

МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ

А. Е. Личко

ПСИХОПАТИИ
И АКЦЕНТУАЦИИ
ХАРАКТЕРА
У ПОДРОСТКОВ



ББК 53.57
УДК 615.851-053.2
Л66

Личко А. Е.

Л66 Психопатии и акцентуации характера у подростков. — СПб.: Питер, 2022. — 304 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 978-5-4461-0925-8

«Психопатии и акцентуации характера у подростков» А. Е. Личко, за которую он был удостоен Почетного диплома им. В. М. Бехтерева Академии медицинских наук СССР, стала настольной книгой многих поколений отечественных психиатров и психологов.

Автор подробно рассмотрел отклонения, которые могут формироваться при переходе человека от детства к взрослости. Описаны основные типы психопатий и акцентуаций характера, такие виды психопатических нарушений поведения, как делинквентность, побег из дому, ранняя алкоголизация и другие, а также подростковые личностные реакции, лежащие в основе этих нарушений: реакции эмансипации, группирования со сверстниками. Поскольку с проблемами патологии характера у подростков сталкиваются и медики, и педагоги, и родители, эта книга будет интересна не только узким специалистам.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 53.57
УДК 615.851-053.2

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-4461-0925-8

© ООО Издательство «Питер», 2022
© Серия «Мастера психологии», 2022

Оглавление

Личко Андрей Евгеньевич (1926–1994)	6
---	---

Глава I. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте

	9
--	----------

Разграничение психопатий по тяжести и акцентуации по выраженности	14
---	----

Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения	28
---	----

Особенности динамики психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте	33
---	----

Глава II. Биологические и психологические основы нарушений поведения у подростков.

	38
--	-----------

Биологические основы	39
----------------------------	----

Акселерация и инфантилизм	40
---------------------------------	----

Социопсихологические особенности подросткового возраста как причины нарушений поведения	43
---	----

Реакция эмансипации	45
---------------------------	----

Реакция группирования со сверстниками	46
---	----

Реакция увлечения — «хобби-реакция»	49
---	----

Реакции, обусловленные сексуальным влечением	54
--	----

Детские поведенческие реакции подростков	55
--	----

Особенности патологических реакций	59
--	----

Глава III. Формы проявления нарушений поведения. Делинквентное поведение

	61
--	-----------

Побеги из дома и бродяжничество	65
---------------------------------------	----

Ранняя алкоголизация как форма токсикоманического поведения . . .	70
Девииации сексуального поведения	79
Суицидальное поведение	84

Глава IV. Типы конституциональных психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте92

Клиническая и психологическая диагностика типов психопатий и акцентуаций характера	97
Гипертимный тип	107
Циклоидный тип	119
Лабильный тип.	125
Астеноневротический тип	138
Сенситивный тип	143
Психастенический тип	153
Шизоидный тип.	160
Эпилептоидный тип.	172
Истероидный тип	188
Неустойчивый тип	200
Конформный тип.	209
Смешанные типы.	215

Глава V. Психопатические развития и виды неправильного воспитания. Основные критерии диагностики психопатических развитий219

Гипопротекция	223
Доминирующая гиперпротекция.	225
Потворствующая гиперпротекция	228
Эмоциональное отвержение	231
Условия жестоких взаимоотношений.	234
Повышенная моральная ответственность.	238
Другие типы неправильного воспитания	238

Глава VI. Органические психопатии. Общие сведения и критерии диагностики	241
Неустойчивый тип	245
Эпилептоидный тип	249
Истероидный тип	252
Шизоидный тип	254
Глава VII. Психопатоподобные нарушения при шизофрении у подростков. Общие сведения.	257
Психопатоподобная форма вялотекущей шизофрении	258
Психопатоподобные дебюты прогрессивной шизофрении	277
Психопатоподобный тип ремиссии	277
Заключение.	279
Литература	291

ГЛАВА I

Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте

Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина [1933], «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде». Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым [1962] как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

В подростковом возрасте эти же критерии служат основными ориентирами в диагностике психопатий. Тотальность патологических черт характера выступает у подростков особенно ярко. Подросток, наделенный психопатией, обнаруживает свой тип характера в семье и школе, со сверстниками и со старшими, в учебе и на отдыхе, в труде и развлечениях, в условиях обыденных и привычных и в самых чрезвычайных ситуациях. Всюду и всегда гипертимный подросток кипит энергией, шизоидный отгораживается от окружения незримой завесой, а истероидный жаждет привлечь к себе внимание. Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дому, где царит гнетущая атмосфера или семью раздирают противоречия, способный отлично

ужиться в хорошем интернате — все они не должны причисляться к психопатам, даже если подростковый период проходит у них под знаком нарушенной адаптации.

