанных с диагностикой расстройств личности, психиатру необходимо определить перечень задач, которые можно разрешить посредством применения экспериментально-психологического метода. Поскольку важной клинической задачей является дифференциация расстройств личности от психопатоподобных состояний при тяжелых психических заболеваниях, необходимо вначале определить, каково состояние психических процессов пациента, не носит ли оно следов распада психической деятельности, вызванного текущим или отзвучавшим психическим заболеванием. (Носачев Г.Н., Романов Д.В., 2010). При выполнении такого исследования психологом будут использоваться преимущественно стандартизированные тесты и нестандартизированные методики оценки нейрокогнитивных функций, а также проективные тесты (например, «Дом-дерево-человек»). В качестве примера достаточно валидного теста для оценки когнитивных функций и их нарушений можно привести методику Д. Векслера (WAIS-R, 1981). В том случае, если специфических для тяжелого психического заболевания признаков нарушений психических процессов не будет обнаружено, результат свидетельствует в пользу наличия у такого пациента расстройства личности, а не другого психического расстройства.

При расстройствах личности не обнаруживаются выраженных нарушений когнитивных функций. На втором этапе психологического исследования может быть реализована задача исследования эмоционально-волевых и личностных свойств пациента. В личностно-аномальный

патопсихологический симптомокомплекс входит: эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Расстройства личности определяется качественными характеристиками эмоционально-волевой дезорганизации и степенью ее выраженности. Одни больные характеризуются эмоциональной дизрегуляцией: им свойственна бесконтрольная гневливость, бурные аффективные реакции и т.д., другие пациенты страдают от депрессивных тенденций, низкой самооценки, тревожности и страхов. Одни больные избегают любой коммуникации с окружающими людьми, не умеют устанавливать гармоничные взаимоотношения, другие — демонстративно ведут себя, проявляют повышенный интерес к окружению, демонстрируют просоциальное поведение. Главной чертой для этих людей является дисгармоничность.

Для исследования личностной сферы клиническим психологом могут использоваться опросники, тесты самооценки, проективные методики.

Среди психологических методик, направленных на исследование патологических личностных свойств, можно указать следующие: широко известный опросник ММИЛ («Методика многостороннего исследования личности», 1976), «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е. Личко, опросник «Шестнадцать личностных факторов» Р. Кэттелла и другие. Личностные опросники включают пункты, ответы на которые достоверно отличают одну группу людей от другой, то есть коррелируют с определенными способами поведения и являются показателями соответствующих черт личности.

Проективные методики представляют собой отдельную обширную группу инструментов исследования различных аспектов личности. Хотя

показатели валидности и надежности проективных методик могут значительно варьировать, исследователи полагают, что именно проективные методики предоставляют врачу наиболее глубокую информацию о личности пациента. Л. Кронбах и Г. Глезер обозначают беседу с пациентом и проективные методы как широкополосные процедуры. Ширина охватываемой области поведения достигается за счет снижения точности и надёжности информации. Объективные психометрические тесты обычно охватывают узкую полосу информации, но при высоком уровне надежности (Анастази А., 1982).

В клинической практике также широко используются проективные методики «Тест тематической апперцепции» Х.Моргана и Г. Мюррея, тест выбора цвета М. Люшера, методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, «Хэнд-тест» Б. Брайклина, З.Пиотровски, Э. Вагнера, рисуночные тесты. Однако результаты проективных методик могут быть слишком субъективными и зависеть от толкования эксперта. Разные специалисты могут прийти к разным выводам при анализе одного и того же материала. Применение проективных методик требует специализированного обучения и опыта со стороны клинического психолога. Это может снизить доступность такого вида диагностики для большинства пациентов и увеличить затраты на проведение оценки.

Таким образом, клинический психолог, используя арсенал стандартизированных и нестандартизированных методик, исследует когнитивную, эмоционально-волевою и личностную сферы пациента, для определения ведущего патопсихологического симптомокомплекса. Можно сделать вывод, что экспериментально-психологическое обследование играет важную при дифференциальной диагностике личностной аномалии.

1.3 IPDE-SQ и его специфика в оценке расстройств личности и поведения

В клинической практике для оценки патологии личности широко используются самоотчеты или скрининговые опросники (Blasco-Fontezilla et al., 2010; German et al., 2012; Morse and Pilkonis, 2007; Siefert, 2010). Большим преимуществом использования опросников является экономия времени консультаций, но точность оценок иногда ставится под сомнение (Huprich et al., 2011; Lenzenweger, 2006; Fernandez-Montalvo and Echeburua, 2006; Slade et al., 1998).

Самоотчеты и интервью, как правило, уязвимы для манипуляций со стороны пациентов. Риск симуляции или скрывания симптомов (Fernandez Montalvo and Echeburua, 2006) должен учитываться при оценке надежных профилей личности. Однако в клинических интервью больше шансов установить связь между психопатологическими особенностями, связанными с другими психическими расстройствами, и их отличием от тех, которые, безусловно, можно считать патологическими чертами личности (Huprich et al., 2011; Chanen et al., 2004; Fernandez-Montalvo and Echeburua., 2006).

Однако эти собеседования требуют предварительной подготовки, значительного клинического опыта и глубокого понимания психопатологии (Lenzenweger, 2006; Siefert, 2010).

IPDE-SQ (International Personality Disorder Examination-Self-Questionnaire) скрининговый опросник (IPDE-SQ: Loranger, 1999), включающий 59 или 77 вопросов в зависимости от диагностической системы и подходящий для оценки расстройств личности, как в МКБ-10 (МКБ-10; ВОЗ, 1992), так и в DSM-5 (DSM-5; APA., 2013), что делает его универсальным инструментом как для клинических, так и для практических и исследовательских целей по всему миру.

Данный опросник разрабатывался в дополнении к основному инструменту диагностики расстройств личности - Международному

интервью для обследования расстройств личности (Loranger, 1999), который представляет собой полуструктурированное клиническое интервью. IPDE-SQ имеет русскоязычную версию, однако при его создании были использованы лишь процедуры перевода с языка оригинала и обратного перевода, психометрические характеристики в исследованиях не изучались.

IPDE-SQ, основанный на критериях МКБ-10, содержит 59 пунктов. Текст утверждений доступен для ребенка 9-летнего возраста. IPDE-SQ помогает клиницисту идентифицировать тех пациентов, чьи баллы предполагают наличие расстройства личности (больше 3-х баллов), что позволяет проводить дальнейшую комплексную клиническую оценку. Согласно руководству IPDE (Loranger., 1997), испытуемый не прошел проверку на наличие личностного расстройства и должен быть опрошен, «если 3 или более пунктов, связанных с расстройством, обведены кружком».

Это ограничение соответствует версии МКБ-10, принятой клиницистами, где для диагностики расстройств личности достаточно соблюдения 3 критериев.

В то время как Loranger предполагает, что расстройство личности может присутствовать, если подтверждены три или более симптома личностного расстройства, нет опубликованных исследований по IPDE-SQ, подтверждающих этот критерий (Loranger, Sartorius, Andreoli and Berger, 1994).

Так, в одном зарубежном исследовании IPDE-SQ показал удовлетворительное обнаружение вероятных расстройств личности в популяции (Lewin, Slade, Andrews, Carre; 2005). Стандартным порогом для IPDE-SQ обычно считаются три утвердительных ответа по любой шкале. Тем не менее, у некоторых групп населения (например, у заключенных, взрослых, нуждающихся в лечении заикания, и курильщиков) возникли проблемы с достоверностью, и было показано, что его использование имеет более высокую достоверность при корректировке пороговых значений.

Пороговое значение равное 4 или более баллов считается более подходящим показателем достоверности при выявлении расстройств личности для этих групп населения (Alvaro-Brun & Vegue-González, 2008, del Rio; Iverach, Jones; 2011).

Стоит учитывать, что, как и во всех скрининговых опросниках, есть тенденция к гипердиагностированию вероятных личностных расстройств.

Клиницисты также испытывают трудности с интерпретацией и оценкой сопутствующей патологии в рамках расстройств личности, поскольку значительная коморбидность с другими психическими расстройствами обычно предполагает усиление дезадаптации и дезинтеграции личности. Однако, редко используется возможность указания нескольких диагнозов.

Таким образом, одной из больших сложностей при оценке расстройств личности является отсутствие быстрых и надежных инструментов. Использование скрининговых опросников, в частности IPDE-SQ, может помочь провести первичную оценку пациента и определить, нуждается ли он в дальнейших диагностических и лечебных мероприятиях. Данный опросник будет полезен как инструмент исследования, и как возможное дополнение к клинической оценке в России.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация исследования

При организации исследования были выделены три этапа проведения.

На первом этапе была сформулирована гипотеза, определены методы и дизайн исследования.

На втором этапе были реализованы клинико-психологические и экспериментально-психологические исследования для выявления характерологических признаков расстройств личности в группе условно здоровых лиц и в группе пациентов с расстройствами личности.

В исследовании применялись такие методики, как IPDE-SQ и MMPI.

На третьем этапе был проведен качественный и количественный анализ полученных данных, обработка и интерпретация полученных результатов, определение выводов исследования.

2.2 Характеристика выборки

Исследование проводилось на базе двух психиатрических больниц г. Санкт-Петербург, а также ФБГОУ ВО Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

Экспериментальная группа состоит из 37 пациентов с диагнозом «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60 - F69), установленным врачом-психиатром в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Среди них 15 человек с Пограничным типом Эмоционально неустойчивого расстройства личности, 7 человек имеют «Смешанное расстройство личности», 6 человек с неуточненным диагнозом F 60.9, 4 человека с «Тревожным расстройством личности», 2 человека имеют диссоциальное личностное расстройство (F 60.2), 2 человек с Шизоидным расстройством личности (F 60.1), 1 человек с

истерическим типом психопатии (F 60.4). Возраст участников: от 18 до 41 года. В состав группы с расстройствами личности вошли 22 мужчины (59,46%) и 15 женщин (40,54%), средний возраст которых составил $25,11 \pm 6,31$.

Контрольная группа состоит из 46 условно здоровых человек, то есть без имеющегося психиатрического диагноза и без актуальных жалоб на психическое состояние. Из них 5 человек – мужчины (10,8%), 41 человек – женщины (89,1%) в возрасте от 18 до 49 лет; средний возраст респондентов составил $25,3 \pm 10,9$. Также были выделены две группы сравнения: 9 пациентов с невротическими расстройствами (F40–F48) и 11 человек с аффективными расстройствами (F30–F39). Все респонденты дали согласие на участие в данном исследовании.

Критерии включения испытуемых в экспериментальную группу:

1. согласие пациентов принять участие в исследовании;
2. возраст от 18-ти лет;
3. наличие диагноза расстройства личности (F60 – F69).

Критерий исключения испытуемых из экспериментальной группы:

1. отказ пациентов от участия в исследовании;
2. возраст младше 18-ти лет;
3. отсутствие установленного психиатрического диагноза расстройства личности (F60 – F69).

В ходе исследования был проведен анализ социально-демографических и клинических показателей экспериментальной и контрольной группы. Более подробно данные представлены в Таблице 1, Таблице 2 и Таблице 3.

