

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Подростковая психиатрия как особая отрасль получила в нашей стране широкое признание. В крупных психиатрических больницах одно за другим стали открываться специальные подростковые отделения, в психоневрологических диспансерах – подростковые кабинеты. Растет число публикаций по вопросам подростковой психиатрии. При этом широкий круг психопатических расстройств по-прежнему остается ее центральной проблемой. Знания о специфике нервно-психических расстройств у подростков, особенно в области психопатий и психопатоподобных состояний постоянно растут и пополняются.

Впервые книга увидела свет в период, когда акселерация развития подростков достигла своего апогея – масса физически рано повзрослевших высокорослых подростков производила сильное впечатление на предшествующие поколения, словно наглядно подтверждая, что человечество вступило в эпоху научно-технической революции и бурного социально-экономического развития. С акселерацией был сопряжен ряд неожиданных социально-психологических проблем – большой разрыв между ранним физическим созреванием и социальной зрелостью, распад одной возрастной когорты подростков на акселерированных и инфантильных, что создавало определенные трудности для их социальной адаптации. Отсюда последовал ряд нарушений поведения разных степеней – от ярких картин, заострившихся в проявлениях психопатии до преходящих отклонений от общепринятого модуса поведения на фоне крайних вариантов нормы в отношении становления характера. Для обозначения последних нами был использован термин "акцентуации характера" вместо нередко бытующего "психопатические черты", чтобы подчеркнуть их принадлежность к крайним вариантам нормы, а не к зачаткам патологии.

С начала 80-х годов акселерация физического развития подростков как будто пошла на спад. Тем не менее, психопатии и психопатоподобные нарушения остаются одной из важнейших проблем подростковой психиатрии. Однако наряду с конституциональными психопатиями и нарушениями поведения на фоне

акцентуации характера на первый план стали выдвигаться иные психические расстройства - психопатоподобная вялотекущая шизофрения, психопатоподобные нарушения на фоне дебильности и резидуальных органических поражений головного мозга. Если дебильность в подростковом возрасте не представляет диагностических трудностей, а выявление резидуальных органических изменений мозга требует лишь тщательного обследования, то дифференциальный диагноз при вялотекущей психопатоподобной шизофрении у подростков может быть одной из самых трудных диагностических задач к психиатрии. Это побудило нас посвятить отдельную главу психопатоподобной вялотекущей шизофрении.

В последние годы стало особенно очевидным, что решающую роль в случаях психопатических развитий ("патохарактерологических формирований") у подростков играет неправильное воспитание. Поэтому в главе о психопатических развитиях у подростков особый акцент был сделан на видах неправильного воспитания.

Сложную проблему представляют смешанные типы психопатий и акцентуаций характера. Для разработки психотерапевтических программ и медико-педагогических рекомендаций важна не просто констатация смешанного типа ("микста"), но и знание того, из черт каких типов это сочетание складывается. Поэтому в главе IV описание основных типов психопатий и акцентуаций дополнено иллюстрациями различных вариантов смешанных типов. В конце этой главы рассмотрена данная проблема в целом (типы промежуточные и "амальгамные").

Кроме этого, на наш взгляд, необходимо дать четкое определение понятию "акцентуация характера" для того, чтобы избежать его использования в качестве клинического диагноза, поэтому такое определение можно найти в первой главе.

Надеюсь, что книга послужит полезным пособием всем, для кого важны проблемы подростковой психиатрии.

Автор

ГЛАВА I

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ, ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ "ПСИХОПАТИИ" И "АК- ЦЕНТУАЦИИ"

Психопатия - 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... приспособиться 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, к 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 раздражают 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 «сколькими-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 психопатии, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе – каждый тип психопатии 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 от-

ношения. 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 присоединятся 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 психопатии 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 также 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 психопатию. 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. К. 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 О. В. Кербикову, 1961) выделил наряду с "desequilibres", т. е. "неуравновешен-

ными" (термин во французской психиатрии того времени, аналогичный "психопатиям"), еще и "desequilibrants", т. е. "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. Leongard (1968) – "акцентуированная личность". Это наименование подчеркивает, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии ("предпсихопатии" по М. Trameg, 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. Leongard, 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 ахиллессова пята. Например, такого рода психическими травмами и трудными ситуациями могут послужить для характера гипертим-

ного – 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 акцентуации 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. Лакошиной (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. Леонард (1976, 1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ ПО ТЯЖЕСТИ И АКЦЕНТУАЦИЙ 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 декомпенсации возникают психотические расстройства или исключаящая вменяемость утрата способности к "вероятностному прогнозированию своей деятельности и соответствующей коррекции своего поведения" или в основе нарушении характера лежат выраженные эндокринные расстройства [Фелинская Н. И., 1965; Шостакович Б. В., 1971]. По материалам судебной экспертизы, случаи психопатии, 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 декомпенсации, патологические изменения на пневмо- и энцефаллограмме и др. Однако критерии разграничения по трем степеням тяжести не были предметом специального исследования.

Степень отклонения характера сама по себе трудно поддается количественной оценке. Последнюю доступнее осуществить по другим, зависящим от этих отклонений показателям [Личко Л. Г., Александров А. А., 1973]. К ним относятся: 1) тяжесть, продолжительность и частота декомпенсации, 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 равных 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 лишь часть психопатических особенностей, но зато достигают 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 (шизоидной, психоастенической 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). Деадаптация 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.

Г е н н а д и й 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 обнаружили нарушения 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 пу-

тешествовал 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 типа, отвергаются меланхолические и астено-невротические 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. Декомпенсации 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 психопатии.

А л е к с е й 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 педаго-

ги, были неединодушны в воспитательных мерах, каждый стремился по-своему чрезмерно опекать сына. С 7 лет в ответ на нотации за непослушание стал убегать из дому 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 восьмой. 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 перилам 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, выставял 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 увольнения 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 избира-

тельностью (чрезмерная привязанность к одним членам семьи, конфликты и разрыв с другими). При большинстве типов психопатий (кроме истероидной и неустойчивой) сохраняется относительно правильная оценка черт своего характера и критика к своему поведению, не всегда, однако, достаточно глубокая.

А л е к с а н д р 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 играть на рояле, но затем бросил. Любил покрасоваться перед сверстниками, претендовал на роль заводилов. Летом после 8-го класса отпустил 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, крепкие напитки 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 астено-невротического 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 акцентуация характера в подростковом возрасте нередко представляют нелегкую задачу, так как 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 анам-

нез, сведения о 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.

Н и к и т а 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 путешествовать 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 астено-невротические 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, порою неожиданно для окружающих, под действием некоторых ситуаций или психических травм, но только опять же тех, которые предъявляют повы-

шенные требования к "месту наименьшего сопротивления". Психические травмы иного рода, даже тяжелые, могут не выявить типа 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.

М и х а и л 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 остался на второй год из-за нескольких обострений хронической пневмонии). После окончания школы хочет стать шофером международных 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 вернуться с работы, а затем эта девочка должна 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 слиш-

ком много». По его словам, «это, с одной стороны, хорошо – она подумает, что я – серьезно, но, с другой стороны, зачем 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 истероидные черт не обнаруживает.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован истероидный тип. Отмечена склонность к диссимилиации 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 каралась 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 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 подростковую психиатрическую клинику по поводу непсихотических нарушений поведения, острых аффективных реакций, реактивных состояний, но без явлений пси-

хоза 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 выраженности	Число случаев	Процент от общего числа (300)	Процент от числа	
			психопатии (174)	акцентуации (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 акцентуаций – 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 выявляются 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 (в %) выявления с помощью ПДО акцентуаций характера в популяции подростков (по данным Н. Я. Иванова, 1976)

Контингент обследованных	Пол подростков	
	мужской	женский
Возраст 14 -15 лет:		
8-й класс средней школы	52	42
Возраст 16 -17 лет		
9-10-й класс средней школы	50	38
1-2-й курс ПТУ	73	62
9-10-й класс математ. школы	52	67
То же, 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 психопатии эндогенной, конституциональной аномалией характера или признать возможность их формирования исключительно под влиянием неблагоприятных, пре-

жде 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 психопатии [Koch J., 1891; Краепелин Е., 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 йод 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, катальных и ранних постнатальных поражений головного мозга травмами, инфекциями, интоксикациями. Эти изменения характера обычно обозначают как "органические психопатии" [Певзнер М. С., 1941; Сухарева Г. Е., 1959]. Они существенно отличаются от тех последствий, которые могут оставить те же вредные воздействия на мозг, но в возрасте, когда морфологическое формирование мозга уже в основном завершено [Сухарева Г.Е., 1972]. Последние случаи, в отличие от органических психопатий, обычно квалифицируются как психопатоподобные расстройства на почве резидуального органического поражения головного мозга.

К настоящему времени благодаря исследованиям Н. Binder

(1960), О.В. Кербикова (1962), В.В. Ковалева (1969), Г.К. Ушакова (1978) и др. может быть предложена следующая рабочая систематика различных психопатических форм применительно к подростковому возрасту.

Конституциональные, генинные, "ядерные" психопатии.

Решающей в их происхождении является неблагоприятная наследственность. Иногда удается проследить один и тот же тип характера у кого-то из родителей, сиблингов или других кровных родственников. Чаще в роду приходится встречать психопатические личности разных типов, а иногда и психические заболевания.

Конституциональные психопатии выявляются даже при самых благоприятных условиях воспитания. Однако степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды [Морозов Г.В., 1969]. Несмотря на эндогенную обусловленность, только некоторые типы психопатий (например, шизоидная) раскрываются с раннего возраста. Для каждого типа имеется свой критический возраст, на который обычно падает развертывание психопатических черт.

Психопатические или патохарактерологические развития, "приобретенные психопатии", "патохарактерологические формирования" (по В.В. Ковалеву). Здесь важнейшими являются неправильное воспитание, дурное влияние окружающей среды, особенно в подростковом возрасте, когда совершается становление характера. Последствия подобных же влияний в раннем детстве могут сглаживаться в подростковом периоде, если в это время развитие личности происходит в благоприятном окружении.

Известно, однако, что далеко не все дети и подростки, растущие в одних и тех же неблагоприятных условиях, обнаруживают психопатические черты. В одинаковой среде, в одной и той же семье вырастают и разные типы психопатов, и совершенно здоровые личности. Вероятно, что в подавляющем большинстве случаев необходимо, чтобы семена дурных воздействий среды упали на подходящую для них эндогенно подготовленную почву. Такой почвой чаще всего может служить акцентуация характера. Для психопатического развития на почве акцентуации необходимо не

просто любое неблагоприятное социально-психологическое воздействие. Оно должно быть таким, чтобы адресоваться к "месту наименьшего сопротивления" данного типа акцентуации, и, кроме того, быть достаточно продолжительным, чтобы оставить стойкий след. Взаимоотношения между разными видами неправильного воспитания и психической травматизации, с одной стороны, и наиболее чувствительными к ним типами акцентуаций, с другой, будут рассматриваться в гл. V.

Лишь исключительные условия, особенно тяжкие удары судьбы способны, видимо, сформировать психопатию на любой почве. Из прежней практики в дореволюционной России известны случаи психопатий на почве детско-подросткового госпитализма, когда все развитие – от младенчества до юности шло в закрытых воспитательных учреждениях, где сугубо формализованный режим прикрывал жестокие отношения между воспитанниками. Другим примером могут послужить дети узников в фашистских концентрационных лагерях, выросшие в заключении со своими родителями: все они оказались особого рода психопатическими личностями. Но во всех этих случаях правильнее говорить не о психопатическом (патохарактерологическом), а о психогенном развитии [Binder H., 1960].

На первых порах психопатическое (патохарактерологическое) развитие еще обратимо, но далеко зашедшее становится неотличимым от конституциональной психопатии [Кербиков О. В., 1961].

В термины "психопатическое развитие" и "патохарактерологическое развитие" нередко вкладывается различное содержание [Щербина Е. А., Сергеева Г. Е., 1978, Ковалев В. В., 1979]. Первое определяют как процесс становления конституциональной психопатии в детском, подростковом и молодом возрасте. Патохарактерологическим развитием обозначают, в отличие от "приобретенных" или "краевых" психопатий, только тот ранний этап их формирования, когда еще нет соответствия всем диагностическим критериям психопатии, когда еще девиации характера обратимы, возможна "депсихопатизация" [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980].

С нашей точки зрения, нет нужды в эти сходные понятия вкладывать разный смысл. Процесс становления конституциональных психопатий вряд ли нуждается в особом термине. На-

рушения характера, обусловленные влиянием среды, но не достигающие уровня психопатии, не следует рассматривать как стойкую форму патологии и относить к патохарактерологическому развитию. Их правомерно относить к реакциям или транзиторным, обратимым нарушениям на фоне акцентуаций характера.

Органические психопатии. Здесь аномалии характера бывают обусловлены действием пренатальных, натальных и ранних (первые 2–3 года жизни) постнатальных вредностей на формирующийся в раннем онтогенезе мозг. К этим вредностям относятся тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, внутриутробные и ранние мозговые инфекции, нейроинтоксикации, тяжелые длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни и т. п. Эта группа психопатий рассматривается в гл. VI.

Психопатоподобные расстройства на почве резидуального органического поражения головного мозга. Сюда относят стойкие изменения характера после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и тяжелых интоксикаций нейротропными ядами, начиная с возраста, когда формирование мозга в основном завершено: после первого критического периода, т. е. после 3–4 лет. Для подросткового периода особое значение имеют черепно-мозговые травмы. Чаще всего приходится видеть известные картины церебрастении или энцефалопатии, которые в подростковом возрасте имеют некоторые особенности проявлений [Личко А. Е., 1979]. Перечисленные факторы в подростковом возрасте могут иногда играть роль "второго удара" на фоне уже имевшихся в раннем онтогенезе пренатальных, натальных или ранних постнатальных вредностей. Тогда вслед за таким вторым ударом может развернуться картина органической психопатии, до этого затушеванная или вовсе незаметная.

К этой же группе психопатоподобных расстройств примыкают изменения характера, встречающиеся у некоторых больных эпилепсией. Изменения, сходные с конституциональной эпилептоидной психопатией, встречаются не ранее 5-6-летнего возраста [Абрамович Г. Б., 1965]. В генезе этих изменений важнейшую роль играет органическое поражение головного мозга – либо то же самое, что послужило причиной эпилепсии, либо явившееся

следствием эпилептической болезни.

Психопатоподобные (псевдопсихопатические) расстройства при шизофрении и аффективных психозах. В подростковом возрасте большинство случаев шизофрении дебютирует с изменений характера. При остро начавшейся шизофрении они могут встречаться в периоде предвестников. При прогрессивной шизофрении с постепенным началом нередко имеют место психопатоподобные дебюты [Личко Л. Е., 1979]. Ремиссии у подростков особенно часто сопровождаются психопатоподобными нарушениями. После перенесенного в детстве или юности приступа шизофрении могут быть многолетние ремиссии с психопатоподобными изменениями личности – "постпроцессуальные психопатии" [Гурьева Б. А., Гиндикин В.Я., 1980]. Наконец, существует особая форма – психопатоподобная вялотекущая (или медленно текущая, по Д. С. Озерецковскому, 1973) шизофрения, начало которой обычно относится к подростковому возрасту. Здесь изменениями характера в основном исчерпываются проявления болезни. Дифференциальная диагностика между психопатоподобными проявлениями шизофрении и становлением психопатии в подростковом возрасте представляет собой одну из самых сложных и трудных диагностических задач в психиатрии.

При аффективных психозах (маниакально-депрессивном и шизоаффективных) как гипоманиакальные, так и депрессивные состояния в подростковом возрасте нередко могут маскироваться психопатоподобным поведением, и на первых порах распознавание истинной причины такого поведения не всегда бывает легким. Злокачественное течение маниакально-депрессивного психоза у подростков может повести к формированию стойких психопатоподобных изменений [Личко А. Е., 1979]

Таковы основные пять форм психопатий и психопатоподобных расстройств, встречающихся в подростковом возрасте. С нашей точки зрения, первые три формы (конституциональные психопатии, психопатические развития и органические психопатии) правомерно включать в понятие психопатий в широком смысле слова. Две последние формы – изменения характера при резидуальных органических поражениях головного мозга и при

психических заболеваниях – правильнее относить к психопатоподобным расстройствам.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

П. Б. Ганнушкиным (1933) был введен ряд понятий, отражающих динамику психопатий: возрастные кризисы (пубертатный и климактерический), идиопатические приступы или фазы, психогенные и соматогенные реакции, конституциональные и ситуационные развития и др. Наиболее распространенными терминами, относящимися к динамике психопатий у взрослых, являются понятия "компенсация" и "декомпенсация". Компенсации могут осуществляться как за счет изменения "микросреды" (трудовой, семейной) на такую, где психопатические особенности характера позволяют приспособиться наилучшим образом (например, уединенный образ жизни для шизоида), так и за счет активной выработки механизмов психологической защиты, манеры поведения, образа жизни, порою контрастных психопатическим чертам и затушевывающих эти черты [Морозов Г. В., Шубина И. К., 1973]. Срыв компенсаторных механизмов в силу ли эндогенных особенностей динамики или под влиянием факторов среды обозначается как декомпенсация.

В подростковом возрасте компенсаторные механизмы нередко еще недостаточно сформированы. Зато, как правило, приходится иметь дело с подростковым заострением психопатических черт характера, особенно если психопатия (например, шизоидная) сложилась с детства. Однако подростковый возраст не только заостряет и ухудшает, но несет и новые компенсаторные возможности (например, "депсихопатизация" некоторых форм органических психопатий, наблюдавшихся в детстве).

Компенсация у представителей гипертимного, эмоционально-лабильного, отчасти эпилептоидного и шизоидного типов осуществляется чаще по пути подыскания той среды, где они себя чув-

ствуют относительно привольно. Такой средой для гипертимного подростка будет кипучая жизнь с массой новых впечатлений и возможностью всегда найти применение своей брызжущей энергии, для лабильного подростка - тепличная обстановка, доброжелательное окружение, возможность всегда найти ободрение и сопереживание. Представители сенситивного и отчасти психастенического типов более склонны к реакции гиперкомпенсации и выработке контрастных черт характера. Отсюда у сенситивных мальчиков занятия силовыми видами спорта с целью "закалить волю", а у психастеника – стремление к безапелляционным суждениям и быстрому, без раздумий выполнению решений. Под влиянием психических травм и неблагоприятных ситуаций возможен срыв компенсаторных механизмов – в таких случаях правомерно говорить о декомпенсациях психопатии у подростков.

Эндогенные фазы у циклоидов начинаются обычно с половым созреванием или даже позднее. С того же возраста становятся особенно выраженными дисфории у epileптоидов, беспричинное снижение настроения у шизоидов.

Определенным вкладом в учение о динамике психопатий является изучение процесса их становления – описание этапов формирования конституциональных, приобретенных и органических психопатий. В. А. Гурьева и В. Я. Гиндикин (1980) выделили три этапа начальных проявлений, структурирования и завершения формирования. Первые два этапа при конституциональных и органических психопатиях падают преимущественно на детство. При приобретенных психопатиях второй этап приходится обычно на 15-18 лет. С нашей точки зрения, выделение этих этапов для подростковой психиатрии имеет в большей степени теоретическое, чем практическое значение. О них можно судить ретроспективно, когда психопатия уже сформирована. Картина первого и даже второго этапов существенно не отличается от транзиторных нарушений поведения в детстве и у подростков, и диагноз психопатии здесь может оказаться преждевременным. Так или иначе, судя по эпидемиологическим данным, формирование психопатий в большинстве случаев завершается до 19 лет. Их частота, по данным Москвы, составляет 3 на 10 000 общего населения для подростков мужского и 1 на 10 000 женского пола [Чибисов Ю. К, 1977].

Большинство типов акцентуаций характера (кроме параной-

яльного и отчасти сенситивного) оказываются наиболее выраженными также именно в подростковом возрасте, что все же, как правило, не препятствует удовлетворительной социальной адаптации. К концу подросткового периода или по миновании его проявления акцентуации могут сгладиться или быть компенсированы настолько, что кроме как при особых обстоятельствах, не выявляться вовсе. Иначе говоря, явные акцентуации в подростковом возрасте могут по его миновании стать скрытыми.

Однако подростки с явными акцентуациями характера составляют группу "повышенного риска" – они податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам. Если психическая травма или сложившаяся ситуация наносит удар по "слабому месту" данного типа акцентуации, то соответствующие черты характера могут раскрыться пышным цветом, отражаясь на всем поведении, заостряясь до психопатического уровня. В таких случаях можно говорить о психопатических реакциях у акцентуированных подростков, имея в виду, что изменения обстановки, сглаживание следов психической травмы, разрешение ситуации все вернет в обычное русло. Иногда термин "психопатические реакции" используется в ином смысле – для спровоцированных психическими травмами резких изменений поведения у психопатов, для заострения черт психопатии в психогенной ситуации. Представляется более правильной точка зрения О. В. Кербикова (1962) – относить к психопатическим реакциям временные, переходящие характерологические сдвиги, возникающие реактивно, т. е. употреблять этот термин только при акцентуациях характера. Тем не менее, эти временные сдвиги могут оказаться первым шагом к психопатическому развитию [Ковалев В. В., 1973]. Неразрешенные ситуации, длительная психическая травматизация, адресующиеся к месту наименьшего сопротивления, влекут к повторению психопатических реакций и перерастанию их в психопатические развития.

Помимо психопатических реакций, целесообразно выделять острые аффективные реакции, которые на фоне акцентуаций характера возникают в ответ на индивидуально значимые психические травмы или трудно переносимые ситуации. Эти реакции кратковременны, обычно длятся не более суток. Аффект может разряжаться агрессией на окружающих, аутоагрессией, бегством из аффектогенной ситуации или разыгрыванием бурных сцен.

В зависимости от этого острые аффективные реакции могут быть обозначены как экстрапунитивные, интрапунитивные, импунитивные и демонстративные [Личко А. Е., 1979].

Тяжелые или длительные психические травмы могут при акцентуациях характера быть причиной затяжных реактивных состояний (неврозов, реактивных депрессий и т. п.)

Наиболее частыми в подростковом периоде нарушениями, возникающими на фоне акцентуаций характера, являются транзиторные непсихотические девиации поведения – делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение и др. Смена обстановки на более благоприятную, как правило, устраняет эти нарушения. Подоплекой этих ситуативно-обусловленных девиаций поведения могут быть поведенческие реакции, как общие для детей и подростков (реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации), так и специфически подростковые (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным увлечением). Эти реакции описываются в следующей главе.

В последнее время в учении о динамике психопатий наметился новый аспект [Пелипас В. Е., 1974, Фелинская Н. И., 1979] – изучение возможных трансформаций типов психопатии в силу конституциональных закономерностей или ситуационных воздействий. Подобные же трансформации в отношении типов акцентуаций были описаны нами [Личко А. Е., 1981] и будут представлены в гл. IV.

В целом же проблема динамики акцентуаций характера, как справедливо указывает В. В. Ковалев (1981), разработана еще недостаточно. Однако представляется целесообразным подчеркнуть наиболее значимые феномены в динамике акцентуаций характера [Личко А. Е., 1981]:

- 1) заострение черт акцентуированного характера в подростковом возрасте, в период их формирования с последующим их сглаживанием и компенсацией (переход явных акцентуаций в скрытые);
- 2) развертывание черт определенного типа при скрытых акцентуациях под влиянием психических травм или трудных ситуаций, оказавшихся ударом по месту наименьшего сопротивления данного типа;
- 3) возникновение на фоне акцентуаций характера преходящих

нарушений – девиаций поведения, острых аффективных реакций, неврозов и других реактивных состояний;

4) трансформация типов акцентуаций характера в силу конституционально заложенных механизмов или влияний среды;

5) формирование приобретенных психопатий, для которых акцентуация характера послужила почвой, обусловившей избирательную уязвимость в отношении определенных неблагоприятных влияний среды.

ГЛАВА II

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ ХАРАКТЕРА

Нарушения поведения, его отклонение от общепринятых норм являются основным проявлением как психопатий, так и в подростковом возрасте - акцентуаций характера.

Разнообразие нарушений поведения у детей и подростков побудило к попыткам их систематизации. За рубежом наибольшую известность получили три классификации. Распространенная в США классификация R. Jenkins (1969) по существу является чисто описательной. Выделяются 7 видов нарушений поведения: гиперкинетическая реакция, реакция ухода (withdrawing) судя по описанию- аутистического типа, реакция тревоги, реакция бегства (runaway), "несоциализированная агрессивность", групповые правонарушения, прочие реакции.

Международная классификация болезней (9-й пересмотр) делит нарушения поведения у подростков на "несоциализированные" и "социализированные", т. е. групповые [Жариков Н. М., Логинова М. С, 1980].

Другая классификация создана G. Неуег (цит. по L. Michaux, 1953) на основе работ французских детских психиатров. В отличие от систематики R. Jenkins здесь делается попытка вникнуть в побудительные мотивы, лежащие в основе нарушений поведения.

Французская классификация включает ряд поведенческих реакций - протеста, оппозиции, имитации и др.

Известная в немецкоязычных странах классификация H. Stutte (1960) представляет компилятивную смесь синдромов (сенситивно-параноидные, обсессивные реакции), побудительных мотивов

(гиперкомпенсаторные действия) и внешних проявлений нарушений поведения (ложь, воровство, побеги и т. п.). С нашей точки зрения, систематика нарушений поведения должна проводиться в двух направлениях, по формам проявления нарушений поведения (гл. III) и в отношении причин, факторов, мотивов, лежащих в их основе. Последние могут быть разделены на биологические и социо-психологические.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Генетические факторы могут обуславливать аномалии характера, что особенно хорошо видно на примере конституциональных психопатий. В определенной мере от типа психопатии или акцентуаций характера, в формировании которых также, по-видимому, принимает участие генетический фактор, зависит больший или меньший риск определенных видов нарушений поведения. Однако прямо ту или иную форму нарушений поведения (делинквентность, алкоголизацию и т. д.) генетические факторы не определяют

Резидуальные органические поражения головного мозга, выраженные в незначительной степени ("неврологическая микросимптоматика"; "минимальное мозговое поражение" у американских авторов), в популяции достаточно распространены. При тщательном обследовании их удастся обнаружить у многих здоровых подростков-школьников [Лебединская К. С. и соавт., 1978] и у 43% подростков, направляемых в связи с нарушениями поведения в специальные интернаты и ПТУ (данные нашего сотрудника Л. Л. Вдовиченко, 1976). По нашим данным, среди госпитализированных в психиатрическую больницу подростков с психопатиями или с различными непсихотическими нарушениями на фоне акцентуаций характера подобные признаки "минимального мозгового поражения" обнаружены у 36%. Видимо, если стертые формы резидуальных поражений играют какую-то роль в развитии нарушений поведения, то эта роль сводится только к одному из предрасполагающих факторов.

Среди биологических факторов, играющих роль в становлении психопатии, издавна привлекал внимание инфантилизм (см. обзор М. И. Буянова, 1971) Однако ставшая в последние десятилетия актуальной проблема нарушения поведения у подростков совпала с другим явлением, ярко проявившимся в те же годы, ускорением (акселерацией) в этом возрасте физического развития, в том числе полового созревания.

АКСЕЛЕРАЦИЯ И ИНФАНТИЛИЗМ

Акселерация начала выявляться еще в конце XIX века - сперва среди потомства наиболее обеспеченных слоев городского населения, а во второй половине нашего столетия распространилась на все слои и почти на все развитые страны [Зельцер А , 1968; Властовский В. Г.. 1976]. Акселерация развития детей и подростков является частью более широкого комплекса явлений, получившего название секулярного тренда (дословно – тенденции века). Сюда относят и увеличение вообще всех показателей физического развития населения (роста, массы тела и т. п.), и более раннее половое созревание, и более позднее наступление климакса у женщин, и повышение средней продолжительности жизни, и многие другие. Есть в секулярном тренде и отрицательные черты – общее "постарение" населения, распространенность малодетных и бездетных семей и др. К ним, с нашей точки зрения, можно добавить актуализацию проблемы инфантилизма – на фоне акселерированной массы сверстников инфантильные подростки оказываются в особенно трудном положении.

Акселерация наиболее ярко выступает в подростковом возрасте. В 60-70-х годах московские подростки в 15 лет оказались выше ростом своих ровесников в 1927 г.: мальчики в среднем на 10 см, а девочки – на 6 см. [Основы морфологии..., 1969]. Одним из признаков завершения физического созревания является, как известно, прекращение роста. У акселерированных юношей рост стал заканчиваться к 17–19 годам вместо 23–25 лет в прошлом, а у девушек - к 16 -17 годам вместо 21-23 лет прежде. По сравне-

нию с которой подростков 30-40-х годов все показатели окостенения скелета "помолодели" на 1–3 года [Пашкова В. А., 1973]. Ускорилося и половое созревание - месячные у девочек стали начинаться на год-полтора раньше.