Относительная стабильность черт характера в этом возрасте является менее доступным для оценки психопатий ориентиром. Слишком короток бывает еще жизненный путь. Под «сколько-нибудь резкими изменениями» в подростковом возрасте следует понимать неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены его типа. Если очень общительный, живой, шумливый, неугомонный ребенок превращается в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным к близким юношей, то, как бы ни были выражены патологические черты характера, случаи эти нередко оказываются за рамками психопатии.

Говоря об относительной стабильности, следует учитывать, однако, три обстоятельства.

Первое: подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе: каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования. Шизоида можно увидеть с первых лет жизни — такие дети любят играть одни. Психастенические черты нередко расцветают в первых классах школы, когда беззаботное детство сменяется требованиями к чувству ответственности. Неустойчивый тип выдает себя либо уже при поступлении в школу с необходимостью сменить удовольствие игр на регулярный учебный труд, либо с пубертатного периода, когда спонтанно складывающиеся группы сверстников позволяют вырваться из-под родительской опеки. Гипертимный тип становится особенно ярко выраженным с подросткового возраста. Циклоидность, особенно у девочек, может проявиться с начала полового созревания, но чаще она формируется позже, уже в молодые годы. Сенситивный тип складывается обычно лишь к 16–19 годам — в период вступления в самостоятельную жизнь с ее нагрузкой на межперсональные отношения. Паранойяльная психопатия крайне

редко встречается у подростков, максимум ее развития, как известно, падает на 30–40 лет.

Третье: существуют некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте. С наступлением полового созревания наблюдавшиеся в детстве гипертимные черты характера могут смениться очевидной циклоидностью, недифференцированные невротические черты — психастеническим или сенситивным типом, эмоциональная лабильность заслониться выраженной истероидностью, к гипертимности могут присоединиться черты неустойчивости и т. п. Все эти трансформации могут произойти в силу как биологических, так и социальных (особенности воспитания прежде всего) причин.

Социальная дезадаптация в случаях психопатий обычно проходит через весь подростковый период. В силу только особенностей своего характера, а не из-за недостатка способностей подросток не удерживается ни в школе, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще только что поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей оказываются семейные отношения. Нарушается и адаптация к среде своих сверстников — страдающий психопатией подросток либо вообще не способен устанавливать с ними контакты, либо отношения бывают полными конфликтов, либо способность адаптироваться ограничивается жестко очерченными пределами — небольшой группой подростков, ведущей аналогичный, большей частью асоциальный, образ жизни.

Таковы три критерия — тотальность, относительная стабильность и социальная дезадаптация, позволяющие диагностировать психопатии. Но как оценить те отклонения характера, которые удовлетворяют лишь одному или двум из этих критериев?

С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема — как разграничить психопатии как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы. Еще в 1886 г. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что

при обычных условиях оно не проявляется. В 1894 г. бельгийский психиатр Dalemagne [цит. по: Кербиков О. В., 1961] выделил, наряду с *desequilibres*, то есть «неуравновешенными» (термин во французской психиатрии того времени, аналогичный «психопатиям»), еще и *desequilibrants*, то есть «легко теряющих равновесие». Подобные случаи Е. Kahn [1928] назвал «дискордантно-нормальными», П. Б. Ганнушкин [1933] — «латентными психопатиями».

Было предложено много других наименований, но наиболее удачным нам представляется термин К. Leonhard (1968) — «акцентуированная личность». Это наименование подчеркивает, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии [«предпсихопатии» по М. Tramer, 1949] и что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Личность — понятие более широкое, оно включает интеллект, способности, мировоззрение и т. п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое — уже при повзрослении. Именно типы характера, а не личности в целом описаны К. Leonhard, именно особенности характера отличают в его описаниях один тип от другого.

Для подросткового возраста, во всяком случае, термин «акцентуация характера» является наиболее точным. В детском возрасте, по справедливому замечанию В. В. Ковалева [1981], не сформирован еще и тип характера, и можно говорить лишь об отдельных акцентуированных чертах.

При акцентуациях характера его особенности, в противовес психопатиям, могут проявляться не везде и не всегда. Они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях. И главное — особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Эти нарушения могут возникнуть либо в силу биологических пертурбаций во время пубертатного периода («пубертатные кризы»), либо, чаще, под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни, а именно тех, которые предъявляют повышенные требования к *locus resistentiae minoris*, к «месту наименьшего сопротивления» в характере.

Каждому типу акцентуации характера присущи свои, отличные от других типов «слабые места», у каждого типа своя ахиллесова пята. Например, такого рода психическими травмами и трудными ситуациями могут послужить для характера гипертимного — изоляция от сверстников, вынужденное безделье при строго размеренном режиме, для характера шизоидного — необходимость быстро установить с окружением глубокие неформальные эмоциональные контакты. Если же психическая травма, даже тяжелая, не адресуется к месту наименьшего сопротивления, не задевает этой ахиллесовой пяты, если ситуация не предъявляет в этом отношении повышенных требований, то дело обычно ограничивается адекватной личностной реакцией, не нарушая надолго и существенно социальной адаптации. Наоборот, при акцентуациях характера в отношении некоторых неблагоприятных условий может выступить даже повышенная устойчивость. Шизоидный подросток легко переносит одиночество, гипертимный — обстановку, требующую повышенной активности, сиюминутной находчивости, даже изворотливости.