Таблица 1

**Социально-демографические данные экспериментальной и
контрольной группы**

№ п/п	Характеристика	Группа с расстройствами личности	Группа условно здоровых лиц
1	Уровень образования		
	Неполное среднее	16,2%	-
	Полное среднее (на данный момент нигде не обучается)	21,6%	-
	Обучение в ВУЗе	5,4%	53,5%
	Среднее специальное	16,2%	2,3%
	Неполное высшее	10,8%	9,3%
	Высшее	29,7%	34,9%
2.	Трудовая занятость		
	Работает	72%	48,8%
	Не работает	28%	51,2%
3.	Вид деятельности		
	Высококвалифицированный труд	45%	76,2%
	Низкоквалифицированный труд	55%	23,8%

Продолжение Таблицы 1

4.	Семейное положение		
	Не замужем/холост	63%	47,5%
	Замужем/женат	7,4%	20%
	Разведен(а)	11,1%	5%
	Отношения	18,5%	25%
	Вдова/вдовец	-	2,5%
5.	Проживает		
	Самостоятельно	48,2%	48,8%
	Своей семьей	7,4%	32,6%
	С семьей родителей	44,4%	18,6%
6.	Наличие судимости		
	Да	4,5%	-
	Нет	95,5%	-

В группе пациентов с расстройствами личности 29,7% имеют высшее образование, при этом в нормативной группе данный процент немного выше и составляет 34,9%. Имеют полное среднее образование и обучаются в ВУЗе на младших курсах 53,5% участников без личностных расстройств. В группе с психопатиями это число равно 5,4%, при этом 21,6% имеют полное среднее образование без последующего обучения. Работают на данный момент 48,8% лиц из контрольной группы, в экспериментальной группе – 72%; высококвалифицированный трудом занимаются 76,2% условно здоровой выборки и 23,8% выборки с личностными расстройствами.

63% лиц с личностными расстройствами не состоят в браке и не имеют отношений, при этом такое же семейное положение имеют 47,5% лиц без психиатрического диагноза. Состоят в отношениях 18,5% лиц из экспериментальной группы, а в группе контроля это число составляет 25%.

Самостоятельно проживают 48,2% из группы с расстройствами личности и 48,8% из группы без расстройств личности.

У 4,5% экспериментальной группы были проблемы с законом (наличие судимости), у контрольной группы проблем с законом не было.

Таблица 2

Клинические данные экспериментальной и контрольной группы

№ п/п	Характеристика	Группа с расстройствами личности	Группа условно здоровых лиц
1.	Курение		
	Да	38%	11,6%
	Нет	62%	88,4%
2.	Употребление алкоголя		
	Нет	30,4%	42%
	Редко	52,2%	58%
	Часто	17,4%	-
3.	Употребление ПАВ		
	Да	10%	-
	Нет	90%	100%

В группе с расстройствами личности курят 38% всех участников, а в группе условно здоровых лиц – 11,6%. В выборке с личностными расстройствами не употребляют алкоголь 30,4%, употребляют редко – 52,2%, часто – 17,4%. Не употребляют алкоголь в группе контроля – 42%, редко употребляет алкогольные напитки – 58%. В группе с личностными расстройствами употребляют психоактивные вещества – 10%, в группе лиц без диагноза не было выявлено случаев употребления психоактивных веществ (ПАВ).

Таблица 3

Клинические данные экспериментальной группы

№ п/п	Характеристика	Группа с расстройствами личности
1.	Актуальные жалобы на психическое состояние	
	Жалоб нет	3,7%
	Тревога, беспокойство, ПА, страхи и фобии	19,5%
	Сниженное настроение, подавленность, депрессивное состояние	12,2%
	Подозрительность, мнительность, паранойдность.	1,2%
	Сензитивность, повышенная чувствительность, слезливость	2,4%
	Истерики	1,2%
	Эмоциональная лабильность, перепады настроения	9,8%
	Раздражительность, агрессивность	4,9%
	Утомляемость	4,9%
	Апатия	8,5%
	Астения, усталость	7,3%
	Неустойчивость мотивации	1,2%

Продолжение Таблицы 3

Соматические проявления (нарушения сна, головные боли и т.д)	12,2%
Самоповреждающее поведение	2,4%
Суицидальные тенденции	1,2%
Проблемы с вниманием и памятью	3,7%
Нарушение адаптации	1,2%
Нарушение идентичности	1,2%
Нарушение восприятия (деперсонализация)	1,2%
Прием фармакотерапии	
Да	80%
Нет	20%

В экспериментальной группе наиболее распространенной жалобой на психическое состояние является наличие тревоги, страхов, панических атак (19,5%). Затем следуют жалобы на сниженное настроение, депрессивное состояние у 12,2% и соматические реакции также у 12,2%. Эмоциональная лабильность наблюдается у 9,8% выборки с личностными расстройствами, состояние апатии – у 8,5%. На астению жалуются 7,3% экспериментальной группы. Раздражительность и утомляемость беспокоит 4,9%. 3,7% испытывают трудности с концентрацией внимания и проблемы с памятью. Жалобы на самоповреждающее поведение, а также повышенную сензитивность, слезливость наблюдаются у 2,4% группы пациентов с расстройствами личности. У 1,2% соответственно обнаружены подозрительность и мнительность; истерики; неустойчивость мотивации;

суицидальные тенденции; нарушение адаптации; нарушение идентичности; нарушение восприятия (деперсонализации). Не предъявляют жалоб на психическое состояние 3,7%. Принимают фармакотерапию 80% экспериментальной группы.

2.3 Методы исследования

Клинико-психологический метод заключался в использовании анализа медицинской документации, проведении беседы и заполнении респондентами анкеты участника исследования. В данную анкету входят вопросы по основным блокам информации: общие сведения (пол, возраст, образование, профессиональная деятельность, воинская обязанность) социально-демографические характеристики (семейное положение, условия проживания, общение, отношения в семье), клинические характеристики (сенсорные нарушения, актуальные жалобы на психическое состояние, курение, употребление алкоголя, наркотиков), раннее развитие (посещение дошкольных учреждений, поведение в дошкольном учреждении и школе). У пациентов также уточняется информация про диагноз, количество госпитализаций, лечение и др.

Для реализации экспериментально-психологического метода была выбрана методика IPDE-SQ, направленная на выявление характерологических признаков специфических расстройств личности по критериям МКБ-10, а также ММРІ, которая нацелена на оценку личностных характеристик.

IPDE-SQ (Исследования расстройств личности по международной схеме — скрининговый опросник; International Personality Disorder Examination – Screening Questionnaire) — методика, предназначенная для выявления признаков расстройств личности (Loranger, Janca & Satrorius, 1997). Этот инструмент психодиагностической оценки разработан и утвержден доктором Armand W. Loranger из ВОЗ в сотрудничестве с

коллегами из международного психиатрического сообщества (Loranger, 1999).

Участникам нужно ответить на 59 утверждений ответами «верно» или «неверно». Время прохождения методики не более 15 минут.

Данная версия IPDE-SQ измеряет признаки расстройства личности в соответствии с критериями, которые изложены в МКБ-10.

По итогу обследования испытуемый набирает баллы по шкалам, соответствующим расстройствам личности по МКБ-10: Параноидное, Шизоидное, Диссоциальное, Импульсивный и Пограничный тип Эмоционально неустойчивого расстройства личности, Истерическое, Ананкастное, Тревожное, Зависимое. Если у респондента набирается по данному опроснику 4 или более баллов по одной из шкал, то можно заподозрить наличие личностного расстройства.

IPDE-SQ позволяет специалисту идентифицировать тех пациентов, чьи баллы предполагают наличие расстройства личности, что позволяет проводить дальнейшую клиническую оценку и/или вмешательство.

Миннесотский многоаспектный личностный опросник или ММРІ (в адаптации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова, 1976).

ММРІ — личностный опросник, разработанный в конце 1930-х – начале 1940-х годов в Университете Миннесоты Старком Хэтэуэйем и Джоном Маккинли. Данная психодиагностическая методика широко применяется в клинической практике, так как наиболее изученная и предназначена для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности.

Большая работа по адаптации опросника проводилась в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, московскими психологами. Методика ММРІ может применяться для выявления психологических особенностей у людей старше 16 лет, которые имеют образование не ниже 7 классов, сохраненный вербальный интеллект

не менее 70 IQ. Текст опросника содержит 566 утверждений, относящихся к поведению человека в различных ситуациях, его настроению, переживаниям, отношениям, предпочтениям, привычкам, взглядам, эмоциональным реакциям и самочувствию. Опросник имеет отдельные варианты для мужчин и женщин, которые отличаются только формой некоторых утверждений и родовыми окончаниями. Кроме того, в методику включен бланк для ответов.

Испытуемым необходимо ответить на ряд утверждений ответами «верно» или «неверно». По окончании исследования экспериментатором производится подсчет баллов и построение личностного профиля на основе полученных результатов.

ММРІ имеет десять основных клинических шкал:

1. Шкала ипохондрии (HS) выявляет склонность к ипохондрическим и невротическим реакциям;
2. Шкала депрессии (D) — определяет наличие депрессивного состояния, сниженного настроения, отсутствия интереса и др.;
3. Шкала истерии (Hy) — оценивает эмоциональную нестабильность, демонстративное поведение, склонность к соматическим симптомам;
4. Шкала психопатии (Pd) — направлена на диагностику антисоциальных тенденций;
5. Шкала маскулинности — феминности (Mf) — направлена на оценку тенденций индивида в проявлении стереотипно мужских или женских черт.
6. Шкала параноидности (Pa) — используется для выявления признаков параноидности, подозрительности, недоверия к окружающим, чувства преследования, нереалистичных мыслей о враждебности других людей или мира;

7. Шкала психастении (Pt) — направлена на оценку уровня психастении, или невротической тревожности, у индивида. Она используется для измерения симптомов, связанных с гипервозбудимостью, беспокойства, преимущественно физическими симптомами (такими как головная боль, сонливость, утомляемость и др.), пессимистическими мыслями, недовольством собой;

8. Шкала шизоидности (Sc) — помогает определить черты шизоидности у индивида, его склонность к изоляции, недостатку эмоциональной реактивности, а также социальной неприспособленности;

9. Шкала гипомании (Ma) — направлена на измерение характеристик, связанных с гипоманией;

10. Шкала социальной интроверсии (Si) — оценивает потребность в более уединенной обстановке, меньшей активности в общественных мероприятиях, в ограниченном круге общения.

В данной методике есть следующие оценочные шкалы:

1. Шкала «лжи» (L) — определяет искренность испытуемого;

2. Шкала достоверности (F) — указывает на недостоверные результаты, а также выявляет признаки к аггравации и симуляции;

3. Шкала коррекции (K) — нужна для того, чтобы сгладить искажения, вносимые чрезмерной недоступностью и осторожностью испытуемого.

