

Изменения в диагностике расстройств личности: МКБ-11 и концепция Поля Ва*

Аннотация. Статья посвящена описанию изменений в сфере диагностики личностных расстройств, особенностям их диагностики по МКБ-11 и связи между МКБ-11 и теорией личностных адаптаций Поля Ва.

Ключевые слова: расстройство личности, МКБ-11, Транзактивный Анализ, теория личностных адаптаций.

Илья Андреевич ФЕДОТОВ

кандидат медицинских наук, доцент, СТА(р-EATA),
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова; кафедра психиатрии,
кафедра клинической психологии; Рязань, Россия;
ilyafdtv@yandex.ru SPIN: 4004-4132, ORCID ID: 0000-0002-
2791-7180, Researcher ID: N-9456-2016



Ilya Andreevich FEDOTOV

PhD (Candidate of Medical Sciences), STA(p-EATA),
Ryazan State Medical University; Department of Psychiatry,
Department of Clinical Psychology; Ryazan, Russia;
ilyafdtv@yandex.ru SPIN: 4004-4132, ORCID ID: 0000-0002-
2791-7180, Researcher ID: N-9456-2016

Changes in the Diagnosis of Personality Disorders: ICD-11 and Conception of Paul Ware

Abstract. The article describes changes in the field of diagnosis of personality disorders, the features of diagnosis according to ICD-11 and the connections between ICD-11 and the theory of personal adaptations of Paul Ware.

Keywords: personality disorder, ICD-11, Transactional Analysis, theory of personality adaptations.

Работа посвящена изменениям в теме диагностики расстройств личности и анализе этих изменений с точки зрения Транзактивного Анализа (ТА).

Первые попытки классифицировать людей, понять их личностные процессы предпринял Гиппократ более чем 2000 лет назад. «Он выделял четыре типа темперамента – сангвиник, холерик, меланхолик и флегматик – и считал, что темперамент зависит от смешения внутренних жидкостей в организме. После этого развитие понимания и подходов к классификации личности многократно менялось.

Личность – это социальное качество индивида, характеризующее неповторимый склад его индивидуальных свойств, представленных в предмет-

ной деятельности и общественных отношениях. То есть это биологические задатки человека, которые преломились через социальную среду и привели к психологическим проявлениям. Здесь мы имеем дело с биопсихосоциальной парадигмой понимания человека, которая сейчас доминирует в науках о человеке в целом и в психологии и психиатрии в частности.

Вместе с тем выделяют устойчивые свойства личности. То есть у каждой личности есть свои черты, и они более ограничены, чем понятие «личность». Какие же свойства личности выделяют? Это *способности*, то есть психологические особенности человека, определяющие его успешность, лёгкость, приобретение новых знаний, умений и навыков. Это *темперамент*, то есть совокупность

* В разных переводах на русский язык встречаются также написания, отличные от предложенного автором, - Пол Вар, Поль Уэр, Пол Вэр.

Илья Андреевич ФЕДОТОВ
Изменения в диагностике расстройств личности: МКБ-11 и концепция Поля Ва

устойчивых индивидуальных, неповторимых, природно-обусловленных динамических проявлений психики. Далее, характер – это устойчивая, типичная для индивида система способов поведения, основанная на приобретённом опыте общения и деятельности. Есть ещё *направленность личности* – то, что в наибольшей степени раскрыл Карл Густав Юнг в своей теории интроверсии и экстраверсии. Направленность личности – это совокупность устойчивых мотивов, потребностей, ориентирующих и организующих деятельность личности в разных ситуациях. В современной классификации ещё говорят о интернализации и экстернализации. Когда человек большую часть психической жизни направляет внутрь и проживает внутри – это интернализованное расстройство. Когда это происходит больше вовне, в межличностных отношениях, то говорят про экстернализованное расстройство.

**КЛИНИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ
ЛИЧНОСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

ГАРМОНИЧНАЯ ЛИЧНОСТЬ – личность с интегрированной внутренней динамической структурой, хорошо адаптирующаяся к меняющимся условиям среды, с гибким подходом к оценке социальных ситуаций и способностью управлять и согласовывать свое эмоциональное состояние и поведение (критерии психологического здоровья).

АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ (К. Леонгард, А.Е. Личко) – имеет ярко выраженные характеристики личности, которые могут повлиять на лечение или медицинское обслуживание, но по тяжести не достигающие расстройства личности: появляются лишь периодически, имеют низкую интенсивность, не вызывают дезадаптацию

РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (12% в общей популяции, 50% на амбулаторном приеме у психиатров) – стойкие психопатологические проявления.