Описанный признак, по нашим представлениям, в дополнение к критериям П. Б. Ганнушкина — О. В. Кербикова, служит одним из важных отличий акцентуаций характера от психопатий. При психопатиях декомпенсации могут быть следствием любого рода психических травм и самых разнообразных жизненных ситуаций и даже возникать без видимых причин. При акцентуациях адаптация нарушается только при ударах по месту наименьшего сопротивления. Сходная мысль об «индивидуальной чувствительности» к психическим травмам была высказана В. Н. Мясищевым [1960] в отношении развития неврозов, Н. И. Фелинской [1965], Н. Д. Лакосиной [1970] и Г. К. Ушаковым [1978] — в отношении возникновения разного рода других пограничных состояний.

Таким образом, на основании сказанного можно дать следующее определение акцентуациям характера.

Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Следует еще раз подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы, — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Leonhard [1976, 1981], в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

Разграничение психопатий по тяжести и акцентуации по выраженности

Как писал П. Б. Ганнушкин [1933], степень проявления психопатий «представляет прямо запутывающее богатство оттенков — от людей, которых окружающие считают нормальными, — и до тяжелых психотических состояний, требующих интернирования». Попытка как-то систематизировать эти степени представляет насущную практическую задачу. Это способствовало бы уточнению прогноза, смогло бы оказать помощь в экспертной практике и содействовало бы более дифференцированному подходу к семейной и трудовой реадaptации. В последние годы в судебно-психиатрической экспертизе получил распространение термин «глубокая психопатия» [Морозов В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И., 1976]. Им обозначаются наиболее тяжелые случаи, где на высоте декомпенсаций возникают психотические расстройства или исключаящая вменяемость утрата способности к «вероятностному прогнозированию своей деятельности и соответствующей коррекции своего поведения» или в основе нарушений характера лежат выраженные эндокринные расстройства [Фелинская Н. И., 1965; Шостакович Б. В., 1971]. По материалам судебной экспертизы, случаи психопатий, исключаящие вменяемость, у подростков встречаются значительно чаще, чем у взрослых, — у 15–17% экспертируемых вместо 3–5% [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980].

Разделение психопатий на три степени тяжести было осуществлено Л. И. Спиваком [1962] в отношении взрывного типа. При этом учитывались возраст формирования, тяжесть декомпенсаций, патологические изменения на пневмо- и электроэнцефалограмме и др. Однако критерии разграничения по трем степеням тяжести не были предметом специального исследования.

Степень отклонений характера сама по себе трудно поддается количественной оценке. Последнюю доступнее осуществить по другим, зависящим от этих отклонений показателям [Личко А. Е., Александров Ар. А., 1973]. К ним относятся:

- 1) тяжесть, продолжительность и частота декомпенсаций, фаз, психогенных реакций и, что особенно важно, соответствие их силе и особенностям вызвавших факторов;
- 2) степень тяжести крайних форм нарушений поведения;
- 3) оцениваемая в «длиннике» степень социальной (трудовой, семейной) дезадаптации;
- 4) степень правильности самооценки особенностей своего характера, критичности к своему поведению.

При разных типах психопатий значение каждого из этих показателей будет иным, поэтому основываться следует на совокупной оценке по всем перечисленным критериям. Исходя из сказанного, нами было предложено выделить три степени тяжести психопатий и две степени акцентуаций характера. Описание каждой из них иллюстрируется примером, относящимся к одному и тому же (истероидному) типу характера.

Тяжелая психопатия (степень III). Компенсаторные механизмы крайне слабы, едва намечаются или бывают лишь парциальными, охватывая только часть психопатических особенностей, но зато достигая здесь такой гиперкомпенсации, что сами выступают уже как психопатические черты. Компенсации всегда неполные и непродолжительные. Декомпенсации легко возникают от незначительных причин и даже без видимого повода. На высоте декомпенсаций картина может достигать психотического уровня (тяжелые дисфории, депрессии, сумеречные состояния и др.). При тяжелой степени некоторых психопатий (ши-

зоидной, психастенической и др.) нередко возникают диагностические сомнения, не являются ли данные случаи психопатоподобным дефектом при шизофрении или ее вялотекущей формой. Однако ни признаков процесса, ни четких указаний на перенесенный в прошлом шизофренический шуб обнаружить не удастся. Нарушения поведения могут достигать уровня уголовных преступлений, суицидных актов и других действий, грозящих тяжелыми последствиями для самого психопата или его близких. Обычно имеет место постоянная и значительная социальная дезадаптация. Такие подростки рано бросают учебу, почти не работают, за исключением коротких эпизодов или условий принудительного труда. Живут они за счет других или за счет государства. Обнаруживается полная неспособность к поддержанию семейных отношений — связи с семьей разорваны, или крайне натянуты из-за постоянных конфликтов, или носят характер патологической зависимости (психопата от кого-либо из членов семьи или последних от психопата). Дезадаптация отчетливо выступает также в среде сверстников. Самооценка характера неправильная или отличается парциальностью — подмечаются лишь некоторые черты, особенно проявления патологической гиперкомпенсации. Критика к своему поведению заметно снижена, а на высоте декомпенсаций может полностью утрачиваться.