Акселерация касается не только физического развития. Современная социальная жизнь предъявляет к нервной системе подростков более высокие требования, чем полвека назад. Поток информации стал несравненно обильнее, впечатления разнообразнее и богаче, темп жизни более ускоренным, а образование более сложным. Физическая акселерация, несомненно, сочеталась с определенным ускорением психического развития, особенно в части интеллекта и способностей. Новые программы в начальных школах, успешно введенные в 60-х годах, не только это подтвердили, но, возможно, дали благоприятный стимул для ускорения интеллектуального развития.

Тем не менее, взаимоотношения физической акселерации и развития личности очень непросты. Какие-то стороны психического развития не претерпевают ускорения. У акселерированных подростков нередко долго еще сохраняются некоторые детские черты, причудливо переплетающиеся с интересами взрослых. Слишком велика обычно бывает эмоциональная неустойчивость, податливость случайным влияниям. Чувство ответственности, долга оказывается на недостаточной высоте. Может быть, чрезмерно опекаемая старшим поколением жизнь физически развитого подростка не создает достаточных стимулов для ускорения развития этой стороны психической сферы?

Большинство юношей и девушек в возрасте 15-16 лет по своему физическому, в том числе и сексуальному, развитию в 60–70-х годах XX века соответствовало 18 – 19-летним в 20-30-х годах. Однако их социальный статус остался прежним: до 18 лет они еще несовершеннолетние (вступление в брак без разрешения родителей в ФРГ, Дании, Швейцарии возможно лишь с 20–21 года, в США этот возраст лишь в 70-х годах был снижен с 21 до 18 лет). Возможности самостоятельного полноценного заработка до 18 лет весьма ограничены, среднее специальное и высшее образование, к которому стремится все большая часть молодежи, завершается на 2-3 года позднее, чем в прежних поколениях. Возникшая диспропорция между акселерацией физического развития

и социальным статусом, между физическим развитием и некоторыми сторонами социального созревания была предсказана еще в начале нашего века И. И. Мечниковым (1903) как складывающаяся в процессе развития цивилизации.

Другая диспропорция возникает внутри одной возрастной когорты подростков. В одном и том же возрасте, например у восьмиклассников в 14 лет, у одних половое созревание еще начинается, у других оно в самом разгаре, у третьих - уже завершено. Подростки с задержкой полового созревания или с чрезмерным его ускорением оказываются в менее выгодном среди сверстников положении.

Все эти диспропорции могут быть факторами, способствующими нарушениям поведения.

Наиболее неблагоприятным является особый вариант акселерации - "интенсификация" [Лебединская К. С., 1973], проявляющаяся не снижением возраста начала полового созревания, а резким ускорением его темпа. Начавшись, как обычно, в 12-13 лет созревание протекает крайне бурно: за 2-3 года половой метаморфоз полностью завершается - в 14-15 лет физически подросток превращается во взрослого.

В последние годы появились наблюдения, что с конца 70-х годов как будто акселерация пошла на спад. Однако статистических данных пока еще не опубликовано.

Инфантилизм в виде отставания в физическом развитии и психосоциальном созревании остается достаточно распространенным явлением и в эпоху акселерации. Среди подростков-правонарушителей и среди направляемых в связи с трудным поведением в специальные ПТУ инфантилизм обнаружен в 17% [Фелинская Н.И. - цит. по Буянову М. И., 1971 данные нашего сотрудника Вдовиченко Л. А.] Инфантильные подростки в группе сверстников оказываются в трудном положении: они испытывают трудности в контактах, их отвергают, они чувствуют себя отщепенцами. Часть из них тянется к малышам, но часть встает на путь нарушений поведения, в основе которых нередко лежат еще детские реакции оппозиции, имитации более старшим, развитым и "ярким", с их точки зрения, подросткам, компенсации и гиперкомпенсации. По мнению К. С. Лебединской (1969, 1973), если при акселерации больше страдают девочки, то при инфантилизме

- мальчики.

Неслучайно среди подростков, направленных на обследование в психиатрические больницы в связи с непсихотическими нарушениями поведения (психопатии, психопатоподобные расстройства и др.), оба полюса девиации физического развития - акселерация и инфантилизм (ретардация) - оказываются досрочно приставленными. По данным О. Д. Сосюкало и соавт. (1978), в 15% отмечена выраженная акселерация и в 24% – инфантилизм; по нашим данным, среди 300 подростков мужского пола – у 26% акселерация и у 22% – инфантилизм.

Причины инфантилизма различны. Чаще всего он бывает конституциональным, но может быть вызван длительными соматическими заболеваниями, эндокринными нарушениями, а также изнеживающим воспитанием.

В последние годы распространился термин "ретардация" как антипод акселерации, которую связывают с психическим дизонтогенезом [Ковалев В. В., 1981].

СОЦИО-ПСИХОПОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАК ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Психологические особенности подросткового возраста, когда они резко выражены, получили название "подросткового комплекса", а обусловленные ими нарушения поведения – "пубертатного криза" [Homburger F., 1926].

Подростковый комплекс включает перепады настроения от безудержного веселья к унынию и обратно без достаточных причин, а также ряд других полярных качеств, выступающих попеременно. Чувствительность к оценке посторонними своей внешности, способностей, умений сочетается с излишней самонадеянностью и безапелляционными суждениями в отношении окружающих. Сентиментальность порою уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость – с развязностью, желание быть признанным и оцененным другими – с показной незави-

симостью, борьба с авторитетами, общепринятыми правилами и распространенными идеалами – с обожествлением случайных кумиров, а чувственное фантазирование – с сухим мудрствованием.

В современной западной психиатрической и психологической литературе широкое распространение получила концепция Е. Erikson (1968) о "кризисе идентичности" как о главной особенности подросткового периода. Под "идентичностью" подразумевается определение себя как личности, как индивидуальности. Формирование "идентичности" рассматривается с психоаналитических позиций как результат "распада детского Я" и необходимости синтеза нового "взрослого Я", образования "сверх-Я" и т. п. Самой идентичности, процессу познаний самого себя придается самодовлеющее значение. Именно этот процесс, а не факторы окружающей среды рассматривается как первоисточник всех трудностей и всех нарушений поведения у подростков.

По мнению G. Nissen (1971), пубертатный криз, кроме "кризиса идентичности", складывается также из "кризиса авторитета" и "сексуального кризиса". Кризис авторитета выводится как следствие "эдипова комплекса", как "протест против отца". Слабая роль отца в современной семье или его отсутствие в неполных семьях ведет к распространению этого протеста на все авторитеты мира взрослых. Крайним проявлением этого кризиса являются побеги из дому и бродяжничество. С кризисом идентичности связываются склонность к психогенным депрессиям и суицидальному поведению, а также эпизоды дереализации и деперсонализации. Кризис сексуальности объясняется по З. Фрейду сменой эrogenных зон с анальной на генитальную.

С нашей точки зрения суть "подросткового комплекса" составляют свойственные этому возрасту определенные психологические особенности, поведенческие модели, специфически-подростковые поведенческие реакции на воздействия окружающей социальной среды. К ним относятся описанные нами [Личко Л. Е., 1973] реакции эмансипации, группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

РЕАКЦИЯ ЭМАНСИПАЦИИ

Эта реакция проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших – родных, учителей, воспитателей, наставников, старшего поколения вообще. Реакция может распространяться на установленные старшими порядки, правила, законы, стандарты их поведения и духовные ценности. Потребность высвободиться связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение как личности. Термин "реакция эмансипации", нам представляется, более точно отражает суть явления, чем "кризис авторитета" [Nissen G., 1971].

Возможно, реакция эмансипации имеет какие-то биологические, филогенетические корни. У высших млекопитающих именно с периода полового созревания начинается борьба за свое место среди сородичей, за определенное положение в иерархической лестнице сложных взаимоотношений в стаде или стае [Боровский В. М., 1936, Chanvin R., 1963]. Разумеется, эта реакция у подростков разворачивается под действием социопсихологических факторов (чрезмерная опека со стороны старших, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности и всякой свободы, продолжающееся отношение к подростку как к маленькому ребенку). Воспитательская гиперпротекция особенно тяготит подростков с гипертимной акцентуацией.

Проявления реакции эмансипации весьма разнообразны. Она может ощущаться в каждодневном поведении подростка, в желании всегда и везде поступать "по-своему", "самостоятельно". Но даже не сказываясь открыто на поведении, эта реакция получает отражение в результатах психологического исследования, оценивающего отношение здоровых хорошо социально адаптированных подростков к родным, к опеке над собой и наставлениям, к критике и возражениям в свой адрес, к правилам и законам [Иванов Н. Я., 1973]. У гипертимных подростков реакция эмансипации наиболее проявляется в поступках, у истероидных и шизоидных – в высказываниях.

Реакцией эмансипации может быть продиктовано поступление на учебу или на работу обязательно в другом городе, чтобы

жить отдельно от родителей. Одной из крайних форм проявления реакции эмансипации являются побеги из дому и бродяжничество, когда они обусловлены желанием "пожить свободной жизнью".

РЕАКЦИЯ ГРУППИРОВАНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ

Дети охотно тянутся к старшим, часто даже предпочитают играть не с ровесниками, а с ними. Подросткам свойственно почти инстинктивное группирование со сверстниками. Подростковые группы проходят через всю историю человечества от первобытного общества и древней Спарты до современных хиппи. С. Haffter (1966) полагает, что распространившиеся в развитых капиталистических странах, начиная с 50-х годов, подростковые "банды", с социологической точки зрения, явление отнюдь не новое, а скорее архаическое.

Стремление подростков к группированию со сверстниками может быть, также имеет какие-то филогенетические корни. У высших млекопитающих, ведущих стадный образ жизни (некоторые виды обезьян, копытных и ластоногих), особи "подросткового возраста" образуют отдельные группы на периферии стада или даже обособляются в отдельные временные стада [Боровский В. М., 1936; Chauvin P., 1963]. Обезьяны-подростки реагируют депрессией на изоляцию от группы сверстников; ни у детенышей, ни у взрослых обезьян добиться депрессии таким образом не удается [Schweicheimer F., 1972]. Однако подобное поведение молодняка высших млекопитающих также не может служить моделью для изучения подростковых групп, возникающих и функционирующих по социо-психологическим закономерностям. Эти закономерности еще недостаточно изучены.

Существуют два типа подростковых групп. Одни отличаются однополым составом, наличием постоянного лидера, довольно жестко фиксированной ролью каждого члена, его твердым местом на иерархической лестнице внутригрупповых взаимоотношений (подчиняемость одним, помыкание другими). В этих группах есть такие роли, как "адъютант лидера" – обычно физи-

чески сильный подросток с невысоким интеллектом, кулаками которого лидер держит группу в повиновении, есть "анти-лидер", стремящийся занять место лидера, есть "шестерка", которым все помыкают. Нередко такая группа обладает "своей территорией", тщательно оберегаемой от вторжения сверстников из других групп, в борьбе с которыми в основном протекает жизнь. Состав групп довольно стабилен, прием новых членов нередко сопряжен с особыми "испытаниями" или ритуалами. Примкнуть к группе без согласия вожака немыслимо, тот же оценивает новичка прежде всего с точки зрения опасности за-получить сильного "анти-лидера". Обнаруживается склонность к внутригрупповому символизму – условные знаки, свой "язык", свои клички, свои обряды – например, обряд "братания кровью" [Алмазов Б. Н., 1981]. Подобные группы обычно образуются только из подростков мужского пола.

Другой тип подростковых групп отличается нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера – его функцию несут разные члены группы в зависимости от того, чем в данный момент группа занята. Состав группы обычно разнополюс и нестабильный – одни уходят, другие приходят. Жизнь такой группы минимально регламентирована, нет каких-либо четких требований, удовлетворение которых необходимо для вступления в нее.

По-видимому, существуют и промежуточные, и иные типы подростковых групп.

В закрытых заведениях для подростков (интернаты, спортивные лагеря, подростковые отделения психиатрических больниц) реакция группирования проявляется с особой силой и может быть причиной серьезных нарушений режима. В этих условиях, а также при семейно-педагогической запущенности реакция группирования может стать главным регулятором поведения подростка.

Реакцией группирования может быть объяснен известный факт, что подавляющее большинство правонарушений у подростков совершается в группе [Миньковский Г. М., 1964]. В группе сверстников, как правило, начинается также алкоголизация, осуществляется первое знакомство с действием иных токсических веществ. Даже формирование психической зависимости к алкоголю или иным токсическим веществам проходит стадию особой "групповой зависимости" – когда, например, влечение к алко-

лю вспыхивает только когда подросток попадает в "свою" группу [Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978].

В обстановке спортивного лагеря для подростков с нарушениями поведения быстро складываются спонтанные группы [Архангельский А. Е., 1971]. Лидерства в них обычно добиваются подростки, судя по описанию, с выраженными гипертимными чертами, стеничные, ежеминутно бестрепетно готовые вступить в драку, общительные, активные, во все вмешивающиеся, шумные, легко вскипающие при противоречии или ограничениях. С воспитателями у них быстро устанавливаются враждебные отношения. Реже лидерами становятся истероидные подростки. Но эти не завоевывают власть в борьбе, а, легко улавливая назревающие настроения в коллективе, подделываясь под желания группы, становятся наиболее демонстративными выразителями этих желаний и настроений. В дальнейшем они поддерживают свою власть над группой руками "адыютанта" – физически сильного, но недалекого подростка, которого умеют "очаровать" и использовать как орудие расправы и запугивания, однако их власть в группе редко бывает продолжительной.

Значение подростковых групп для психиатрии в последнее время все более становится очевидным. По нашим наблюдениям [Личко А. Е., 1973], в условиях закрытого психиатрического отделения для подростков также быстро складываются стихийные группы. И также на лидерство в них претендуют те, кто наделен гипертимными и истероидными чертами, а также эпилептоидные подростки. По данным нашего сотрудника А. П. Бизюка (1972), истероидам в этих условиях обычно выпадает роль формальных лидеров (старосты палат и т. п.). Подобное лидерство базируется на посредничестве между подростками и персоналом. Неформальное лидерство в условиях круглосуточного совместного пребывания, регламентированного режима, замкнутой системы контактов нередко в конце концов достается не гипертимным, а стеничным шизоидным подросткам. Чрезмерная активность и общительность гипертимов в этих условиях начинают тяготить.

О них с раздражением начинают говорить, что они пристают, всюду суются (на жаргоне подростков – "возникают"). Шизоиды с их сдержанностью, внешним спокойствием, неназойливостью и вместе с тем независимостью становятся объектом симпатий и

наиболее частого выбора для совместного участия в малых группах. В иных условиях специальных интернатов для трудных подростков, по данным нашего сотрудника А. А. Вдовиченко (1976), лидерство формальное и неформальное часто сразу сосредотачивается в руках подростка истероидного типа. Этому способствует умение эпилептоида приспособиться к условиям строгого дисциплинарного режима с иерархией управления и подладиться к начальству, с одной стороны, и проявить жестокую власть и деспотизм над слабыми и менее стеничными сверстниками – с другой.

При психопатиях и акцентуациях характера реакция группирования весьма разнится в проявлениях в зависимости от типа характера. У гипертимных, неустойчивых и конформных подростков тяга к группированию сильна и постоянна. Циклоидные подростки обнаруживают это стремление в положительной фазе. У истероидов реакция группирования отличается капризной изменчивостью – они тянутся к обществу сверстников и экстравагантность этой группы для них особенно привлекательна [Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я., 1973]. Однако обычно вскоре они заявляют, что "разочаровались" в своих приятелях. На самом же деле это случается, когда группа раскусила их самих – их театральность, лживость, склонность предавать друзей и т. п. Конформные подростки ценят место в привычной группе и боятся его потерять. Для эпилептоида группа представляет ценность, если даст в руки определенную власть и позволяет извлечь для себя выгоды.

РЕАКЦИЯ УВЛЕЧЕНИЯ – ХОББИ-РЕАКЦИЯ

Хобби у взрослых могут быть и могут отсутствовать. Для подросткового возраста увлечения составляют важнейшую черту. Подростковый возраст без увлечений подобен детству без игр. К сожалению, проблема увлечений остается еще мало освещенной в современной психологической литературе.

С нашей точки зрения, увлечения составляют особую категорию психических феноменов, структурных компонентов личности, располагаясь где-то между инстинктами и влечениями, с одной стороны, и наклонностями и интересами – с другой. В отли-

чие от влечений, хобби не имеют непосредственной связи с инстинктами, со сферой безусловных рефлексов. В отличие же от интересов и наклонностей, увлечения всегда более эмоционально окрашены, хотя и не составляют главную трудовую направленность личности, не являются профессиональной деятельностью, средством заработка.

Увлечения подростков и разнообразны, и относительно ограничены. Хоккей и футбол, мотоспорт и автомашины, поп-музыка – наиболее частые увлечения в 60-х и 70-х годах у подростков мужского пола. Но наряду с ними приходится встречать самые неожиданные хобби. Попытка их систематизации составляет нелегкую задачу. Наша рабочая классификация [Личко А. Е., 1973; Скроцкий Ю. А., 1973] была основана на стремлении разобратся в мотивах, толкающих на то или иное увлечение. С этой точки зрения выделены следующие типы увлечений.

Интеллектуально-эстетические увлечения – связаны с глубоким интересом к любимому делу (музыке, рисованию, радиотехнике, древней истории или к разведению цветов, певчих птиц и т. д.). К этой же группе относятся любители постоянно что-то изобретать или конструировать. Нередко подобные занятия для других, особенно старших, кажутся ненужными и странными. Однако для самого подростка они представляются чрезвычайно интересными и важными; ему, в сущности, безразлично, как на это смотрят со стороны. Поглощенные увлекательным для них делом, подростки иногда запускают учебу и другие дела и почти все время отдают избранному предмету. Этот вид увлечений наиболее присущ шизоидным подросткам.

Телесно-мануальные увлечения - связаны с намерением укрепить свою силу, выносливость, приобрести ловкость или какие-либо искусные мануальные навыки. Сюда относятся занятия различными видами спорта (например, карате, ставшее модным в 70-х годах среди подростков мужского пола), а также стремление научиться что-то мастерить, вышивать, ездить на велосипеде, водить мотоцикл или автомашину. Но все эти увлечения, казалось бы весьма разнообразные, можно отнести к данному типу, если за ними стоит именно желание развиваться в определенном физическом отношении, овладеть какими-то умениями и т. п. Здесь удо-

вольствие нередко доставляет не столько сам процесс занятий, сколько достигаемые результаты. К телесно-мануальным увлечениям особенно склонны бывают сенситивные юноши, у которых эти увлечения тесно переплетаются с реакцией гиперкомпенсации.

Лидерские увлечения сводятся к поиску ситуаций, где можно предводительствовать, руководить, что-то организовывать, направлять других, даже если это касается случайных моментов или событий повседневной жизни. Разные увлечения, будь то кружки, виды спорта, общественные обязанности, легко меняются, пока не попадется сообщество, которое удастся подчинить себе. Такие подростки, среди которых много гипертимов, являются главариами в разных группах молодежи и при хорошей направленности интересов охотно занимаются полезной общественной деятельностью.

На к о п и т е л ь с к и е увлечения – это прежде всего коллекционирование во всех его видах. Учитывая, что любая коллекция, достигая значительной величины, приобретает известную материальную ценность, можно допустить, что в основе этого рода увлечения лежит склонность к накоплению материальных благ. Устойчивая страсть к коллекционированию часто сочетается с особой тщательностью и аккуратностью. Наиболее яркие случаи здесь принадлежат эпилептоидным подросткам.

Э г о ц е н т р и ч е с к и е увлечения – всякого рода занятия, показная сторона которых позволяет оказаться в центре внимания окружения. Чаще всего это художественная самодеятельность, особенно модные ее формы – участие в любительских эстрадных ансамблях прежде всего, иногда спортивные соревнования – все, что дает возможность публичных выступлений, сосредоточения на себе всеобщего внимания. Сюда же может относиться увлечение экстравагантной одеждой, привлекающей взоры со всех сторон. Конечно, все это будет существенно отличаться побудительными мотивами от неподдельного интереса к искусству или спорту, или в случаях страсти к броской одежде от наивного подражания моде. С целью привлечь к себе внимание могут и избираться даже такие занятия, как изучение иностранных языков, литературная деятельность, увлечение стариной, рисование, попытки стать знатоком в какой-либо модной области. Однако все

эти занятия в подобных случаях преследуют все ту же цель – демонстрацию своих успехов, привлечение внимания оригинальностью своих увлечений, желание возвыситься в глазах окружающих. Наиболее благоприятствуют этому истероидные черты характера.

А з а р т н ы е увлечения– картежные игры, ставки на хоккейных и футбольных матчах, различного рода пари на деньги, увлечение спортлото и т. п. Виды увлечений могут меняться, но каждое из них питается чувством азарта. Этот род увлечений чаще всего встречается у эпилептоидных и гипертимных подростков.

И н ф о р м а т и в н о-коммуникативные увлечения проявляются жадой получения новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной переработки, а также потребностью во множестве поверхностных контактов, позволяющей этой информацией обмениваться. Многочасовая пустая болтовня со случайными приятелями, глазение на все происходящее вокруг, детективно-приключенческие фильмы, реже книги того же содержания, многие часы перед телевизором составляют содержание этого рода увлечений. Контакт и знакомства предпочитаются такие же легкие, как и сама поглощаемая информация. Все усваивается на чрезвычайно поверхностном уровне и главным образом для того, чтобы тут же передать другим. Полученные сведения легко забываются, в их подлинный смысл обычно не вникают и каких-либо выводов из них не делается. Все это можно было бы считать не увлечением, а лишь манерой поведения, формой общения и т. п. Однако все это занимает время и место увлечений и, возможно, справедливо было бы расценено как самый примитивный их уровень. Обычно, если сам подросток заявляет, что у него никаких увлечений нет, речь идет на самом деле о подобном информативно-коммуникативном хобби. Этот род увлечений наиболее присущ неустойчивым и конформным подросткам.

Одно и то же увлечение может основываться на неодинаковых побуждениях, т. е. относиться к разным типам хобби. Например, увлеченное занятие музыкой может служить удовлетворению эстетической потребности или эгоцентрического желания

привлечь к себе внимание, "выделиться" среди окружения или даже просто быть одним из мануальных хобби, когда желание брэнчать на гитаре рождается так же, как научиться плавать, ездить на велосипеде или водить автомашину. Все то же можно сказать о многих видах спорта, о занятиях иностранными языками и др. Даже коллекционирование не всегда является накопительским хобби. Александр Ф. коллекционировал фотографии модных джазовых ансамблей, увесил ими стены своей комнаты от пола до потолка. Его комната стала местом паломничества других подростков, а он играл роль гида. Здесь коллекционирование скорее подталкивали эгоцентрические стремления, чем просто жажда накопительства.

Увлечения у подростков могут лежать в основе нарушений поведения. Это происходит или в силу чрезмерной интенсивности хобби, когда ради него забрасываются учеба, работа, все дела и даже ставится в опасность собственное благополучие, или в силу необычности, странности и даже асоциального содержания самих увлечений.

Разным типам акцентуаций и психопатий свойственны как определенные типы хобби, так и некоторые другие их особенности. Для неустойчивых и конформных предпочтителен информативно-коммуникативный тип, для истероидов – эгоцентрический, для эпилептоидов – накопительский и азартный. Шизоиды порой удивляют необычностью и изысканностью своих увлечений. Гипертимные подростки склонны часто менять разные виды увлечений, циклоиды – то бросать их, то снова возвращаться к прежним увлечениям.

Подростковые хобби имеют не только диагностическое, но и реабилитационное значение [Драбкин Б. 3, Трифонов О. В., 1973; Личко А. Е., Рубина Л. П., 1974]. Увлечения могут служить ключом для первого контакта при индивидуальной психотерапии [Личко А. Р., Богдановская Л. Б., Эйдемиллер Э. Г., 1973] или использоваться как самостоятельный психотерапевтический метод хобби - терапия [Скороцкий Ю. А., 1978]

РЕАКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫМ ВЛЕЧЕНИЕМ

Эти поведенческие реакции составляют важную, но пока еще мало изученную область. Сюда могут быть отнесены не только непосредственные проявления сексуальной активности - онанизм, включая совместный и взаимный с другими, петтинг, ранние сексуальные связи, промискуитет, транзиторный подростковый гомосексуализм и др. Помимо них встречаются нарушения поведения, внешне не имеющие сексуальной окраски, но которые в действительности должны быть отнесены к рассматриваемому кругу явлений (некоторые случаи избирательной агрессии, демонстративных суицидальных действий).

Исследования сексуального поведения подростков пока немногочисленны, а получаемые сведения не всегда достоверны. Одна из наиболее обстоятельных работ осуществлена в Дании Р. Hertoft (1969). Им обследовано 400 здоровых, социально-адаптированных юношей 18–19-летнего возраста – учащихся и рабочих перед призывом на военную службу. Ранние половые сношения (до 16 лет) отмечены у 52%, в том числе до 14 лет – у 4%. К петтингу прибегали 29%, из них почти половина достигали оргазма. В мастурбации, хотя бы эпизодической, признались 92%, в том числе 70% продолжали ее регулярно. Начало мастурбации в возрасте до 14 лет отмечено у 37%. Совместную с другими подростками мастурбацию отметили 41%, причем 9% получали удовольствие от взаимной мастурбации. Эпизодически возникавшее гомосексуальное влечение отмечено у 4%, в гомосексуальных сношениях (в Дании они не запрещены законом) признались 2% юношей.

Все это свидетельствует, что сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко может приближаться к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще А. Молл (1893). Половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться множеством раздражителей – мышечным напряжением в борьбе с товарищем, тряской

при езде на транспорте, даже болью и страхом. Если это возбуждение достигает оргазма, то легко замыкается условно-рефлекторная связь.

В подростковом возрасте каждому типу психопатий и акцентуаций присущи определенные особенности сексуального поведения. Гипертимные подростки отличаются рано пробуждающимся и сильным сексуальным влечением и вследствие этого обычно ранним началом половой жизни. Эмоционально-лабильные подростки склонны отдавать предпочтение флирту и избегают сексуальных эксцессов. Сенситивные подростки и отчасти психастеники зачастую оказываются во власти глубоко скрывааемых переживаний по поводу своей действительной или мнимой сексуальной неполноценности. Обычный онанизм легко обрастает у них комплексом самообвинений. Шизоиды способны сочетать в себе высокий уровень моральных притязаний или показное безразличие к проблемам пола с грубой и даже извращенной сексуальностью. Половое влечение эпилептоидов отличается напряженностью и силой, рано пробуждается ревность. Эгоцентризм и жажда признания истероидов нигде, пожалуй, столь ярко не выступают, как в сексуальном поведении. Неустойчивые подростки нередко рано обогащаются сексуальным опытом в силу общений в асоциальных компаниях, хотя само влечение у них вовсе не отличается большой силой.

ДЕТСКИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Эти реакции у детей были описаны рядом французских психиатров - G. Neuyer, J.Dublineau, H. Joli, L. Michaux (цит. по L.Michaux, 1953). В нашей стране Г. Е. Сухарева (1959), О. В. Кербинов (1961) и В. В. Ковалев (1973) использовали их для понимания нарушений поведения в детском возрасте. В определенной мере эти детские реакции сохраняют свою роль у подростков. К этим реакциям относятся следующие.

Р е а к ц и я о т к а з а (démision) от контактов, игр, от пищи – чаще возникает у детей, внезапно оторванных от матерей, се-

мы, привычного места жизни (помещение в детские учреждения, переезд на новое место жительства и др.). По нашим наблюдениям, эта реакция наблюдалась также у инфантильных подростков, когда их насильно отрывали от дома или от привычной компании сверстников. В последнем случае эта реакция представляла собой инфантильный вариант реакции группирования. У конформных подростков подобная реакция, но в крайне смягченном виде, появлялась при крутой ломке стереотипа жизни.

Р е а к ц и я о п п о з и ц и и¹ может быть вызвана у ребенка чрезмерными претензиями к нему, непосильной для него нагрузкой – требованием отлично учиться, проявлять успехи в каких-либо занятиях (музыка и т. п.). Но чаще эта реакция бывает следствием утраты или резкого уменьшения внимания со стороны матери или близких. В детстве это может случиться при появлении младшего sibлинга, у подростка ту же реакцию может вызвать появление в семье отчима или мачехи. Ребенок разными способами пытается или вернуть прежнее внимание к себе (например, представляясь больным), или досадить "сопернику", избавиться от того, на кого внимание близких переключилось.