Рисунок 1. Градиент выраженности личностных особенностей

Далее рассмотрим, какие бывают степени особенностей личности (рис. 1). В клинической диагностике, в практике врачей, психиатров, психотерапевтов и смежных специалистов мы говорим о градиенте, смешанном и очень плавном переходе от состояния нормы к состоянию патологии. Эта граница вряд ли может быть представлена каким-то чётким однозначным критерием. Мы проводим ее, опираясь на различные проявления, на большое количество данных, но всё равно это некоторая некоторая шкала переходных состояний на шкале переходных состояний.

Когда мы говорим в клинической практике о таком понятии как гармоничная личность, речь

идёт, скорее, о мечте, чем о реальности. Гармоничная личность – это человек, который соответствует всем критериям психического и психологического здоровья. У него интегрирована внутренняя динамическая структура, которая адаптируется к меняющимся условиям среды. Такая личность обладает гибким подходом к оценке социальных ситуаций, способностью управлять и согласовывать свое эмоциональное состояние и поведение. Это довольно тонкие и сложные критерии психологического здоровья. Я приглашаю вас ознакомиться с критериями психологического здоровья, которые предложили Альберт Эйлс, Абрахам Маслоу и др.

Первая степень отклонений от нормы, то есть первая степень дисгармонии – это так называемая акцентуированная личность. Именно этот термин закрепился в отечественной терминологии. Он принадлежит немецкому психиатру К. Леонгарду, который описывал акцентуирование личности. В нашей классической психиатрии эту теорию развивал профессор А.Е. Личко (1983) из Санкт-Петербурга.

Акцентуации характера – это ярко выраженные характеристики личности, которые могут повлиять на лечение или медицинское обслуживание. Но по тяжести эти характеристики не достигают степени личностного расстройства. Они проявляются лишь эпизодически, имеют низкую интенсивность и не вызывают дезадаптации. То есть люди с акцентуированной личностью в обычной жизни, в стабильном состоянии никак не проявляют свои особенности, а в ситуации стресса, в ситуации опасности эти черты могут проявиться.

Крайней же степенью отклонения от состояния гармонии является расстройство личности. Считается, что таких людей в среднем около 12%. Каждый второй психиатрический пациент имеет такой диагноз.

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ
УРОВНЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ**

Характеристика	Невротический уровень	Пограничный уровень	Психотический уровень
Центральная проблема	Идентичность	Автономия	Безопасность
Тревога	Тревога наказания и контроля	Тревога сепарации	Тревога уничтожения
Конфликт развития	Эдипов конфликт	Сепарация/индивидуация	Симбиотический
Тип конфликта по Эриксону	Инициативность или вина	Автономия или стыд	Базовое доверие/недоверие
Объектные отношения	Триадные	Диадные	Монадические
Чувство «Я»	Ответственное	Втянутое в сражение	Затопленное

Рисунок 2. Уровни функционирования личности

Другой подход к пониманию личностной структуры – это теория объектных отношений М. Маллер и Э.Эриксона, психодинамически и психоаналитически ориентированная (рис. 2) (Мак-Вильямс Н., 2001).

Выделяют три уровня функционирования личности. Первый уровень, самый здоровый, – это невротический. Главная проблема этого уровня – это проблема идентичности: поиска себя, поиска самореализации в этом мире. Основная тревога – тревога наказаний и контроля. Главный конфликт развития – Эдипов конфликт. Невротическая личность находится в объектных триадных отношениях: человек осознаёт и ментализирует образ себя, образ близкого Другого и образ окружения. Здесь преобладает ответственное отношение, образ «Я» соответствует этому описанию.

Следующий уровень – это пограничный уровень. Любая личность может функционировать на пограничном уровне, и тогда к имеющимся изначально личностным чертам присоединяются черты пограничного расстройства личности. Центральная проблема – проблема автономии. Ключевая тревога – сепарационная. Конфликт развития – проблемы сепарации и индивидуации. Люди на пограничном уровне функционирования личности находятся преимущественно в нестабильных взаимоотношениях с другими, никак не могут «найти себя». Для них характерна жизнь по принципу: «Не навязу тебя! Только, пожалуйста, не бросай меня!». Это весьма двойственное отношение к проблемам. Основная сложность – их отношения всегда диадные. Вся жизнь строится между человеком и его близкими. «Я» втянуто в постоянные сражения.