Геннадий У., 18 лет. С 15 лет не работает и не учится, находится на иждивении у престарелой бабки. Отец-алкоголик давно бросил семью. Мать также злоупотребляла алкоголем, умерла от отравления метиловым спиртом. Воспитывался бабкой, которая всегда во всем ему потакала. С раннего детства непослушен и капризен. С 1-го класса школы обнаружилось нарушение поведения: не хотел учиться, убегал с уроков, грубил учителям. Способности были удовлетворительными, но из-за прогулов дублировал 3-й и 5-й классы. Стремился в компанию более старших уличных подростков. За мелкое хулиганство и воровство не раз был задержан милицией. В 13 лет в связи с нарушениями поведения был впервые направлен в детскую психиатрическую больницу, где были отмечены эмоциональная лабильность, лживость и склонность к фантазированию. В 15 лет, оставшись на третий год в 5-м классе, бросил школу. Несколько раз начинал работать в разных местах: учеником

сапожника, грузчиком, продавцом мороженого, подсобным рабочим. Всюду бездельничал, опаздывал, прогуливал, затем вообще бросал работу. Дни проводил в компании уличных подростков, выпивал, отнимал деньги у малышей, идущих в школу.

Все более обнаруживалась склонность к фантазированию и псевдологии. Развлекался ложными вызовами по телефону то милиции, то пожарных, то скорой помощи, при этом обнаруживал изрядный артистизм, легко вживаясь в роль. В беседе с врачом на ходу сочинял истории о том, что его мать была из мести отравлена соседкой, что сам он около банка нашел крупную сумму потерянных денег, расписывал, как их тратил, как якобы путешествовал в Сочи; заявил, что дома у него тайный склад оружия и боеприпасов, собранных в местах бывших боев, что он помог милиции изловить бандитов и т. п. К своему поведению относился без критики: часть проступков отрицал, в части, как и в своем характере, не видел ничего особенного.

Отмечен выраженный инфантилизм — выглядит 14–15-летним. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный истероидно-неустойчивый тип. Имеется указание на возможность психопатии. Конформность — низкая (свойственно истероидному типу), реакция эмансипации — слабая. На склонность к делинквентности указывает определение неустойчивого типа. Отношение к алкоголизации — неопределенное. По шкале субъективной оценки — самооценка неверная: достоверно выделяются черты конформного и гипертимного типов, отвергаются меланхолические и астеноневротические черты.

Диагноз. Психопатия истероидного типа тяжелой степени на фоне психофизического инфантилизма.

Катамнез. На протяжении последующих двух лет трижды был госпитализирован в психиатрические больницы в связи с декомпенсациями психопатии. Почти не работает, стал пьянствовать.

Выраженная психопатия (степень II). Компенсаторные механизмы нестойки, и в силу этого компенсации непродолжительны. Декомпен-

сации могут возникать от незначительных поводов. Тяжелые декомпенсации и серьезные нарушения поведения обычно все же следуют за психическими травмами или возникают в трудных ситуациях. Социальная адаптация бывает неполной и нестойкой. Работу или учебу то бросают, то возобновляют. Способности остаются нереализованными. Отношения с родными полны конфликтов или отличаются патологической зависимостью. Самооценка черт характера и степень самокритичности весьма разнятся в зависимости от типа психопатий.

Алексей Б., 17 лет. Родился в асфиксии, беременность протекала с токсикозом и угрожающим выкидышем. В первые годы жизни развитие без отклонений. С детства склонен к фантазированию, упрям, непослушен. Родители — пожилые, оба педагоги, были неединодушны в воспитательных мерах, каждый стремился по-своему чрезмерно опекать сына.

С 7 лет в ответ на нотации за непослушание стал убегать из дома в лес. Тогда отец в целях наказания сам стал отводить его в лес и бросать там одного. Теплоты в отношениях между ним и родителями никогда не было. В школе, несмотря на хорошие способности, учился очень неровно. Начинал с большим интересом, метил в отличники, но при первых трудностях пасовал, забрасывал занятия, начинал прогуливать уроки. Тогда родители обычно переводили его в новую школу, где все начиналось сначала. С 13 лет стал особенно трудным. Из-за прогулов дублировал 7-й класс, с трудом окончил 8-й. Начал курить, нарушал дисциплину в школе, после конфликтов с родными убегал из дому, ночевал в подвалах, мошенническим образом собирал деньги у касс в автобусах. Сам домой из побегов не возвращался, а старался, чтобы его со скандалом доставила милиция: для этого вечером укладывался спать на бульваре в центре города, ночью старался попасть на глаза милиционеру и т. п. Окончив 8 классов, требовал от родителей, чтобы его устроили лаборантом в научно-исследовательский институт, другую работу или ПТУ считал недостойными для себя. После отказа в приеме на эту работу пытался изобразить повешение в парадной своего дома на глазах у проходивших мимо соседей. Стал проводить время в курительной комнате Публичной библиотеки, вращался среди юношей, готовившихся поступать в вузы, пытался сколотить компанию в «союз фаталистов»: предлагал по жребию испытать судьбу — пройти по пе-