Для обработки данных исследования использовались методы математической статистики: анализ описательных статистик и частотный анализ для выявления частоты наличия признаков личностных расстройств и их типов; выявление наличия признаков между группой условно здоровых и пациентов с расстройствами личности с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни и критерия Фишера, анализ признаков между тремя нозологическими группами с применением критерия Краскела-Уоллиса; корреляционный анализ для обнаружения взаимосвязей между шкалами

IPDE-SQ и MMPI и клиническими характеристиками помощью расчета коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Расчет математико-статистических данных производился в программе STATISTICA 8.

3. ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1 Оценка частоты встречаемости признаков расстройств личности и их типов, выявляемых с помощью методики IPDE- SQ в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

3.1.1 Частотный анализ встречаемости признаков расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

В ходе частотного анализа по критериям опросника IPDE-SQ (пороговый балл 4 и более) 30,4% группы условно здоровых участников имеют наличие признаков личностного расстройства, при этом у 69,6% нормативной группы наблюдается отсутствие признаков личностных расстройств по данной методике.

Группа пациентов с расстройствами личности (F60 – F69) имеет 83,8% выявленных признаков личностных расстройств. У 16,2% пациентов не выявлены признаки расстройств личности по критериям опросника. Данные представлены в Таблице 4.

Таблица 4

Частотный анализ наличия признаков расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

IPDE-SQ	Группа условно здоровых (N=46)	Группа пациентов с расстройствами личности (N=37)
Наличие признаков РЛ по IPDE-SQ	30,4% (14 чел.)	83,8% (31 чел.)
Отсутствие признаков РЛ по IPDE-SQ	69,6% (32 чел.)	16,2% (6 чел.)

Результаты частотного анализа наличия признаков расстройств личности по IPDE-SQ указывают на то, что у группы условно здоровых и группы пациентов исследуемая нами методика имеет потенциал для использования в клинических условиях.

При анализе средних значений нормативной группы и пациентов с расстройствами личности были получены результаты, которые представлены в Таблице 5.

Таблица 5

Средние значения по шкалам IPDE-SQ в группе условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

Шкалы IPDE-SQ	Группа условно здоровых, М±σ (N=46)	Группа пациентов с расстройствами личности, М±σ (N =37)
Нормативный диапазон: > 4 баллов		
Параноидное	1,7±1,07	2,81±1,45
Шизоидное	2,46±1,4	3,54±1,2
Диссоциальное	0,41±0,6	1,3±1,27
Эмоц. неуст: Импульсивный тип	1,15±1,03	2,92±1,48
Эмоц. неуст: Пограничный тип	0,35±0,6	1,86±1,32
Истерическое	1,02±0,95	1,76±1,19
Ананкастное	2,37±1,24	3,11±1,8
Тревожное	1,9±1,4	3,5± 1,9
Зависимое	1,59±1	2,21 ± 1,75

Было установлено, что значения по шкалам опросника IPDE-SQ у группы условно здоровых находятся в рамках допустимых значений.

Это может указывать на отсутствие выраженных характерологических признаков расстройств личности у данной выборки.

Обнаружено, что высокие показатели, указывающие на наличие вероятного личностного расстройства у группы пациентов с диагнозом расстройства личности, выявлены по шкалам Шизоидное ($M=3,54$) и Тревожное расстройство личности ($M=3,5$). Для данных клинических групп свойственны признаки избегающего поведения, присутствующие при диагностике тревожного расстройства личности, а также погруженность в свой внутренний мир, отчужденность и непонимание эмоций других людей, характерные для шизоидного личностного расстройства. Это свидетельствует о том, что на данной группе пациентов IPDE-SQ лучше всего выявляет признаки Шизоидного и Тревожного расстройств личности.

3.1.2 Частотный анализ количества признаков расстройств личности (различные типы), выявляемых по шкалам IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

Исходя из Таблицы 6, частотный анализ показал, что в группе условно здоровых участников наибольший показатель (69,7%) соответствует отсутствию признаков расстройств личности; 19,6% лиц без психиатрического диагноза получили по одной из девяти шкал IPDE-SQ значение, превышающее пороговое (4 балла), 8,7% лиц этой группы набрали высокие баллы по двум шкалам опросника и 2% набрали баллы выше 4 по трем шкалам.

У 13,5% пациентов с расстройствами личности при прохождении скринингового опросника IPDE-SQ получили результаты, равные или превышающие 4 балла, по одной шкале из девяти. У 24,3% лиц с

расстройствами личности наблюдается сочетание признаков личностных расстройств по двум шкалам, у 16,2% – по трем и четырем шкалам. Всего лишь у 2,8% лиц с личностными расстройствами обнаружены результаты выше нормативных по пяти шкалам, у 10,6% – высокие показатели по шести шкалам опросника IPDE-SQ. Не обнаружены повышения баллов ни по одной из шкал у 16,2% лиц. Результаты представлены в Таблице 6.

Таблица 6

Частотный анализ количества высоких шкал, выявляющих признаки расстройства личности по методике IPDE-SQ, у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

Кол-во шкал с пороговым значением >4 баллов	Группа условно здоровых, %	Группа пациентов с расстройствами личности, %
отсутствие признаков РЛ	69,7	16,2
1	19,6	13,5
2	8,7	24,3
3	2	16,2
4	0	16,2
5	0	2,8
6	0	10,8
7	0	0
8	0	0
9	0	0

У пациентов с диагнозом расстройства личности выявляется большое количество сочетанного повышения шкал опросника. Можно предположить, что признаки расстройств личности определяются, скорее, сочетанием высоких показателей по разнонаправленным шкалам в методике IPDE-SQ, чем их единичной выраженностью (числовым значением). Вероятнее всего, в группе условно здоровых данная

методика выявляет преморбидные черты или акцентуации, характерные для данного расстройства личности.

3.1.3 Частотный анализ выявления признаков различных расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

При проведении частотного анализа выявлений признаков расстройств личности по IPDE-SQ было установлено, что среди группы условно здоровых участников исследования наиболее диагностируемым является Шизоидное (15,2%), Ананкастное (8,7%) и Тревожное (8,7%) расстройства личности, при этом не выявлено Диссоциальное (0%) и Эмоционально неустойчивое (0%). У группы пациентов с расстройствами личности также можно отметить высокую выявляемость Ананкастного (45,9%), Шизоидного (43,2%) и Тревожного расстройства личности (43,2%). Данные представлены в Таблице 7.

Таблица 7

Частотный анализ выявления признаков различных расстройств личности по IPDE-SQ у группы условно здоровых и группы пациентов с расстройствами личности

Шкалы IPDE-SQ	Группа условно здоровых (N=46)		Группа Расстройства личности (N=37)	
	Абс.	%	Абс.	%
Параноидное	1	2,17	11	29,7
Шизоидное	7	15,2	16	43,2
Диссоциальное	0	0,0	3	8,1
Эмоц. неуст: Импульсивный тип	0	0,0	14	37,8

Продолжение Таблицы 7

Эмоц. неуст:				
Пограничный тип	0	0,0	4	10,8
Истерическое	1	2,17	2	5,4
Ананкастное	4	8,7	17	45,9
Тревожное	4	8,7	16	43,2
Зависимое	1	2,17	10	27

Исходя из данных, представленных в Таблице 7, можно отметить, что подавляющий процент распространенности разных типов личностных расстройств по критериям IPDE-SQ выше в группе лиц с расстройствами личности в сравнении с нормативной группой.

3.2 Сравнение наличия признаков расстройств личности и их типов (показатели по шкалам), выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

3.2.1 Сравнительный анализ наличия признаков расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

В ходе сравнительного анализа с использованием критерия Фишера между нормативной группой и группой пациентов с расстройствами личности было выявлено, что частота наличия и отсутствия признаков расстройств личности по опроснику IPDE-SQ имеет статистически значимые различия ($p < 0,01$), что отражено в Таблице 8.

Таблица 8

Сравнение наличия признаков расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

IPDE-SQ	Группа условно здоровых (N=46)	Группа пациентов с расстройствами личности (N=37)	Значение ф-критерия Фишера	Уровень значимости различий, P
Наличие признаков РЛ по IPDE-SQ	30,4% (14 чел.)	83,8% (31 чел.)	5,185	0,01
Отсутствие признаков РЛ по IPDE-SQ	69,6% (32 чел.)	16,2% (6 чел.)		

Методика IPDE-SQ обладает умеренной чувствительностью (83,3%), что может указывать на эффективность при обнаружении признаков расстройств личности в группе лиц с расстройствами личности. Однако специфичность данного диагностического инструмента – низкая (69,6%), так как она в достаточной мере не способна идентифицировать отсутствие признаков расстройств личности среди условно здоровых лиц, что может свидетельствовать о невозможности применения скрининговой методики в неклинической выборке.

3.2.2 Сравнительный анализ наличия признаков различных расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности

При проведении сравнительного анализа по критерию Манна-Уитни были выявлены значимые различия между группой условно здоровых и группой пациентов расстройствами личности по следующим шкалам опросника IPDE-SQ: Параноидное ($p=0,00037$), Шизоидное ($p=0,00052$), Диссоциальное ($p=0,00111$), Эмоционально неустойчивое: Импульсивный тип ($p=0,00001$) и Пограничный тип ($p=0,00001$), Истерическое ($p=0,00651$), Тревожное расстройство личности ($p=0,00132$), что отражено в Таблице 9, Рисунок 1.

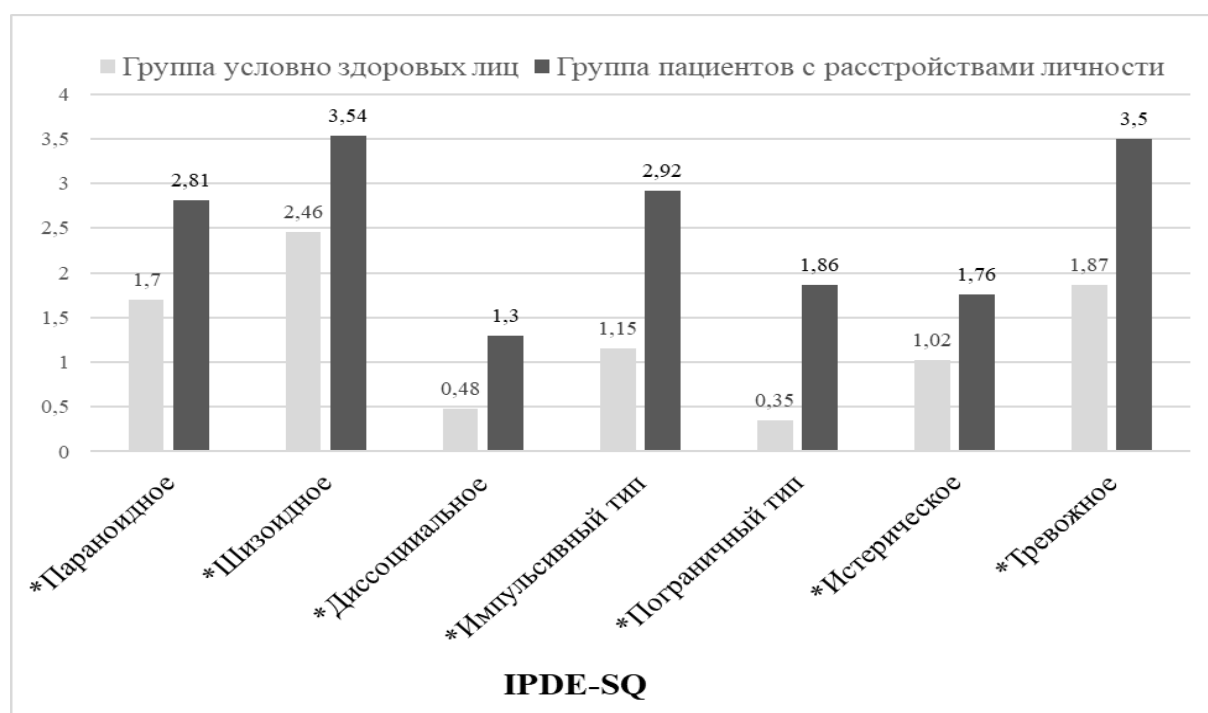
Таблица 9

Сравнение наличия признаков различных типов расстройств личности в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности по результатам опросника IPDE-SQ