На психотическом уровне функционирования центральная проблема – проблема безопасности, основная тревога – тревога уничтожения. Конфликт развития – симбиотический, то есть человек не отделяет себя от Другого. Отношение к миру монадное, то есть он не понимает, что есть другие объекты, кроме него самого, а чувство «Я» при этом затоплено.

Далее я бы хотел сосредоточиться именно на расстройствах личности. В нашей отечественной психиатрии их описал прекрасный психиатр – Пётр Борисович Ганнушкин. У него есть известная монография про психопатии (так ранее назывались расстройства личности) (современное переиздание – Ганнушкин П.Б., 2000). Далее я приведу общее описание психопатии Петра Борисовича Ганнушкина. Мне кажется, оно актуально до сих пор и даёт очень яркое представление о людях, страдающих психопатией.

По Ганнушкину, они с юности имеют ряд особенностей, которые отличают их от так называ-

емых нормальных людей и мешают им безболезненно для себя и для других адаптироваться к окружающей среде. При этом для них характерны три основные характеристики, которые назвали «триадой Ганнушкина».

1. **Тотальность** («...речь идёт о таких чертах и особенностях, которые более или менее определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный уклад свой властный отпечаток, ибо существование в психике того или иного субъекта вообще каких-либо отдельных элементарных неправильностей и уклонений ещё не даёт основания причислять его к психопатам»).
2. **Стабильность** («...патологические свойства представляют собой постоянные, врождённые свойства личности, которые хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определённом направлении, однако обычно не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям», «...психопатии – это формы, которые не имеют ни начала, ни конца»).
3. **Дезадаптация** («...психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество»).

Также Ганнушкин и его ученик, Кербинов, предложили первую классификацию личностных расстройств. Они стали делить людей на циклоидов, астеников, шизоидов, параноиков, эпилептоидов, истерических, неустойчивых и так далее. Если проанализировать, каким образом появилась эта классификация, то мы увидим, что логика авторов заключалась в том, что они смотрели на расстройство личности как на не полностью сформированное психическое расстройство. Например, кто такие люди с шизоидным расстройством личности? Это те, которым присущи черты больных шизофренией, но при этом они не настолько выражены и многочисленны. Можно сказать, что люди с шизоидным расстройством личности, по логике авторов этих первых классификаций, «недо-больные шизофренией». Люди с эпилептоидным расстройством личности имеют черты, характерные для больных эпилепсией, но у них нет самих припадков. И этот сравнительный подход и терминология, основанные на проведении простых аналогий, продолжают функционировать с начала XX века.

Но теория классификации личности не стоит на месте. Самый известный пересмотр был произведён в DSM-4 – это американская классификация психических расстройств (DSM-IV, 1994). Здесь всем нам известные типы личностных расстройств

были поделены на три кластера. В основе деления лежало внешнее сходство, сходство проявлений и основных личностных особенностей.

Для кластера А было характерно странное или эксцентричное поведение. Сюда относились параноидные, шизоидные и шизотипические расстройства. Для кластера Б характерны неадекватность, импульсивность, эмоциональная драматичность. К нему относились антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионное (истерическое) расстройство личности. Для кластера С основными чертами являются тревога, боязливость и нерешительность. Сюда относят три типа расстройств личности: обсессивно-компульсивное, зависимое, избегающее. Это классификация использовалась долгое время во многих странах мира.

Некоторые страны, в том числе и Россия, используют МКБ-10 (1994). Она повторяет классификацию DSM, но в ней нет деления на кластеры: расстройства просто перечисляются. Кстати, пограничное расстройство личности здесь не было выделено отдельно, но входило в так называемое эмоционально неустойчивое расстройство личности. Выделялось два подтипа: импульсивный подтип и пограничный. DSM-4 и МКБ-10 – это 90-е гг. прошлого века.

Что же происходило дальше и стало мотивацией для разработки новых классификаций? Во-первых, изучались те причины и факторы, которые вызывают расстройство личности. Кроме важного генетического аспекта были выявлены другие важные механизмы. Генетический фактор личностных расстройств определяет появление только 30-50% черт. Также было выявлено, что то, какой была ранняя привязанность, то есть эмоциональная связь, формирующаяся между ребёнком и опекающей фигурой, влияет на появление личностного расстройства. Если привязанность была ненадёжной, и у ребёнка не сформировалась безопасная психологическая база, то могут возникать нарушения, в том числе расстройство личности. Также значительное влияние оказывает детский травматический опыт, физическое, психологическое и сексуальное насилие. Такой опыт, пережитый в детстве, сказывается на способностях человека к интеграции, развитию и пониманию происходящего.