рилам моста через Неву, выпить из стаканов, в одном из которых будет яд, и т. п. Своими рассказами собирал вокруг себя слушателей. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. После выписки устроился на завод учеником токаря и поступил в вечернюю школу. Однако учебу быстро забросил. Дома конфликтовал с родителями и через несколько месяцев сам попросил о повторной госпитализации в психиатрическую больницу, чтобы «отдохнуть».

В беседе старался произвести впечатление своей незаурядностью, выставлял напоказ некоторые отрицательные черты своего поведения, но отвергал истероидные черты. Строил нереальные планы о поступлении в вуз.

При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный истероидно-неустойчивый тип. Обнаружены признаки, указывающие на возможность психопатии. Конформность низкая, реакция эмансипации выраженная. Отмечена психологическая склонность к алкоголизации. Определение неустойчивого типа служит указанием на психологическую склонность к делинквентности. По шкале субъективной оценки самооценка неполная: достоверно выделяются черты неустойчивого типа, отвергаемых черт не выявлено.

Диагноз. Истероидная психопатия выраженной степени.

Катамнез. После выписки бросил и завод, и вечернюю школу. Окончил краткосрочные курсы кинодемонстраторов, но работать не стал. Поступил в медицинское училище, поначалу занимался с увлечением, но вскоре надоело, стал прогуливать и бездельничать. При угрозе исключения из училища демонстративно вскрыл себе вены. Другую суицидальную демонстрацию устроил после упреков родителей в безделье — взял у себя из вены шприцем кровь, развел ее в тазу с водой и показывал соседям, уверяя, что выпустил у себя полтаза крови. Затем сам бросил училище. Женился на женщине старше его на 7 лет, был на ее иждивении. Вскоре бросил ее, вернулся к родителям, стал работать на почте разносчиком телеграмм.

Умеренная психопатия (степень I). Компенсаторные механизмы достаточно выражены. Возможны продолжительные компенсации.

Срывы обычно ситуативно обусловлены, их глубина и продолжительность пропорциональны психической травме. Декомпенсации проявляются заострением психопатических черт и нарушениями поведения. Последние, однако, за исключением особо тяжелых ситуаций, не достигают крайних степеней. Социальная адаптация неустойчива, снижена или ограничена. При неустойчивой адаптации легко возникают срывы. При сниженной адаптации подростки учатся или работают явно ниже способностей. При ограниченной адаптации резко сужен круг интересов или жестко определена область, где возможна продуктивная деятельность и где иногда достигаются выдающиеся результаты (так называемые талантливые психопаты). В других, даже близких областях сразу обнаруживается полная несостоятельность. Семейные отношения отличаются дисгармонией и крайней избирательностью (чрезмерная привязанность к одним членам семьи, конфликты и разрыв с другими). При большинстве типов психопатий (кроме истероидной и неустойчивой) сохраняются относительно правильная оценка черт своего характера и критика к своему поведению, не всегда, однако, достаточно глубокая.

Александр Ф., 16 лет. Мать отличается претенциозностью, театральной манерой держать себя. С детства баловала сына, во всем ему потакала, выставляла напоказ знакомым его способности.

Отец, увлеченный руководящей работой, сыном мало интересовался. С детства рос капризным, «за все брался и скоро остывал». В школьные годы обнаружил хорошие способности, но был неусидчив. Увлекался чтением фантастики. Охотно начал учиться игре на рояле, но затем бросил. Любил покрасоваться перед сверстниками, претендовал на роль заводилы. Летом после 8-го класса отрастил себе длинные волосы и, чтобы не стричься, как этого требовала школа, решил пойти в техникум. Выбрал техникум, трудный для поступления и со сложной программой учебы, но весьма престижный среди подростков. Прошел по конкурсу, но систематических занятий не выдержал — стал прогуливать, вместо техникума ходить в кино, был отчислен. Поступил учеником слесаря на завод, но работа не понравилась — «грязная», стал отлынивать, затем уволился с завода, заявив, что готовится поступать в техникум, но время проводил в веселых компаниях. Тянулся