У подростков, по нашим наблюдениям, реакция оппозиции может сохраняться, если она укрепилась в детстве. Реже в пубертатном периоде она впервые ярко проявляется. Последнее обычно случается на фойе истероидной акцентуации характера. В этих случаях реакция оппозиции может адресоваться не только родным, семье, но и воспитателям, школе. Михаил Б. в ответ на требование директора школы остричь отращенные за лето длинные волосы пришел на школьное торжество наголо обритым (по его словам, "как уголовник, выпущенный из тюрьмы") и нарочито шокировал своим видом педагогов и приехавшее начальство.

Проявления реакции оппозиции у подростков весьма разнообразны – от прогулов и побегов из дому до краж и попыток к самоубийству – чаще всего несерьезных и демонстративных. При этом и прогулы, и побегі имеют целью либо избавиться от трудностей, либо привлечь к себе внимание.

Убежав, часто держатся недалеко от дома, стараются попасть

¹ Обозначения ее как «реакция протеста» неточно. Протестом являются и реакция отказа, и реакция оппозиции.

на глаза знакомым или милиции или направляются туда, где, надеются, их будут искать.

С той же целью вернуть утраченное особое внимание подростками может использоваться нарочитое бравирование алкоголизацией, вызывающее поведение в общественных местах и т. п. Все эти

демонстрации языком поступков как бы говорят родным: "Обратите на меня внимание! Избавьте меня от выпавших на мою долю трудностей – иначе я пропаду!"

Р е а к ц и я и м и т а ц и и сказывается в стремлении подражать во всем определенному лицу или образу. В детстве предметом для подражания являются родные или старшие из ближайшего окружения, позднее - герои книг и кино.

У подростков моделью для имитации чаще становятся наиболее яркие товарищи или преходящие кумиры молодежной моды. Пример для подражания подросток обычно подбирает не сам, ему он диктуется той группой сверстников, к которой он принадлежит. Взрослый может стать объектом для индивидуальной имитации, если он является для подростка образцом успеха в той области, где сам подросток стремится к достижениям. В силу этого в одежде, манере вести себя, суждениях подросток, увлеченный, например, каким-либо видом спорта, начинает подражать своему спортивному тренеру, а мечтающий об артистической карьере – какому-либо известному актеру кино или эстрады.

Причиной серьезных нарушений поведения реакция имитации может стать, когда для подражания служит антисоциальный "герой". Не случайно культ гангстеризма, насилий, убийств, грабежа, возвеличивание удачного "преступника-супермена" в американском кино, телевидении, бестселлерах способствовали росту в США преступности малолетних. Действие этого фактора в нашей стране ограничено законом, запрещающим книги и фильмы, пропагандирующие похождения уголовных преступников.

Особенно выражена реакция имитации, подражание асоциальным "героям" у подростков неустойчивого типа. По мнению К. С. Лебединской и соавт. (1978), это связано с тем, что среди них много инфантильных.

О т р и ц а т е л ь н а я и м и т а ц и я отмечена нами у подро-

стков относительно редко. Речь идет вовсе не о подражании отрицательным моделям поведения, а о том, что весь модус поведения строится по принципу противоположного от некоего образца. Примером может послужить подросток, подчеркнуто отказывающийся от всяких предоставляемых семьей материальных благ, от возможности поступить в заманчивое для его ровесников учебное заведение, предпочитающий поношенную одежду, скромно оплачиваемый труд, компанию неудачников. Его поведение было как бы негативом с модели, которой служил его отец – преуспевающий стяжатель и деляга. У другого подростка аскетизм и крайне утрированные моральные требования к себе и окружающим были связаны с тем, что образцом для отрицательной имитации служила мать – одинокая женщина отличавшаяся распушенной сексуальностью. Третий подросток со всем комплексом поведения, свойственного неустойчивому типу, -прогулами школы, побегами из дому, делинквентностью и т. п., даже проводя время в компаниях асоциальных сверстников, упорно избегал употреблять спиртные напитки. С раннего детства он был свидетелем сцен, где его пьяная мать бывала предметом насмешек и издевательств соседей.

Реакция отрицательной имитации тоже может рассматриваться как форма протеста, но она отлична от реакции оппозиции - здесь нет ни стремления привлечь к себе внимание, ни требования избавить от трудностей. Эта реакция ближе к борьбе за самостоятельность, теснее связана с реакцией эмансипации.

Р е а к ц и я к о м п е н с а ц и и - желание свою слабость и неудачливость в одной области восполнить успехами в другой – свойственна как детям, так в неменьшей степени подросткам. Болезненный, хилый, физически слабый мальчик, неспособный постоять за себя в драке, показать себя в подвижных играх, предмет насмешек на уроках физкультуры, компенсирует себя отличными успехами в учебе и поражающими энциклопедическими знаниями в областях, интересующих товарищей, вынужденных то и дело обращаться к нему за справками и признать его определенный авторитет. И наоборот, трудности в учебе могут компенсироваться "смелым" поведением, предводительством в озорстве и стать причиной нарушения поведения. По тем же мотивам, например,

шизоидный подросток, неуклюжий и неловкий, после насмешек одноклассников начинает увлекаться гимнастикой йогов и поступает в клуб моржей.

Реакция гиперкомпенсации ("сверхкомпенсация" у французских авторов) у подростков встречается даже чаще, чем в детстве. Как известно, термин "гиперкомпенсация" впервые употребил А. Adler (1912) для обозначения, с точки зрения психоанализа, одного из механизмов неврозов. Французские психиатры вложили к "сверхкомпенсацию" иной смысл. Здесь настойчиво и упорно добиваются результатов именно в той области, где оказываются слабыми. Перенесший в раннем детстве полиомиелит и с тех пор прихрамывающий мальчик усиленно занимается акробатикой и достигает заметных успехов. Страдающий заиканием подросток с увлечением отдается занятиям художественным чтением и успешно выступает на любительских концертах. Присущая с детства робость в силу гиперкомпенсации может толкнуть на отчаянные и безрассудные по смелости действия, которые внешне могут казаться банальными нарушениями поведения. Боязливый, тихий и застенчивый подросток на глазах у всего класса перелез по карнизу из окна в окно на высоте четвертого этажа. Поступок старшими был истолкован как хулиганство. Подросток же хотел показать товарищам свою "волю". Именно в силу гиперкомпенсации сенситивные, застенчивые и робкие мальчики при выборе видов спорта отдают предпочтение грубой силе – боксу, самбо, карате. Робкие сенситивные девочки тянутся к общественной работе, а нерешительные, вечно колеблющиеся психастенические подростки вдруг неожиданно поражают безапелляционными заявлениями в ситуациях, где требуется нетерпеливая осмотрительность.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Все перечисленные специфически-подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, сексуальные, так же, как и детские поведенческие реакции в подростковом возрасте, могут быть как вариантами поведения в норме,

так и представлять собой патологические нарушения поведения (непсихотические и даже психотические). Это положение было сформулировано В. В. Ковалевым (1973) в отношении поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. в детском возрасте. По его мнению, последние становятся патологическими, если распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

Сходные критерии могут быть применены в отношении определения патологического характера подростковых поведенческих реакций [Личко А. В., 1973]. Патологическая реакция отличается от нормального поведения следующими признаками:

1) склонностью к генерализации, т. е. способностью возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами;

2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя, как клише, по разным поводам один и тот же поступок;

3) склонностью превышать "потолок" нарушения поведения, никогда не преступаемый той когортой сверстников, с которой растет подросток, и той группой, к которой он принадлежит; например, подросток собирал фотографии и картинки с изображением изуродованных в катастрофах, истязаемых в нацистских лагерях, избиваемых полицией демонстрантов и т.п. — все это явно превышало "потолок" в отношении коллекционерских хобби, распространенных среди подростков;

4) склонностью приводить к социальной дезадаптации.

ГЛАВА III

ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ

ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Под делинквентным поведением подразумевается цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала, т. е. наказуемых согласно Уголовному Кодексу серьезных правонарушений и преступлений.

Делинквентность обычно начинается со школьных прогулов и приобщения к асоциальной группе сверстников. За этим следуют мелкое хулиганство, издевательство над младшими и слабыми, отнимание мелких карманных денег у малышей (на сленге делинквентных подростков обозначается выражением "трясти деньги": малыша заставляют прыгать, чтобы услышать, не зазвенят ли у него монеты), угон (с целью покататься) велосипедов и мотоциклов, которые потом бросают где попало. Реже встречаются мошенничество, мелкие противозаконные спекулятивные сделки ("фарцовка"), вызывающее поведение в общественных местах. К этому могут присоединяться "домашние кражи" небольших сумм денег. Все эти действия в несовершеннолетнем возрасте не являются поводом для наказания в соответствии с УК, да и у взрослых подобное поведение чаще служит предметом разбирательства товарищеских судов и причиной административных взысканий.

Однако подростки могут проявлять большую делинквентную активность и тем причинять много беспокойства. Обычно именно делинквентность служит наиболее частой причиной разбира-

тельств в комиссиях по делам несовершеннолетних при местных Советах народных депутатов.

Иногда все эти нарушения поведения называют "девиантным поведением", что не совсем точно отражает суть дела. Девиантность – отклонение от принятых норм – понятие более широкое, оно включает не только делинквентность, но и другие нарушения поведения – от ранней алкоголизации до суицидных попыток.

Подростковая делинквентность в подавляющем большинстве имеет чисто социальные причины – недостатки воспитания прежде всего. От 30 до 85% делинквентных подростков, по данным разных авторов, вырастают в неполной семье, т. е. без отца, или в семье деформированной – с недавно появившимся отчимом или, реже, с мачехой.

Немалое значение имеют безнадзорность, воспитание по типу "гипопротекции" [Jenkins R., 1969, Вдовиченко А А, 1976; Гурьева В А., Гиндикин. В Я., 1980]. Росту делинквентности среди подростков способствуют социальные потрясения, влекущие безотцовщину и лишаящие семейной опеки; примером в нашей стране может послужить армия беспризорников после гражданской войны, достигавшая более четырех миллионов [Миньковский Г. М., 1965].

Делинквентность далеко не всегда связана с аномалиями характера, с психопатиями. Однако при некоторых из этих аномалий, включая крайние варианты нормы в виде акцентуаций характера, имеется меньшая устойчивость в отношении неблагоприятного воздействия непосредственного окружения, большая податливость пагубным влияниям. По мнению L. Michaux (1964), до 70% делинквентных подростков обнаруживает изначальные нарушения характера. Л Л Вдовиченко (1976) среди делинквентных подростков в 66% установил различные типы акцентуаций характера. Н.И. Озерецкий (1932) среди беспризорников 20-х годов в 21-28% диагностировал психопатию.

Среди обследованных нами 300 подростков мужского пола 14-17 лет, госпитализированных в психиатрическую клинику в связи с непсихотическими нарушениями поведения, острыми аффективными реакциями и другими реактивными состояниями, делинквентное поведение отмечено в 40%. Наиболее частым его проявлением были прогулы, уклонение от учебы и труда, мелкое

воровство, драки со сверстниками. Реже встречались другие формы делинквентности – хулиганство, отнимание денег у малышей и слабых сверстников, угон велосипедов и мотоциклов с целью покататься, приставание к иностранцам, выпрашивание у них подачек, вызывающее поведение в общественных местах.

Склонность к делинквентности связана как со степенью аномалии характера (психопатии, акцентуации), так и в еще большей степени с ее типом. Делинквентное поведение при психопатиях отмечено нами в 49%, а при акцентуациях характера – лишь в 29% ($P < 0,01$). Наиболее подвержен делинквентности неустойчивый тип психопатии и акцентуации.

Тип психопатии или акцентуации характера	Частота делинквентности (%)
Неустойчивый.....	76
Эпилептоидный.....	61
Истероидный.....	52
Шизоидный.....	44
Гипертимный.....	36
Лабильный.....	36

Таким типам, как сенситивный и психастенический, делинквентность вообще не свойственна. Циклоиды способны на эпизодические делинквентные поступки во время гипертимной фазы, реже у них встречаются делинквентные эквиваленты субдепрессивных фаз [Личко А.Е., 1979]. При обследовании делинквентных подростков, направляемых в специальное ПТУ, наиболее частыми типами акцентуаций характера также оказались неустойчивый, истероидный и эпилептоидный [Вдовиченко А.А., 1976].

Делинквентность шизоидов обычно проявляется, когда отклонение характера от нормы достигает степени психопатии. У неустойчивых, истероидов и гипертимов делинквентность достаточно

часто встречается на фоне акцентуации характера.

Каждому типу психопатий и акцентуаций характера присущи определенные особенности делинквентного поведения. У неустойчивых наблюдаются два возрастных пика делинквентности. Один из них совпадает с переходом в 4-5-й классы школы – от одного учителя к предметной системе с усложнением программ обучения и одновременно с началом полового созревания. Другой пик падает на окончание 8-летнего образования и переход к профессиональному обучению. Делинквентность неустойчивых в 90% сочетается с ранней алкоголизацией.

У гипертимов начало делинквентности в 50% падает на пред-подростковый возраст – на 10–12 лет.

Делинквентность истероидов начинается в разные годы - от 10 до 15 лет. У них выявляется особая склонность к мелкому воровству, мошенничеству, вызывающей манере вести себя в общественных местах. Алкоголизация у истероидов встречалась лишь в 35%. Зато у 60% угроза наказания за совершенные проступки толкала на демонстративное суицидальное поведение.

Возрастные особенности начала делинквентности у эпилептоидов сходны с таковыми у неустойчивых, однако драки и даже жестокие избиения у них не уступают воровству.

Начало делинквентного поведения у шизоидов в 60% относилось к более старшему подростковому возрасту - к 15-16 годам. У них часто приходилось сталкиваться с сексуальной делинквентностью (развратные действия, эксгибиционизм, гомосексуальные сношения и др.).

Мотивы одних и тех же делинквентных поступков могли быть самыми различными при разных типах психопатий и акцентуаций характера. Кражи неустойчивого подростка – чаще всего путь раздобыть средства для развлечений и удовольствий. Кражи гипертимного подростка могут носить "престижный характер", т. е. предназначены показать сверстникам его смелость и превосходство. Эпилептоиды воруют, имея целью прежде всего присвоение материальной ценности, но иногда сам риск, острые ощущения ("холодок") в процессе совершения кражи доставляют им трудно описуемое наслаждение. Среди шизоидов встречаются "символические" кражи (присвоение предметов, принадлежащих объекту тайного обожания), кражи во имя "восстановления спра-

ведливости" или в целях пополнения собираемой коллекции.

ПОБЕГИ ИЗ ДОМУ И БРОДЯЖНИЧЕСТВО

Побеги из дому и бродяжничество иногда также рассматриваются как одна из форм делинквентности. Однако, по нашим данным, делинквентность лишь в 1/3 случаев (от 55% у гипертимов до 15% у эпилептоидов) сочетается с побегами из дому. Последние могут быть совершенно не связаны с делинквентностью и поэтому, с нашей точки зрения, представляют особую форму нарушений поведения.

По нашим данным, среди госпитализированных подростков с психопатиями и акцентуациями характера побеги встречались в 25%.

Побеги нередко начинаются еще в детстве, до начала пубертатного периода. Может быть, поэтому данная форма нарушений поведения лучше других исследована детскими психиатрами. Первые побеги у детей обычно совершаются в страхе наказания или как реакция оппозиции, а по мере повторения превращаются в "условно-рефлекторный стереотип" [Сухарева Г. Е., 1959]. Наиболее обстоятельно побеги у детей и подростков были систематизированы Н. Stutte (1960), который выделил: 1) побеги как следствие недостаточного надзора, в целях развлечения и удовольствия; 2) побеги как реакцию протеста на чрезмерные требования или на недостаточное внимание со стороны близких; 3) побеги как реакцию тревоги из страха наказания у робких и забитых; 4) "специфически-пубертатный побег" вследствие фантазерства и мечтательности и др.

При определенных социальных условиях побеги подростков из дому могут приобретать эпидемический характер. Примерами тому служат массовое беспризорничество в нашей стране в период гражданской войны и послевоенной разрухи, а в США 1929 год – время тяжелого экономического кризиса. В обоих этих случаях подростков из дому гнали голод и нужда. Менее понятным оказалось массовое распространение побегов в США в 60–70-е годы. Как сообщалось в *United States News and World Report* (24th April, 1972; 3d September, 1973), если в 1929 г., в тяжелый год

кризиса, из дому убежало 200 тыс. подростков, то в 1963 г. - 300 тыс., в 1970 г. - 600 тыс., а в 1972 г. число беглецов достигло почти миллиона! С конца 70-х годов побеги как будто несколько пошли па убыль. Однако число сбежавших из дому девочек стало превышать число беглецов-мальчиков.

В качестве причин массовых побегов в США приводятся безнадзорность, ссоры с родителями, "протест школе, семье, всему образу жизни", поиск приключений и "свободы". Предполагается, что рост числа побегов связан с такими неблагоприятными социальными сдвигами в американской жизни, как рост числа разводов (в 1972 г. число разводов в США достигло 33% от числа заключенных браков), распад "большой американской семьи" с дедушками, бабушками и т. п., которые теперь живут отдельно и не проявляют особого интереса к внукам, постоянные массовые миграции населения из-за безработицы и поиска лучшей работы (в США ежегодно около 20% населения переезжает в другие города) и, наконец, заполнение почти всего детского досуга телевизором (64% свободного времени школьника в среднем), что заменило повседневные контакты с родителями и ослабило эмоциональную привязанность к ним. В итоге, в США подростки-беглецы ("ранэуэйсы") стали социальной проблемой.

В последнее время беглецов стало заменять "уличное племя" (street people), к которому относят подростков, формально не сбежавших из дома, но приходящих домой лишь для ночного сна, и то не всегда. Эти подростки вовсе не считают свое поведение тяжелым или трудным. Они часто происходят из внешне благополучных семей среднего достатка. Свою жизнь на улице со злоупотреблением наркотиками, сексуальной свободой, поисками пищи и места для ночлега, стычками с полицией они находят интересной и увлекательной. Отношения с родителями у них обычно бывают крайне напряженными. Они особенно склонны винить отца. По их словам, родители не относятся к ним как к самостоятельным людям, не принимают их всерьез. Девочки особенно негодуют по поводу осуждения родителями их манеры одеваться, выбирать друзей, развлечения и т. п. Речь, как правило, идет о постепенном, но неуклонном накоплении взаимного недовольства, которое предшествует побегу [Howell M. et al., 1973].

В нашей стране, в отличие от США, побеги подростков из

дому или из интернатов бывают эпизодическими – они отнюдь не стали социальной проблемой.

На основании данных А. У. Нураевой (1973), можно выделить следующие типы побегов у подростков.

Эмансипационные побег. Эти побег являются у подростков наиболее частыми (45%) и совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля родных или воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и отдаться "свободной", "веселой", "легкой" жизни. Начало этих побегов падает в основном на возраст 12-15 лет. Поводом для первого побега нередко являются ссоры, вернее столкновения с родителями или воспитателями интерната. Но не страх перед ними, а жажда освободиться от надзора, надоевшего режима, наскучившего образа жизни толкает к побегу. Эмансипационные побег часто совершаются с одним-двумя приятелями или таковые приобретаются в процессе самого побега. В 85% этим побегам предшествуют прогулы занятий, в 75% они сочетаются с делинквентностью, в 32% – с алкоголизацией во время побега.

Эмансипационный тип побегов наиболее свойственен психопатиям и акцентуациям характера гипертимного и неустойчивого типов.

Импунитивные побег (от англ. impunity – безнаказанность). Этот вид побегов составил 26%. Чаще всего первые побег были следствием жестокого обращения, суровых наказаний, "расправ" со стороны родных, или товарищей по интернату. Побегу способствовало положение изгоя или "золушки" в семье, преследования со стороны соучеников в интернате или школе. Подобные побег обычно совершаются в одиночку. Во время них все поведение подростка строится так, чтобы забыться, отвлечься от тяжелой ситуации, толкнувшей на бегство. Другие проступки во время побегов обычно всячески избегаются. Например, деньги на еду добываются собиранием пустых бутылок, продажей собранных цветов, но не воровством. Вероятно, суждение об опасности суицидов во время побегов [Жезлова Л. Я., Скуратович Г. А., Чомарян Э. А., 1981] относится именно к импунитивному их типу. Однако повторные побег становятся стереотипной поведенческой реак-

цией на любую трудную ситуацию. Во время повторных побегов уже нередко ищут попутчиков и может присоединиться делинквентность.

Возраст начала импунитивных побегов весьма различен – от 7 до 15 лет. В 16-17-летнем возрасте вместо побега, возможно, выискивается иная форма отделения от семьи: (например, поступление на учебу или на работу с общежитием и т. п.). Импунитивные побеги отмечены у 13% госпитализированных шизоидов, у 8% представителей лабильного и сенситивного типов и только у 6% гипертимов. При других типах психопатии и акцентуаций такие побеги встречались в единичных случаях. У неустойчивых первый побег нередко бывает импунитивным, но последующие быстро становятся эмансипационными.

Демонстративные побеги. Эти побеги у подростков были следствием реакции оппозиции и наблюдались в 20%. Их первый отличительный признак - обычно относительно небольшой ареал: убегают недалеко или в те места, где надеются быть увиденными, пойманными и возвращенными. В побеге ведут себя так чтобы обратить на себя внимание окружающих. Причиной таких побегов является стремление привлечь к себе особое расположение близких или вернуть их внимание, утраченное или ослабленное ввиду каких-либо причин (например, болезнь сиблинга или появление отчима). Иногда подросток требует не только внимания, а каких-то преимуществ, выполнения каких-то его желаний, определенных благ, особенно тех, которые позволили бы ему возвыситься в глазах сверстников. Демонстративные побеги могли начинаться на всем протяжении подросткового возраста – от 12 до 17 лет. Большая их доля падала на представителей истероидного типа (эти побеги были у 10% обследованных истероидов). Изредка демонстративные побеги встречались при лабильном и эпилептоидном типе психопатий и акцентуаций.

Дромоманические побеги. Этот вид побегов и бродяжничества является самым редким в подростковом возрасте (только 9% обследованных нами подростков-беглецов). Этим побегам предшествует внезапно и беспричинно изменившееся настроение ("какая-то скука", "тоска"). Возникает немотивированная тяга к

перемене обстановки, в дальние места. В побег пускаются в одиночестве, попутчики отсутствуют или приобретаются случайно. Ареал быстро расширяется от побега к побегу. Во время побега внезапно появляется желание вернуться домой – возвращаются измученные, притихшие, послушные. Причину побега объяснить не в силах, поступка своего стыдятся, и слишком большая настойчивость при расспросах может толкнуть на новый побег. Дромоманические побеги могут сочетаться с дисфориями и расстройствами влечений в виде гиперсексуальности, стремления напиваться пьяными "до отключения", садо-мазохистическими действиями. Некоторые подростки отмечали, что во время таких побегов резко снижается аппетит, они спят гораздо меньше обычного, все время находятся в каком-то необычном, взвинченном состоянии.

Дромоманические побеги встречаются при эпилептоидном типе органических и конституциональных психопатий.

Алексей И., 18 лет. Родился от беременности, которая протекала с тяжелым токсикозом. В раннем детстве отставал в развитии, фразовая речь появилась только в 6 лет. По словам матери, "рос дикарем", мешковатым и неловким. С 3 лет любил убежать на помойки, где копался в отбросах и таскал их домой. В 9 лет убежал к пригород, развлекался там разведением костров, лез прямо в огонь, получил тяжелые ожоги. Учился плохо, с трудом окончил 8 классов и бросил школу. Часто меняет места работы – "становится скучно".

С 15 лет стал совершать дальние побеги на юг. Рассказал, что желание убежать возникает у него внезапно – вечером появится, утром уже должен пуститься в бегство, иначе будет "непереносимая скука" и какое-то беспокойство. Делает вид, что собирается на работу, а сам уже готовится убежать. Для поездок крадет деньги у родных. Однажды, когда денег дома не было, по дороге на вокзал продал за бесценок свою любимую вещь – дорогой транзисторный приемник. Убегает всегда один и всегда устремляется на Черноморское побережье Кавказа (в детстве туда летом ездил с родными). В побеге бесцельно слоняется, переезжает с места на место, заводит случайные знакомства, тут же их обрывает, крадет пищу и мелкие деньги ("ровно столько, чтобы поесть").

Через две-три недели в какой-то день появляется внезапное желание вернуться домой - возвращается самостоятельно или шлет телеграмму родным, чтобы выслали денег на дорогу. О побегах говорит со смущением, оценивает их как что-то ненормальное просит его лечить. Плохо переносит алкоголь - от малых доз возникает опьянение по амнестическому типу - "что говорю, что делаю, куда иду - потом ничего не помню". Сексуальную жизнь не раскрывает. По словам родных с девушками не встречается, друзей не имеет.

В психиатрический клинику избегал компании асоциальных подростков, охотно работал, помогал персоналу.

При неврологическом осмотре - легкая асимметрия лицевой иннервации, легкая девиация языка влево. На ЭЭГ - без выраженных изменений. Последние два года обнаружилась склонность к полноте.

Обследование с помощью ПДО не проводилось.

Диагноз Органическая психопатия выраженной степени. Эпилептоидный вариант с нарушениями влечения в виде истинной дромомании.

Катамнез через 3 года. Находится в тюрьме, осужден за мелкую кражу, совершенную во время очередного побега.

РАННЯЯ АЛКОГОЛИЗАЦИЯ КАК ФОРМА ТОКСИКОМАНИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

К ранней алкоголизации должны быть отнесены знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и более или менее регулярное употребление спиртных напитков в возрасте 17-18 лет. Таким образом, речь здесь идет не о раннем алкоголизме, а о подростковом эквиваленте бытового пьянства взрослых. Однако ряды взрослых алкоголиков пополняются в основном за счет тех, кто начинает выпивать с подросткового возраста. По данным Г. В. Морозова и А. К. Качаева (1976), при бытовом пьянстве взрослых алкоголизация начинается в 76% до 20 лет, в том числе в 49% - в подростковом возрасте.

Ранняя алкоголизация часто возникает поначалу как одно из проявлений делинквентности. Неслучайно среди делинквентных подростков, состоящих на учете в милиции, 38% злоупотребляли алкоголем [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980]. Первые выпивки совершаются, как правило, тайком от взрослых со "своей" группой сверстников. Мотивами здесь служат и нежелание "отстать" от товарищей, и любопытство, и ложно понимаемый путь к взрослости. Но при повторных выпивках может появиться новый мотив - желание испытать "веселое настроение", чувство расторможенности, самоуверенности и т. п. Тогда алкоголизация становится формой токсикоманического поведения.

С той же целью и также в компании товарищей могут использоваться не только алкоголь, но и другие дурманные средства, способные вызвать необычное повышение настроения или дать испытать неизведанные еще дотоле ощущения и переживания вплоть до галлюцинации. Однако алкоголь в современных условиях остается наиболее распространенным и излюбленным способом эйфоризации. К суррогатам алкоголя и другим дурманным средствам часто прибегают наряду с алкоголем [Буторина Н. К. и др., 1978].

В последние годы в западных странах, где раньше свирепствовала эпидемия подростковой наркомании, алкоголь как будто стал постепенно теснить наркотики. Во всяком случае актуальность алкоголизации подростков стала несомненно расти [Строганов Ю. А., 1981].

Токсикоманическое поведение еще не свидетельствует о формировании токсикомании, в частности алкогольной. Последней присуще появление сперва психической, а затем и физической зависимости от алкоголя. У подростков на формирование психической зависимости сильно влияет реакция группирования со сверстниками.

Групповая психическая зависимость. Это – особый подростковый феномен, описанный Ю. А. Строгановым и Ч. Г. Капанадзе (1978). В этих случаях потребность в выпивке возникает немедленно, как только попадают в "свою" компанию. За пределами "своей" группы пока еще нет тяготения к вину, с чужими и малознакомыми не пьют. Отрыв от "своей" группы сразу же пре-

кращает алкоголизацию. Наличие групповой психической зависимости еще не свидетельствует о наличии алкоголизма, а лишь является угрожающим предшественником его.

Индивидуальная психическая зависимость. Этот феномен является уже ранним признаком алкоголизма. Здесь подросток начинает активно выискивать любой повод и ситуацию для выпивки. Отрыв от своей группы ведет сразу же к поиску другой подростковой алкоголизирующей компании. Неалкогольные дурмящие средства нередко начинают использоваться в одиночку.