Во-вторых, диагностика и классификация по МКБ-10 и DSM-4 достаточно сложная: для постановки диагноза нужно проанализировать 8-10 критериев у пациента. Это не быстрый и трудоемкий процесс, учитывая, что «диагноз «расстройство личности» ставится каждому второму пациенту на приёме у психиатра. Также из-за того, что классификация изначально строилась на ас-

социативном принципе, она не имела под собой какой-то базовой логики, кроме как схожести с большими психическими расстройствами. Разные диагнозы имеют множество схожих симптомов, поэтому чаще всего люди получают диагноз «смешанное/мозаичное расстройство личности». Такая формулировка мало что может нам сказать о характере проблем пациента. Также есть сложности с оценкой минимального порога для диагностики личностных расстройств, потому что даже студенты, когда им рассказывают о различных расстройствах личности, находят симптомы у себя или у своих знакомых, потому что некоторые черты характерны для всех нас. У всех есть своя акцентуация характера, своя личностная адаптация. Поэтому для человека, не имеющего такого глубоко специфического образования, термин «расстройство личности» может слишком широко трактоваться и давать почву для чрезмерной диагностики. Имеющаяся классификация не помогала нам определять степень тяжести расстройства личности, то есть этот вопрос оставался на усмотрение клинициста, и, поскольку у всех разные точки зрения, этот вопрос решался по-разному.

Именно поэтому в МКБ-11 пришли к принципиально новой диагностике расстройств личности. Во-первых, ввели так называемые общие критерии, то есть те критерии, которые должны быть у всех людей, подходящих под диагноз «расстройство личности»:

1. *Стойкое нарушение функционирования аспектов личности, таких как самоидентификация, самооценка, способность к самонаправлению или проблемы межличностного функционирования; проблемы в развитии поддержания близких и взаимодовлетворяющих отношений; проблема в понимании точки зрения другого человека; проблемы в разрешении конфликтов.*
2. *Эти признаки должны быть у человека долгое время и наблюдаться не менее двух лет.* Потому что если мы видим их на каком-то коротком отрезке, то это может быть реакция дезадаптации, так называемое расстройство адаптации. Это может быть временное состояние, которое пройдет вместе с возвращением человека к обычной жизни.
3. *Нарушения при расстройстве личности должны проявляться в дезадаптивных, неадекватных, негибких или плохо регулируемых паттернах мышления, эмоционального переживания, эмоций и поведения, то есть во всех сферах (напомним,*

у нас есть три основные сферы – эмоции, мышление, поведение).

4. *Нарушение прослеживается в целом ряде личных и социальных ситуаций, то есть они не ограничиваются конкретными отношениями или социальными ролями, хотя могут провоцироваться только некоторыми типами ситуаций.* Как писал Ганнушкин: «На все аспекты жизни личностное расстройство накладывает свой властный отпечаток» – то есть во всех отношениях, во всех проявлениях человек ведёт себя дезадаптивно.
5. *Модели поведения, характеризующие расстройство, не соответствуют уровню развития, возрасту и не могут быть объяснены социальными или культуральными факторами, в том числе социально-политическим конфликтом.* То есть если эти аномалии возникают на фоне возрастных кризисов, например, когда подростки становятся оппозиционными, когда они более склонны к чёрно-белому мышлению, когда они вступают в более или менее открытый конфликт с родителями, отделяясь от них в очередной раз, мы не можем трактовать их трудности как расстройство личности, потому что они носят временный, ситуативный характер. Также в ситуации опасности или конфликта личностные реакции могут быть очень brutальными и яркими, но это не является поводом для установления диагноза. Если время проходит, накал ситуации стихает, а личностные аномалии остаются, тогда мы уже можем трактовать их как симптомы расстройства личности.
6. *Симптомы не обусловлены прямым воздействием лекарства или психоактивного вещества, включая состояние абстиненции, и не удовлетворяют критериям других психических, поведенческих расстройств, заболеваний нервной системы, других состояний здоровья.* Порой личностные аномалии могут быть симптомами другого заболевания, причем не психического, а соматического, скажем, патологии щитовидной железы или опухоли мозга.
7. *Расстройство ассоциировано со стрессом или выраженными нарушениями личной, семейной, социальной, образовательной и профессиональной и других важных областях функционирования.* То есть расстройство должно мешать человеку жить, явно вызывать у него дистресс, напряжение, дисбаланс.