Шкала	Группа условно здоровых, $M \pm \sigma$ (N=46)	Группа пациентов с расстройствами личности, $M \pm \sigma$ (N =37)	Значение критерия Манна Уитни, U	Уровень значимости различий, P
Параноидное	1,7 \pm 1,07	2,81 \pm 1,45	462,5	0,00037
Шизоидное	2,46 \pm 1,4	3,54 \pm 1,2	472	0,00052
Диссоциальное	0,41 \pm 0,6	1,3 \pm 1,27	495	0,00111

Продолжение Таблицы 9

Эмоц. неуст: Импульсивный тип	1,15±1,03	2,92±1,48	301,5	0,00001
Эмоц. неуст: Пограничный тип	0,35±0,6	1,86±1,32	289	0,00001
Истерическое	1,02±0,95	1,76±1,19	554	0,00651
Тревожное	1,87±14	3,5±1,9	500,5	0,00132



*при $p < 0,05$

Рисунок 1. Сравнение наличия признаков различных типов расстройств личности в группе условно здоровых и группе пациентов с расстройствами личности по результатам опросника IPDE-SQ

В ходе сравнительного анализа у пациентов с расстройствами личности более выражены признаки Параноидного расстройства личности, чем у группы условно здоровых лиц.

Так, они характеризуются чрезмерной неудовлетворенностью другими людьми, подозрительностью, склонностью толковать доброжелательные или нейтральные поступки окружающих как показатель неуважения или злого намерения.

Признаки Шизоидного расстройства личности в большей степени наблюдаются у группы с диагностированным личностным расстройством, чем у группы людей без диагноза. Для них характерны сниженная эмоциональность, отстраненность, предпочтение уединения, а также погруженность в мир собственных фантазий.

Характерологические проявления по шкале Диссоциального расстройства личности выражены у группы с личностными расстройствами, что указывает на наличие враждебного отношения к окружающим, склонности идти вопреки общественным нормам.

Для выборки пациентов с личностными расстройствами свойственна изменчивость настроения, трудности контроля поведенческих проявлений, высокая импульсивность и конфликтность, а также наличие чувства пустоты и покинутости, неуверенность в образе своего Я, что характерно для Эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивного и пограничного типов).

У лиц с личностными расстройствами чаще проявляются признаки Истерического расстройства личности по критериям IPDE-SQ такие как, повышенная эмоциональность, потребность быть в центре внимания, преувеличение эмоций, театральность.

Тревожное расстройство личности, определяемое IPDE-SQ, выражено у лиц с расстройствами личности избегающим поведением и страхом отвержения, напряженностью при социальном взаимодействии.

3.2.3 Сравнительный анализ наличия признаков различных расстройств личности, выявляемых с помощью методики IPDE-SQ, в группе пациентов с расстройствами личности, невротическими и аффективными расстройствами

Был проведен сравнительный анализ между тремя нозологическими группами: с расстройствами личности, невротическими и аффективными расстройствами с применением критерия Краскела-Уоллиса. Статистически значимые различия не были обнаружены ни по одной из девяти шкал IPDE-SQ. Полученные результаты представлены в Таблице 10.

Таблица 10

Сравнение наличия признаков различных типов расстройств личности в группе пациентов с расстройствами личности, невротическими и аффективными расстройствами по результатам IPDE-SQ

Шкала IPDE-SQ	Сумма рангов			Уровень значимости, P
	Группа с расстройствами личности (ПРЛ) (n=15)	Группа с невротическими расстройствами (n=9)	Группа с аффективными и расстройствами (n=11)	
Параноидное РЛ	291,0	126,0	213,0	0,38
Шизоидное РЛ	279,0	153,0	198,0	0,93

Продолжение Таблицы 10

Диссоциальное РЛ	234,0	166,0	230,0	0,38
Импульсивный тип	268,0	119,5	242,5	0,15
Пограничный тип	259,0	121,5	249,5	0,12
Истерическое РЛ	239,0	148,0	243,0	0,25
Ананкастное РЛ	265,5	132,5	232,0	0,36
Тревожное РЛ	257,0	155,0	218,0	0,77
Зависимое РЛ	227,0	176,5	226,5	0,37

Отсутствие значимых различий между тремя группами пациентов может указывать на недостаточную валидность IPDE-SQ, что является значимым препятствием для проведения дифференциальной диагностики расстройств личности с невротическими и аффективными расстройствами данным скрининговым опросником.

3.3 Анализ корреляционных взаимосвязей показателей методики IPDE-SQ с показателями шкал ММРІ у группы пациентов с расстройствами личности

Был проведен корреляционный анализ по критерию Спирмена между шкалами IPDE-SQ и ММРІ у группы пациентов с диагностированным расстройством личности.

В ходе корреляционного анализа в группе пациентов с расстройствами личности были выявлены положительные взаимосвязи между шкалой Ананкастное расстройство личности и шкалами ММРІ: Ипохондрия ($p < 0,05$; $r = 0,55$), Депрессия ($p < 0,05$; $r = 0,33$), Истерия ($p < 0,05$; $r = 0,52$), Параноидность ($p < 0,05$; $r = 0,43$), Психастения ($p < 0,05$; $r = 0,46$) и Шизоидность ($p < 0,05$; $r = 0,45$), Социальная интроверсия ($p < 0,05$; $r = 0,36$), что отражено на Рисунке 2.

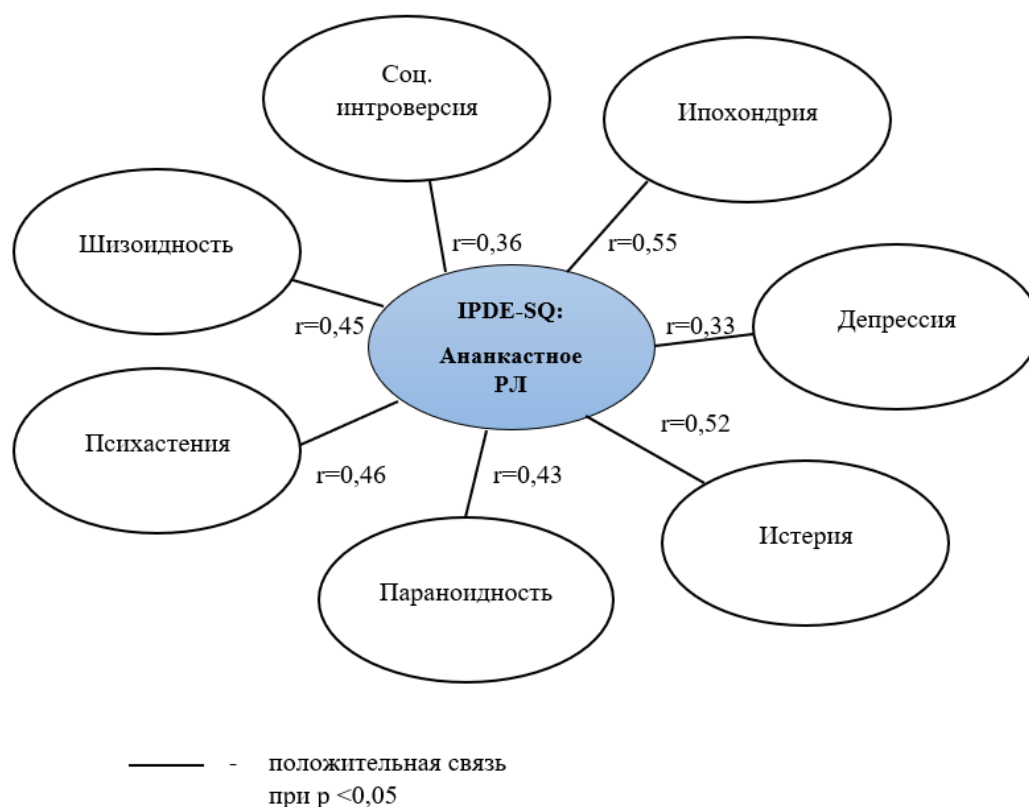


Рисунок 2. Корреляционные взаимосвязи шкалы Ананкастное расстройство личности по IPDE-SQ и шкал ММРІ у группы пациентов с расстройствами личности

Анализ выявленной корреляционной плеяды, представленной на Рисунке 3, в группе пациентов с расстройствами личности указывает на то, что наличие признаков Ананкастного расстройства личности по IPDE-SQ связано с преобладанием пониженного настроения и депрессивных переживаний (Шкала Депрессии), мнительности, недоверчивого и враждебного отношения к окружающим (шкала Параноидности); высокой тревожности и избеганием межличностных отношений (шкала Психастении и шкала Социальной интроверсии), потребности в ограничении контактов и обращенностью в собственный внутренний мир (шкала Шизоидности), с повышенной чувствительностью (шкала Истории), а также с ориентацией на правила, нормы и инструкции (шкала Ипохондрии). Эти данные действительно соответствуют признакам данного личностного расстройства, которое характеризуется упрямством и ригидностью, необоснованной настойчивостью на том, чтобы другие следовали представлениям человека о том, как должно быть; ориентацией на свои мысли, убеждения и идеи; эмоциональной лабильностью, когда все идет не так, как задумывалось; озабоченностью деталями, правилами, списками и т.д. Чем выше показатели по шкалам Ипохондрии, Депрессии, Истории, Параноидности, Психастении, Шизоидности и Социальной интроверсии, тем выраженнее признаки Ананкастного расстройства личности. Однако чрезмерное количество выявленных корреляционных связей (7) не подтверждает эффективность IPDE-SQ при выявлении Ананкастного расстройства личности.

Также обнаружены прямые взаимосвязи между шкалой Тревожное расстройство личности и шкалами: Ипохондрия ($p < 0,05$; $r = 0,37$), Депрессия ($p < 0,05$; $r = 0,36$), Параноидность ($p < 0,05$; $r = 0,33$), Психастения $p < 0,05$; $r = 0,57$) и Шизоидность ($p < 0,05$; $r = 0,42$), Социальная интроверсия ($p < 0,05$; $r = 0,52$). Результаты представлены на Рисунке 3.