к бездельникам, собирающимся около гостиниц, выдавал себя за сына родителей, занимающих высокие посты. Стал увлекаться поп-музыкой, обнаружил здесь способности и знания. Собрал большую коллекцию фотографий современных зарубежных эстрадных ансамблей, знал их репертуар, разбирался в особенностях исполнительской техники. Завесил этими фотографиями все стены своей комнаты, которая стала местом паломничества новых приятелей и приятельниц. Охотно выступал в роли своеобразного гида в своем домашнем музее. Пытался изучать финский язык, чтобы «говорить с туристами», но вскоре тоже бросил — «надоело». Вступил в связь с девицей легкого поведения. Стал выпивать (немного хорошего вина, крепких напитков избегал). Приходя домой в состоянии легкого опьянения, устраивал матери истерики: кричал, рыдал, катался по полу, требовал значительные суммы денег на модную одежду, корил, что «ходит, как оборванец». В ответ на упреки родителей в безделье на их глазах порезал себе вены на руках. Приобрел шприц, дома спрятал так, чтобы заведомо нашла мать. Хотел, чтобы она приняла его за наркомана. После обвинения в тунеядстве перед матерью дома разыграл «помешательство»: разделся голым и лег на пол, пытался бить стекла, кричал, что он наркоман. При направлении в психиатрическую больницу пытался выдать себя за наркомана. В больнице тянулся к асоциальным подросткам, старался произвести на них впечатление. Врачу заявил, что готовится поступать на юридический факультет.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный истероидно-неустойчивый тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не выявлено. Отмечена склонность к диссимуляции черт характера и личностных отношений. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная (возможна диссимуляция неконформности и стремления к эмансипации). Обнаружена психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неверная: достоверно выделяются гипертимные черты, отвергаются черты астеноневротического типа.

Диагноз. Истероидная психопатия умеренной степени.

Катамнез. После выписки поступил учеником слесаря на другой завод, где в администрации работала его мать. Там полтора года терпели его

прогулы и отлынивание от работы, затем уволили. На новую работу не поступил, «ждал призыва в армию», время проводил в компаниях, подражающих хиппи.

Дифференциация психопатий умеренной степени и акцентуаций характера в подростковом возрасте нередко представляет нелегкую задачу, поскольку на фоне акцентуаций могут возникать такие нарушения поведения, которые производят впечатление психопатических.

Наши наблюдения побудили выделить две степени акцентуаций характера, из них одна — явная акцентуация — принадлежит к крайним, а другая — скрытая акцентуация — к обычным вариантам нормы.

Явная акцентуация. Отличается наличием выраженных черт определенного типа характера. Тщательно собранный анамнез, сведения от близких, непродолжительное наблюдение за поведением, особенно среди сверстников, позволяют распознать этот тип. Однако выраженность черт какого-либо типа не препятствует обычно удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение соответствует способностям и возможностям. Акцентуированные черты характера обычно хорошо компенсированы, хотя в пубертатном периоде они, как правило, заостряются и могут обуславливать временные нарушения адаптации. Однако преходящая социальная дезадаптация и нарушения поведения возникают только после тех психических травм и в тех трудных ситуациях, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Никита Б., 18 лет. Отец оставил семью, когда сыну было 10 лет, и интереса к нему не проявлял. Мать — доцент-математик, тяжело больна полиартритом, многие годы прикована к постели, имеет инвалидность I группы. Дом ведет бабушка. С детства отличался капризами и эгоцентризмом. Требовал себе красивую одежду, презирал младшего брата за то, что тот помогал в домашнем хозяйстве. Был любимцем бабушки, которая тайком от матери давала ему деньги на сласти и развлечения. Учился хорошо, школьные годы прошли без нарушений поведения. Окончил 10 классов, пытался поступить на географический факультет университета, хвастался перед приятелями, что будет много путеше-

ствовать за рубежом, Не прошел по конкурсу, устроился лаборантом в научно-исследовательский институт в надежде поступить в университет в будущем году. Обладая привлекательной внешностью, стал на работе заводить знакомства с женщинами старше себя, пользовался их вниманием, услугами и т. п. Сам же о матери не заботился, жил за счет ее пенсии, заработанных денег ей не отдавал, тратил их на модную одежду. Неожиданно для себя получил извещение о предстоящем призыве в армию. Полагал, что в связи с инвалидностью матери получит освобождение. Однако мать позвонила в военкомат и попросила взять его на военную службу, так как не он ее, а она его содержит. Узнав об этом в военкомате, придя домой, на глазах у матери выпил, по его словам, «тридцать таблеток димедрола». Затем стал нелепо себя вести — истерически хохотал, делал вид, что что-то ловит на стене, отвечал невпопад. Когда вызвали скорую помощь, охотно отправился в больницу.