Типологические особенности алкоголизации. Зависимость особенностей токсикоманического поведения от типа психопатии или акцентуации характера в подростковом возрасте проявляется весьма отчетливо. Видимо, именно тип аномалии характера, а не просто "психопатичность" или даже ее степень как полагают А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1971), имеет решающее значение. По нашим данным, соотношение числа психопатий и акцентуаций характера среди подростков с алкоголизмом I-II степени не отличается существенно от такового соотношения среди других госпитализированных подростков.

Зато типологические особенности были более отчетливы. Злоупотребление алкоголем, не достигающее степени алкоголизма, имело место у 45% обследованных представителей неустойчивого типа, у 35% - эпилептоидного, у 28% - истероидного и истероидно-неустойчивого, у 25% - гипертимного и гипертимно-неустойчивого. Среди шизоидов алкоголем злоупотребляли лишь единицы, кстати, всегда предпочитавшие легкие степени опьянения.

Подросткам сенситивного типа присуще отрицательное отношение к алкоголю даже при выраженных степенях психопатий.

Высокая частота алкоголизации подростков неустойчивого типа вполне понятна – страсть к бездумным развлечениям и удовольствию составляет одну из главных этого типа. Вино рассматривается ими как необходимый атрибут культа развлечения. Поэтому выпивки всегда осуществляются в группе асоциальных

сверстников и даже, когда формируется алкоголизм, продолжают в компании собутыльников. В качестве мотива алкоголизации обычно приводится желание испытать веселое настроение, предпочитают не очень глубокие, эйфорические стадии опьянения. Вино обычно привлекает более, чем водка («водка невкусная», «слишком быстро валит», «от вина кайф лучше»).

Виктор К., 16 лет. Из непьющей семьи. С детства был хилым (искусственное вскармливание), худеньким, медленно рос. В 7 лет из-за слабого физического развития не взяли в школу. Часто болел ангинами. Воспитание было необычным: нежный, ласковый отец и довольно суровая мать. В младших классах под постоянным контролем отца учился удовлетворительно. Отличался трусливостью, дружил с мальчиком, который его защищал. Боялся воров и бандитов. Когда ему было 11 лет, скоропостижно скончался отец. Не прошло и года, как на его глазах погиб под автомашиной его друг-защитник. Обе смерти пережил довольно легко. С 13 лет резко изменился: не слушал мать, стал грубым, забросил учебу, прогуливал школьные занятия. Сдружился с физически сильным второгодником, тот втянул его в компанию выпивающих подростков. С ними стал охотно и часто пить вино «для веселья» (водку пить избегал). Раз-два в неделю являлся домой пьяным. Распродал собранную вместе с отцом большую коллекцию марок – все деньги потратил на выпивки с приятелями. Чтобы оторвать от компании, мать отправила его в другой город к деду. Учился там в 8-м классе. Не найдя себе собутыльников в школе, завел знакомства среди уличных подростков, стал выпивать с ними. Возвращенный дедом к матери, "совсем сорвался". Все время стало тянуть на выпивки, искал любую случайную компанию, где можно было бы распить вино. Для опьянения стала требоваться все большая доза спиртного - выпивал уже по бутылке вина в один прием. Исчез рвотный рефлекс при передозировке. Перед госпитализацией последнюю неделю пил ежедневно. Попал в вытрезвитель.

Помещенный в психиатрическую больницу для противоалкогольного лечения, быстро вступил в контакт с асоциальными подростками. Мать встречал холодно. Реальных планов на будущее не имел. Соглашался где-нибудь работать, "раз надо". Ле-

чился неохотно.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный эпилептоидно-неустойчивый тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не выявлено. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная. Диагностика неустойчивого типа служит указанием на склонность к делинквентности. Отмечена высокая психологическая склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки – самооценка недостаточная: достоверно ни черт какого-либо типа, ни отвергаемых черт не выявлено.

Диагноз. Хронический алкоголизм – I стадия. Психопатия умеренной степени неустойчивого типа.

Катаменз через 2 года. После проведенного противоалкогольного лечения окончил ПТУ, работал слесарем. Через полгода снова попал в алкогольную компанию и стал выпивать. За избивание подростков и отнимание у них денег осужден и направлен в колонию.

Подобный же модус токсикоманического поведения бывает свойствен начинающим выпивки подросткам гипертимного типа. Однако последние, в отличие от неустойчивых, по-видимому, долго удерживаются на уровне алкоголизации, не достигающей степени алкоголизма. Может быть, более высокий биологический тонус, живой интерес ко многому, что происходит вокруг, стремление к деятельности, наличие планов на будущее делают их более устойчивыми к развитию психической зависимости.

Путь алкоголизации эпилептоидного подростка бывает совершенно иным. Опыание у них обычно не дает легких и приятных эйфорий. Нередко оно протекает по дисфорическому типу, сопровождаясь злобностью, агрессией, дикими разрушительными действиями, попытками самокалечения или поступками, свидетельствующими о растормаживании перверзных влечений. После первых опыаний может возникнуть потребность "пить до отключения", а тяга к выпивке приобрести какой-то неодолимый, инстинктивный характер – компульсивное влечение к алкоголю может вспыхнуть одновременно с формированием психической зависимости. Крепкие спиртные напитки обычно предпочитают вино.

В опьянении рано появляются амнестические эпизоды, напоминающие палимпсесты при сформировавшемся хроническом алкоголизме, т. е. выпадение из памяти отдельных эпизодов и поступков.

Н и к о л а й К. , 17 лет. Отец – алкоголик, мать выгнала его из дому, когда сыну было 14 лет. Имеет старшего сводного брата от первого брака матери. Родился от беременности, во время которой мать пыталась сделать криминальный аборт. В возрасте 4 лет перенес заворот кишок с менингеальными явлениями. С раннего детства обнаруживал необычную бережливость – прятал лакомства в чулок. В младших классах школы старательно учился, был отличником, поражал своей аккуратностью и пунктуальностью. С 13 лет отец стал его спаивать - угощал его сладким вином, потом водкой, стремясь напоить допьяна. По словам матери, отец подозревал, что сын родился не от него, и заявил, что он его "испортит", сделает алкоголиком. Из-за этого мать развелась с отцом. После первых опьянений почувствовал сильную тягу к выпивке. Говорит, что если капля спиртного попадет ему в рот, то после этого тянет пить, пока не "отключится". Выпивать старается один, спрятавшись от матери на чердаке или в подвале. Воровал водку у отца, крал и вымогал деньги на выпивку у матери. Когда нигде не мог достать деньги на спиртное, обходил по городу распивочные и пивные и слизывал языком со столов пролитое вино. Забросил занятия в школе. Дублировал 5-й и 7-й классы. После 8-го класса пошел работать. Несмотря на регулярные выпивки, слывет аккуратным и старательным, прогулов почти не имеет.

Во время опьянений возникает какая-то произвольная тяга лезть куда-то вверх: неоднократно пьяным по пожарным лестницам забирался на крыши высоких домов, однажды залез на высотный кран и там уснул. Сам удивляется, как пьяным взбирается туда, куда трезвым никогда бы не рискнул полезть. В опьянении озлобляется на мать – прячется около дома и с наслаждением наблюдает, как она его ищет, не раз грозил ее убить.

Последний год резко возросла доза, необходимая для опьянения: чтобы "отключиться", стал выпивать до 800 г водки в один прием. По утрам появилась потребность опохмелиться пивом –

иначе неработоспособен. Рвотный рефлекс на передозировку исчез около полутора лет тому назад.

Дважды пробовал иные токсические средства: закурил гашиш – "ничего не почувствовал, не понравилось", нюхал пятновыводитель – "стал разбирать какой-то безумный смех", тоже не понравилось, вернулся к водке.

Год назад была обнаружена артериальная гипертония (АД 170/ 80 мм рт. ст.), испугался – месяц крепился и не пил, потом не удержался и снова запил.

Перед поступлением сам пришел в милицию и попросил направить его лечиться от алкоголизма, так как в пьяном виде стала приходить в голову мысль убить старшего брата. Считает, что мать любит брата больше, чем его. В психиатрическую больницу поступил пьяным, держался развязно, цинично бранился. В палате сразу обнаружил гомосексуальные склонности: потянул другого подростка к себе в постель, пытался его раздевать. Протрезвев, стал тихим и спокойным, охотно помогал персоналу. Гомосексуальные действия пытался объяснить тем, что "его неправильно поняли". Сознался, что раньше в пионерском лагере любил заниматься совместной мастурбацией с кем-либо из товарищей. Откровенно говорил, что у него сильное сексуальное влечение и что он получает удовольствие, когда изводит девочек и доводит их до слез. Имеет приятеля – физически слабого и послушного, над которым любит поиздеваться: например, заставлял его подолгу бегать вокруг стола. Очень внимателен к своему здоровью. Обеспокоен тем, "не отразится ли на сердце противоалкогольное лечение". С врачом несколько подбострастен, благодарит заранее за "леченьице".

При неврологическом осмотре и на ЭЭГ – без отклонений. После инъекции апоморфина – гипертонический криз. Было проведено лечение тиурамом без разрядки и психотерапия. За месяц лечения окреп, "почувствовал себя человеком", потребность в алкоголе исчезла, заявил, что бросит пить навсегда, поступит в вечернюю школу.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован epileptoидный тип. Обнаружены признаки, указывающие на возможность психопатии. Установлен высокий В-индекс, указывающий на возможность изменений характера

вследствие резидуальноорганического поражения головного мозга. Конформность высокая, реакция эмансипации умеренная. Психологической склонности к делинквентности не выявлено, но отмечена высокая склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки - самооценка неверная: достоверно выделяются черты циклоидного, лабильного и конформного типов, отвергаются меланхолические черты.

Диагноз. Алкоголизм (II стадия). Эпилептоидная психопатия умеренной степени.

Катамнез. После выписки уехал на лето со строительным молодежным отрядом, хорошо работал, был бригадиром, упорно оказывался от выпивок, увлекся игрой на гитаре, организовал самодетельный ансамбль. Вернувшись, пошел работать и учиться в вечернюю школу, стал много читать. Прослежен еще около года – рецидива алкоголизации не было.

Особенности алкоголизации подростков других типов психопатий и акцентуаций характера вкратце сводятся к следующему.

Циклоиды в период подъема в отношении к алкоголю ведут себя так же, как гипертимы, но в субдепрессивной фазе обычно избегают выпивок. Лабильные подростки могут начать выпивать, если приобщаются к асоциальным компаниям, но обычно ограничиваются небольшим количеством сладких вин. Подросткам сенситивного типа присуще отрицательное отношение к алкоголю даже при выраженных степенях психопатии этого типа. Шизоиды могут использовать малые дозы алкоголя в качестве своеобразного допинга, облегчающего контакты или снимающего робость и застенчивость. При этом может формироваться своеобразная психическая зависимость, отличающаяся от истинной психической зависимости при алкоголизме, основанной на страсти к эйфории. Перед тем как идти в компанию, устанавливать контакты, в одиночку или с кем-либо из приятелей выпивается небольшая доза алкоголя. Формирования физической зависимости подростков шизоидного типа нам наблюдать не приходилось. Истероиды склонны преувеличивать свою алкоголизацию («всех перепивал») или изображать себя своего рода алкогольными «эстетами», уверяя, например, что пьют только коньяк или

шампанское или вино хороших марок и т.п. Однако в пьющих компаниях истероидные подростки могут пасть жертвой собственных притязаний на исключительность. Доказывая, что им «все нипочем» и они всех могут «перепить», они постепенно действительно пристращаются к алкоголю.

Конформные подростки вступают на путь алкоголизации, оказавшись в пьющем окружении (Сергей О. – см. стр. 230).

Именно у неустойчивых и эпилептоидных подростков алкоголизация более всего грозит достичь такой степени, что уже в подростковом возрасте может развиться алкоголизм. Сформировавшийся хронический алкоголизм в подростковом возрасте встречается относительно редко. Существующее мнение об ускоренном формировании алкоголизма в подростковом возрасте, которое высказал еще Е. Краепелін, справедливо лишь для неустойчивого и эпилептоидного типов, но не оправдано для гипертимных и шизоидных подростков.

Актуальным для подросткового возраста является не алкоголизм, а склонность к алкоголизации. Ее выявление, становление контингентов и индивидуумов, подозрительных в отношении повышенного риска ранней алкоголизации, было бы важной предпосылкой для целенаправленной психопрофилактической работы [Муратова И. Д. и др., 1978].

С этой целью к разработанному нами для определения типов психопатии и акцентуации характера у подростков "Патохарактерологическому диагностическому опроснику для подростков" – ПДО (1976) была добавлена шкала психологической склонности к алкоголизации [Личко А. Е., Александров А. А., Вдовиченко А. А. и др., 1978; Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981]

Эта шкала предназначена для выявления не столько тех, кто злоупотребляет алкоголем, сколько тех, кто еще не пьет, но не имеет достаточно твердых установок, препятствующих алкоголизации и в силу этого, оказавшись в пьющей компании, легко может поддаться пагубному примеру, начав выпивать.

С помощью этой шкалы также были обнаружены выраженные различия к психологической склонности к алкоголизации у подростков с разными типами психопатии и акцентуаций характера.

Средний балл для разных типов акцентуаций оказался следующим:

Тип	Средний	Тип	Средний
Гипертимный	+2,9	Истероидный	+0,8
Неустойчивый	+2,2	Конформный	+0,4
Эпилептоидный	+0,9	Шизоидный	-0,5
Лабильный	+0,8	Сенситивный	-1,2

¹Средняя ошибка везде в пределах 0,2-0,3.

Таким образом, наиболее высокая психологическая склонность оказалась у подростков гипертимного и неустойчивого типов. Эта склонность, отсутствие у них всякого "психологического барьера" подтверждаются клиническими наблюдениями. Большинству подростков сенситивного и шизоидного типов оказалась присущей выраженная отрицательная установка. Наблюдения за ними показывают, что многие и из них действительно упорно избегают алкоголизации, даже оказавшись в пьющей компании. Представители других типов психопатий и акцентуаций заняли положение, промежуточное между этими полярными группами. Средний балл конформного типа наиболее приближен к нулю (+0,4). Это свидетельствует, видимо, о том, что у большинства конформных подростков нет ни изначальной склонности к употреблению спиртных напитков, ни твердой отрицательной установки. Их судьба, как в отношении всех сторон поведения, определяется тем окружением, в которое они попадают.

ДЕВИАЦИИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Подростковый возраст – период формирования сексуального влечения, которому свойственны недостаточная дифференцированность и повышенная возбудимость («юношеская гиперсексуальность»), а также незавершенность половой идентификации в психологическом смысле [Кон И.С., 1979]. Поэтому под влиянием ситуативных факторов легко могут возникнуть девиации сексуального поведения. Наиболее угрожаемыми в этом отношении

являются как акселерированные, так и инфантильные подростки. У первых сильное половое влечение возникает задолго до социальной зрелости. У инфантильных в силу реакции гиперкомпенсации иногда рождается стремление «не отстать» и даже «обогнать» сверстников в сексуальном отношении. В других случаях они оказываются предметом совращения более развитых подростков и в силу своей инфантильности бывают неспособными им противостоять.

Возникающие в подростковом возрасте девиации сексуального поведения бывают сходными с истинными перверзиями (гомосексуализм, эксгибиционизм и др.). Но в отличие от истинных перверзий, которые также могут впервые выявляться в подростковом возрасте, подобные девиации всегда ситуативно обусловлены и являются преходящими. Обычно по миновании подросткового возраста и с началом нормальной половой жизни от них не остается и следа. Лишь в некоторых неблагоприятных случаях, становясь дурной привычкой, эти сексуальные девиации могут сохраняться наряду с нормальной половой жизнью или возобновляться при ее вынужденных перерывах (ложные перверзии).

Транзиторные подростковые девиации сексуального поведения могут проявляться в разных формах.

Онанизм. У подростков онанизм в настоящее время не принято рассматривать как патологическое явление [Исаев Д.Н. и др., 1979], если только он не начинается ранее 14 лет, не достигает чрезмерной интенсивности (до нескольких раз в день), не сочетается с невротическими симптомами и не сопровождается агрессивной реакцией на невозможность от него избавиться. Считается, что не менее 70% подростков мужского пола и около 15-20% женского пола после 14 лет регулярно занимаются онанизмом. Принято говорить о «мастурбации периода юношеской гиперсексуальности» [Общая сексопатология, 1977] и связывать ее с тем, что сексуальное влечение возникает гораздо раньше воз-

возможности вступить в брак.

Не следует рассматривать как патологический феномен и «групповой», «совместный», «подражательный» онанизм, когда мастурбацией занимаются двое или несколько подростков одновременно на виду друг у друга. Эта форма сексуальной активности тесно сопряжена с подростковой реакцией группирования, имитацией поведения сверстников. Однако взаимный онанизм может быть первым проявлением гомосексуальных склонностей.

Петтинг. Эта форма удовлетворения полового влечения представляет собой нечто среднее между онанизмом и настоящим половым сношением и заключается во взаимном раздражении эрогенных зон (без интроитуса) до оргазма [Общая сексология, 1977]. Практикуется обычно в гетеросексуальных сношениях. Подростки прибегают к петтингу, так как при этом не разрушается hymen у девочек и, по их представлению, петтинг абсолютно защищает от беременности. По данным Р. Hertoft (1969), петтинг практикуют около 30% подростков.

Ранняя половая жизнь. Ранние половые сношения гетеросексуального типа могут рассматриваться как патологическая девиация, если только они начинаются до того, как наступило достаточное физическое созревание. Его признаками у юношей служат лобковое оволосение по мужскому типу, появление растительности на щеках, груди, средней линии живота, установившийся мужской тембр голоса, замедление роста тела. В наших широтах в настоящее время у юношей такое созревание чаще всего достигается к 16–18 годам. У девушек подобная зрелость (регулярные месячные, остановка роста) наступают в 15–17 лет.

Половая жизнь до юридического совершеннолетия (в РСФСР официальный брачный возраст - с 18 лет, в УССР и некоторых других республиках - с 16 лет), но при наличии достаточной физической зрелости может расцениваться как нежелательное явление с социальной точки зрения, но не как патологическая девиация.

Ранняя сексуальная жизнь чаще всего встречается при гипертимной акцентуации. Этому способствует как рано пробуждаю-

щееся и сильное влечение, так и общительность, легкость установления контактов, отсутствие застенчивости. Первые связи гипертимов обычно непродолжительны. Некоторые эпилептоидные подростки также рано начинают половую жизнь, но они предпочитают постоянного партнера и крайне ревнивы в отношении его. Неустойчивые подростки могут рано обогащаться сексуальным опытом в асоциальных компаниях, хотя само влечение у них не отличается силой. У обследованных нами подростков мужского пола с психопатиями и нарушениями поведения на фоне акцентуаций регулярная половая жизнь до 16 лет отмечена лишь в 9%.

Подростковый промискуитет. Частые половые сношения с непрерывной сменой партнеров встречаются в некоторых асоциальных подростковых компаниях. Промискуитет нередко сочетается с ранней алкоголизацией, особенно у девочек [Илешева Р. Г. 1978]. В состоянии алкогольного опьянения у одних растормаживаются влечения, у других – наступает пассивная подчиняемость более старшим и более активным партнерам, в асоциальных компаниях срабатывает также реакция имитации. У девочек промискуитет как форма сексуального поведения склонен закрепляться, и тогда стремление к постоянной смене партнера становится чем-то вроде ложной перверзии.

Транзиторный подростковый гомосексуализм. Эта девиация является ситуативно обусловленной – его проявления сильны в закрытых учреждениях, где сосредотачиваются подростки одного пола. У старших подростков он бывает вызван сильным влечением при отсутствии объектов противоположного пола, у младших – подражанием, соблазном, иногда – понуждением со стороны старших. От взаимного онанизма и поцелуев, оставляющих кровоподтеки на теле, переходят к взаимному петтингу, сосанию половых органов, а мальчики – даже к педерастическим актам - введению penis в anus партнера.

У подростков мужского пола транзиторный подростковый гомосексуализм встречается чаще, чем у девочек. Причина транзиторного подросткового гомосексуализма состоит в том, что периоду становления полового влечения свойственна его малая дифференцированность, что отметил еще А. Moll (1893). В отли-

чие от истинного при транзиторном подростковом гомосексуализме объект противоположного пола всегда остается более привлекательным. В присутствии представителей противоположного пола своего возраста, даже без всякой половой близости с ними, гомосексуальные склонности блекнут.

Транзиторный подростковый гомосексуализм чаще встречается среди эпилептоидов и шизоидов (активная форма), а также у лабильных и неустойчивых (пассивная форма).

Первые проявления истинного гомосексуализма также падают на подростковый возраст. Дифференциально-диагностическими признаками зарождения истинного гомосексуализма в отличие от транзиторного подросткового служат полное отсутствие влечения к сверстникам противоположного пола, даже чувство отвращения при представлении о физической близости с ними, эротические сновидения во время поллюций исключительно гомосексуального содержания. В старшем подростковом возрасте к этому присоединяется активный поиск гомосексуальных партнеров, а также ситуации, где можно увидеть обнаженными гениталии представителей своего пола (общественные бани, туалеты и т. п.). Женственная внешность у юношей и, наоборот, маскулинизированность у девушек сами по себе еще не свидетельствуют о гомосексуальных склонностях.

Другие транзиторные сексуальные девиации в подростковом возрасте. Сюда относятся более редкие случаи вуайеризма (подглядывания за обнаженным телом, особенно гениталиями противоположного пола), эксгибиционизма (выставление напоказ собственных обнаженных гениталий, у мальчиков - обычно эрегированного полового члена), манипуляции над половыми органами малолетних или животных и т. п. Обычно эти действия сопровождаются мастурбацией или она следует за ними. Но все это встречается не как стойкая перверзия, а как случайные эпизоды, обычно на высоте полового возбуждения.

Более стойкой перверзией, также проявляющейся с подросткового возраста, является своеобразный фетишизм. Такие подростки занимаются онанизмом, переодеваясь в белье и платье противоположного пола, или используют для онанизма предметы

туалета противоположного пола.

Типологические особенности сексуальных девиаций. Разным типам психопатии и акцентуации характера присущи неодинаковые особенности сексуальных девиаций. У гипертимных подростков чаще встречается ранняя половая жизнь. При сенситивной и психастенической акцентуации может встречаться упорный онанизм и, главное, депрессивная реакция на него с самоугрызениями, самоукорами, самонаказаниями, тайными зарками и клятвами его прекратить и т. д. Сексуальная жизнь шизоидного подростка обычно покрыта глубокой тайной. Внешняя асексуальность и даже презрение к половым проблемам могут сочетаться у шизоидов с выраженной эротичностью - с интенсивным онанизмом и соответствующими фантазиями или влечение может прорываться в грубой и перверзной форме - часами сторожат, чтобы подглядеть чьи-то гениталии, эксгибиционируют перед малышами, онанируют под чужими окнами, где их могут увидеть, вступают в связь с первыми встречными, назначают свидания по телефону неизвестным лицам "на один раз" и т. д. Сильное влечение толкает эпилептоидов к сексуальной агрессии, понуждению к сожительству. Сексуальные девиации неустойчивых более всего определяются реакцией имитации тем формам сексуального поведения, которые имеют место в компании, к которой они принадлежат.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Термин "суицидальное поведение" распространившийся в последние годы [Stanley E., Barter J., 1970), объединяет все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием.

С 60-х годов нашего столетия суицидальное поведение подростков стало весьма актуальной проблемой в развитых капиталистических странах. В США на долю подростков до 1958 г. приходилось 8% суицидных попыток, а после 1960 г. - более 20% [Stevenson et al., 1972]. Во многих европейских странах самоубийства подростков занимают 2-3-е место среди причин смерти в этом возрасте [Самоубийства, 1977]

Отмечается, что до 13 лет суицидные попытки чрезвычайно редки. С 14–15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет [Otto U., 1972]. По нашим данным, 32% попыток приходится на 17-летних, 31% - на 16-летних, 21% - на 15-летних, 12% - на 14-летних и 4% - на 12-13-летних. По одним данным, суицидальные попытки более часты у мальчиков [Michaux L., 1953], по другим – у девочек [Otto U., 1972].

Во Франции 0,4% подростковой популяции совершают суицидальные попытки [Davidson F., Choquet M., 1978]. Обследование юношей перед призывом в армию в Швейцарии показало, что 2% из них в подростковом возрасте совершали суицидные попытки и еще у 24% хотя бы однократно появлялись суицидные мысли [Widmer A., 1979]. Частота суицидов и суицидных попыток, видимо, от года к году подвержена значительным колебаниям. В Чехословакии в период с 1961 по 1969 г. величины завершенных суицидов в возрасте 15-19 лет на 100 тыс. общего населения были в разные годы от 13 до 36 для мужского и от 6 до 15 для женского пола. Соответственно число незавершенных попыток было от 80 до 158 и от 192 до 386 [Drdkova S., Zemtk P., 1978].

Суицидальное поведение у подростков – это в основном проблема "пограничной психиатрии", т. е. области изучения психопатии и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуаций характера. Лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии – 20–30%, а все остальное – на так называемые "подростковые кризы" [Michaux L., 1953, Otto U., 1972]. По нашим данным, среди совершивших попытки подростков соотношение числа психопатий и акцентуаций характера приблизительно одинаково.

Лишь в 10% у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка – это "крик о помощи". Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т. е. крик этот адресован к близким прежде всего.

Частота завершенных суицидов по сравнению с попытками в подростковом возрасте относительно невелика. По американским данным [Jacobziener H., 1965], завершается лишь 1% попыток, по скандинавским – 25% у мальчиков и 3% у девочек [Otto U., 1972]. Величина, указанная для мальчиков, несомненно представляется завышенной. Суицидные действия у подростков часто носят "несерьезный", демонстративный характер, могут приобретать черты "суицидального шантажа" [Michaux L., 1953]. Однако именно в подростковом возрасте дифференциация между истинными покушениями и демонстративными действиями бывает чрезвычайно затруднена. Нашим сотрудником Л. Л. Александровым (1973), наряду с истинной суицидальностью и демонстративным поведением, у подростков выделен особый тип "неясных" попыток, где все действия определялись необыкновенно сильным аффектом при угнетении рассудочной деятельности. В силу этого отнести эти попытки к истинным, обдуманным или к демонстративным часто бывает совершенно невозможно. Малоопасный для жизни способ мог быть выбран чисто случайно. Например, 14-летний подросток в суицидных целях принял несколько таблеток пипольфена – попытка могла быть расценена как несерьезная, однако выяснилось, что несколько лет назад от одной таблетки пипольфена у него развилась тяжелая аллергическая реакция и почитал несколько таблеток "верным средством".

Известным французским детским психиатром Michaux L.

(1953) было выделено пять типов суицидных попыток (импульсивные, гиперэмотивные, депрессивные, паранойяльные и шизофренические) и 3 типа "суицидального шантажа" (истинный, аффективный и импульсивный). Построенная на интересных наблюдениях, эта классификация все же трудна для практического использования. Критерии разграничения разных типов недостаточно четки, отсутствует единый принцип выделения типов.

Наш материал свидетельствует о том, что суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений при психопатиях и при непсихотических реактивных состояниях на фоне акцентуации характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных нами подростков мужского пола суицидальное поведение отмечено у 34%. Из них демонстративное поведение констатировано у 20%, аффективные попытки у 11%, истинные, заранее обдуманные покушения - лишь у 3% (от общего числа суицидных попыток это составляет соответственно 59, 32 и 9%).

Демонстративное суицидальное поведение. Это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей (например, наказания за совершенные правонарушения или проступки), или, наконец, чтобы наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, или доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресована: дома - родным, в компании сверстников - кому-либо из ее членов, при аресте - властям и т.п.

Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неосторожности, неправильного расчета или иных случайностей могут обернуться роковыми последствиями. Оценка поступка как демонстративного требует тщательного анализа всех обстоятельств.

Аффективное суицидальное поведение. Сюда относятся суицидные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который

может длиться всего минуты, но иногда к силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью или такая возможность допускается. Тем не менее, здесь обычно имеется больший или меньший компонент демонстративности. Существует целая гамма переходов от импровизированного на высоте аффекта суицидального спектакля до почти лишенного всякой демонстративности истинного, хотя и мимолетного желания покончить, с собой. В первом случае речь идет о демонстративном поведении, но развертывающимся на фоне аффекта – аффективная демонстрация. В других случаях аффективная суицидная попытка может быть обрамлена демонстративными действиями, желанием, чтобы «смерть произвела впечатление». Наконец, истинное покушение на самоубийство может совершаться также на высоте аффективной реакции интрапунитивного типа.