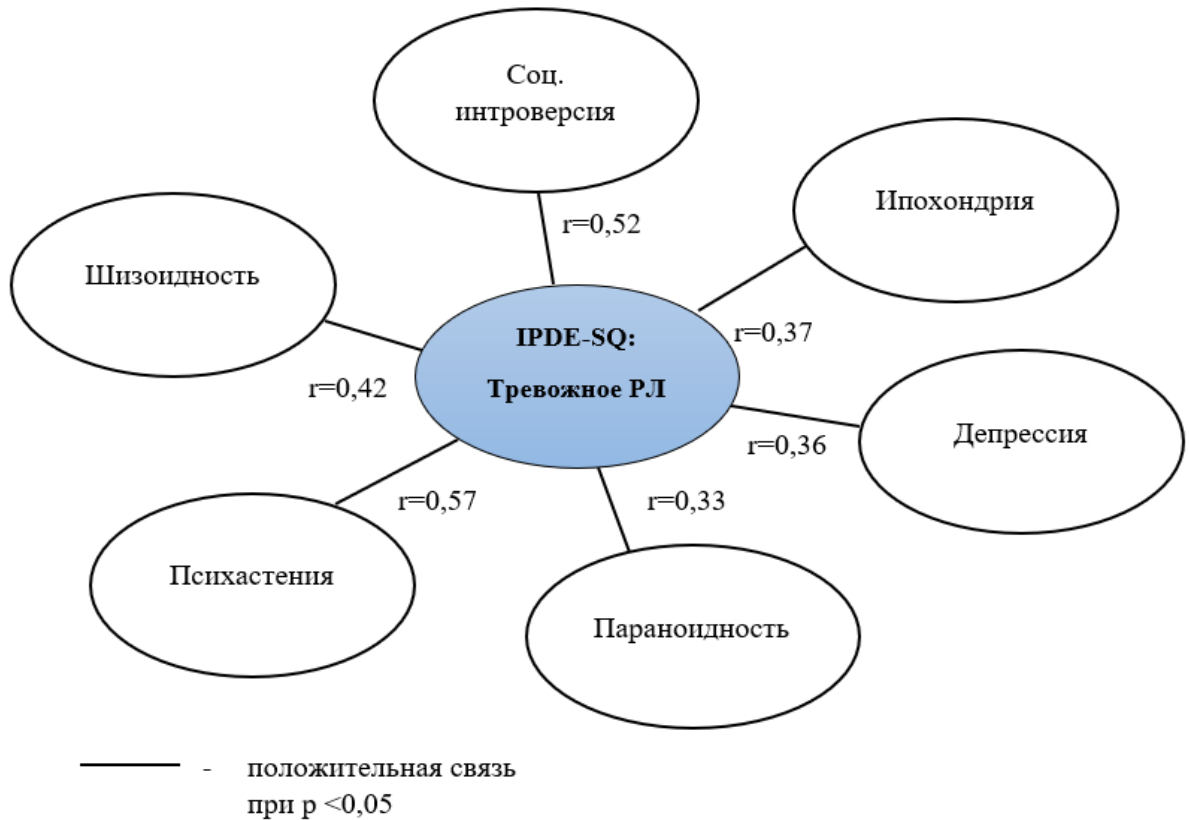


Рисунок 3. Корреляционные взаимосвязи шкалы Тревожное расстройство личности по IPDE-SQ и шкал MMPI у группы пациентов с расстройствами личности

Исходя из результатов выявленных взаимосвязей корреляционной плеяды, представленной на Рисунке 3, для пациента с признаками Тревожного расстройства личности по IPDE-SQ свойственно иметь черты фиксированности на себе и своем состоянии (шкала Ипохондрии), сниженного эмоционального фона, пессимизм (шкала Депрессии), мнительности и подозрительности (шкала Параноидности), высокой тревожности (шкала Психастении), отчужденности и избегания социальных контактов (шкала Шизоидности и Шкала Социальной интроверсии).

В действительности данному личностному расстройству присущи особенности перечисленных шкал ММРІ. Так, Тревожное расстройство личности характеризуется нежеланием взаимодействовать с людьми, если нет уверенности, что индивид нравится им; постоянным и всепроникающим чувством напряжения и опасения; а также представлением о себе как социально неловком человеке с избегающим поведением. Чем выше значения по шкалам Ипохондрии, Депрессии, Параноидности, Психастении, Шизоидности и Социальной интроверсии, тем выше выраженность характерологических признаков Тревожного расстройства личности. Несмотря на это, большое количество корреляционных взаимосвязей (6) могут свидетельствовать о том, что IPDE-SQ некорректно измеряет конструкт Тревожного расстройства личности.

На Рисунке 4 изображена корреляционная плеяда, которая наглядно демонстрирует наличие положительной связи между шкалой Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) и шкалой Гипомании методики ММРІ ($r=0,38$; $p<0,05$).

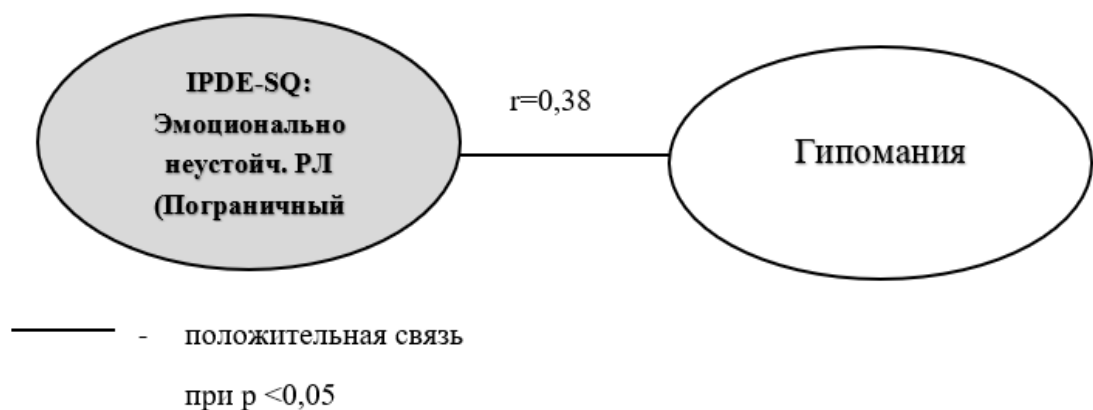


Рисунок 4. Корреляционная взаимосвязь шкалы Эмоционально неустойчивое расстройство личности (Пограничный тип) по IPDE-SQ и шкалы ММРІ у группы пациентов с расстройствами личности

Так, для лиц с чертами пограничного расстройства личности характерны частые колебания настроения, повышенная активность, что

свойственно людям с повышенной шкалой гипомании. Чем выше показатели по данной шкале MMPI, тем больше балл по шкале Эмоционально неустойчивое расстройство личности (Пограничный тип) по IPDE-SQ.

Вышеперечисленные результаты свидетельствуют о том, что шкала Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип), обнаруживает соответствующие показатели с релевантной шкалой MMPI.

3.4 Анализ корреляционных взаимосвязей клинических характеристик с показателями шкал методики IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности

При проведении корреляционного анализа по критерию Спирмена между клиническими характеристиками, а именно установленным диагнозом расстройство личности и показателями шкал методики IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности были выявлены положительные взаимосвязи между Диссоциальным расстройством личности и соответствующей шкалой (Диссоциальное расстройство личности по IPDE-SQ) ($p < 0,05$; $r = 0,37$) и Пограничным расстройством личности и релевантной шкалой по IPDE-SQ (Эмоционально-неустойчивое расстройство личности: пограничный тип) ($p < 0,05$; $r = 0,42$). Данные результаты представлены на Рисунке 5 и Рисунке 6 в виде корреляционного плеяды.

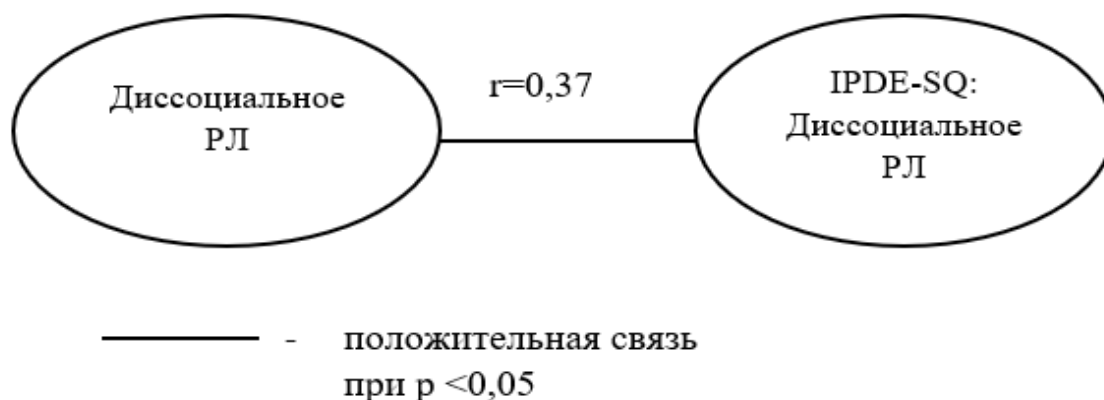


Рисунок 5. Корреляционная взаимосвязь Диссоциального расстройства личности и шкалы Диссоциального расстройства личности по IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности

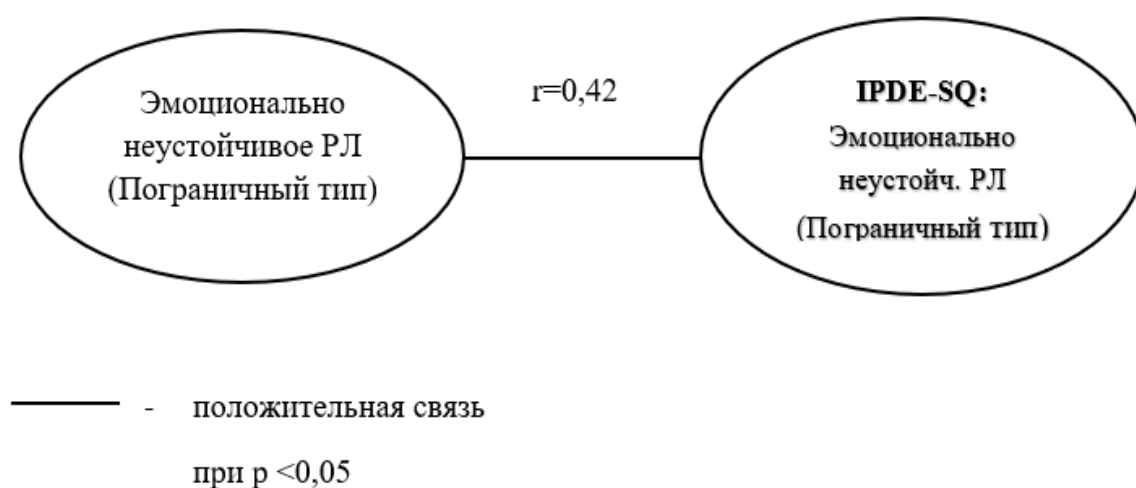


Рисунок 6. Корреляционная взаимосвязь Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) и шкалы Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) по IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности

Наличие прямых взаимосвязей между установленным врачом-психиатром диагнозом расстройства личности и соответствующими шкалами по IPDE-SQ может свидетельствовать о том, что шкалы Диссоциального расстройства личности и Пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности эффективны при диагностике соответствующих специфических личностных расстройств.