При поступлении сперва утверждал, что ничего не помнит. Затем заявил, что пытался покончить с собой из-за неудачной любви — якобы сослуживица, в которую он влюблен, порвала с ним связь. При попытке врача связаться с его работой сразу стал просить ничего туда не сообщать. Сознался, что был обижен на мать, хотел избежать призыва в армию, чтобы «не терять там попусту время». Разволновался, когда узнал, что освобождение от службы в армии по причине психического расстройства, на которое он надеялся, неблагоприятно скажется на его высоких притязаниях в отношении своего будущего. Охотно согласился служить в армии.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован истероидный тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не обнаружено. Отмечена склонность к диссимуляции черт характера и личностных отношений. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная, психологической склонности к делинквентности не выявлено, установлена сильная психологическая склонность к алкоголизации (в связи с определением истероидного типа и диссимуляции неконформизм и реакция эмансипации могут быть замаскированы, а высокая склонность к алкоголизации носит демонстративный характер).

По шкале субъективной оценки самооценка неверная: достоверно выделяются гипертимные черты, отвергаются черты астеноневротические и сенситивные.

Диагноз. Острая демонстративная аффективная реакция на фоне явной акцентуации истероидного типа.

Катамнез через год. Служит в армии.

Скрытая акцентуация. В обычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не видны совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа ярко выступают, порой неожиданно для окружающих, под действием тех или иных ситуаций или психических травм, но только опять же тех, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Психические травмы иного рода, даже тяжелые, могут не выявить тип характера. Выявление акцентуированных черт, как правило, не приводит к заметной дезадаптации, или она бывает кратковременной. Самооценка может включать как латентные черты, так и черты противоположные, являющиеся следствием компенсации. Поэтому в самооценке могут фигурировать, казалось бы, несовместимые сочетания шизоидности и гипертимности, истероидности и психастеничности и т. п.

Михаил Б., 16 лет. В семье конфликтные отношения между строгим отцом и бабушкой по матери, с детства балующей внука. Отца не любит, считает деспотом. Бабушку хотя и эксплуатирует, но старается «не замечать». Сильно привязан к матери, которую ревнует к отцу. Учится удовлетворительно, существенных нарушений поведения не было, но обнаруживает склонность к протестным реакциям. С 13 лет стал много курить «назло отцу», который побил его за курение с приятелями. Отрастил длинные волосы, что раздражало отца. Когда учителя потребовали постричься — обрил голову наголо, чтобы «ходить по школе как уголовник, выпущенный из тюрьмы». Отношения с товарищами хорошие, с некоторыми учителями — конфликтные. Особенно ненавидит учительницу, которая перед всем классом назвала его второгодником (в 8-м классе он остался на второй год из-за нескольких обострений хронической пневмонии). После окончания школы хочет стать шофером междугородных автобусов, возить туристов. В этом выборе также звучит протест отцу, мечтающему о высшем образовании для сына.

Около полугода назад влюбился в одноклассницу, которая сперва принимала его ухаживания, а затем отдала предпочтение другому юноше. Тот сообщил ему об этом демонстративно в присутствии других одноклассников. Тяжело переживал не только сам разрыв, но и то, что был унижен перед сверстниками. По его словам, решил припугнуть возлюбленную, показать, на что он способен. Вернувшись из школы и будучи дома один, рассчитал момент, когда родители должны были вернуться с работы, а затем эта девочка должна была позвонить по делу. Принял 10 таблеток седуксена и 15 таблеток беллоида. Оставил девочке прощальную записку: «Мой поезд уходит, желаю счастья». Уснул и очнулся в реанимационном центре. Заявил, что «не рассчитал и принял слишком много». По его словам, «это, с одной стороны, хорошо — она подумает, что я — серьезно, но, с другой стороны, зачем надо было привозить в психиатрическую больницу?» Будучи в больнице, помирился с возлюбленной, которая снова стала проявлять к нему внимание. Обеспокоен только, как бы его поступок не помешал ему в будущем получить водительские права.

В беседе с врачами, в общении со сверстниками и с медперсоналом ни рисовки, ни позерства, ни других истероидных черт не обнаруживает.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован истероидный тип. Отмечена склонность к диссимуляции черт характера и личностных отношений. Конформность умеренная, реакция эмансипации очень сильная (свойственно истероидному типу). Отмечена психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации, которые, учитывая определение истероидного типа и диссимуляции, могут носить демонстративный характер. По шкале субъективной оценки самооценка неверная: достоверно выделяются гипертимные черты, отвергаются черты меланхолические.

Диагноз. Острая аффективная реакция с суицидной попыткой на фоне скрытой акцентуации истероидного типа.

Катамнез. Окончил 10 классов. Повторных суицидных попыток и заметных нарушений поведения не было. Через полгода в откровенной беседе сознался, что совершенная суицидная попытка отражала «минутное решение расстаться с жизнью», так как ситуация тогда казалась ему непереносимой. Ошибочно посчитал, что беллоид — это сильный яд, «спутал с беленой».

Рассказал, что при поступлении в психиатрическую больницу, когда ждал осмотра в приемном покое, «один алкоголик научил меня говорить врачам, что я только хотел попугать девочку, но не рассчитал и принял слишком много». Так и поступил, чтобы «быстрее выписаться».