Кроме того, что мы можем поставить сам диагноз «расстройство личности» по МКБ-11, мы мо-

жем дать ему ещё дополнительные характеристики. Это как раз те уточнения, которые помогут нам подобрать более дифференцированную терапию. Для того, чтобы оценить степень тяжести, мы должны проанализировать три аспекта функционирования личности.

Первый – это **степень и глубина нарушения функционирования самой личности**, то есть это стабильность образа «Я», наличие стабильной самооценки; наличие самоуважения, которое не зависит сильно от внешних факторов и не меняется под давлением. Человек должен быть последователен, стабилен в своих мнениях и придерживаться какой-то одной, изначально выбранной линии поведения. Чем глубже расстройство личности, тем в большей степени мы будем наблюдать нарушения самооценки и стабильности «Я».

Второй аспект – это **степень и тотальность межличностных нарушений в разных средах и моделях отношений**. Чем грубее расстройство личности, тем более разлажены межличностные отношения.

И третья – **тотальность, тяжесть и степень хронизации эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений**. Мы можем разбирать дальше личностные особенности, разделяя их на отдельные паттерны. В итоге, изучив эти три аспекта, мы можем установить степень тяжести расстройства личности. Оно может быть лёгкой степени тяжести, при этом затронута обычно одна область функционирования. В лёгкой степени нарушения нет проявлений гетеро- и аутоагрессии. Например, когда человек адаптирован на работе, есть друзья, общение, но он не может построить личную жизнь. Именно личностное расстройство мешает ему организовать личное пространство и личные отношения. Вторая – средней степени, то есть здесь затронуты несколько областей функционирования, нарушены межличностные коммуникации, может наблюдаться агрессивное поведение. Считается, что чем тяжелее расстройства личности, тем больше гетеро- и аутоагрессивного потенциала. Тяжёлое расстройство личности – когда большинство областей затронута, человек нигде не может ни с кем ужиться, нигде не может найти себя. Общество во всех аспектах его отвергает. Все виды отношений нарушены, выражена дезадаптация человека, много агрессии. Таких людей общество пытается изолировать.

И последняя группа критериев, который мы можем теперь использовать для диагностики расстройства личности, это так называемые уточняющие критерии диагностики. Они пришли из модели так называемой Большой пятерки, Big Five, или OCEAN, по первым буквам тех критери-

ев, которые были использованы. Это теория, которая появилась тоже около 20 лет назад. Она достаточно валидизирована. Например, Голдберг Л. и Шмелёв А.Г. (1993) проводили русскоязычную адаптацию этих исследований. Как было сказано выше, изначально все расстройства личности были собраны по схожести с большими психическими расстройствами. Модель «Большая пятёрка» предложила по-другому их классифицировать. За основу взяли вербальные описания личности, которые мы используем для характеристики человека. То есть они провели факторный анализ большого массива данных, используемых для описания личности, в разных языках. Первоначальная версия была на английском языке, но есть русскоязычная адаптация, где исследование было проведено на русском. В итоге, когда взяли слова, которые могут быть использованы для описания человека, его характера, его личности и поведения, получилось пять основных доменов, то есть пять опорных точек, используя на которые можно точно определить положение человека в некой системе «личностных координат».

Какие это точки? Первая – это открытость новому опыту. Это шкала между двумя полюсами – «изобретательность и любопытство», или «последовательность и осторожность». Вторая – это степень сознательности или совестливости, где мы смотрим, является ли человек эффективно организованным или поверхностным и небрежным. Третья – степень экстраверсии, или связь экстраверсии и интроверсии. На одном конце этой градации будут люди, направленные наружу, энергичные, на другом – направленные внутрь, сдержанные и склонные к уединению. Четвёртая точка – это степень дружелюбности: человек либо дружелюбно страдает, либо вызываясь отстранён. И последняя – степень нейротизма, то есть это чувствительные, нервные или безопасные черты.