Корреляционный анализ между актуальными жалобами пациентов с диагностированным личностным расстройством и показателями по методике IPDE-SQ указывает на наличие положительных взаимосвязей: неустойчивостью мотивации и Шкалой Пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности ($p < 0,05$; $r = 0,48$); астенией, усталостью со Шкалой Ананкастного расстройства личности ($p < 0,05$; $r = 0,33$); повышенной тревожностью, страхами, паническими атаками и Шкалой Зависимого расстройства личности ($p < 0,05$; $r = 0,34$). Результаты анализа отражены на Рисунке 7, Рисунке 8 и Рисунке 9.

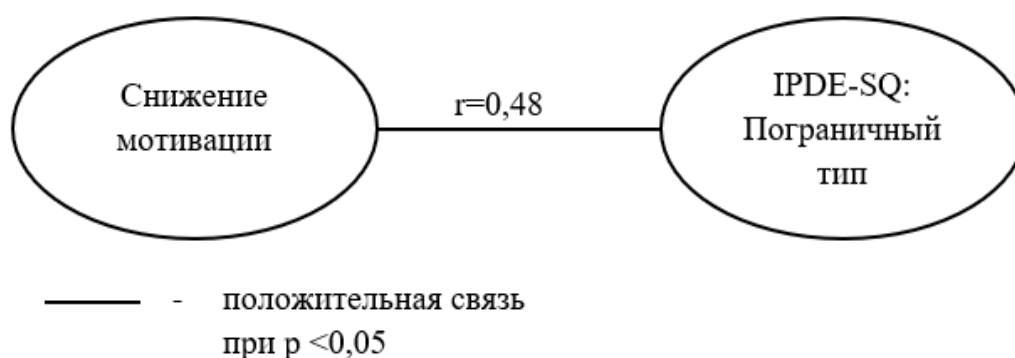


Рисунок 7. Корреляционная взаимосвязь актуальных жалоб на психическое здоровье и шкалы Пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности по IPDE-SQ у группы пациентов с расстройствами личности

Так, в действительности в качестве жалоб у лиц с повышенной шкалой Пограничного типа расстройства личности выступает неустойчивость мотивации. Такие результаты могут быть связаны с тем, что пациенты с ПРЛ могут испытывать частые смены настроения, а также интенсивные эмоциональные реакции на стрессовые ситуации. Это может приводить к снижению мотивации, а также трудностям в установлении и достижении целей.

3.5 Определение достоинств и недостатков методики IPDE-SQ

В ходе проведенного исследования нами были выделены следующие достоинства скрининга на расстройства личности IPDE-SQ:

1. Краткая форма методики (59 утверждений), быстрое время выполнения данного скринингового опросника (15 мин), а также легкость в обработке и интерпретации результатов, отсутствие долгой дополнительной подготовки значительно экономит время как пациента, проходящего диагностику, так и специалиста.
2. Обладает достаточной (удовлетворительной) чувствительностью, то есть большинство пациентов с диагностированным расстройством личности были точно идентифицированы с помощью данного скрининга.
3. Эффективен для выявления Пограничного расстройства личности и Диссоциального расстройства личности.

Также были определены недостатки данного скринингового инструмента:

1. Не эффективен для выявления большинства расстройств личности по МКБ-10 (Параноидного, Шизоидного, Диссоциального,

Импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности, Ананкастного, Тревожного и Зависимого).

2. Обладает низкой специфичностью, что означает недостаточную способность идентифицирования лиц, не имеющих признаков расстройств личности по данной методике, среди условно здоровой выборки.

3. Выявляет признаки расстройств личности в группе пациентов с невротическими и аффективными расстройствами.

3.6 Обсуждение результатов исследования

В ходе исследования было обнаружено, что процент выявляемости признаков расстройств личности по опроснику IPDE-SQ среди пациентов с расстройствами личности выше, чем у нормативной группы. Данный факт является подтверждением того, что расстройства личности более распространены в группе пациентов, чем в общей популяции.

В группе лиц без психиатрического диагноза наблюдается высокий уровень ошибочного выявления признаков расстройств личности по критериям скринингового опросника. При проведении скрининга на неклинической выборке возрастает риск углубленной диагностики здорового человека, что тратит время как врача, так и «пациента». При этом у группы пациентов психиатрического профиля частота выявлений признаков расстройств личности с использованием данной методики значительно выше. Показатель умеренной чувствительности IPDE-SQ демонстрирует свою диагностическую полезность в клинических условиях и является маркером допустимости использования скрининга на группе больных.

Исследователи, использующие IPDE-SQ, отметили, что повышение порогового значения могут повысить достоверность результатов и снизить

чрезмерную выявляемость признаков личностных расстройств у группы без диагноза (Alvaro-Bru, Vegue-González, 2008, del Rio; Iverach, Jones; 2011).

Между различными типами расстройств личности по IPDE-SQ в группе лиц с расстройствами личности была выявлена значительная коморбидность. Было обнаружено, что сочетание более трех шкал, превышающих пороговое значение, выше у группы пациентов с расстройствами личности в сравнении с группой лиц без диагноза. С одной стороны, это говорит о том, что в клинике редко встречаются чистые типы расстройств личности, поскольку известно, что большинство пациентов не соответствуют ни одному критерию, а вместо этого соответствуют критериям для нескольких типов расстройств личности (Widiger, 1991). С другой стороны, это свидетельствует о том, что признаки расстройств личности определяются, скорее, сочетанием высоких показателей по разнонаправленным шкалам в методике IPDE-SQ, чем их единичной выраженностью (числовым значением). Так, в группе условно здоровых лиц данная методика выявляет либо преморбидные черты, либо акцентуации, соответствующие данному расстройству личности.

Полученные результаты можно учитывать при выявлении претендентов на углубленную и прицельную диагностику, так как выяснилось, что у группы пациентов в структуре расстройств личности существуют больше трех шкал с повышенными значениями.

В группе условно здоровых людей наиболее выявляемы признаки Ананкастного, Шизоидного, Тревожного расстройств личности, при этом не выявлено Диссоциальное и Эмоционально - неустойчивое. Можно предположить, что для лиц без диагноза выраженность вышеперечисленных шкал указывает на наличие преморбидных характеристик, которые соответствуют данным личностным расстройствам и отражают характерологические особенности конкретной выборки. Для людей с чертами Ананкастного личностного расстройства характерны чрезмерная

озабоченность порядком, правильность, ригидность, а также повышенное беспокойство. Для лиц с чертами шизоидной психопатии присущи социальная изоляция, эмоциональная холодность, недостаточное проявление эмоциональных реакций, высокая специфичность интересов и наслаждений, выраженная индивидуалистичность. Участники исследования без диагноза, но с признаками Тревожного личностного расстройства по IPDE-SQ демонстрируют избегающее поведение по причине боязни непринятия со стороны окружающих, также выражено беспокойство насчет своей личности.

У группы пациентов с расстройствами личности также значительно выше выявляемость черт Шизоидного расстройства личности, которое указывает на избегание социальных связей, но по причине отсутствия заинтересованности в них. Можно охарактеризовать данную выборку как дистанцированную от других людей и погруженную в мир собственных мыслей и фантазий. Одинаково выявляемы в группе с личностными расстройствами черты Ананкастного и Тревожного расстройств личности. В структуру первого входят, как правило, чрезмерная склонность к сомнениям, перфекционизм, педантичность, ригидность, наличие настойчивых мыслей и влечений и др. Признаками Тревожного личностного расстройства, как было сказано выше, является избегающее поведение, проявляющееся постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувство неполноценности, высокая чувствительность к взаимодействиям с другими людьми.

Полученные результаты не сходятся с общеизвестными данными о частоте отдельных вариантов расстройств личности среди контингентов, учтенных в Психоневрологическом диспансере, свидетельствующие о преобладании патохарактерологических аномалий истерического и возбуждимого типов (возбуждимые — 32,5 %, истерические — 34 %, тормозимые — 15—20 %) (Шостакович Б. В., 1997).

Несмотря на полученные несоответствия, можно предположить, что процент распространенности признаков разных типов личностных расстройств выше в группе лиц с расстройствами личности в сравнении с группой лиц без психиатрического диагноза.

Было установлено, что результаты по шкалам опросника IPDE-SQ у группы условно здоровых лиц находятся в рамках нормы. Это может указывать, на отсутствие выраженных патохарактерологических признаков расстройств личности у данной выборки. Также было обнаружено, что высокие показатели у группы пациентов с диагнозом расстройства личности, выявлены по шкалам Шизоидное и Тревожное расстройство личности. Для данной клинической группы свойственны признаки избегающего поведения, присутствующие при диагностике тревожного расстройства личности, а также погруженность в свой внутренний мир, отгороженность и эмоциональная холодность, характерные для шизоидного личностного расстройства. Отметим, что полученные результаты в ходе нашего исследования не соответствуют статистическим данным, представленным в научной литературе. Можно предположить, что на первый план при оценке расстройств личности методикой IPDE-SQ выходят именно черты Шизоидного и Тревожного расстройства личности, которые характеризуются избеганием социума, что приводит к социальной дезадаптации.

В ходе сравнительного анализа группы пациентов с диагностированными расстройствами личности и группы без диагноза были обнаружены значимые различия по большинству шкал методики IPDE-SQ.

Даже на основании небольшой выборки пациентов с расстройствами личности у нас были выявлены значимые различия по семи шкалам IPDE-SQ. Можно предположить, что при увеличении выборки будет наблюдаться большая чувствительность (больной субъект будет классифицирован именно как больной) и специфичность диагностического опросника (не

больные субъекты будут классифицированы именно как не больные). Это может свидетельствовать о том, что методика способна сузить рамки диагностического поиска и определить лиц для более углубленной оценки личности.

Так, у пациентов с расстройствами личности показатель по шкале Параноидного расстройства личности по IPDE-SQ значимо выше, чем у контрольной группы. Мнительность, настороженность, чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; рецидивирующая ревность; идеи "повышенной значимости" и др. присущи лицам с расстройствами личности.

У пациентов с личностной патологией более выражены признаки Шизоидного расстройства личности, чем у группы условно здоровых. Для них характернее преобладание избегания социального взаимодействия, сниженная эмоциональность, отстраненность, предпочтение уединения, а также погруженность в мир собственных фантазий.

В сравнении с группой контроля у пациентов с расстройствами личности выраженнее проявления Диссоциального расстройства личности по IPDE-SQ. Им характерно демонстрировать признаки равнодушия, безответственного отношения, также наблюдается крайне низкая способность выдерживать фрустрацию и др.

Для выборки пациентов с личностными расстройствами свойственна изменчивость настроения, трудности контроля поведенческих проявлений, высокая импульсивность и конфликтность, а также наличие чувства пустоты и покинутости, неуверенность в образе своего Я, что характерно для эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

У лиц с личностными расстройствами чаще проявляются признаки истерического расстройства личности по критериям IPDE-SQ такие как, повышенная эмоциональность, потребность быть в центре внимания, преувеличение эмоций, театральность.