Истинное суицидальное поведение. Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной, чтобы суицидными действиям не "не помешали". В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких.

Социально-психологические факторы играют важную роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Например, в мае 1968 г. во время "молодежного бунта" во Франции суицидные попытки среди подростков почти исчезли. Среди социально-психологических факторов на первое место выдвигается семейная дезорганизация [Otto U., 1972]. Подчеркивается значение утраты родителей, особенно в возрасте до 12 лет, распад семьи вследствие развода. Отец в семье вообще часто отсутствует или играет пассивную роль при властной и деспотичной матери.

Обращается также внимание на "школьные проблемы", на роль дезадаптации в учебе и труде, особенно у мальчиков, на ут-

рату контактов с товарищами. [Otto U., 1972].

Эти проблемы часто возникают у подростков, у которых невысокий интеллект сочетается с выраженной сенситивностью.

"Сексуальные" проблемы обычно бывают дополнены другими, не менее важными факторами дезадаптации. Разрыв с возлюбленными толкает на суицидные попытки, если этот разрыв сочетается с унижением чувства собственного достоинства или если имелась чрезвычайно сильная эмоциональная привязанность, встречающаяся у подростков из разбитых семей или у эмоционально-лабильных подростков, которые в родительской семье ощущали эмоциональное отвержение. Стыд из-за раскрывшейся мастурбации, обнаружившейся беременности, импотенции, страх стать гомосексуалистом ("гомосексуальная паника") также может толкнуть на суицидную попытку [Glaser K., 1965]. L. Zumpe (1959) нашел, что суициды у подростков 11–16 лет, выросших без отца, чрезмерно привязанных к матери, чаще связаны с проблемами, обусловленными половым созреванием. В возрасте 16-19 лет больше встречается выходцев из полных семей, но в которых не было хорошего контакта. Трудности этих подростков более сопряжены с социальной адаптацией, отсутствием близкого человека, который мог бы послужить им моральной опорой. По мнению Л. Я. Жезловой (1978), "семейные" проблемы более значимы в препубертатном, а "сексуальные" и "любобовные" - в пубертатном возрасте.

По нашим данным, значение разного рода "проблем" неодинаково в зависимости от типа суицидального поведения. "Семейные" проблемы послужили причиной при демонстративном и аффективном суицидальном поведении в 51-52% и только в 13% – при истинных покушениях на самоубийство. "Сексуальные" проблемы оказались в основе истинного суицидального поведения в 61%, а при аффективном в 28% и при демонстративном – в 24%. При истинном суицидальном поведении речь шла, как правило, вовсе не о неудачной любви, а о переживании своей сексуальной неполноценности. "Школьные" проблемы в наших условиях занимают сравнительно небольшое место: 29% аффективного, 26% демонстративного и лишь 12% истинного суицидального поведе-

ния было связано с ними. Угроза наказания за делинквентность толкнула на демонстративные действия в 12%, на аффективное суицидальное поведение – в 4% и ни разу не побудила к истинным покушениям.

У мальчиков "развязывающим" фактором для суицидального поведения может послужить алкогольное опьянение. По нашим данным, при истинном и аффективном суицидальном поведении алкогольное опьянение имело место в 26–27%, а при демонстративном – в 16%.

Наиболее частыми способами, к которым прибегают подростки как при истинных, так и при демонстративных попытках, раньше считались отравление у девочек и повешение у мальчиков [Michaux L., 1953]. Последние зарубежные данные указывают на то, что как у девочек, так и у мальчиков более 90% попыток совершается путем отравления [Otto U., 1972].

По нашим данным, способы, выбираемые подростками мужского пола, тесно связаны с типом суицидального поведения. При демонстративном поведении чаще всего используются порезы вен, затем отравление неядовитыми лекарствами и реже изображение попыток самоповешения, дефенестрации и т. п. При аффективном суицидальном поведении скорее прибегают к попыткам самоповешения или отравления и гораздо реже - к порезам вен. При истинном суицидальном поведении чаще других используется самоповешение. В выборе способов попыток немало важную роль играет реакция имитации – подражание поступкам сверстников, услышанному или увиденному, особенно недавно.

У подростков обнаруживается определенная склонность к повторению суицидных попыток и особенно суицидальных демонстраций. Среди наблюдавшихся нами 92 подростков с суицидальным поведением у 34% в анамнезе уже были те или иные проявления суицидального поведения.

Катамнестические исследования в Швеции [Otto U., 1972] выявили определенные особенности подростков, пытавшихся совершить суицид. По сравнению с общей подростковой популяцией достоверно чаще были в последующем направлены в исправительные школы (т. е. делинквентность), уголовные преступления, агрессивные акты. Отмечена также склонность относительно рано – в 17–18 лет – вступать в браки и большая частота разво-

дов. При призыве на военную службу среди юношей, совершивших суицидные попытки, было признано негодными 46% по сравнению с 7% в не совершавшей суициды популяции. И, несмотря на это, число досрочно уволенных с военной службы среди совершавших суицидные попытки до призыва превышало таковое в контроле в 50 раз!

С типом личности, в значительной мере определяемом типом акцентуации характера, у взрослых также связаны особенности суицидального поведения [Амбрумова А. Г., 1981]. По мнению U. Otto (1972), среди подростков, совершавших суицидные попытки, преобладали истероиды (36%) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты (33%), еще у 13% отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко.

По нашим данным, частота, с которой встречаются разные типы психопатий и акцентуаций характера, существенно отличается от того, имело ли место демонстративное поведение, аффективная попытка или истинное покушение. При демонстративном суицидальном поведении 50% оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, в 32% – эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь в 18% – были представители всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. При аффективном суицидальном поведении первое место заняли лабильный и лабильно-истероидный типы (37%), на втором месте были другие варианты истероидного типа (23%), по 18% пришлось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4% – на эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Обращает внимание чрезвычайно низкая суицидальная активность шизоидов в подростковом возрасте.

***ОСОБЕННОСТИ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ
АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ***

В подростковом возрасте от типа акцентуации характера в значительной мере зависят особенности поведения в самых разных условиях и под влиянием различных обстоятельств. Основываясь на знании этого типа, можно со значительной вероятностью прогнозировать поведение в определенных ситуациях. В частности, можно предусмотреть те психогенные факторы, которые скорее всего способны побудить к саморазрушающему поведению, а также те формы, в которые оно может вылиться.

Для гипертимного типа акцентуации субъективное тяготение к аутодеструкции вовсе не характерно. Гипертимы не склонны наносить себе ущерб ни в физическом, ни в социально-психологическом плане. Однако объективно саморазрушающим может оказаться постоянное тяготение к приключениям и риску, к острым ощущениям, к неизведанным переживаниям, неразборчивость к выбору знакомств. Подобное поведение не рассматривается как саморазрушающее, когда это касается, например, выбора опасных профессий (пожарники, горноспасатели и т. п.). Мотивом считается стремление к самоутверждению. Однако у гипертимов, которым этот мотив также свойственен и сочетается также со стремлением к лидерству, подобное поведение может вовсе не быть направлено на утверждение себя как личности, а реальной опасностью и для здоровья, и для жизни, и для будущего социального статуса они пренебрегают ради острых ощущений. Суицидные попытки и мысли не свойственны. Зато аддиктивное поведение встречается нередко. При этом гипертимам присуще перепробовать на себе действие самых разнообразных дурманных средств, не задерживаясь на одном и легко переходя от одного к другому. Наиболее привлекательны среди них те, что вызывают эйфорию в сочетании с общительностью и активностью – алкоголь, гашиш и стимуляторы. Однако зависимость при злоупотреблении развивается не скоро. Интерес ко всему новому

и необычному в жизни отвлекает даже от злоупотребления. Не меньшее значение представляет пренебрежение опасностью для жизни и здоровья: езда на бешеной скорости, участие в жестоких драках, рискованные действия "на спор", чтобы показать свою удаль. Нет оснований полагать, что за этим поведением стоит подсознательный поиск смерти или неосознанное желание нанести себе вред, как это можно было бы объяснить с позиции классического фрейдизма. Подобное поведение как бы естественно вытекает из кипучей жизнерадостной натуры гипертима. Чем монотоннее оказывается жизнь и однообразнее окружающая обстановка, тем сильнее требуется подобная разрядка. Сходным бывает также отношение к собственным соматическим болезням. Несоблюдение режима, нежелание упорно и аккуратно лечиться, пренебрежение советами связаны с неспособностью ограничивать себя. Поступки, способные нанести ущерб будущему социальному статусу, совершаются иногда удивительно легко и неожиданно для других. Сами подростки, казалось бы, вполне отдают отчет в возможных, а порою неизбежных последствиях. Но неудержимый оптимизм, надежда, что "все обойдется", еще все можно будет наверстать, берут верх.

У циклоидного типа акцентуации характера особенности саморазрушающего поведения зависят от фазы. В гипертимной фазе оно ничем не отличается от описанного ранее. В субдепрессивной фазе возможно суицидальное поведение. Суицидные действия обычно совершаются на высоте аффекта, особенно когда со всех сторон сыплются нарекания или случаются большие неудачи, если публично оказывается униженным самолюбие. Все это наталкивает на мысль о собственном безволии, неполноценности, никчемности. Другим проявлением саморазрушающего поведения может быть делинквентный эквивалент субдепрессивных фаз. При этом забрасывают занятия, устремляются в асоциальные компании, участвуют в правонарушениях, но ведут себя так, как будто ищут наказания, лезут на рожон, чтобы быть избитым, заслужить крайне отрицательную репутацию. Никакого удовольствия от походов не получают. На всех поступках лежит печать отчаяния. В данных случаях более вероятно неосознанное или недостаточно осознаваемое желание навредить самому себе.

У эмоционально-лабильных подростков наиболее значимы

острые аффективные реакции интрапунитивного типа. Аффективное суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения и довольно скорым (всегда в тот же день) его исполнением. Главным мотивом служит не столько желание умереть, которое бывает мимолетным и малоопределенным, сколько "что-то сделать с собой". Возможность смерти, однако, вполне допускается. Другим фактором может служить желание "забыться",

отключиться от неприятностей и трудностей. Подобный мотив нередко становится причиной аддиктивного поведения – предпочитаются эйфоризирующие средства. Риск развития зависимости гораздо выше, чем у гипертимов. Обнаружив возможность "исправить настроение" искусственным путем, могут все чаще прибегать к этому способу. Безрассудный риск и опасные приключения мало привлекательны для эмоционально-лабильных подростков. В компаниях они более ищут эмоциональной поддержки, а не острых ощущений. Эмоциональное отвержение со стороны близких и значимых лиц служит для них самым тяжким ударом и чаще всего подталкивает к саморазрушающему поведению, которое может быть как "криком о помощи", так и озлоблением на самого себя за неспособность удержать привязанность значимого лица.

Сенситивные подростки страдают от чувства собственной неполноценности. Поэтому если они становятся предметом недоброжелательного внимания окружающих, насмешек и подозрений в неблаговидных поступках, если на их репутацию падает "позорная", с их точки зрения, тень или они подвергаются несправедливым публичным обвинениям, то это легко может обусловить развитие реактивной депрессии. Переживаниями обычно с другими не делятся. Постепенно могут вызывать серьезные суицидные намерения, а действия совершаются неожиданно для окружающих. Но ни к самоповреждениям, ни к аддиктивному поведению сенситивные подростки не склонны.

Психастеническая акцентуация вообще не располагает к саморазрушающему поведению. Возможно, что обсессии и ритуалы играют защитную роль и в этом отношении. Однако присущая таким подросткам нерешительность и страх ответственности способны нанести ущерб будущему социальному статусу. С другой

стороны, нетерпеливость в исполнении уже принятого решения, неумение выждать нужный момент, гиперкомпенсаторная самоуверенность и скоропалительность действий могут способствовать неудачам.

Шизоидные подростки не склонны ни к суицидальному поведению, ни к нанесению себе физического вреда. Однако аддиктивное поведение составляет для них определенную угрозу. Особенно привлекательны те средства, которые способствуют аутистическому фантазированию или служат "коммуникативным допингом" – облегчают контакты со сверстниками, особенно неформальные. Хобби у шизоида может занимать непомерно большое место в жизни. Во имя своего увлечения они могут совершать поступки, явно способные нанести ущерб их социальному статусу (например, кража предметов, составляющих собираемую коллекцию).

Эпилептоидная акцентуация сама по себе предопределяет риск саморазрушающего поведения. Тяжелые дисфории с истинными суицидными поступками более характерны для эпилептоидных психопатий. При акцентуациях встречается демонстративное суицидальное поведение: настоящего намерения умереть нет, целью ставится причинить обидчику крайние неприятности или напугать кого-либо, добиваясь чего-то для себя. Однако демонстративные по замыслу действия совершаются на фоне сильного аффекта, поэтому мера осторожности может быть перейдена и демонстративное по замыслу действие способно завершиться трагическим несчастным случаем. Аффективные реакции чаще бывают агрессивными (экстрапунитивными), но в одиночестве или в безвыходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего наносят себе порезы – вид собственной крови дает какое-то облегчение. Но самоповреждения (например, ожоги от горящих сигарет) наносят также из мазохистских побуждений. Аддиктивное поведение оказывается одним из частных проявлений аутодеструкции. От первых в жизни опьянений может пробудиться желание напиваться "до отключения". Опьянения нередко протекают по дисфорическому типу: затевают скандалы и драки, во время которых теряют контроль над собой, легко "звереют", наносят тяжкие повреждения другим или сами оказываются пострадавшей жертвой. Зная это и ту опасность, которой себя

подвергают, все же не могут удержаться от пьянок. Наркотики нередко боятся, опасаются повредить здоровью или страшатся оказаться в рабской зависимости от источников снабжения ими. Но если все же начинают злоупотребление наркотиками или другими токсическими средствами, то патологическое влечение к ним пробуждается быстро и проявляется сильно. Поэтому среди подростков-наркоманов и токсикоманов представители эпилептоидного типа составляют значительный процент. Рискованные похождения для эпилептоидов с их аккуратностью, медлительностью и обстоятельностью обычно мало привлекательны. Но исключения составляют азартные игры. Увлечение ими может становиться патологическим, напоминать чем-то алкогольные запои ("патологический гемблинг", по американской психиатрической классификации – DSM-III-R). Подобное увлечение способно нанести серьезный урон нравственному развитию подростка, снимая все моральные табу на обман, мошенничество, воровство, причиняя боль близким и ставя под угрозу свое будущее.

Истероидная акцентуация характера со свойственной ей демонстративностью и претенциозностью

этими же качествами сказывается на саморазрушающем поведении. Именно этому типу акцентуации присущи демонстративные суицидные действия. Никакого намеренного желания умереть не бывает. Тайком предусматриваются все меры, чтобы этого не случилось. Стремятся лишь к тому, чтобы произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать их, но, главное, добиться желаемого. Тем не менее истероидные подростки могут оказаться рабами своей же претенциозности. В редких случаях демонстративная по замыслу суицидная попытка оборачивается несчастьем в силу неправильного расчета, незнания опасности выбранного способа или роковой случайности. В других случаях натужное желание показать свою лихость и поразить других побуждает к тому, чтобы совершать экстравагантные поступки, или к вызывающему поведению в общественных местах, хотя опасной грани обычно не переходят и потому серьезного ущерба себе не причиняют. Однако в выпивающей компании иногда стараются показать, что способны "всех перепить" или

испытать на себе действие модных дурманных веществ. Если подобное поведение часто повторяется, то могут пристраститься к алкоголю или иным токсическим средствам. При неустойчивом типе акцентуации характера намеренное саморазрушающее поведение нехарактерно. Суицидные попытки представляют собой казуистическую редкость. Стойкая гедонистическая установка в жизни препятствует нанесению себе какого-либо физического вреда. Но именно эта же установка – желание везде, всегда и всюду искать удовольствия, наслаждения и примитивные развлечения – оборачивается уроном не только для социального, но и морального развития. Представители этого типа составляют контингент высокого риска и для развития алкоголизма, в том числе раннего, и наркомании, и токсикоманий. Трусливость и слабование не благоприятствуют активному поиску опасных ситуаций, но они же делают зависимыми от более стеничных сверстников, для которых оказываются вынужденными "таскать каштаны из огня".

Конформный тип акцентуации характера, описанный нами, широкого признания не получил и диагностируется относительно редко. Саморазрушающее поведение у представителей данного типа возможно как соучастие в групповых действиях "своей компании". Диапазон поступков довольно велик – от выпивок до весьма редких совместных суицидных действий.

В заключение следует остановиться на еще одном – "предполагаемом" – типе расстройства личности, существование которого обсуждается в американской психиатрии. "Самопораженческий" (self-defeating) тип характеризует предпочтение ситуаций и людей, контакты с которыми явно сулят неудачи и разочарование (при возможности найти лучше), отвержение помощи себе со стороны. Собственные успехи и приятные события в жизни скорее угнетают, вызывают депрессию, чувство своей вины или желание причинить себе боль. Намеренно уклоняются ото всего, что может доставить удовольствие. Отвергают тех людей, кто проявляет к ним симпатию или интерес. Всегда готовы принести себя в жертву другим, когда никакой жертвы от них вовсе не требуется. Все эти особенности являются постоянными чертами характера и с преходящей депрессией никак не связаны. Однако физические

самоповреждения таким людям как будто вовсе не присущи.

Таким образом, описывается личностный тип, постоянно и намеренно подрывающий свои социальный статус, стремящийся к самонаказанию. Нам не приходилось видеть представителей подобного типа среди более 500 подростков с непсихотическими нарушениями поведения. Но отдельные черты встречались у подростков весьма отличных типов – сенситивного и истероидного. У сенситивного типа подобное поведение служило как бы самонаказанием за комплекс собственной неполноценности. Истероидные подростки свое "самопожертвование" выставляют напоказ. Его цель привлечь к себе внимание, например, именно того лица, чью помощь демонстративно отвергают. Нам представляется, что нет оснований для выделения особого "самопораженного" типа.

*ГЛАВА IV****ТИПЫ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ
ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ
ХАРАКТЕРА
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ******КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О КЛАССИФИКАЦИИ
ТИПОВ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ
ХАРАКТЕРА***

Первую из классификаций психопатий, получившую широкую известность, дал Е. Краепелин (1915). Ее недостаток состоял в том, что она не охватывала все наблюдаемые типы и изобиловала бытовыми названиями (чудаки, спорщики и т. п.). Однако именно эта классификация послужила отправной точкой для создания более полных и совершенных.

Все довольно многочисленные попытки в области группировок типов психопатий можно разделить на два направления.

Первое из них основывалось на клинко-индуктивном методе и отражало стремление как-то систематизировать то многообразие клинических проявлений, с которыми приходится сталкиваться. Большинство авторов, следовавших в этом направлении, выделяло около десятка типов психопатий. Наиболее известными классификациями этого направления были системы К. Schneider (1923) и П. Б. Ганнушкина (1933).

Другое направление более базировалось на теоретико-дедуктивном подходе. Определенные концепции, изначальные установки служили отправной точкой для построения классификаций. Все богатство клинических проявлений оценивалось с точки зрения определенного постулата. Обычно систематики этого направления отличались подкупающей на первый взгляд, простотой – два-четыре типа, но на практике они всегда оказывались недостаточными. Так, например, Е. Kretschmer (1921) пытался разделить всех психопатов на шизоидов и циклоидов соответст-

венно двум типам биологической конституции – астеникам и

пикникам. О. В. Кербиков (1961, 1962) и его последователи использовали для классификации психопатий учение И. П. Павлова о типах нервной системы (темпераментах). В зависимости от преобладания процессов возбуждения или торможения психопатии были разделены на две группы - возбудимые и тормозимые. Однако все разновидности психопатий уложить в такую схему оказалось невозможным. Тогда был добавлен паранойяльный тип как проявление патологической инертности и тип "неустойчивых" как проявление патологической лабильности нервных процессов. В дальнейшем от возбудимых и тормозимых были еще отделены шизоидный, психастенический и истерический типы [Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980]. Но по-прежнему оставшиеся от первоначальной идеи О. В. Кербикова возбудимый и тормозимый типы представляют собой сборную группу. Сохранение этих типов, видимо, оправдано в судебно-экспертных целях у взрослых, но для задач реабилитации и психотерапии требуется их большая дифференциация, особенно в подростковом возрасте, когда для каждого из вариантов возбудимых и тормозимых требуются особые дифференцированные реабилитационно-психотерапевтические программы.

Среди классификаций типов психопатии (нарушений характера) в детском и подростковом возрасте наиболее известные принадлежат F. Homburger (1926), M. Tramer (1949), L. Michaux (1953), Г. Е. Сухаревой (1959), Н. Stutte (1960). Почти все они выделяют около десятка типов и весьма похожи одна на другую. Классификация Г. Е. Сухаревой (1959) развивает в отношении детского возраста систематику П.Б. Ганнушкина. Детально описаны те типы, которые могут формироваться еще в детстве (аутисты, т.е. шизоиды, истероиды) или в младшем школьном возрасте (неустойчивые, психастеники, реже гипертимы). Об эпилептоидном и паранойяльном упоминается как о редких типах.

Систематика, которой мы придерживаемся при дальнейшем изложении, в основном исходит из классификаций типов психопатий по П. Б. Ганнушкину (1933) и Г. Е. Сухаревой (1959) и типов акцентуированных личностей у взрослых по К. Leonhard (1968). Однако наша систематика отличается от предыдущих двумя особенностями. Во-первых, она предназначена специально

для подросткового возраста; все типы описываются такими, какими они в этом возрасте предстают. Поэтому в систематику

включены такие типы, которые в детстве еще не видны: циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, конформный. Во-вторых, данная систематика охватывает как психопатии, т.е. патологические аномалии характера, так и акцентуации, т.е. варианты нормы.

В отношении акцентуаций существуют две классификации типов. Первая предложена К. Leonhard

в 1968 г., вторая разработана нами в 1977 г. (опубликована в первом издании данной книги). В.В. Юстицкий (1977) сопоставил классификацию К. Leonhard и нашу. Однако во втором издании книги К. Leonhard (1976) его классификация была несколько видоизменена. Сопоставление с ней, сделанное нами, приводится ниже:

<i>Тип акцентуированной личности по К. Leonhard 1976)</i>	<i>Тип акцентуации характера по нашей классификации</i>
Демонстративный	Истероидный
Педантичный	Психастенический
Застревающий	-
Возбудимый	Эпилептоидный
Гипертимический	Гипертимный
Дистимический	-
Аффективно-лабильный	Циклоидный
Аффективно-экзальтированный	Лабильный
Эмотивный	Лабильный
Тревожный (боязливый)	Сенситивный
Экстравертированный	Гипертимно-конформный
Интровертированный	Шизоидный
То же	Сенситивный
	Неустойчивый
	Конформный
	Астено-невротический

В классификации К. Leonhard отсутствуют довольно распространенные в подростковом возрасте неустойчивый и конформный типы, а также астено-невротический тип. Дистимический тип в его классификации соответствует конституционально депрессивному типу по П.Б. Ганнушкину (1933), а застревающий тип – паранойяльному, оба они в подростковом возрасте практически не встречаются.

Далее будут описаны следующие типы психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте: 1) гипертимный, 2) циклоидный, 3) лабильный, 4) астено-невротический, 5) сенситивный, 6) психастенический, 7) шизоидный, 8) эпилептоидный, 9) истероидный, 10) неустойчивый, 11) конформный.

Циклоидный и конформный типы встречаются только в виде акцентуаций. Паранойяльный тип в подростковом возрасте проявляется чрезвычайно редко, он раскрывается в 30-40 лет в период полной социальной зрелости [Печерникова Т.П., 1979].

Астено-невротический и психастенический типы будут представлены относительно кратко, как типы акцентуаций, на основе которых преимущественно могут возникать соответствующие неврозы.

В табл. 3 приводятся сведения о частоте указанных типов в трех группах подростков мужского пола: 1) при психопатиях, 2) при акцентуациях характера, потребовавших обследования в психиатрической больнице в связи с нарушениями поведения или реактивными состояниями, 3) в популяции здоровых подростков – учащихся ПТУ (данные нашего сотрудника Н. Я. Иванова). Смешанные типы психопатий и акцентуаций оценивались по чертам типа доминирующего.

Данные табл. 3 свидетельствуют, что достоверные различия ($P < 0,05$) в частотах в сравнении с общей популяцией обнаружены при нарушениях поведения на фоне акцентуаций и при психопатиях эпилептоидного и истероидного типов. Видимо, именно при этих типах акцентуаций наиболее высок риск нарушений поведения, приводящих к госпитализации в психиатрическую больницу. При шизоидном типе достоверное различие имеется только в отношении частоты психопатий. Неустойчивых в процентном отношении среди госпитализированных оказалось даже меньше, чем в общей популяции. Очевидно, нарушения поведения при этом типе таковы, что чаще применяются воспитательные меры

(направление в специальный интернат и т. п.).

Таблица 3

Частота (в %) разных типов психопатий и акцентуаций характера у подростков мужского пола

Тип	Психопатии (169)	Акцентуации характера	
		нарушения, потребовавшие госпитализации в психиатрический стационар (149)	популяции здоровых – учащихся ПТУ (374)
Гипертимный (включая гиперимно-неустойчивый и гипертимно-истероидный)	10	13	8
Циклоидный	0	2	3
Лабильный	2	11	8
Астено-невротический	1	4	2
Сенситивный (включая сенситивно-лабильный)	4	8	4
Психастенический	2	2	1
Шизоидный (включая шизоидно-истероидный, шизоидно-эпилептоидный и шизоидно-неустойчивый)	19	7	9
Эпилептоидный (включая эпилептоидно-истероидный, эпилептоидно-неустойчивый)	38	26	11
Истероидный (включая истероидно-неустойчивый, лабильно-истероидный)	13	15	3
Неустойчивый	11	11	21
Конформный	-	1	3
Не установлен	-	-	27

Примечание. В скобках – число обследованных.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТИПОВ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

Клинический метод является наиболее распространенным и пока наиболее точным для определения типов психопатий и акцентуаций характера. Этот метод складывается из опроса подростка, опроса родителей и сведений от других лиц, осмотра подростка и наблюдения за его поведением

Опрос подростка. Первой задачей является установление контакта. Обычно бывает достаточно спокойного, доброжелательного тона и начала с чисто врачебного расспроса о соматических жалобах. При затруднительном контакте можно использовать особый прием [Личко А. Е., Богдановская Л. Б., Эйдемиллер Э. Г., 1973]: врач сам сообщает подростку сведения, которыми он располагает и которые получены от родителей, из школы, из диспансера, из милиции и т. п., и предлагает исправить неточности, объяснить противоречия, дополнить, прокомментировать. Здесь сразу же обнаруживаются темы, о которых подросток говорит легко и свободно, и темы, которые он старается обойти, а также становится видно, на что он особенно эмоционально реагирует.

Опрос о психотравмирующей ситуации, послужившей причиной обращения к психиатру, нередко приходится проводить в два приема. С этого начинают беседу и на этом этапе иногда лучше удовлетвориться порою скудными или весьма сомнительными сведениями, которые сообщает подросток. Даже если удастся получить толковые и обстоятельные ответы, лучше ограничиться пока тем, что подросток сообщает охотно. Далее следует перейти к собиранию сведений о жизни вообще.

Здесь необходимо коснуться следующих тем.

1. *Учеба* – любимые и нелюбимые предметы, причины неуспеха, отношения с учителями, участие в общественной работе,

имевшиеся нарушения дисциплины.

2. *Планы на будущее* в отношении продолжения учебы, выбора профессии, способность учитывать предстоящие трудности и

трезво оценивать свои возможности.

3 *Отношения со сверстниками* – предпочтение одного близкого друга или компании приятелей, положение среди товарищей (душа компании, преследуемый изгой, независимый одиночка и т. п.), причины выбора приятелей – по определенным личным качествам, по общности увлечений, для увеселений и т. п.

4. *Увлечения* в настоящем и прошлом, под чьим влиянием был сделан выбор, каковы были достигнуты результаты, почему заброшены и т. д.

5 *Отношения с родителями и внутрисемейные отношения* – состав семьи (кто назван первым, о ком забыл упомянуть!), кто занимался его воспитанием, наиболее близкий член семьи, с кем в семье конфликтные отношения и причина их, конфликты между другими членами семьи и отношение к ним подростка. В случае распавшейся семьи необходимо выяснить, в каком возрасте был подросток, когда это случилось, его отношение к разводу родителей, поддерживается ли им контакт с тем из них, кто ушел из семьи.