С помощью предлагаемой рабочей схемы разделения психопатий по степени тяжести и акцентуаций по степени выраженности нами было оценено 300 подростков мужского пола от 14 до 18 лет, поступивших в психиатрическую клинику по поводу непсихотических нарушений поведения, острых аффективных реакций, реактивных состояний, но без явлений психоза и умственной отсталости. Во всех этих случаях ставился вопрос о диагностике психопатий (табл. 1).

Таблица 1. Частота разных степеней тяжести психопатий и выраженности акцентуаций характера среди подростков мужского пола, поступивших в психиатрическую больницу

Степень тяжести или выражен- ности	Число случаев	Процент от общего числа (300)	Процент от числа	
			психопатий (174)	акцентуаций (126)
Психопатии:				
Тяжелые	36	12	20	
Выраженные	84	28	48	
Умеренные	54	18	32	
Всего	174	58	100	
Акцентуации:				
Явные	93	31		74
Скрытые	33	11		26
Всего	126	42		100

Естественно, что приведенные частоты относятся только к контингенту подростков, поступающих в психиатрические больницы. При обследовании подростков, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, но не подвергавшихся госпитализации, видимо, доля психопатий умеренной степени и акцентуаций характера значительно возрастает. В здоровой популяции подростков процент психопатий, оказавшихся вне поля зрения психиатра, составит, вероятно, ничтожную долю, а акцентуации — лишь некоторую часть.

По мнению К. Leonhard [1968], в развитых странах «акцентуированные личности» составляют почти половину популяции. Может быть, это справедливо, если учитывать суммарно и явные, и скрытые акцентуации. Судить о частоте явных акцентуаций в популяции подростков довольно трудно. Массовые обследования возможны с помощью специального психологического метода — «Патохарактерологического диагностического опросника для подростков» — ПДО [1976] и его усовершенствованного варианта [Патохарактерологические исследования..., 1981]. Этим методом диагностируются суммарно как явные, так и скрытые акцентуации, и можно думать, что последние составляют подавляющее большинство.

По данным нашего сотрудника Н. Я. Иванова [1976], частота акцентуаций характера (явных и скрытых) в разных контингентах подростков составляет от 33 до 88% (табл. 2). Эта величина оказалась наиболее высокой в английской школе и наименьшей у мальчиков в закрытом учебном заведении со строгим медицинским отбором и регламентированным дисциплинарным режимом (Арктическое училище), а у девочек — в педагогическом училище, готовящем воспитателей детских садов.

Таблица 2. Частота (%) выявления с помощью ПДО акцентуаций характера в популяции подростков [по данным Н. Я. Иванова, 1976]

Контингент обследованных	Пол подростков	
	мужской	женский
<i>Возраст 14–15 лет</i>		
8-й класс средней школы	52	42
<i>Возраст 16–17 лет</i>		
9–10-й классы средней школы	50	38
1–2-й курсы ПТУ	73	62
9–10-й классы математической школы	52	67
9–10-й классы английской школы	88	79
Арктическое морское училище	33	
Педагогическое училище, готовящее воспитателей детских садов	—	35
Физкультурный техникум	68	58

Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения

Считать ли все случаи психопатий эндогенной, конституциональной аномалией характера или признать возможность их формирования исключительно под влиянием неблагоприятных, прежде всего социальных, влияний среды? Ответ на этот вопрос стал предметом споров с первых шагов зарождения учения о психопатиях.

В. М. Бехтерев [1886] полагал, что причиной могут быть как неблагоприятная наследственность, так и тяжелые нравственные условия, неправильное воспитание, дурной пример родителей, тяжкие общие заболевания. Однако большинство исследователей склонялись к эндогенной концепции происхождения психопатий [Koch J., 1891; Kraepelin E., 1915; Kretschmer E., 1921; Schneider K., 1923; Kahn E., 1928; Ганнушкин П. Б., 1933].

Изменения характера под очевидным влиянием среды стали выделяться в особые формы, называемые «социопатией» [Ленц А. К., 1927], ситуационным развитием [Ганнушкин П. Б., 1933], псевдопсихопатией [Осипов В. П., 1936], реактивными изменениями характера [Сухарева Г. Е., 1969] и т. п.

Формирование психопатий под влиянием тяжелой и длительной психической травматизации стало актуальной проблемой в детской и подростковой психиатрии. Подростковый возраст — это период формирования характера, и поэтому обнаруживается большая податливость влияниям среды. Условия последней могут способствовать не только разворачиванию и развитию, но и подавлению, компенсации эндогенно заложенных или в раннем онтогенезе приобретенных аномалий. Тяжкие удары судьбы, обстановка, резко искажающая развитие личности, могут оставить неизгладимый след в характере, если падают на период его формирования.

Особую группу составляют изменения характера под влиянием пренатальных, натальных и ранних постнатальных поражений головного