Тревожное расстройство личности, определяемое IPDE-SQ, встречается чаще у лиц с расстройствами личности и проявляется избегающим поведением и страхом отвержения, напряженностью при социальном взаимодействии. Вышеизложенные результаты могут указывать на возможность использования IPDE-SQ в клинической практике.

Результаты сравнительного анализа по IPDE-SQ между группами пациентов с расстройствами личности, с невротическими и аффективными расстройствами показали отсутствие статистически значимых различий по всем шкалам опросника, что указывает на низкую валидность скрининга. Пациенты психиатрического профиля показывают высокий балл, что не дает возможности для проведения дифференциальной диагностики различных психических заболеваний.

По результатам проведенного ММРІ методика IPDE-SQ подтверждает свою валидность при выявлении Пограничного расстройства личности. Обнаружена прямая взаимосвязь между шкалой Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) и показателем шкалы Гипомания методики ММРІ (при $p < 0,05$). Характерными для пограничного расстройства личности по IPDE-SQ являются неразборчивость контактов, склонность принимать необдуманные решения и импульсивно действовать, о чем свидетельствуют положительные ответы на вопросы данной методики («Я иду на крайние меры, чтобы удержать людей, пытающихся покинуть меня», «Я ввязываюсь в очень тесные отношения, которые длятся непродолжительное время»).

Методика ММРІ не помогла в определении валидности шкал Тревожного и Ананкастог личностных расстройств. Корреляционный анализ на группе лиц с расстройствами личности указал на наличие положительных связей между Ананкастным расстройством личности и шкалами Ипохондрии, Депрессии, Истории, Параноидности, Психастении, Шизоидности и Социальной интроверсии (при $p < 0,05$). Исходя из этих результатов, можно предположить, что в патохарактерологическую структуру данного личностного расстройства входят фиксированность на себе, повышенный самоконтроль («Я очень осторожный человек»), враждебность, если окружающие не делают так, как нужно («Я обычно пытаюсь сделать так, чтобы другие люди поступали по моему») и отгороженность, дистанцированность от общества (Люди думают, что я слишком зажат или формален»), а также повышенное беспокойство и сниженный эмоциональный фон («Я трачу слишком много времени, пытаюсь сделать что-то идеально»), ригидность («Мне тяжело перестроиться и привыкнуть к новым способам действий»).

Также были выявлены прямые связи между Тревожным расстройством личности по критериям IPDE-SQ и шкалами Ипохондрии, Депрессии, Параноидности, Психастении, Шизоидности и Социальной интроверсии опросника ММРІ (при $p < 0,05$). Признаки данного расстройства личности характеризуется нежеланием взаимодействовать с людьми, отражая мнительность и недоверие («Я не буду общаться с другими до тех пор, пока не буду уверен, что они расположены ко мне»); постоянным и всепроникающим чувством напряжения и опасения, свойственное для психастеников («Я часто чувствую себя напряженно или нервно»); а также представлением о себе как социально неловком человеке; избегающим поведением, присущие шизоидности («Я стараюсь быть наедине с самим собой, даже если рядом другие люди»). Отметим, что чем выше значения по шкалам Ипохондрии, Депрессии, Параноидности, Психастении,

Шизоидности и Социальной интроверсии, тем выше выраженность характерологических признаков Тревожного расстройства личности. Однако большое количество положительных связей с ММРІ свидетельствует о недостаточной валидности IPDE-SQ.

Одна шкала из девяти с опорой на показатели ММРІ подтверждает свою эффективность при выявлении соответствующих признаков, возможно, утверждения, входящие в структуру шкалы Эмоционально неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) более чувствительны для выявления этих паттернов. Однако в виду небольшой выборки эти результаты требуют уточнения.

Выявленные в ходе сбора анамнестических данных клинические характеристики пациентов с расстройствами личности указывают на эффективность выявления двух расстройств личности: Диссоциального и Пограничного. Корреляционный анализ между разными типами расстройств личности и шкалами IPDE-SQ обнаружил положительные связи между Диссоциальным и Пограничным расстройством личности и одноименными шкалами опросника (при $p < 0,05$). Две шкалы из девяти с опорой на установленный клинический диагноз указывают на возможность использования данной методики для выявления данных типов личностной патологии. Также была выявлена значимая взаимосвязь между жалобой на неустойчивость мотивации и шкалой Эмоционально неустойчивое расстройство личности (Пограничный тип) (при $p < 0,05$). Пограничная личность характеризуется эмоциональной дисрегуляцией, неустойчивостью настроения и поведения, что приводит к частым изменениям в мотивационной сфере.

Выявленные нами достоинства и недостатки IPDE-SQ указывают на то, что методика нуждается в дальнейших исследованиях для более тщательного определения ее диагностических характеристик и клинической полезности. В настоящем исследовании данный инструмент диагностики

был изучен на группе пациентов с различными типами расстройств личности с недостаточным количеством человек (Шизоидном, Диссоциальном, Пограничном, Тревожном, а также Смешанном и Неуточненном типе расстройств личности). Несмотря на это, была доказана эффективность двух шкал IPDE-SQ, а именно Пограничное и Диссоциальное расстройство личности. Для проверки семи других шкал необходимо иметь выборку, состоящую из пациентов с соответствующими типами личностных расстройств в достаточном количестве для проведения анализа. Таким образом, исследования надежности и валидности IPDE-SQ является целью следующих исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании нами была предпринята попытка оценить возможности применения методики IPDE-SQ. В ходе исследования мы рассмотрели, как работает IPDE-SQ на современной российской выборке и пациентах с расстройствами личности, а также больных с невротическими и аффективными расстройствами. Полученные результаты указывают на необходимость уточнения валидности и надежности данного инструмента скрининга. Методика была эффективна при использовании на клинической группе пациентов с личностной патологией в сравнении с условно здоровыми лицами и способна определять признаки Пограничного и Диссоциального расстройства личности.

Таким образом, поставленные задачи были выполнены, цель достигнута и гипотеза о том, что исследуемый скрининговый опросник позволяет определить наличие характерологических признаков личностных расстройств, подтверждена частично

Простота и компактность данной методики являются ее несомненными достоинствами, однако ее психометрические свойства требуют дополнительных исследований.

Ранняя диагностика расстройств личности способствует предупреждению деструктивного поведения пациентов, включая суициды и злоупотребление психоактивными веществами, а также обеспечивает своевременное включение таких больных в программы реабилитации, позволяет начать дифференцированное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, что значительно повысит их качество жизни.

ВЫВОДЫ

1. В применении методики IPDE-SQ пациенты с расстройством личности демонстрируют высокий процент встречаемости признаков расстройств личности, указывая на достаточный уровень чувствительности. В нормативной выборке процент встречаемости признаков расстройств личности представляется средним, что указывает на низкий уровень специфичности данной методики.

2. При использовании IPDE-SQ у пациентов с расстройствами личности в отличие от нормативной группы достоверно чаще выявляются признаки расстройств личности, в особенности при диагностике Параноидного, Шизоидного, Эмоционально неустойчивого (Импульсивный и Пограничный тип), Диссоциального, Истерического и Тревожного расстройства личности.

3. Методика IPDE-SQ демонстрирует свою эффективность и чувствительность к выявлению признаков Эмоционально-неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) (на основании выявленных релевантных взаимосвязей с соответствующими шкалами методики ММРІ).

4. Методика IPDE-SQ демонстрирует эффективность и чувствительность к выявлению признаков Диссоциального и Эмоционально-неустойчивого расстройства личности (Пограничный тип) на основании выявляемых взаимосвязей с соответствующим установленным врачом-психиатром диагнозом и его клиническими характеристиками (Диссоциальное и Эмоционально-неустойчивое расстройство личности).

5. Достоинствами методики IPDE-SQ являются ее краткость, минимальные затраты времени специалиста на обработку результатов, эффективность при обнаружении Пограничного и Диссоциального расстройства личности, а также достаточная чувствительность данного скрининга. Выявлены следующие недостатки: IPDE-SQ не выявляет

большинство личностных расстройств (Параноидного, Шизоидного, Диссоциального, Импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности, Ананкастного, Тревожного и Зависимого), имеет низкую специфичность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анастази А. Психологическое тестирование: В 2 т./А. – 1982.
2. Ассанович М. А., Дерман Е. В. Разработка шкал специфических расстройств личности на основе ММРІ // Журнал ГрГМУ. 2014. №1 (45).
3. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности:(в клинической медицине и психогигиене). – Медицина, 1976.
4. Вьяс А., Хан М. Параноидальное расстройство личности //Журнал резидентов Американского психиатрического журнала. – 2016. – с. 11. – №. 01. – с. 9-11.
5. Горинов В. В., Корзун Д. Н., Шеховцова Е. С. Расстройства личности: современные классификации, диагностика, экспертная оценка //Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики (диагностика, экспертиза, профилактика). – 2018. – С. 45-48.
6. Горинов Виктор Васильевич, Данилова С.В., Басилашвили О.С. Смешанное расстройство личности (научный обзор) // Российский психиатрический журнал. 2008. №3.
7. Казьмина, О. Ю. Расстройства личности в зрелом возрасте / О. Ю. Казьмина // Медицинский совет. – 2008. – № 9-10. – С. 25-29.
8. Колесникова В.И., Муравьёва Я.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПАРАДИГМЕ ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2017. №3.
9. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные расстройства. СПб.: Питер, 2010. 400 с.

10. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов. М.: Академия, 2003. 144 с.
11. Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л., Пискун В. М. Основы детской патопсихологии: учеб. пособие. Киев: НПЦ Перспектива, 1999. 432 с.
12. Манкевич П. Д., Рентон Дж. С. Улучшение психосоциального здоровья с помощью когнитивной терапии при шизоидном расстройстве личности: разработка единого предмета // Ath J Health Med Sci. – 2019. – с. 6. – №. 4. – с. 197-212.
13. Медиков Е. С., Костина В. Д., Климов А. В. Типы расстройства личности // NovaInfo. Ru. – 2019. – №. 104. – С. 94-96.
14. Международная классификация болезней (МКБ-10). Клинические описания и указания по диагностике: пер. на рус. яз. / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Киев: Сфера, 2005. 307 с.
15. Мельниченко В. В. Расстройство личности и дезорганизация личности-синонимы или противоположности? // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2023. – №. 4 (48). – С. 27-33.
16. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 432 с.
17. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологий: учебник для вузов. М.: Логос, 1999. 232 с.
18. Мягков И. Ф., Боков С. Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии // М.: логос. – 1999.
19. Носачев Г. Н., Романов Д. В. Основы патопсихологии. – 2010.
20. Патология личности [Текст] : учебное пособие / С. Л. Соловьева, Е. Б. Одерышева ; М-во здравоохранения Российской Федерации, Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Северо-

Западный гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова", Каф. психологии и педагогики. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. - 63 с.

21. Смулевич А. Б. и др. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 11. – С. 4-14.

22. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л.Н.Собчик. – Санкт-Петербург: Речь, 2000. – 219 с

23. Сыроквашина К.В. Антисоциальное расстройство личности у подростков с делинквентным поведением (обзор зарубежной литературы) [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. Том 3. № 4.

24. Чеснокова О. И. Расстройства личности в международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) // Омский психиатрический журнал. 2017. №4 (14)

25. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г //Российский психиатрический журнал. – 2009. – №. 4. – С. 35-40.

26. American Psychiatric Association, ed. (2013). "Avoidant Personality Disorder, 301.82 (F60.6)". Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. pp. 672–675.

27. American Psychiatric Association. (2022, October 1). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).

28. Andor E. Simon, Petra Keller, Katja Cattapan. (2021). Commentary about social avoidance and its significance in adolescents and young adults, Psychiatry Research, vol 297, 2021, 113718

29. Beitz, Kendra (2006). "Dependent Personality Disorder". Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy (Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy. ed.). Springer, Boston, MA. pp. 230–237.

30. Bernstein DP, Useda JD, Siever LJ: Paranoid personality disorder: review of the literature and recommendations for the DSM-IV. *J Pers Disord* 1993; 7:53–62
31. Boyle, G.J. Review of the International Personality Disorder Examination / G.J. Boyle [et al.] // *The Fifteenth Mental Measurements Yearbook*, University of NebraskaLincoln, Lincoln, Nebraska. - 2003. - P. 476-478
32. Cale EM, Lilienfeld SO. Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy? *J Pers Disord*. 2002 Feb;16(1):52-72.
33. Coolidge FL, Segal DL. Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998 Aug;18(5):585-99.
34. Coolidge, F.L.; Thede, L.; Jang, K.L. (2 December 2013). Are personality disorders psychological manifestations of executive function deficits? Bivariate heritability evidence from a twin study. *Behavior Genetics* (2004), pp. 34, 75-84, cited in Nolan-Hoeksema, *Abnormal Psychology* (6th. ed.), pp. 273, McGraw Hill Education (2014).
35. Eggum ND, Eisenberg N, Spinrad TL, Valiente C, Edwards A, Kupfer AS, Reiser M. Predictors of withdrawal: possible precursors of avoidant personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009 Summer;21(3):815-38..
36. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al.: Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:948–958
37. Gratz, Kim L.; Tull, Matthew T. (2012-08-30). "Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: the moderating roles of borderline and avoidant personality disorders". *Psychiatry Research*. 199 (1): 19–23.

38. Hare R. D., Deprived of conscience. A frightening world of psychopaths, 288 p. (Williams, M., 2007)
39. Herman S. S., Van Heck G. L., Diamant P. P. G. Results of the search for screening tools for personality disorders: clinical consequences // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2012. – p. 73. – No. 2. – p. 18226.
40. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, et al.: Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry* 2000; 157-175.
41. Kantor, M. (2003) [1993], *Distancing: A Guide to Avoidance and Avoidant Personality Disorder (Revised ed.)*, Westport, Conn: Praeger Publishers
42. Kaurin, A., Funder, D., & Sauerberger, K. (2018). Associations between informant ratings of personality disorder traits, self - reports of personality, and directly observed behavior. *Journal of Personality*, 86[5], 1078-1101
43. Kellett S. A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother*. 2007 Sep;80(Pt 3):389-405.
44. Lampe L, Malhi GS. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:55-66.
45. Lee R. (2017). Mistrustful and misunderstood: A review of paranoid personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(2), 151–165.
46. Lenzenweger M. F., Willett J. B. Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: the longitudinal study of personality disorders // *Journal of abnormal psychology*. – 2007. – T. 116. – №. 4. – C. 684.
47. Lilienfeld SO, Van Valkenburg C, Larntz K, Akiskal HS. The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *Am J Psychiatry*. 1986 Jun;143(6):718-22.

48. Loranger, A.W. Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorders examination (IPDE) / A.W. Loranger, A.Janka, N.Sartorius. – New York: Cambridge University Press, 2007. – 225 p.
49. Mezzich JE, Kleiman A, Fabrega H, Parron D. Cultural and psychiatric diagnosis: DSM-IV perspectives. Washington: American Psychiatric Association; 1996.
50. Morey L.C., Blashfield R.K., Webb W.W., Jewell J. MMPI scales for DSM-III personality disorders: A preliminary validation study // Journal of Clinical Psychology. – 2006 - Vol. 44. – P.47 – 50.
51. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, McHugh PR. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med.* 1990 May;20(2):413-22.
52. Neumann C.S., Hare R.D., Newman J.P. The super-ordinate nature of psychopath // *Journal of Personality Disorders.* 2007. Vol. 21. P. 102–117.
53. Patrick C.J., Fowles D.C., Krueger R.F. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness // *Development and Psychopathology.* 2009. Vol. 21. P. 913–938.
54. Rienzi BM, Scrams DJ. Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychol Rep.* 1991 Dec;69(3 Pt 1):976-8.
55. Sanderson, William C.; Wetzler, Scott; Beck, Aaron T.; Betz, Frank (February 1994). "Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders". *Psychiatry Research.* 51 (2): 167–174.
56. Theodore Millon, Carrie M. Millon, Sarah Meagher, Seth Grossman, Rowena Ramnath. *Personality Disorders in Modern Life.* New York: John Wiley & Sons; 2 edition (August 6, 2004). 624 p.
57. Tyrer P. et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the

POPMACT study //Psychological medicine. – 2003. – T. 33. – №. 6. – C. 969-976.

58. Tyrer P. et al. The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11) //Personality and Mental Health. – 2011. – T. 5. – №. 4. – C. 246-259.

59. Van Velzen, C. J. M. (2002). Social Phobia and Personality Disorders: Comorbidity and Treatment Issues. Groningen: University Library Groningen. Verheul, R (2001-08-01).

60. Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). J Pers Disord. 2007;21(4):359-70.

61. Wechsler, D. (1981). Wechsler Adult Intelligence Scale Revised manual. New York: The Psychological Corporation.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

IPDE-SQ

Инструкция: прочитайте, пожалуйста, утверждения, и решите, подходит оно к Вам, или нет. Если подходит, поставьте галочку в графе «да», если не подходит – в графе «нет».

Утверждение	Да	Нет
1. Я обычно испытываю радость и удовольствие от жизни		
2. Я не могу оставаться спокойным(-ой), когда кто-то меня обижает		
3. Я не переживаю о незначительных деталях		
4. Я не могу решить, каким человеком я хотел(-а) бы быть		
5. Я выставляю свои чувства напоказ		
6. Я предоставляю другим принимать важные решения за меня		
7. Я часто чувствую себя напряженно или нервно		
8. Я почти никогда не злюсь ни по какому поводу		
9. Я иду на крайние меры, чтобы удержать людей, которые пытаются покинуть меня		
10. Я очень осторожный человек		
11. Меня никогда не арестовывали		
12. Люди думают, что я холоден(-а) и отстранен(-а)		
13. Я вхожу в очень тесные отношения, которые длятся непродолжительное время		
14. Большинство людей справедливы и честны со мной		
15. Мне трудно не согласиться с людьми, от которых я сильно завишу		
16. На людях я чувствую себя неловко и «не в своей тарелке»		
17. Я достаточно легко поддаюсь влиянию окружающих меня людей		
18. Мне обычно не по себе, когда я обижаю или плохо обращаюсь с кем-то		

Утверждение	Да	Нет
19. Я начинаю спорить или ругаться, когда другие пытаются помешать мне делать то, что я хочу		
20. Иногда я отказывался(-лась) от работы, даже если на меня рассчитывали		
21. Когда меня хвалят или критикуют, я не показываю другим свою реакцию		
22. Я затаивал(-а) обиду на кого-то в течение многих лет		
23. Я трачу слишком много времени, пытаюсь сделать что-то идеально		
24. Люди часто смеются надо мной за моей спиной		
25. Я никогда не угрожал(-а) другим, что совершу самоубийство или специально причиню себе увечья		
26. Мои чувства как погода: они постоянно меняются		
27. Я борюсь за свои права, даже когда это раздражает других		
28. Мне нравится одеваться так, чтобы выделяться из толпы		
29. Я буду говорить неправду или подставлять кого-то, если это послужит моей цели		
30. Я не придерживаюсь плана, если не получаю результат сразу		
31. Я почти не испытываю или совсем не испытываю полового влечения		
32. Люди думают, что я слишком строго придерживаюсь правил и предписаний		
33. Когда я один(-а), я обычно чувствую себя некомфортно или беспомощно		
34. Я не начинаю общаться с другими до тех пор, пока не буду уверен(-а), что они расположены ко мне		
35. Я предпочел(-а) бы не находиться в центре внимания		
36. Я думаю, что мой супруг(-а) (партнер) может изменять мне		
37. Бывает, что я так злюсь, что ломаю или разбиваю вещи		

Утверждение	Да	Нет
38. У меня были близкие друзья, на протяжении длительного времени		
39. Я переживаю, что могу не нравиться многим людям		
40. Я часто чувствую себя опустошенным(-ой)		
41. Я работаю так много, что у меня не останется времени ни на что другое		
42. Я переживаю, что могу остаться один(-а) и мне придется заботиться о себе самому(-ой)		
43. Много вещей, которые не волнуют других людей, кажутся мне опасными		
44. У меня репутация флиртующего человека		
45. Я не прошу одолжений от тех, от кого я сильно завишу		
46. Я предпочитаю занятия, которые я могу делать самостоятельно		
47. Я теряю самообладание и ввязываюсь в драки		
48. Люди думают, что я слишком зажат(-а) или формален(-а)		
49. Я часто прошу совета или поддержки по поводу повседневных решений		
50. Я стараюсь быть наедине с самим(-ой) собой, даже если рядом другие люди		
51. Мне тяжело держаться подальше от неприятностей		
52. Мне кажется, что за многими вещами, происходящими в мире, скрыт заговор		
53. Я легко поддаюсь переменам настроения		
54. Мне тяжело перестроиться и привыкнуть к новым способам действий		
55. Большинство людей считает, что я странный человек		
56. Я часто рискую и совершаю отчаянные и необдуманные поступки		
57. Каждому для счастья нужен друг или несколько друзей		

Утверждение	Да	Нет
58. Меня больше интересуют мои собственные мысли, чем то, что происходит вокруг меня		
59. Я обычно пытаюсь сделать так, чтобы другие люди поступали по-моему		

Наличие вероятного расстройства личности считается 4 и более баллов.

Ключи:

Специфическое расстройство личности	Номера вопросов
Параноидное	2, 14F, 22, 24, 27, 36, 52,
Шизоидное	1F, 8; 12, 21, 31, 46, 55, 57F, 58
Диссоциальное	11F, 18F, 20, 29, 38F, 47, 51
Эмоц. неустойч: Импульсивный тип	19, 30, 37, 53, 56
Эмоц. неустойч: Пограничный тип	4, 9, 13, 25F, 40
Истерическое	5, 17, 26, 28, 35F, 44
Ананкастное	3F, 10, 23, 32, 41, 48, 54, 59
Тревожное	7, 16, 34, 39, 43, 50
Зависимое	6, 15, 33, 42, 45, 49