Полезно также бывает услышать от подростка его впечатления об основных чертах характера родителей (это представление нередко оказывается весьма точным и обстоятельным).

6. *Нарушения поведения в прошлом* – прогулы занятий и работы, мелкое хулиганство, курение, выпивки, знакомство с различными дурмаными средствами, побеги из дому, был ли задержан или взят на учет милицией – когда и за что был взят.

7. *Наиболее тяжелые события в прошлой жизни* - и реакция на них. Наличие когда-либо в прошлом суицидных мыслей.

8. *Перенесенные соматические заболевания* – как они сказались на учебе и на положении среди сверстников. Наличие в настоящем или в прошлом нарушений сна, аппетита, самочувствия и настроения.

9. *Сексуальные проблемы*. Прежде чем затронуть эту тему, подростку надо объяснить, что врача эти вопросы интересуют не сами по себе, а целью является выяснить возможные переживания по этому поводу и получить более полное представление о

его характере. Необходимо предупредить также, что все сообщаемые им сведения без его согласия никому из его родных, знакомых и т. п. не будут переданы (что должно неукоснительно соблюдаться). Опрос касается здесь первых влюбленностей и свя-

занных с ними психических травм, самооценки своей привлекательности, начала половой жизни и скрытых опасений по поводу своей сексуальной неполноценности.

Раскрытие сексуальных переживаний и подтверждение суицидальных мыслей в прошлом являются показателем высокой откровенности.

В заключение опроса следует снова вернуться к психотравмирующей ситуации и теперь при установившемся контакте постараться получить более подробные и точные сведения, включая те вопросы, отвечать на которые подросток ранее избегал.

Опрос подростка лучше проводить в виде свободной непринужденной беседы. Нежелательно в его присутствии делать записи – это настораживает многих подростков и затрудняет контакт. Лучше, чтобы подросток не чувствовал, что беседа ведется по какой-то заранее уготовленной схеме. Переход от темы к теме надо стараться сделать естественным и плавным. Например, переходя от увлечений подростка к его отношению с родителями, можно начать с вопроса, как родители относились к тому или иному увлечению.

Опрос родителей и сведения от других лиц. Опрашивать родителей лучше порознь и начинать с матери, которая обычно может дать гораздо больше сведений, чем отец. Если воспитанием подростка занимался какой-либо другой член семьи, желательна также беседа с ним. Другие члены семьи бывают необходимы только если возникают основания полагать, что от них можно получить дополнительные важные сведения или иное более объективное освещение событий и отношений в семье.

Важно узнать впечатление родителей о детских годах подростка, их представление о его темпераменте, характере, манере вести себя – был ли он спокойным или суетливым, робким и застенчивым или смелым и отчаянным, общительным с детьми или держался в стороне от них и чем вообще он ребенком отличался от ровесников. Если посещал детские учреждения, то быстро ли

там осваивался, охотно ли туда ходил, были ли жалобы воспитателей и на что. О школьных годах важно узнать, легко ли в первом классе адаптировался к новым условиям, охотно ли посещал школу, как учился, как сходил с товарищами, не возникали ли трудности при переходе из школы в школу, из одного класса в

другой, бывал ли в пионерских лагерях, как прошел переход от начальных классов с одним учителем к предметной системе преподавания. Если подросток уже окончил 8 классов, важно узнать, как было принято решение о дальнейшем обучении (ПТУ, техникум, 9-й класс): подростком самостоятельно, под влиянием родителей или вопреки их желанию, под чьим-то влиянием со стороны. Наконец, необходимо выяснить, какие были нарушения поведения, когда они начались, чем, по мнению родителей, были вызваны, а также реакцию родителей на них.

Помимо родителей, необходимо получить сведения с места учебы (работы). Письменные характеристики в ответ на запросы крайне желательно дополнить беседой с воспитателем (мастером), наиболее хорошо знающим подростка. От него можно бывает получить более точные сведения об отношении к учебе, о взаимоотношениях с товарищами, о манере вести себя, о нарушениях поведения, и, наконец, видным станет отношение самого воспитателя к подростку.

Осмотр подростка. Прежде всего здесь ставится цель оценить физическое развитие подростка и гармоничность этого развития (соответствие общего физического развития и сексуального созревания, сопоставление физического развития с психическим). Для оценки степени физического развития и выявления акселерации и инфантилизма нами [Личко А. Е., 1979] была предложена схема их оценки, составленная на основании обобщения сведений из разных современных руководств и монографий.

Далее при осмотре следует обратить внимание на все, что могло бы послужить предметом тягостных переживаний для подростка, зачастую скрывааемых от окружающих: физические недостатки, избыточная полнота или чрезмерная худоба. Особенно существенны даже незначительные, но бросающиеся в глаза дефекты (кривые ноги, большие пятна на теле и т. п.)

Татуировка у мальчиков является нередким атрибутом де-

линкавентных подростков (данные нашего сотрудника А. А. Вдовиченко). Ее содержание может иметь немалое информационное значение. Наименее значимы собственные инициалы, имя, год рождения – они, возможно, являются выражением примитивного стремления к самоутверждению. Женские имена говорят о влюбленностях, а мужские – чаще о "верных" друзьях, с которыми мог

быть совершен обряд братания [Алмазов Б. П., 1981], Парящая птица, солнце с расходящимися лучами, разорванные кандалы и прочие атрибуты "свободной жизни" являются символическим отражением реакции эмансипации. С реакцией группирования связаны символы приобщения к "преступному миру": пять точек (знак "зона") предназначены для того, чтобы дать знать понимающим, что подросток был в специальных воспитательных учреждениях со строгим режимом. Крест означает судимость или вызов на комиссию по делам несовершеннолетних, звездочка из восьми лучей делается за каждый год пребывания в колонии. Топор рядом со знаком "зоны" показывает желание "навечно" слиться с преступным миром, и наоборот, цветок или знак, напоминающий перечеркнутый квадрат, говорят о том, что подросток решил "завязать", т. е. порвать с преступным миром.

Казалось бы, лишённые смысла слова "кот", "слон", "туз", "клен", "Ева" и т. п. в действительности являются криптограммами составленными из первых букв слов, образующих фразы: например, "коренной обитатель тюрьмы". Некоторые из таких криптограмм и рисунков имеют протестное, демонстративно-вызывающее содержание (надпись "Ева" или крест над холмиком - "смерть буграм", т. е. активистам).

Обилие татуировок не только на руках, но и на груди, бедрах и т. д. как символических, так и украшающих (фигуры женщин и т. п.) обычно встречается у представителей эпилептоидного и особенно эпилептоидно-неустойчивого типа. Символическая татуировка на бедре у девочек означает сексуальную доступность (данные нашего сотрудника В. В. Егорова).

Следы порезов наиболее часты на внутренней поверхности левой руки. Чаще всего это последствия демонстративных или интрапунитивных аффективных реакций. Единичный неглубокий шрам на предплечье может быть также последствием обряда братания - распространенного в делинквентной среде. Двое, реже

трое подростков "братаются" кровью - прикладывают друг к другу кровоточащие надрезы.

Наблюдение за поведением. Это наблюдение начинается в момент опроса подростка и его осмотра. Уже здесь достаточно отчетливо могут выступить общительность или замкнутость, живой веселый нрав или склонность к унынию, тревожная озабо

ченность или нарочитая бравада, подчеркнутая деликатность или быстро утрачиваемое чувство дистанции, неторопливая обстоятельность или суетливость в мыслях и действиях, болтливость и осторожная осмотрительность в ответах, сдержанность в проявлении чувств или эмоциональная лабильность, естественная манера держать себя или претенциозная театральность.

В условиях госпитализации (полной или частичной, т.е. в дневной стационар или ночной профилакторий) открывается возможность видеть подростка в тех ситуациях, где тип характера сказывается на поведении с особой силой.

К ним относятся поведение среди сверстников, ареал обитания, поведение на свиданиях с родными и во время консультативного осмотра группой врачей.

Среди сверстников подросток нередко раскрывает те стороны своей личности, которые остаются незаметными в среде взрослых. В этом диагностическая роль специальных подростковых психиатрических отделений. Первыми обычно группируются подростки с делинквентным поведением, с токсикоманическими склонностями, обладающие богатым опытом быстрого включения в уличные компании. Образаемые ими группы отражают структуру и манеру поведения асоциальных подростковых групп. Другие подростки сплываются в группы более медленно. Интересно, что больные вялотекущей психопатоподобной шизофренией нередко тянутся друг к другу. Особняком и в одиночестве обычно остаются подростки шизоидные и сенситивные.

Ареал обитания, т.е. места, где подросток проводит большую часть времени, также немало говорит о его характере. Гипертимного подростка можно видеть везде и всюду. Шизоид предпочитает уединенные места. Сенситивный подросток, хотя и держится среди других, но так, чтобы особенно не обращать на себя внимание. Наоборот истероид всегда там, где можно быть у всех на

виду. Эпилептоид занимает самые удобные и комфортабельные места и заботливо их для себя оберегает. Неустойчивые всегда там, где их компания, а лабильные – чаще около того, кто им покровительствует.

Свидание с родными открывает воочию тонкие нюансы внутрисемейных отношений, особенно когда к подростку приходят сразу несколько членов семьи. Здесь сразу видно, к кому тянется

подросток, к кому обнаруживает какую-то неприязнь, к кому – холодное равнодушие, кому предъявляет претензии, о ком беспокоится. Даже то, с кем рядом и как близко садится подросток, показывает, к кому из членов семьи он больше всего привязан, не говоря уже о том, в какой последовательности и как он здоровается и прощается. Не меньше сведений дает и наблюдение за родителями. Можно увидеть, кто фактически лидирует в семье и кто в подчиненном положении, стремление к доминирующей или потворствующей гиперпротекции в отношении подростка, проявления эмоционального отвержения.

Консультативный осмотр подростка является в большинстве случаев для него стрессовой ситуацией. От этого осмотра подросток обычно ждет решения животрепещущих для него вопросов. Кроме того, подросток оказывается в ситуации, когда на него устремлены пристальные взоры окружающих. Все это еще более чем при индивидуальном осмотре, может выявить черты определенного типа характера.

Психологические (патохарактерологические) диагностические исследования подростков. Нельзя не отметить, что клиническая диагностика типов психопатии и акцентуации характера, даже при достаточно полных сведениях и продолжительном наблюдении, нередко представляет нелегкую задачу. В руководимой нами подростковой психиатрической клинике 8 врачей психиатров, обладающих опытом работы с подростками, провели одновременную и независимую оценку типа в 145 случаях психопатии и акцентуации характера. Полное совпадение оценки у всех участников было в 45%, у большинства в 47%, значительные расхождения между участниками оценки в 8%. Особенно трудным для клинической оценки оказались различия между типами гипертимным и неустойчивым, между истероидным и неус-

тойчивым, между шизоидным и сенситивным.

Попытки привлечь для диагностики типов характеров при психопатиях и акцентуациях характера экспериментально-психологические методы (тесты) представляют заманчивую, но нелегкую задачу. Такой подход позволил бы также квалифицировать полученные результаты, определить уровень их достоверности и значимости.

Современная экспериментальная психология не слишком богата методами оценки типов характера. Определенное впечатле-

ние о них предназначены дать некоторые личностные опросники - ММПИ, опросник Айзенка, опросник Н. Schmishek для определения типов акцентуированных личностей по К. Leonhard (1968). Однако все они составлены для взрослых, нацелены на их проблемы, ценности, интересы, отношения. Специальные опросники для подростков были разработаны в США – SRA, опросник Оффера. Однако они не предназначены для определения типов характера, а служат для ориентировки в семейных, социальных, сексуальных и иных проблемах подростков, для оценки моральных установок и т.п.

Нами в 1970 г. был составлен, а в последующие годы совместно с Н. Я. Ивановым апробирован с разработкой диагностических кодов и правил "Патохарактерологический диагностический опросник для подростков" (1976). Этот опросник (ПДО) предназначен для определения в подростковом возрасте (14–18 лет) описанных в данной книге типов характера при конституциональных и органических психопатиях, психопатических развитиях, а также при акцентуациях характера. ПДО может быть использован психиатрами и медицинскими психологами.

Теоретическими предпосылками для создания опросника послужили клинический опыт психиатрии нозологического направления и концепция психологии отношений. Пользуясь описаниями известных психиатров [Kraepelin E., 1915, Kretschmer E., 1921, 1973; Schneider K., 1923; Ганнушкин П. Б., 1933; Сухарева Г. Е., 1959; Leonhard K., 1968, 1976], мы составили наборы фраз, отражающие отношение представителей разных типов психопатии и акцентуации характера к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста. В эти наборы были включены также фразы индифферентные, не имеющие диагностического значе-

ния. В число проблем вошли оценка собственных витальных функций (самочувствие, настроение, сон, аппетит, сексуальное влечение), отношение к близким и окружению (родителям, друзьям, окружающим, незнакомым, к школе) и к некоторым более абстрактным категориям (к будущему, к новому, к критике и порицаниям в свой адрес, к опеке над собой, к правилам и законам, к приключениям и риску, к деньгам и др.). Принцип отношения к личностным проблемам, заимствованный из психологии отношений, развивавшейся А. Ф. Лазурским, К. Н. Мясищевым

(цит. по Л. Е. Личко, 1977, 1978, 1980), представляется наиболее плодотворным для диагностики типов характера, так как самооценка подростком своих отношений более надежна, чем исследования, где подростку предлагается отмечать и тем более квалифицировать свои собственные характерологические черты.

При работе с ПДО обследуемому предлагается свобода выбора одного или нескольких (до трех) ответов из наборов по 10–20 предложений на каждую проблему. Разрешается также отказываться сделать выбор на несколько проблем. Во втором исследовании предлагается аналогичным путем выбрать наиболее неподходящие, отвергаемые ответы. Представляется, что свобода выбора может лучше раскрыть систему отношений, чем альтернативные ответы "да" и "нет", применяемые в большинстве опросников. Разработанная система оценок позволяет выяснить, каким свой характер видит или хочет показать сам подросток (шкала субъективной оценки) и к какому типу он в действительности скорее относится (шкала объективной оценки). Правильность диагностики типов по шкале объективной оценки, если используется усовершенствованная диагностическая процедура (Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1981], составляет в среднем 85%.

ПДО снабжен также несколькими дополнительными шкалами, позволяющими оценить склонность к диссимуляции черт своего характера и действительного отношения к проблемам, выявить негативное отношение к обследованию (оба они снижают вероятность правильной диагностики типа), степень откровенности, конформности, выраженность реакции эмансипации, обнаружить возможность изменений характера вследствие резидуального органического поражения мозга (В-индекс), психологиче-

скую склонность к делинквентности [Вдовиченко А. А. и соавт., 1981; Егоров В. В., 1981] и алкоголизации. Кроме того, в настоящее время намечаются признаки, позволяющие разграничивать психопатии и акцентуации характера одного и того же типа [Личко А. Е., Иванов П. Я., Озерецковский С. Д., 1981]

Упомянутые дополнительные показатели оказались важными не только сами по себе, но и для диагностики типов. Так, низкая конформность чаще всего встречается у предъявителей шизоидного и истероидного типов. Им же оказалось присущим сильное отражение реакции эмансипации в результатах обследования. Выраженная склонность к диссимуляции черт своего характера и

своего отношения к окружающим и самому себе наиболее свойственна неустойчивым подросткам, и, наоборот. Высокая открытость – психастеникам и циклоидам. У эпилептоидных подростков нередко был отмечен высокий В-индекс. У сенситивных подростков, как правило, выявлялось резко отрицательное отношение к алкоголизации. Показатель психологической склонности к делинквентности оказался диагностически значимым только у гипертимного, лабильного, эпилептоидного и истероидного типов: у неустойчивых он обычно низок, несмотря на явно делинквентное поведение, а у шизоидов нередко высок при полном отсутствии склонности к делинквентности [Вдовиченко А. А. и соавт., 1981].

Текст ПДО неоднократно публиковался ранее [Патохарактерологический диагностический опросник для подростков, 1976; Патохарактерологические исследования..., 1981]. В последнем из указанных источников помещена усовершенствованная диагностическая процедура, более точная в отношении распознавания типов и менее трудоемкая.

В дальнейшем при описании типов психопатий, акцентуаций характера, психопатических развитии и т. д. приводимые иллюстрации будут содержать примеры заключений обследования с помощью ПДО.

ГИПЕРТИМНЫЙ ТИП

П. Б. Ганнушкин (1933) дал этому типу наименование "кон-

ституционально-возбужденный" и включил его в группу циклоидов. Однако в последующем в советской психиатрической литературе этот тип не выделялся и обычно входил в более широкую группу "возбудимых" [Кербиков О. В., 1962].

Сведения от родных свидетельствуют, что с детства гипертимные подростки отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении ко взрослым. С первых лет жизни они везде вносят много шума, любят компании сверстников и стремятся командовать ими. Воспитатели детских учреждений жалуются на их неугомонность. Однако лишь в очень редких случаях возбудимость в детстве бывает

столь сильной, что заставляет обратиться к врачу.

Первые трудности могут выявиться при поступлении в школу. При хороших способностях, живом уме, умении все схватывать на лету обнаруживаются неусидчивость, отвлекаемость, недисциплинированность. Учатся поэтому очень неровно-то блеснут пятерками, то "нахваляют" двоек. В пубертатном периоде двигательная возбудимость может сгладиться, но особенности характера выступают еще более ярко.

Главная черта гипертимных подростков-почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. Лишь изредка и ненадолго эта солнечность омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессия. Причиной негодования обычно служат противодействие со стороны окружающих, стремление со стороны последних слишком круто подавить желание и намерения подростка, подчинить его чужой воле. Иногда поводом для раздражения становится сознание уж слишком явных собственных промахов и неудач. Вспышки раздражения и гнева учащаются и усиливаются в ситуации строго регламентированного дисциплинарного режима, который гипертимные подростки очень плохо переносят, а также когда они оказываются в одиночестве, лишены общества, широких контактов со сверстниками, возможности куда-нибудь применить брызжащую из них энергию.

Хорошее настроение гармонично сочетается с прекрасным самочувствием, высоким жизненным тонусом, нередко цветущим внешним видом. У них всегда хороший аппетит и здоровый сон. Хотя спят они чаще немного, но по утрам встают бодрыми. При

тяжелых физических нагрузках, недосыпании, и напряженной ситуации, требующей активности, энергии, находчивости, они довольно долго сохраняют силы. Однако душевное напряжение в сочетании с вынужденным бездельем переносится плохо.

Акселерация в отношении общего физического и полового развития обычно бывает ярко выражена. К 15-16 годам нередко можно видеть вполне сформировавшуюся фигуру взрослого.

Специфически-подростковые поведенческие реакции у гипертимных подростков выражены достаточно сильно. В силу реакции эмансипации с родителями, педагогами, воспитателями легко возникают конфликты. К этому ведут мелочный контроль, повседневная навязчивая опека, непроданные наставления и нравоучения, "проработка" в семье и на собраниях сверстников. Все эти

меры обычно вызывают только усиление "борьбы за самостоятельность", непослушание, даже нарочитое нарушение правил и порядков. Стараясь вырваться из-под опеки семьи, гипертимные подростки охотно уезжают в лагеря, уходят в туристские походы и т. п., но и там вскоре приходят в столкновение с установленным режимом и дисциплиной. Как правило, обнаруживается склонность к отлучкам, иногда продолжительным. Настоящие побеги из дому у гипертимов встречаются нечасто. А если они решаются сбежать, то склонны подбивать к побегу кого-либо из приятелей, чтобы иметь попутчика. Во время побегов особенно выступают их неутомимость, способность не теряться в незнакомых местах и необычных ситуациях, быстро устанавливать контакты с незнакомыми, ловчить и изворачиваться при трудностях. Отношение к правилам и законам менее претерпевает влияние реакции эмансипации. Оно более определяется легкомыслием, чем намерением их нарушать. Проглядывается грань между дозволенным и запрещенным. Заманчивое предприятие вполне оправдывает, с их точки зрения, и "мелкие" стычки с законом, и даже риск быть пойманным при явных правонарушениях.

Реакция группирования проходит не только под знаком постоянного тяготения к компаниям сверстников, но и стремления к лидерству в этих компаниях. Это стремление обнаруживается, как только гипертимный подросток хоть немного освоился в обществе, куда он попал. В отношении лидерства в неформальных группах гипертимы обычно добиваются успеха. Их умение всегда

быть впереди, бестрепетная готовность в любой момент в случае нужды оказать сопротивление, вступить в драку, рисковать, играть с опасностью – все это ценится сверстниками, нередко наделяющими их словечком "заводной парень". Они бывают на высоте и в организации развлечений, и в любых чрезвычайных ситуациях, где требуются быстрота, смелость и находчивость, и в обстановке трудового подъема, "аврала", "штурма" – всего, что создает благоприятную возможность для раскрытия положительных сторон их характера.

Однако в закрытом учреждении для подростков, со строгим режимом, ограничением новых контактов и необходимостью многодневного круглосуточного общения замкнутого круга лиц слишком бурная энергия гипертимов, их постоянное желание всюду встречать и всеми командовать начинают тяготить сверст

ников, которые утрачивают симпатию к ним [Бизюк А. П., 1972] Реагируя бурными вспышками на их же неугомонностью спровоцированные протесты других подростков они начинают постоянно создавать вокруг себя грозовую атмосферу и утрачивают лидерскую роль.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает гипертимных подростков неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайными встречными не представляет для них проблемы. Устремляясь туда где "кипит жизнь", они порой могут оказаться в неблагоприятной среде, попасть в асоциальную группу. Всюду они быстро осваиваются, перенимают манеры, обычаи, поведение, одежду, модные хобби. Однако энергия и эмоциональность не позволяют гипертимным подросткам замкнуться только в рамках интересов и жизни одной группы. Их живость побуждает обратить взор на многое, что происходит вокруг. Тем не менее, с приятелями они легко предаются развлечениям, выпивкам, даже сомнительным похождениям.

Гипертимные подростки склонны к групповым формам делинквентного поведения. Нередко они сами становятся вдохновителями групповых правонарушений, на которые их толкают не только жажда развлечений или желание заполучить средства для удовольствий, - элемент риска также привлекателен для них. Еще большее значение имеет "престиж" среди асоциальных сверстников.

Алкоголизация для гипертимов представляет серьезную опасность с подросткового возраста. Выпивают они всегда в компаниях с приятелями. Предпочитают неглубокие эйфорические стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и даже регулярных выпивок.

Если представится случай, могут проявить интерес к другим дурмнящим средствам, особенно "модным" суррогатам, успокаивая себя мыслью, что "алкоголиком или наркоманом от этого не станешь". И, действительно, они долго удерживаются на уровне "групповой психической зависимости" [Строганов Ю. Л., Капанадзе В. Г., 1978], не достигающем степени токсикомании, как в отношении алкоголя, так и других дурмнящих средств.

Реакция увлечения у гипертимных подростков отличается богатством и разнообразием проявлений, но главное - крайним непостоянством хобби. Коллекции сменяются азартными играми, одно спортивное увлечение другим, один кружок на другой. Мальчики отдают мимолетную дань техническим увлечениям, девочки - художественной самодеятельности. При постоянном стремлении командовать сверстниками лидерские хобби (роль официальных организаторов, физоргов, культоргов, старост и т. п.) также не привлекают их надолго. Официальное лидерство в формализованных группах, видимо, сопряжено не столько с командными функциями, сколько с необходимостью выполнения повседневной мелочной, кропотливой работы, требующей усидчивости и аккуратности. Такого рода труд всегда плохо дается гипертимным подросткам.

Аккуратность отнюдь не составляет их отличительной черты ни в занятиях, ни в выполнении обещаний, ни, что особенно бросается в глаза, в денежных делах. Рассчитывать они не умеют и не хотят, охотно берут в долг, отодвигая в сторону неприятную мысль о последующей расплате. Любят "шиковать", легко пускаются в сомнительные авантюры. Незаконная сделка, мелкая кража в их глазах нередко не носят характера серьезного проступка.

Реакции, связанные с формированием сексуального влечения, обычно проявляются достаточно ярко. Половое чувство рано пробуждается и бывает довольно сильным. Это, а также отсутствие застенчивости и легкость контактов толкают на ранние сексуальные связи. Хотя романтическая влюбленность и случается, но обычно она бывает непродолжительной. Быстро возникает

желание вступить с объектом влюбленности в половую связь. Если это не удастся, то влюбленность вскоре остывает, а влечение удовлетворяется посредством случайных знакомств. Онализм, как правило, не минует мальчиков этого типа, не чуждаются они и совместной мастурбации со сверстниками. Но они не склонны удовлетворяться этой формой сексуальной активности и ищут полноценных сношений. К транзиторному подростковому гомосексуализму и иным девиациям полового влечения особой склонности не обнаруживается.

Всегда хорошее настроение и высокий жизненный тонус создают благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Избыточная уверенность в своих силах побуждает показать себя, предстать перед окружающими в выгодном свете, прихвастнуть. Последнее иногда откладывает истероидный отпечаток на поведение гипертимных подростков. Но им присущи искренность задора, действительная уверенность в своих силах, а не натужное стремление "показать себя больше, чем есть на самом деле". Лживость не является сама по себе присущей им чертой. Их ложь диктуется необходимостью извернуться в трудной ситуации или зиждется на смешении собственных оптимистических представлений с реальной действительностью. Все новое - новые люди, новые места, новые предметы - живо их привлекает в силу искреннего интереса и желания применить свои силы, а не с целью только произвести впечатление на других. Взгляд на собственное будущее, как правило, полон оптимизма, даже при отсутствии к этому каких-либо оснований. Неудачи способны вызвать бурную аффективную реакцию, но не выбить надолго из колеи.

Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью. В случаях акцентуаций, не сопровождающихся выраженными нарушениями поведения, большинство черт характера хорошо подмечается. Но даже при декомпенсированных психопатиях сохраняется способность видеть у себя главные гипертимные черты – общительность, приподнятое настроение и т. п., непереносимость одиночества и критических замечаний к свой адрес, склонность рисовать свое будущее в радужных красках, страсть к приключениям и риску привлекательность "первой роли" в опасной ситуации. Гипертимные подростки сознаются в легкости, с которой они могут нарушать общепринятые правила

и даже законы для "интересных" и "заманчивых" дел, и в том, что задним числом упрекают себя в этом. Добросовестно отмечаются некоторые черты, объединяющие с типом неустойчивых, выпивки в веселых компаниях, прогулы с целью поразвлечься. Вместе с тем иногда выступает желание представить себя более конформным к окружению, чем это есть на самом деле. В особенности это касается сексуальных проблем и отношений с родителями, но в какой-то мере может касаться и других отношений. Например, "люблю одеваться как все" - довольно частый ответ гипертимов при оценке своего отношения к одежде. Однако конформный подросток подразумевает под этим наиболее устоявшиеся фасоны для молодежи, а гипертимный - последнюю моду. В оценке денежных дел также проявляется намерение показать себя более "правильным" чем есть на самом деле. Отвергается склонность бежать от неудач, хотя обычно это нередко случается.

П. Б. Ганнушкин (1933) считал, что гипертимность часто не достигает степени явной психопатии. По мнению Г. Е. Сухаревой (1959), выраженные формы гипертимных психопатий в возрасте до 15 лет крайне редки. По нашим данным, в возрасте 14-18 лет гипертимные акцентуации и психопатии встречаются часто. Среди подростков мужского пола, госпитализированных в психиатрическую больницу, у которых была диагностирована психопатия или установлена акцентуация характера (см. табл. 3), были расценены как представители этого типа 10% психопатий и 13% акцентуаций. В общей популяции гипертимная акцентуация также довольно часта – она встречается в 8% у подростков мужского и 3% женского пола [Иванов Н. Я., 1976].

А н д р е й Л., 17 лет. С детства был свидетелем постоянных скандалов отца-алкоголика с матерью - женщиной властной и энергичной. Как себя помнит, все время хотел уйти из дому. Всегда был веселого нрава, шумливым, стремился командовать сверстниками. Учился посредственно. Окончил 8 классов и пошел работать, выбрав профессию матери (стал мужским парикмахером). Считается хорошим мастером модных причесок, пользуется популярностью у молодежи своей округи, неплохо зарабатывает. Имеет много приятелей, легко и быстро заводит знакомства. Отмечалось ранее и быстрое половое созревание. С 14 лет имел тайную половую связь с женщиной средних лет, регулярно встречался с ней. Та недавно вышла замуж за другого – быстро уте-

шился, увлекся своей одноклассницей, собирается на ней жениться.