Уточняющие критерии МКБ-11	Личностные адаптации Поля Ва
Негативная аффективность	Параноидный
Отстранённость	Шизоид
Диссоциальность	Антисоциальный
Расторможенность	Истерик
Ананкастия	Обсессивно-компульсивный
Пограничные черты	Пассивно-агрессивный

Рисунок 3. Соотношение уточняющих критериев расстройства личности в МКБ-11 и личностных адаптаций Поля Ва

Данная теория функционировала в психологическом дискурсе, а в МКБ-11 она перешла в клинический дискурс и стала использоваться

ся при уточнении диагноза расстройства личности. Если вы посмотрите на эти описания (рис. 3), то здесь используются пять первых уточняющих критериев, такие, как негативная аффективность, отстранённость, диссоциальность, расторможенность, ананкастия. Они полностью повторяют, хоть и перефазированно, пять критериев, которые были взяты из «Большой пятёрки». Что такое негативная аффективность? Это склонность испытывать широкий спектр негативных эмоций с частой интенсивностью, несоразмерной ситуации. Отстранённость – это склонность сохранять межличностную и эмоциональную дистанцию. Диссоциальность – это пренебрежение правами и чувствами других, включая как эгоцентризм, так и отсутствие сочувствия, отсутствие эмпатической реакции. Расторможенность – склонность действовать опрометчиво, основываясь на непосредственных внешних и внутренних раздражителях, то есть ощущение эмоций и мыслей без учёта потенциальных негативных последствий. Ананкастия – узкий фокус на своем жёстком стандарте совершенства, на правильном и неправильном, а также на контроле над поведением, своим и чужим, и над ситуацией для обеспечения соответствия этим стандартам.

Кроме пяти уточняющих критериев, которые взяты были из «Большой пятёрки», в МКБ-11 оставили ещё пограничные черты. Пограничное расстройство личности всегда стояло особняком, и всегда было очень заметным, потому что эти люди требуют наибольшего количества видов и объема помощи. Авторы МКБ-11 оставили эти пограничные черты как ещё один уточняющий критерий. Он характеризуется всепоглощающим паттерном нестабильности межличностных отношений, образа себя и аффектов, а также выраженной импульсивностью. Поэтому при диагностике расстройства личности важно описывать и находить, кроме пяти основных, ещё дополнительный пограничный паттерн, поскольку он будет требовать специальной помощи для этой категории клиентов.

Давайте теперь рассмотрим связь ТА и новой классификации и её перспективы. Я нашёл оригинал статьи Поля Ва «Personality Adaptations (Doors to Therapy)». Она вышла в ТАЖ в номере 1 от 1983 г. Поля Ва взял имеющуюся классификацию DSM-3, которая имела те же самые типы расстройств личности, как и DSM-4, и описал шесть личностных адаптаций. Он выбрал наиболее яркие, базовые и оставил только их в своей теории. Он выделял следующие адаптации: шизоидная, истероидная, обсессивно-компульсивная, параноидная, антисоциальная, пассивно-агрессивная. Именно для них он описал характери-

ки, драйверы и предписания. Изначально список был намного больше, но он выбрал именно эти.

Имеющиеся уточняющие критерии МКБ-11 совпадают по описанию и логике с личностными адаптациями в теории Поля Ва. Получается, что классическая теория Поля Ва 1983 года в чём-то предвосхитила современную классификацию МКБ-11 и совпадает с ней по основным уточняющим критериям. Поэтому, классифицируя и диагностируя людей по МКБ-11, мы получаем ключ к использованию теории личностных адаптаций и применению широкого пласта теорий и практик Транзактного Анализа. Конечно же, это требует дальнейших исследований, адаптации, специальных руководств по применению МКБ-11 в Транзактном Анализе для диагностики и работы с личностными расстройствами. Я думаю, что со временем эта работа будет проведена, и мы сможем оказывать помощь, лечить и консультировать этих пациентов на более высоком уровне, в связи между клиническими специалистами и ТА-психологами.

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
2. Ware, P. (1983) Personality Adaptations (Doors to Therapy) // Transactional Analysis Journal. №1. P.11-19.
3. Голдберг, Л., Шмелёв, А. Г. (1993) Межкультурное исследование лексики личностных черт: «Большая пятёрка» факторов в английском и русском языках // Психологический журнал. № 14 (4). С. 32-39.
4. Ганнушкин П.Б. (ред.) Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Мед. кн.; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000.
5. Личко А.Е. (1983) Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е доп. и перераб. Л.: Медицина.
6. Мак-Вильямс Н. (2001) Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс».
7. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. М.: Минздрав России, 1998.