Когда ему было 15 лет, однажды, придя домой, застал труп повесившегося отца и лежавшую без сознания и залитую кровью мать – отец перед суицидом из ревности нанес ей тяжелую рану топором по голове. Мужественно перенес тяжелую ситуацию, проявив при этом находчивость, энергию.

Мать, поправившись, вскоре вышла замуж за другого. С отчимом установились, по его словам, "равнодушные отношения". Стал опекать младшего 10-летнего брата, на свои деньги покупает ему одежду, следит за его учебой в школе ("мать занялась отчимом")

С 15 лет в компаниях приятелей стал часто выпивать - последнее время до литра вина на один прием.

В психиатрическую больницу был доставлен скорой помощью ночью с картиной делирия. Видел крыс, бегавших по столу у врача, на постели казались "полчища клопов", перед глазами была "капроновая сетка". Слышал, как кто-то кричит, все время ощущал, что между пальцами зажата сигарета, тянул ее ко рту, но когда смотрел на руку, сигарета исчезала. В то же время был полностью ориентирован и в паузах между галлюцинациями критически их оценивал. Физическое состояние было вполне удовлетворительным. Кроме умеренной тахикардии (90 в 1 мин), легкой гиперемии лица и расширенных зрачков, других соматических проявления делирия не было. После инъекции аминазина проспал более 12 ч и проснулся в ясном сознании. Рассказал, что накануне вечером в компании приятелей распивал вино и по предложению одного из них принял несколько каких-то таблеток ("кажется, на букву Ц.. "). Приятели говорили, что "от них всякая чертовщина видится" - захотелось испытать на себе. Посреди ночи проснулся от страшных сновидений. Затем стало казаться, что комнату заполняют крысы и клопы - начал метаться и кричать. Был госпитализирован.

Со слов младшего брата стало известно, что в последние месяцы неоднократно в отсутствие матери приходил домой с приятелями - вместе курили какую-то "дурь", укрывались в столовой одеялом и что-то нюхали, а потом хохотали и бесились. Младший брат ничего не рассказывал матери, так как за молчание получал подачки. После того как были получены эти сведения, соз-

нался, что нюхал пятновыводитель, принимал димедрол, седуксен и циклодол. Мотивом привел желание испытать что-нибудь необычное. Занимался этим раз-два в неделю, когда "нечего было делать".

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован гипертимно-неустойчивый тип. Признаки, указывающие на возможность психопатий, отсутствуют. Имеется склонность к диссимуляции, делинквентному поведению и алкоголизации. Реакция эмансипации умеренная, конформность средняя. По шкале субъективной оценки самооценка хорошая, относит себя к гипертимному и неустойчивому типу, отвергает меланхолические и астено-невротические черты.

Диагноз. Перенес интоксикационный (циклодоловый) делирий. Психически здоров. Нарушения поведения на фоне акцентуации гипертимного типа.

Катамнез через 2 года. Служит в армии.

Гипертимность в чистом виде чаще всего встречается в виде явной акцентуации характера. На ее фоне могут возникать преходящие нарушения поведения (делинквентность, алкоголизация, реже - побеги и бродяжничество), а также неврастенические реакции гиперстенического типа [Личко А. Е., 1976.].

Становление психопатий гипертимного типа чаще всего совершается путем психопатических развитий. При этом некоторые черты гипертимного типа, существующие и при акцентуации в менее выраженном виде, начинают выступать на первый план, создавая сходство с другими типами психопатий.

Гипертимно-неустойчивый тип. Среди вариантов гипертимного типа этот является наиболее частым. Жажда развлечений, веселья, рискованных походов все более толкает на пренебрежение занятиями и работой, на алкоголизацию, сексуальные эксцессы и делинквентность – в конечном итоге все это может привести к асоциальному образу жизни. Ядро личности по-прежнему остается гипертимным и при всем внешнем сходстве с неустойчивыми таких подростков всегда отличают высокий жизненный тонус, оптимизм, живой интерес к новому и более всего – неугасающее стремление к лидерству, к роли вожака, заводилы, инициатора самых рискованных авантур. В психопатизации по гипертимно-неустойчивому типу решающую роль обычно играет семья. Как гипоопека, безнадзорность, так и доминирующая ги-

перпротекция, мелочный контроль и жесткий диктат, обостряющие реакцию эмансипации, да еще сочетающиеся с неблагополучием внутрисемейных отношений, способствуют развитию этого типа психопатий на основе гипертимной акцентуации. Подробнее этот путь психопатического развития описан в гл. V.

Гипертимно-истероидный тип отличается преобладанием таких черт характера, как желание прихвастнуть, произвести впечатление, покрасоваться перед другими, пустить "пыль и глаза". Нередко обнаруживается склонность к мистификациям, разыгрываемым с большой выдумкой, изобретательностью, артистизмом, тонким чутьем слабостей вводимых в заблуждение лиц. Если истероидный психопат в процессе таких мистификаций предпочитает выступать в роли "актера-солиста", то при гипертимно-истероидном варианте предпочитается роль "режиссера", заставляющего других действовать в соответствии и со своими замыслами. При столкновении с жизненными трудностями, при неудачах, в отчаянных ситуациях и при угрозе серьезных наказаний обнаруживается склонность к демонстративному поведению вплоть до изображения суицидных попыток.

Становление этого типа также осуществляется по пути психопатического развития. Важнейшим фактором здесь выступает иной тип неправильного воспитания – потворствующая гиперпротекция, "кумир семьи" (см. гл. V).

В л а д и м и р А., 17 лет. В семье всегда была напряженная ситуация. Мать старше отца на 10 лет, беспричинно его ревнует, в присутствии сына устраивала сцены, посылала мальчика следить за отцом. Отец мягкий, добродушный, снисходительный. По его словам, мальчик "с детства научился управлять родителями", извлекая для себя пользу из ревности матери, получая подарки и от нее, и от отца. Всегда отличался живым нравом, активностью, забавлялся, когда ему верили.

Учился хорошо, легко давался английский, быстро усваивал простые диалоги. Пробовал заниматься самбо, мотоспортом, но вскоре бросил – надоело. Намеревался после окончания школы поступить в Военно-медицинскую академию.

Учась в последнем классе школы, неожиданно на некоторое время оказался предоставленным самому себе – когда мать лечилась в санатории, отца отправили в срочную командировку. По-

пал в компанию подростков, которые собирались около гостиниц. Выдал им себя за туриста из Канады, говорил с ними только по-английски, изображая, что по-русски ничего не понимает. Ввел их в заблуждение, но через несколько дней был случайно разоблачен. Продолжал знакомство с ними, стал выпивать, прогуливать уроки. Чтобы достать денег на выпивку, стал заниматься мелкими спекуляциями с иностранными туристами. Был на этом пойман и перед самыми выпускными экзаменами исключен из школы. Пошел работать на почту, скрывая это от новых приятелей, стыдился этой работы, которая не "ценилась" в их среде. Чаще и больше стал пить – почти по бутылке вина в один прием, но только в "своей компании". В опьянении наступало "бурное веселье" – хотя в драки не лез, но не раз был задержан милицией за шум, который устраивал в общественных местах. Появились случайные половые связи. Через год во время общегородского праздника выпускников средних школ, завидуя окончившим, "загулял" – почти трое суток слонялся по городу, веселился и выпивал, спал урывками у приятелей. За прогулы был уволен с работы. Получил предупреждение от милиции. Тогда заявил, что хочет "лечиться от алкоголизма"..., и охотно поступил в психиатрическую клинику.

В клинике настроение приподнятое, старается произвести впечатление на персонал, отсылает приятелям записки, написанные по-английски. Быстро освоился с обстановкой, претендует на лидерство среди подростков, пренебрежительно относится к слабым и больным. Многословен, старается выставить себя в выгодном свете. Склонен переоценивать свои способности – хотя год не занимался, считает, что легко сдаст за 10 классов и поступит в академию.

Признаков алкоголизма, даже ранних, не установлено.

Физическое развитие с акселерацией. При неврологическом осмотре без отклонений.

Обследование с помощью ПДО По шкале объективной оценки диагностирован гипертимный тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не выявлено. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная. Обнаружены психологическая склонность к делинквентности и выраженная склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки – самооценка удовле-

творительная, достоверно выделяются гипертимные неустойчивые черты, отвергаются черты сенситивного и эпилептоидного типов

Диагноз Психически здоров Нарушения поведения па фоне акцентуации характера по I гипертимпо-истероидному типу

Кипамнез через 2 года На учете в диспансере не состоит. Безуспешно пытался поступить в институт после окончания вечерней школы. Призван в армию

Гипертимно-эксплозивный тип. Главное проявление этого типа в том, что вспышки раздражения и гнева, присущие гипертимам, когда они встречаются с противодействием или терпят неудачи, становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу. На высоте аффекта может утрачиваться контроль над своим поведением, брань и угрозы вырываются без учета обстановки, в агрессии собственные силы не соизмеряются с силами объекта нападения, а сопротивление может достигать "буйного безумства". Острые аффективные реакции обычно бывают аг

рессивного типа, но возможна аутоагрессия. Сходство гипертимно-эксплозивного типа со взрывчатостью эпилептоидов остается чисто внешним. Гипертимы отходчивы, им присуща способность легко прощать обиды, даже дружить с теми, с кем еще недавно были в ссоре, отсутствуют и другие эпилептоидные черты. Возможно, в формировании гипертимно-эксплозивного типа существенную роль могут играть черепно-мозговые травмы, даже легкие, но повторные. Этот тип психопатизации может быть также следствием злокачественного течения маниакально депрессивного психоза, начавшегося в подростковом возрасте.

М и х а и л Т., 15 лет. Отец и мать в разводе - оба страдают алкоголизмом. До 7 лет воспитывался в деревне у бабушки с бабушкой в хороших условиях. Но уже в 6–7 лет отличался буйным нравом, непослушанием, без спроса уходил со старшими ребятами в дальние деревни, не возвращался ночевать. В 7 лет был взят в город отцом и мачехой, которые относились к нему сурово, за проступки жестоко наказывали. В школе при хороших способностях учился неохотно. Допоздна играл на улицах, не боясь наказания, не раз ночевал в парадных. Познакомился с солдатами,

тайком пролезал ночевать к ним в казарму с 11 лет бросил школу. Отданный в интернат, оттуда убежал. Дома с мачехой стал вступать в драки Легко заводил знакомства. Где-то не раз пропадал по 10–15 дней. Около месяца тайком жил у какой-то бабки богомолки, затем обворовал ее и сбежал. Был помещен в детскую психиатрическую больницу, откуда выписан к родной матери, в то время бросившей пить. От нее также убежал, воровал в ларьках сладости, пищу, папиросы, отнимал мелкие деньги у малышей. Однажды ночью украл из буфета 200 пачек папирос. Утром увидел, как плакала буфетчица; стало ее жалко – все ей вернул.

В 12 лет – травма черепа с потерей сознания. После этого стал очень раздражительным, вспыльчивым, легко лезет в драку даже с более сильными подростками, но вместе с тем быстро отходит. Был направлен в летний спортивный лагерь для трудных подростков, сбежал оттуда в город, ночью по скобам влез на второй этаж винного завода, украл 15 бутылок вина, привез в лагерь и угощал товарищей. Выпивает с 13 лет – до бутылки вина или до стакана водки в один прием.

После побега из лагеря снова был направлен в психиатрическую больницу. В подростковом отделении по малейшему поводу вступал в драки с другими подростками, ссорился с персоналом, при этом давал бурные, но короткие аффективные реакции. Настроение почти все время приподнятое, взвинчен, всюду встревает, раздражая этим других подростков. Хорошо развит физически. Легко вступает в контакт. Учиться не хочет.

Отмечены неврологическая "микросимптоматика", игра вазомоторов, яркий дермографизм. На ЭЭГ – без существенных изменений

Обследование с помощью ПДО. Диагностирован гипертимно-неустойчивый тип. Отмечены высокий В-индекс, свидетельствующий о возможном изменении характера по органическому типу, а также высокий уровень психологической склонности к алкоголизации и конформности. По шкале субъективной оценки – самооценка удовлетворительная выделяются черты эмоциональной лабильности, гипертимности и неустойчивости, отрицает только меланхолические черты.

Диагноз Психопатия гипертимко-эксплозивного типа тяжелой

степени, осложненная резидуальными явлениями после черепно-мозговой травмы.

Катамнез через год. Не учится и не работает Где-то пропадает, к матери заходит редко. Милицией задержан не был.

В заключение следует упомянуть, что у части гипертимных подростков в старшем подростковом и еще чаще послеподростковом возрасте могут начать выявляться черты циклоидности. Эта трансформация будет представлена при описании циклоидного типа.

ЦИКЛОИДНЫЙ ТИП

Как известно, этот тип характера был описан в 1921 г. Е. Kretschmer и сперва часто упоминался в психиатрических исследованиях. П. Б. Ганнушкин (1933) включил в "группу циклоидов" четыре типа психопатии - конституционально-депрессивный, конституционально возбужденный (гипертимный), циклотимический и эмоционально-лабильный. Циклотомия им рассматривалась как тип психопатии. Однако в дальнейшем под этим понятием

стали подразумевать относительно легкие случаи маниакально-депрессивного психоза, а существование циклоидности вне рамок этого заболевания было поставлено под сомнение. С 40-х годов циклоидная психопатия исчезла из психиатрических руководств. В последние годы циклоидность вновь привлекла внимание, но как один из преморбидных типов больных эндогенными психозами, причем нередко циклоидный и гипертимный типы не разделяются.

Между тем, существует особая группа случаев, где циклические изменения эмоционального фона никогда даже не приближаются к психотическому уровню [Michaux L., 1953]. Г. Е. Сухарева (1959) отметила подобные непсихотическим циклотимическим колебания у подростков, которые с наступлением зрелости могут вообще сгладиться. Подобные случаи, с нашей точки зрения, правильнее было бы рассматривать как циклоидные акцентуации.

Наши совместные с Озерецковским [Личко А. К., Озерецков-

ский С, Д., 1972] исследования позволили выделить в подростковом возрасте два варианта циклоидной акцентуации -типичные и лабильные циклоиды.

Типичные циклоиды в детстве ничем не отличаются от сверстников или производят впечатление гипертимов. С наступлением пубертатного периода (у девочек это может совпасть с менархе), а еще чаще в 16-19 лет, когда половое созревание завершается, возникает первая субдепрессивная фаза. Чаще она проявляется апатией и раздражительностью. С утра ощущается упадок сил, все валится из рук. То, что раньше давалось легко и просто, теперь требует невероятных усилий. Труднее становится учиться. Людское общество начинает тяготить. Шумные компании сверстников, ранее привлекавшие, теперь избегаются. Приключения и риск теряют всякую привлекательность. Прежде бойкие подростки теперь становятся унылыми домоседами. Падает аппетит, прежде любимые кушанья перестают вызывать удовольствие. Вместо свойственной выраженным депрессиям бессонницы нередко наблюдается сонливость. Созвучно настроению все приобретаем пессимистическую окраску. Мелкие неприятности и неудачи, которые обычно начинают сыпаться из-за падения трудоспособности переживаются крайне тяжело. На замечания и укоры могут отвечать раздражением, даже грубостью и гневом,

но в глубине души от них впадают в еще большее уныние. Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию интрапунитивного типа с суицидными попытками. Обычно лишь в этом случае подростки попадают в поле зрения психиатра.

Ю р и й П., 16 лет. Вырос в дружной семье. Хорошо учился в английской школе до последнего класса. Отличался веселым нравом, общительностью, живостью, увлекался спортом, охотно участвовал и общественной работе, был председателем школьного клуба.

Последние несколько недель изменился. Без причины ухудшилось настроение, "напала какая-то хандра", все стало валиться из рук, учиться с тал с трудом. забросил общественную работу, занятия спортом, перессорился с товарищами. После занятий

сиднем сидел дома. Иногда спорил с отцом, доказывая, что "в жизни нет правды", ухудшились сон и аппетит. В эти дни ему случайно попался под руку научно-популярный журнал со статьей о вреде онанизма. Так как сам тайком занимался мастурбацией, по ранее не придавал этому значения, теперь решил бросить, но обнаружил, что "не хватает воли". Подумал, что его ждут "импотенция, сумасшествие и слабоумие". В эти же дни в школе на общем комсомольском собрании был подвергнут товарищами суровой критике за развал общественной работы, которой ранее руководил. Один из одноклассников назвал его "плесенью общества". На собрании сперва огрызался, потом смолк. Понял, что он – "неполноценный человек". Возникла мысль о самоубийстве. Вернувшись домой из школы, выждал ночи и, когда родители уснули, принял 50 таблеток мепробамата. Оставил записку, где написал, что он – "духовно нищий человек", виноват перед школой и государством.

Из реанимационного центра был доставлен в подростковое отделение психиатрической больницы. Здесь впервые же дни состояние внезапно и резко изменилось, хотя антидепрессантов не получал. Настроение стало слегка повышенным, сделался общительным, активным, легко вступал в контакт, был полон энергии. Не понимал, что с ним было, "без всякой причины нашла какая-то хандра". Теперь же все прошло, настроение исправилось, рад,

что остался жив. Суицидную попытку оценивает критически. Чувствует себя хорошо, аппетит даже повышен, сон стал крепким и спокойным. Скучает по родным, по школе и товарищам. Стремится продолжать учебу.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован циклоидный тип. Конформность средняя, реакция эмансипации не выражена. Отмечается отрицательная установка на алкоголизацию. По шкале субъективной оценки – самооценка недостаточная, черт какого-либо типа не выступило.

Диагноз, Острая аффективная интрапунитивная реакция с истинным покушением на самоубийство на фоне акцентуации циклоидного типа.

Катамнез через 2 года. Успешно окончил школу, учится в институте. Отмечает, что после выхода из больницы бывали "плохие периоды" длительностью в 1–2 нед. и повторявшиеся

каждые 1–2 мес. К моменту катамнеза эги колебания сгладились,

У типичных циклоидов фазы обычно непродолжительны, 1-2 нед. [Озерецковский С, Д., 1974]. Субдепрессия может смениться обычным состоянием или периодом подъема, когда циклоид снова превращается в гипертима, стремится в компанию, заводит знакомства, претендует на лидерство и обычно наверстывает то, что было упущено в учебе и работе в субдепрессивной фазе. Периоды подъема случаются реже, чем субдепрессивные фазы, и бывают не такими яркими. По наблюдению Ю. А. Строганова (1972), иногда лишь, обычно несвойственные рискованные шутки над старшими да стремление везде и всюду остеречь могут бросаться в глаза окружающим

У циклоидных подростков имеются свои места "наименьшего сопротивления". Они различны в субдепрессивной фазе и в период подъема. В последнем случае выступают те же слабые места, что при гипертимном типе: непереносимость одиночества, однообразной и размеренной жизни, кропотливого труда, неразборчивость в знакомствах и т. д. В субдепрессивной фазе ахиллесовой пятой становится коренная ломка жизненного стереотипа. Этим, видимо, объясняются присущие циклоидам затяжные субдепрессивные состояния на первых курсах высших учебных заведений [Строганов Ю. А., 19/3]. Резкое изменение характера учебного процесса, обманчивая легкость первых студенческих дней, отсут-

ствие ежедневного контроля со стороны преподавателей, сменяющиеся необходимостью усвоить в короткий срок зачетно-экзаменационной сессии гораздо большего, чем в школе, материала – все это ломает привитый предшествующим десятилетием учебный стереотип. Упущенное приходится наверстывать усиленными занятиями, а в субдепрессивной фазе это не приводит к желаемым результатам. Переутомление и астения затягивают субдепрессивную фазу, появляется отвращение к учебе и умственным занятиям вообще.

В субдепрессивной фазе появляется также избирательная чувствительность к укорам, упрекам, обвинениям в свой адрес – ко всему, что способствует мыслям о собственной неполноценности, никчемности, ненужности.

Лабильные циклоиды в отличие от типичных во многом

приближаются к лабильному (эмоционально-лабильному) типу. Фазы здесь гораздо короче – два-три «хороших» дня сменяются несколькими «плохими». «Плохие» дни более отмечены дурным настроением, чем вялостью, упадком сил или неудовлетворительным самочувствием. В пределах одного периода возможны короткие перемены настроения, вызванные соответствующими известиями или событиями. Но в отличие от описываемого далее лабильного типа нет чрезмерной эмоциональной реактивности, постоянной готовности настроения легко и круто меняться от незначительных причин.

В а л е р и й Р., 16 лет. Вырос в дружной семье, привязан к родителям и старшему брату, который служит в армии. С детства был живым, ласковым, общительным, послушным. Учится хорошо. В последние два-три года стал сам замечать, что настроение у него колеблется: два-три хороших дня, когда чувствует подъем, чередуются с днями «хандры», когда легко ссорится, появляется, по его словам, "непереносимость замечаний и начальственного тона", предпочитает одиночество, нехотя идет в школу, которую вообще любит. Более двух лет влюблен в одноклассницу, очень к ней привязан. Несколько дней назад настроение вновь испортилось. Показалось, что любимая девочка заинтересовалась другим мальчиком. Из ревности нарочно сказал ей, что сам полюбил другую, – произошел разрыв. Крайне тяжело переживал происшед

шее. Все время думал о ней, не находил себе места, тайком плакал, каждую ночь видел ее во сне. Искал сочувствия и сопереживания у приятелей – был поражен их «безразличием». По их предложению, принял участие в совместной выпивке, но от вина тоска лишь усилилась. Вернувшись домой, почувствовал "полную безысходность и одиночество". Когда родители уснули, залез в горячую ванну и нанес себе несколько глубоких порезов бритвой. От кровотечения потерял сознание. Очнулся на руках отца, который случайно обнаружил его.

В подростковом отделении психиатрической больницы первые три дня оставался угнетенным говорил о нежелании жить. Его любимая девочка разыскала его через справочную скорой помощи и пришла его навестить - отказался от свидания с ней.

Затем настроение изменилось к лучшему (психотропных средств

не получал), встретился со своей возлюбленной, помирится с ней. Два дня был на подъеме – стал веселым, общительным, стремился домой, скучал по школе. В последующем настроение ровное, Критически оценивает свой поступок, считает себя виноватым. В беседе обнаруживает эмоциональную лабильность, ищет соперничества.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован лабильно-циклоидный тип. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная. Обнаружен высокий В-индекс (В-6), хотя ни в анамнезе, ни при неврологическом обследовании, ни на ЭЭГ данных о наличии резидуального органического поражения головного мозга не установлено Психологическая склонность к алкоголизации высокая. По шкале субъективной оценки - самооценка правильная, выделяются лабильные, циклоидные, гипертимные черты, отвергаются черты сенситивные.

Диагноз. Реактивная депрессия с суицидной попыткой па фойе акцентуации по лабильно циклоидному типу.

Катамнез через 2 года. Здоров. Учится в вузе. Повторных суицидных попыток не было. По-прежнему отмечает изменчивость настроения.

Как у типичных, так и у лабильных циклоидов реакции эмансипации и группирования со сверстниками усиливаются в периоды подъема. Увлечения отличаются нестойкостью – в субдепрессивные периоды, их забрасывают, в период подъема - возвращаются к ним или находят новые. Заметного снижения сексуального влечения в субдепрессивной фазе сами подростки не замечают, хотя, по наблюдениям близких, сексуальные интересы в "плохие дни" гаснут Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побеги из дому и т. п.) циклоидам не свойственны. Но в периоды подъема они могут обнаруживать склонность к алкоголизации в компаниях. Суицидальное поведение в виде аффективных (но не демонстративных) попыток или истинных, покушений на самоубийство возможно в субдепрессивной фазе если в это время подросток подвергается психической травматизации укрепляющей его в мыслях о своей неполноценности

Самооценка характера у циклоидов формируется постепенно, по мере того, как накапливается опыт "хороших" и "плохих" пе-

риодов. У подростка такого опыта еще может не быть и поэтому самооценка может оказаться несовершенной.

Циклоидная акцентуация, как указывалось, лишь изредка попадает под наблюдение психиатра (обычно это случаи суицидных попыток). Однако у здоровых подростков ее удастся выявить в 2–5% [Иванов Н. Я., 1976], причем из них половина может быть отнесена к типичным, а другая половина – к лабильным циклоидам. В после подростковом возрасте (18–19 лет) процент циклоидов значительно возрастает, а процент гипертимов уменьшается [Боровик Т. Я., 1976, Перетяка О. П., 1981]. Видимо, в силу каких-то эндогенных закономерностей гипертимный тип может трансформироваться в циклоидный – на фоне постоянной до этого гипертимности появляются короткие субдепрессивные фазы.

ЛАБИЛЬНЫЙ ТИП

Этот тип описывался под разными наименованиями: «эмоционально-лабильный» [Scheider К., 1923,] реактивно-лабильный, или "эмотивно-лабильный" [Ганнушкин П. Б., 1933], "эмотивный", "сверхподвижный" [Веогтагс К, 1968]. В систематике психопатий у детей, данной Г. Е. Сухаревой (1959), этот тип отсутствует, однако в описанной картине "общего" или "гармоничного" инфантилизма содержатся почти все свойственные лабильному типу признаки. При этом добавляется, что с возрастом "детский

инфантилизм может сгладиться, а "реактивная лабильность" остается. Как известно, проблема взаимоотношения инфантилизма и психопатий с давних пор привлекает внимание [Буянов М. И., 1971], Наиболее рациональной нам представляется точка зрения на инфантилизм, в том числе и на общий (гармоничный), как на основу, па которой могут формироваться разные типы психопатии [Ковалев В. В., 1973].

В детстве лабильные подростки, как правило, особенно не выделяются среди сверстников. Лишь у некоторых обнаруживается склонность к невротическим реакциям. Однако почти у всех в детстве прослеживается цепочка инфекционных заболеваний, вызываемых условно-патогенной флорой. Непрерывные "простуды", частые ангины, хронические пневмонии, ревматизм, пиело-

циститы, холециститы и другие заболевания протекают, хотя не в

тяжелых формах, но отличаются склонностью принимать затяжное и рецидивирующее течение. Возможно, что фактор "соматической инфантилизации" играет существенную роль во многих случаях формирования лабильного типа.

Главная черта лабильного типа - крайняя изменчивость настроения. В этом его существенное различие от сходного по названию типа "неустойчивых", где основной дефект падает на волевую сферу, где неустойчивость касается поведения, поступков. Как известно, изменчивость настроения вообще присуща подросткам. В какой-то мере почти все они наделены эмоциональной лабильностью. Поэтому диагностика данного типа в подростковом возрасте представляет трудную, но все же выполнимую задачу. О формировании лабильного типа можно говорить, когда настроение меняется слишком часто и чрезмерно круто, а поводы для этих коренных перемен бывают ничтожны. Кем-то нелестно сказанное слово, неприветливый взгляд случайного собеседника, некстати начавшийся дождь, оторвавшаяся от костюма пуговица способны погрузить в унылое и мрачное расположение духа при отсутствии каких-либо серьезных неприятностей и неудач. В то же время приятная беседа, интересная новость, мимолетный комплимент, удачно к случаю надетый костюм, услышанные от кого-либо хотя и малореальные, но заманчивые перспективы могут поднять настроение, даже отвлечь от действительных неприятностей, пока те снова не напомнят чем-либо о себе. При беседе с

психиатром, во время откровенных и волнующих разговоров, когда приходится касаться самых разных сторон жизни, на протяжении получаса можно видеть не раз готовые навернуться слезы и вскоре радостную улыбку

Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и сон, и аппетит, и трудоспособность, и желание побыть одному или только вместе с близким человеком или же устремиться в шумное общество, в компанию, на люди. Соответственно настроению меняется, и отношение к своему будущему-оно то расцветчивается самыми радужными красками, то представляется серым и унылым. И прошлое то предстает как цепь

приятных воспоминаний, то кажется сплошь состоящим из неудач, ошибок и несправедливостей. Одно и то же окружение, одни и те же люди воспринимаются то как милые, интересные и привлекательные, то как надоевшие, скучные и безобразные, наделенные всяческими недостатками.

Маломотивированная смена настроения иногда создает впечатление поверхностности и легкомыслия. На самом деле подростки этого типа способны на глубокие чувства, на большую и искреннюю привязанность. Это, прежде всего сказывается в их отношении к родным и близким, но лишь к тем, от кого они сами чувствуют любовь, заботу и участие. К ним привязанность сохраняется, несмотря на легкость и частоту мимолетных ссор. Не менее свойственна лабильным подросткам и преданная дружба. В друге они неосознанно ищут психотерапевта. Они ищут дружбу с тем, кто в минуты грусти и недовольства способен отвлечь, утешить, рассказать что-нибудь интересное, приободрить, убедить, что "все не так страшно", но в то же время в минуты эмоционального подъема умеет откликнуться на радость и веселье, удовлетворить потребность сопереживания.

Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности и, к похвалам и поощрениям - все это доставляет им искреннюю радость, но вовсе не побуждает к заносчивости или самолюбию. Порицания, осуждения, выговоры, нотации глубоко переживаются и способны погрузить в беспросветное уныние. Действительные неприятности, утраты, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к острым аффективным реакциям, реактив

ным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

Реакция эмансипации выражена весьма умеренно. Им хорошо в семье, если они чувствуют там любовь, тепло и уют. Эмансипационная активность проявляется в виде коротких вспышек, обусловленных перепадами настроения, которые обычно трактуются взрослыми как простое упрямство или капризы. Однако реакция эмансипации становится более выраженной и устойчивой, если ее подогревает неблагоприятная семейная ситуация, из такой семьи лабильные подростки нередко хотят вырваться.

Тяга к группированию со сверстниками также подчинена изменениям настроения: в хорошие минуты лабильные подростки

ищут компании, в плохие – избегают общений.

В группе сверстников они не претендуют на роль вожака, а более ищут эмоциональные контакты. Они охотно довольствуются положением любимца и баловня, которого опекают и защищают более стеничные приятели.

Реакция увлечения обычно ограничивается типами хобби, обозначенными нами как информативно-коммуникативный и эгоцентрический (см. гл. II). Им чужды и опьяняющий азарт игр, и скрупулезная дотошность коллекционирования, и настойчивое совершенствование силы, ловкости умений, и высоты утонченных интеллектуально-эстетических наслаждений. Тем более они нигде не претендуют на лидерство. Общение с товарищами, художественная самодеятельность да еще некоторые домашние животные (особенно привлекательна собственная собака) относятся к тому роду увлечений, которые дают легкий отток эмоциональной энергии, наполняющей в моменты перепадов настроения. Ни одно из хобби не длится долго и скоро сменяется другим

Сексуальная активность обычно ограничивается флиртом и ухаживанием, а влечение остается малодифференцированным, вследствие чего возможно отклонение на путь транзитного подросткового гомосексуализма (см. гл. III). Но чрезмерные сексуальные эксцессы всегда избегаются.

Самооценка отличается искренностью. Лабильные подростки хорошо знают особенности своего характера, знают, что они - "люди настроения" и что от настроения у них зависит все. Отдавая себе отчет о слабых сторонах своей натуры, они не пытаются что-либо скрыть или затушевать, а как бы предлагают окружаю-

щим принимать их такими, какие они есть, В том, как к ним относятся окружающие, они обнаруживают хорошую интуицию – сразу при первом контакте чувствуют, кто к ним расположен, кто безразличен, а в ком таится хоть капля недоброжелательности или неприязни. Ответное отношение возникает незамедлительно и без попыток его утаить.

Степень выраженности эмоциональной лабильности в подростковом возрасте обычно не превышает уровня явной акцентуации. Психопатии встречаются относительно редко.

"Слабым местом" данного типа является отвержение со сто-

роны эмоционально значимых лиц, утрата близких, вынужденная разлука с ними.

Данный тип акцентуации часто сочетается с вегетативной лабильностью и склонностью к аллергическим реакциям. Лабильная акцентуация может служить почвой для острых аффективных реакций (чаще импунитивных или интрапунитивных), неврозов, особенно неврастении, реактивной депрессии и для психопатических развития, чаще по лабильно-истероидному типу.

Именно только в этих случаях лабильные подростки попадают под наблюдение психиатра. В фокусе внимания оказываются возникшие нарушения и вызвавшие их психические травмы, а особенности характера, обуславливающие легкость подобных срывов, нередко остаются в тени. Именно поэтому, нам кажется, "эмоционально-лабильный тип" Шнайдера – Ганнушкина не получил распространения в качестве рабочего термина в психиатрической практике, несмотря на яркость описаний и частоту, с которой этот тип встречается,

Сергей Г., 14 лет. В детстве много болел "простудами", со школьных лет страдает хроническим холециститом. Рос веселым, общительным, но очень обидчивым. У матери тяжелое заболевание почек, она часто и подолгу лежала в больницах. Воспитан был отцом, который с ним играл, кормил и одевал. В школу пошел охотно, до 11 лет учился хорошо. Когда ему было 11 лет, погиб отец. После его смерти несколько месяцев был крайне вял, не играл, ничего не делал, после школы все дни один сидел дома и ждал, когда мать вернется с работы. Жаловался на головную боль, плохой сон, "дергались веки". В тот же год в школе переменились учителя. Новая классная руководительница сочла его лентяем, убедила в этом других педагогов, бранила его перед всем классом. Очень переживал свои неудачи и выговоры учителей. Стал убегать с уроков, один бродил по городу. Дома на упреки матери реагировал слезами, уходил из дому, отсиживался один на лестнице.

Прошное лето провел в санатории. Вспоминает о нем очень тепло, там был дисциплинирован, спокойно относился к замечаниям старших. В начале нового учебного года в школе один старшеклассник, проходя мимо него, неожиданно плюнул ему в лицо. В гневе, изловчившись, столкнул того с лестницы. В ответ на наказание категорически отказался ходить в школу, нагрубил

учителям. Дома на упреки матери дал бурную аффективную вспышку, убежал из дому, ночевал где-то в парадном. Па помещение в детскую психиатрическую больницу сперва реагировал непрерывающимся плачем. Но затем, почувствовав теплое к себе отношение, успокоился. Стал учиться в школе при больнице, подружился с дисциплинированными мальчиками.

Во время беседы в зависимости от содержания разговора легко переходит от грусти к улыбке и обратно. При упоминании об отце, погибшем три года тому назад, сразу расплакался, но быстро поддался утешению. Рассказал, что по утрам в одни дни встает бодрым и веселым, в другие же дни с утра чувствует вялость и скуку. Жалуется на головные боли, особенно после конфликтов к школе. Если днем случится что-либо неприятное, то вечером долго; не может уснуть. Учиться любит, особенно нравятся рисование и английский - учителя по этим предметам к нему тепло относятся. Согласился, что в школе и дома вел себя неправильно. Хочет продолжать учебу в прежней школе, несмотря на бывшие конфликты с педагогами. Объясняет это тем, что привык к товарищам К матери привязан, относится к ней очень нежно.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован лабильный тип Признаков, указывающих на возможность психопатии, не обнаружено Конформность. умеренная. Реакция эмансипации, склонность к делинквентности и алкоголизации не выражены. По шкале субъективной оценки - самооценка недостаточная, ни признаваемых, ни отвергаемых черт какого-либо типа не выделилось.

Диагноз. Затяжная реактивная депрессия на фоне явной акцентуации по лабильному типу.

Катамнез через 3 года. Здоров. Продолжает учебу. По-

прежнему отличается большой эмоциональностью.

При психопатиях этого типа сама эмоциональная лабильность может достигать такой степени, что превращается в аффективную взрывчатость. Однако чаще на ядро эмоциональном лабильности наслаиваются черты другого типа – истероидного, сенситивного, неустойчивого.

Лабильно-аффективная психопатия. Этот тип психопатии

обычно рассматривается в сборной группе возбудимых психопатий. Хотя аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу, однако они быстро истощаются. Гнев легко сменяется слезами. В аффекте не бывает склонности к грубой агрессии в отношении окружающих. Обычно аффект ограничивается бурными эмоциональными проявлениями, иногда возникают реакции аутоагрессивного типа. Постоянная смена настроения ведет к крайней неусидчивости, несобранности, отвлекаемости. быстрой смене интересов. От всего этого страдает учеба, возникают постоянные конфликты, как со старшими, так и со сверстниками. Обычно отсутствует присущая лабильной акцентуации правильность самооценки, нет критики к своему поведению.

А л е к с а н д р М ., 15 лет. Рос без отца в дружной семье с матерью, теткой и бабушкой. В детстве часто болел "простудами", отличался "нервностью" Спорных школьных лет при вполне удовлетвори тельных способностях учился с трудом, был неусидчив, рассеян, все быстро надоедало. На замечания реагировал бурными аффективными вспышками, кричал, убегал из класса, по словам учителей, становился как "бешеный". В минуты повышенного настроения па уроках начинал играть роль шута, корчил рожи, смешил ребят Легко поддавался под влияние товарищей, озорничал, но избегал участвовать в драках. Увлекался игрой на рояле, затем на гитаре, пробовал играть в теннис и хоккей – за все поначалу горячо брался, но быстро бросал. Больше всего любит гулять с ребятами", слоняется по улицам до поздней ночи. За шумные ночные прогулки не раз был задержан милицией. Близкого друга не, имеет, любит компанию. Вина не пьет – боится рвоты. После нескольких конфликтов с учителями бросил школу, ничего не делал, гулял", выменивал у иностранцев на значки жевательную резинку.

Оказавшись В психиатрической больнице, сперва испугался, но быстро успокоился и освоился, стал подвижен суетлив, отвлекаем, склонен к аффективным вспышкам но малейшему поводу. Очень боялся инъекций – при виде шприца упал в обморок. Во время беседы обнаружил выраженную эмоциональную лабильность - на протяжении получаса несколько раз круто менялось настроение. К матери привязан, ее опекой не тяготится Критика к своему поведению отличается крайней поверхностностью - легко

соглашается с обвинениями, дает обещания исправиться и тут же эти обещания забывает о своем будущем не думает. Хотел бы работать почтальоном – нравится ходить по улицам.

Высокого роста, но грациального телосложения, женствен, имеет высокий тембр голоса, несколько детское выражение лица, но сексуальное развитие по возрасту. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ – без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован лабильный тип. Признаком, указывающих на возможность психопатии, не установлено. Конформность умеренная, реакция эмансипации слабая Психологической склонности к делинквентности и алкоголизации не выявлено. По шкале субъективной оценки - самооценка недостаточная, ни черт какого-либо типа, ни наиболее отвергаемых черт не выявлено.

Диагноз. Психопатия умеренной степени лабильно-аффективного типа.

Лабильно-истероидный тип. Может наблюдаться в рамках как психопатий, так и акцентуаций характера. Психопатия этого типа может быть как конституциональной, т. е. эндогенным сочетание двух типов и следствием психопатического развития при воспитании лабильного подростка в системе потворствующих гиперпротекции. Истероидный эгоцентризм здесь оборачивается более эгоистичеким требованием беспредельной любви к себе и забот со стороны эмоционально-значимых лиц, чем жадой привлекать к себе взоры всего окружения. Фантазии обычно лишены упоительно-авантюрной жилки. Они имеют более романтическую окраску, это скорее идиллические мечты о свершении надежд, о безмятежном счастье и блаженстве. Нет намерения своими выдумками показать исключительность своей особы.

Тем не менее, под действием психических травм особенно

при отвержении со стороны эмоционально-значимых лиц, и в трудных ситуациях острые эффективные реакции и реактивные состояния приобретают отчетливую истерическую окраску.

В л а д и м и р Б., 15 лет С детства подвижен, неусидчив, вспыльчив. В первые годы повторные пневмонии. Затем рос физически здоровым. Когда ему исполнилось 7 лет, отец оставил

семью. Тяжело это переживал. В 10-летнем возрасте стал бурно протестовать, когда в семье появился отчим, ссорился с ним по малейшему пустяку, ревновал к нему мать. В виде протеста стал прогуливать школу, запустил занятия. В ответ на наказания со стороны матери почал убежать из дому. Побегі обставлял так, чтобы его искали и ввернули. Например, уезжая в другой, город к тетке, предварительно по «секрету» рассказал о своем намерении сверстнику из соседней квартиры в надежде, что тот передаст матери. Когда мать долго не приезжала за ним, сам от имени тетки дал ей телеграмму. В другой раз демонстративно отправился разыскивать родного отца, который не проявлял к нему никакого интереса. Во время побегов никогда не ночевал ни в парадных, ни в подвалах - боялся крыс. Когда на свой день рождения в наказание не получил от матери подарка, без спроса вскрыл копилку и на 25 рублей купил себе почтовых голубей. Стал проводить время в уличных компаниях, но при этом не курил, отказывался пить вино.

Мать поместила его в школу-интернат – был на нее за это обижен. Из интерната также совершал побегі. Затем сдружился там с одним соучеником, очень к нему привязался. Тот был лидером среди воспитанников, и он пользовался его покровительством. Ревновал его к другим товарищам. Когда тот ему демонстративно "изменил" – убежал из интерната, бросив его, после его возвращения на глазах товарищей разыграл попытку самоповешения, но легко дал себя удержать.

В подростковом отделении психиатрической больницы быстро освоился. Пытался претендовать на лидерство, но не сумел завоевать авторитета даже у младших и более слабых.

В беседе обнаружил большую эмоциональную лабильность. Легко краснел, в зависимости от темы разговора унылое выражение лица и веселая улыбка быстро сменяли друг друга. Охотно беседовал, искал контакта. Об отчине говорил сдержанно, о матери – не скрывая обиды. При расспросах о друге очень разволновался, старался уйти от этой темы, тихо пробормотал: "Я все уже рассказал". Затем признался, что с другом они были связаны "страшной клятвой", суть которой рассказать отказался, но добавил, что друг нарушил эту клятву и товарищи над ним насмеялись. Попытку повеситься осудил как глупый поступок, но отказался признать его демонстративный характер. Уверял, что готов

был умереть.

При выраженной акселерации физического и сексуального развития обнаруживает детские интересы – любит сказки, игры, сохранено детское выражение лица

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован лабильный тип. Признаков, свидетельствующих о возможной психопатии, не выявлено. Конформность и реакция эмансипации умеренные. Склонности к делинквентности и алкоголизации не обнаружено. По шкале субъективной оценки - самооценка недостаточная, ни черт какого-либо типа, ни достоинств отвергаемых черт не установлено

Диагноз Психопатия умеренной степени лабильно-истероидного типа.

Катамнез через 2 года. За соучастие в воровстве направлен в специальную школу для трудных подростков.

Лабильно-неустойчивый тип. Как правило, возникает на фоне лабильной акцентуации вследствие воспитания, сочетающего эмоциональное отвержение с гипопротекцией. Нередко достигает психопатического развития. Внешне наблюдается "синдром неустойчивого поведения" – сходство с психопатией неустойчивого типа из-за делинквентности, побегов из дому и т.п. Однако от неустойчивой психопатии таких подростков отличает не только большая эмоциональность, но и способность к теплым привязанностям и стремление избегать всяческих эксцессов – и делинквентных, и алкогольных, и сексуальных

П а в е л 3., 16 лет. Отец страдает эпилепсией и алкоголизмом, мать – тяжелым полиартритом, инвалид. Вырос в многодетной семье, старшим из пяти детей. С детства до настоящего времени страдает ночным энурезом. До 11 лет не отличался от сверстников, был очень привязан к матери. Тяжело переживал скандалы в

семье. Учился посредственно. С 11 лет из-за скандалов дома потянулся на улицу подпал под влияние асоциальной компании подростков, стал курить, изредка выпивать, по наущению своих приятелей украл деньги в школе у учительницы. Был направлен и

спецшколу для трудных. Там стал подвергаться жестоким преследованиям со стороны соучеников. Совершил побег. Возвращенный в спецшколу, стал грозить суицидом.

В подростковой психиатрической клинике вначале был напряжен, озлоблен, подозрителен. В дальнейшем на теплое и ласковое отношение дал бурную эмоциональную реакцию – расплакался, признался в проступках, которые ранее не были известны: под влиянием своей уличной компании воровал из карманов, залезал в оставленные автомашины и отвинчивал, что велели, угонял велосипеды. Держался этой компании, так как был там "своим" и его защищали от других хулиганов.

Во время бесед обнаруживал выраженные эмоциональные реакции, в зависимости от воспоминаний легко переходил от слез к улыбке от озлобленности к слезам. Интересы – детские, любил игры, сказки. В клинике режима не нарушал, тянулся к старшим, искал сопереживания.

При осмотре выраженный физический инфантилизм, рост 154 см, масса тела 40 кг (нижняя граница возрастной нормы 167 см, 53 кг), первая пубертатная фаза, детское выражение лица. При неврологическом обследовании - без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован тип "лабильный циклоид". Имеются признаки, указывающие на вероятность психопатии. Отмечена повышенная откровенность в оценке черт характера и личностных отношений. Конформность и реакция эмансипации умеренные. Установлена психологическая склонность к делинквентности. Отношение к алкоголизации неопределенное. По шкале субъективной оценки – самооценка неверная достоверно выделяются конформные черты, отвергаются черты неустойчивого типа, отмечена амбивалентность в отношении сенситивных черт.

Диагноз. Затяжное реактивное состояние (делинквентный эквивалент) на фоне психофизического инфантилизма и психопатического развития по лабильно-неустойчивому типу.

Катамнез через полгода. Был освобожден от обучения в

спецшколе и помещен в обычную школу-интернат, где продолжает обучение.

Лабильно-сенситивный тип. Может быть как эндогенным

сочетанием обоих типов, так и следствием психопатического развития из лабильной акцентуации в условиях воспитания по типу эмоционального отвержения и особенно в положении «Золушки». Эмоциональная лабильность здесь в основном проявляется частыми спадами настроения при редких радостных всплесках, легкостью упадка духа и слезливостью даже при напоминании о бывших ранее неприятностях, но быстрой податливостью утешению и успокоению. В остальном преобладают сенситивные черты.

П а в е л П., 15 лет. Вырос без отца, живет с матерью и старшей сестрой. С детства был чувствительным, впечатлительным, обидчивым, легко расстраивался, но поддавался утешению и уговорам. Очень привязан к матери. В школу ходил неохотно – учился средне, ребята его дразнили, называли "девчонкой" Тяжело переживал даже небольшие неприятности, например, в 10 лет нечаянно разбил любимую вазу матери – проплакал три дня. В 12 лет заболел острым аппендицитом и был госпитализирован, в больнице все время плакал – не мог перенести разлуки с матерью.

Полгода назад, проболев неделю, пришел в школу без справки из поликлиники, а только с запиской матери. В классе же появилась новая учительница, ставшая их классным руководителем. Перед всеми соучениками она назвала его "прогульщиком" и "симулянтом", ребята стали над ним насмехаться. При всех расплакался, убежал из школы, бросил учебу, отказался идти на выпускные экзамены. Мать на лето взяла его в пионерский лагерь, где сама работала. Со сверстниками там почти не общался, не отходил от матери, играл только с малышами. Надеялся, что осенью ему разрешат сдать экзамены – хотел отвечать один, а не перед всем классом. Но неожиданно для него был оставлен на второй год. Тогда наотрез отказался ходить в школу, считая второгодничество позором Сиднем сидел дома, играл с собакой, читал книги, увлекся изучением марок автомашин и видов морских судов – рассказывает о них со знанием дела. На улицу не выходил – боялся встречи со знакомыми ребятами и их расспросов. Когда

мать возвращалась с работы, ее радостно встречал, не отходил от нее. В связи с отказом выходить на улицу, идти в школу мать обратилась за советом к психиатру. При беседе с ним был замкнут,

угрюм, плакал, не раскрывая причин слез,

Был направлен на обследование в подростковую психиатрическую клинику. Здесь, встретив теплое и заботливое отношение персонала, быстро освоился. Стал пользоваться покровительством более стеничного подростка, почти не отходил от него.

Во время беседы очень волнуется, при расспросах о неприятных событиях начинают градом литься слезы. Но легко поддается утешению. Войдя в контакт, откровенно рассказал о своих школьных неудачах. После нескольких психотерапевтических бесед согласился пойти в другую школу.

Отмечен выраженный психофизический инфантилизм. Детское выражение лица. Половое развитие соответствует 12–13-летнему возрасту. Вегетативная лабильность. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ – без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный сенситивно-лабильный тип. Имеются признаки, указывающие на возможность формирования психопатии сенситивного типа. Конформность средняя, эмансипации умеренная. Склонности к делинквентности не обнаружено, имеется выраженное отрицательное отношение к алкоголизации, что свойственно сенситивным подросткам. По шкале субъективной оценки - самооценка хорошая, выделились черты сенситивного и лабильного типов, достоверно отвергаются гипертимные черты (признак склонности к субдепрессивным состояниям).

Диагноз. Психопатия выраженной степени лабильно-сенситивного типа на фоне психофизического инфантилизма.

Катамнез через год. В обычной школе учиться не смог окончил 8 классов вечерней школы, которую посещал нерегулярно, но успевал, заниматься дома.

Следует подчеркнуть, что лабильно-аффективный тип встречается только в виде психопатий – это, по сути дела крайнее заострение лабильного типа. Последние три разновидности (лабильно-истероидный, лабильно-неустойчивый, лабильно-сенситивный типы) встречаются не только при психопатиях, но и в качестве акцентуаций характера и даже чаще наблюдаются как последние.

В общей популяции подростков лабильный тип акцентуации характера встречается 8% у подростков мужского типа (см. табл.

3) и в 12% у подростков женского пола, (Патохарактерологические исследования..., 1981)

АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ ТИП

Этот тип является той точкой, где области психопатий и невротозов соприкасаются особенно тесно. Нет нужды доказывать, что лица, склонные к неврастеническим реакциям, обладают особым складом характера. Поэтому астено-невротический тип правомерно рассматривать как одну из разновидностей акцентуаций, которая благоприятствует невротическим реакциям, особенно неврастенического круга. На основе этой акцентуации может начаться «невроз развития» [Мясищев В.Н. II 1960] или, точнее, невротическое развитие [Кербикон О. В., 1961; Ушаков Г. К., 1478; Ковалев В. В.. 1979 Карвасарский Б. Д., 1980]. По О. В. Кербикову (1961), критериями для разграничения невротических развитий от психопатий служат отношение личности к своим переживаниям, нарушениям и т. п. как к болезненным, чуждым, от которых жаждут избавиться, а также склонность невротических расстройств к определенной "локальности", системности, парциальности – изменения не охватывают личность в целом. К сожалению, с помощью этих критериев нелегко бывает провести четкую грань между невротическими развитиями психопатиями

При далеко зашедших случаях невротических развитий (астенических, ипохондрических) может утрачиваться и парциальность нарушений, и даже критическое отношение к ним.

Подростки астено-невротического типа лишь изредка попадают под наблюдение психиатра и вовсе не потому, что этот тип в данном возрасте встречается исключительно редко

В здоровой популяции этот тип установлен в 2% (см. табл. 3). Его выявлению способствует заболевание хроническими соматическими заболеваниями - среди подростков, больных активным туберкулезом легких, астено-невротическая акцентуация выявляется в 11–13%, хронической неспецифической пневмонией - до 25% [Иванов П Я., Щеспкова Г Ю., Янина С. К , 1980]

Однако возникающие нарушения обычно не требуют вмешательства психиатра, и такие подростки остаются под наблюдением те-

рапевта или невропатолога

При астено-невротической акцентуации иногда с детства обнаруживаются признаки невропатии - беспокойный сон, плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, ночные страхи, ночной энурез, заикание и т. п.

С наступлением полового созревания, физического возмужания невропатические черты могут сглаживаться. Но в некоторых случаях детская невропатия может трансформироваться в астено-невротическую акцентуацию и служить у подростков почвой для невротических реакций и невротических развитии. Наконец, иногда этот тип акцентуации может впервые развертываться в подростковом возрасте.

Главными чертами астено-невротической акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические напряжения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются непереносимыми. Раздражительность более всего сходна с аффективными вспышками при лабильной акцентуации. Раздражение по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порою случайно попавших под горячую руку, и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. В отличие от эпилептоидной акцентуации аффекту не бывают присущи ни постепенное накопление, ни сила, ни продолжительность. В отличие от вспыльчивости при гипертимной акцентуации поводом для вспышек вовсе не обязательно служит встречаемое противодействие бурного неистовства аффект также никогда не достигает. В отличие от лабильной акцентуации аффективные вспышки связаны не с перепадами настроения, а отчетливо прослеживается возрастание раздражительности в процессе утомления.

Склонность к ипохондризации является особенно типичной чертой. Такие подростки внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, крайне подвержены ятрогении, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются обследованиям и осмотрам. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний, особенно у мальчиков, становится сердце.

При этом типе акцентуации не встречается ни делинквентности,

ни побегов из дому, ни алкоголизации. Но это не означает, что специфически-подростковые поведенческие реакции отсутствуют, Стремление к эмансипации от старших или тяга к группированию со сверстниками, не получая прямого выражения в силу астеничности, утомляемости, могут исподволь подогревать маломотивированные вспышки раздражения в отношении родителей, воспитателей, побуждать к обвинению близких и том, что они не уделяют должного внимания их здоровью, или даже порождать глухую неприязнь к сверстникам, у которых подростковые поведенческие реакции выражаются прямо и открыто,

К товарищам тянутся, скучают без их компании, но быстро от них устают и ищут отдыха, одиночества или общения с близким другом. Сексуальная активность обычно ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками.

Самооценка при астено-невротической акцентуации обычно отражает ипохондрические установки. Такие подростки замечают зависимость плохого настроения от дурного самочувствия, плохой сон ночью и сонливость днем, разбитость по утрам. В мыслях о будущем центральное место занимают заботы о собственном здоровье, Однако далеко не все особенности отношений подмечаются достаточно хорошо.

С е р г е й С., 15 лет С детства был общителен, но отличался впечатлительностью и мнительностью, До 7-го класса хорошо учился, преуспевал в занятиях легкой атлетикой, хорошо бегал на короткие дистанции. В 12 лет у него на глазах внезапно от сердечного приступа скончалась его бабушка. Вскоре после этого во время бега на спортивном соревновании почувствовал, что у него заболела сердце. Бросил занятия спортом – боли прошли. Через год компания асоциальных одноклассников стала его терроризировать – побоями и угрозами заставляли выпрашивать у иностранцев жевательную резинку, торговать ею и отдавать им выручку. Возобновились боли в сердце, стал бояться ходить в школу, затем вообще выходить на улицу. Когда главарь этой компании был отправлен в колонию, преследования прекратились, но теперь стал страшиться выходить из дому из-за болей в сердце. Был отправлен в санаторий – там хорошо себя чувствовал, боли прошли, в санаторной школе окончил 8-й класс. В 14 лет – бур

ное половое созревание, за один год превратился из мальчика во

взрослого мужчину. Летом с родителями уехал в деревню – там после купания в холодной реке в жаркий день приступ болей в сердце возобновился. При возвращении в школу и при виде прежних преследователей снова почувствовал боли в сердце. К ним присоединились перебои, сердцебиения, ощущения, как будто что-то "ударяет в голову", "захлебывается дыхание" Тщательное обследование в кардиологическом диспансере никаких отклонений со стороны сердца не выявило. Сиднем сидел дома, отказывался ходить в школу, допекал родных разговорами о своей болезни. Ел и спал хорошо, ночью никогда никаких приступов не было. Был направлен на обследование в подростковую психиатрическую клинику.

Госпитализацией был крайне недоволен. Считал, что его должны немедленно перевести в кардиологическую клинику, что здесь в случае опасного приступа не смогут оказать нужную помощь. Старался не покидать постели, боялся вставать, ел лежа, непрестанно считал свой пульс, то и дело звал врача за помощью. Был капризен и, раздражителен. Родных на свиданиях допекал жалобами, уверял, что он тяжело болен.

В клинике у больного были обнаружены приступы диэнцефальной дистонии: внезапно краснел, затем бледнел, покрывался холодным потом, пульс учащался до 120 в 1 мин, АД повышалось до 150/ 100 мм рт. ст. При этом жаловался на сильную слабость, ощущение "удара в голову". Через несколько минут все проходило,

Охотно вступал в контакт и рассказывал о себе. К отцу относился неприязненно - "противно видеть, когда он выпивает", обижен на него за то, что тот не считает его больным. К матери относится тепло. Просветлел при упоминании о дяде, который, видимо, его балует: с помощью того собрал уникальную коллекцию из полусотни иностранных авторучек. Согласился, что сердце у него, возможно, здоровое и все "от нервов", просил его лечить.

Физическое развитие с выраженной акселерацией - соответствует возрасту 18-19 лет Половое созревание завершено.

После лечения диэнцефальными смесями и психотерапии приступы прекратились, боли в сердце стихли. Был выписан с рекомендацией перевода в другую школу

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки Диагностирован эпилептоидный тип. Ошибочное определение, видимо, связано с обнаруженной склонностью к диссимуляции и негативным отношением к психологическому обследованию, которое проводилось в первые дни поступления в клинику, когда контакт с больным еще не был установлен. Конформность и реакция эмансипации умеренно выражены. Имеется отрицательное отношение к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неудовлетворительная, ни черт какого-либо типа, ни достоверно отвергаемых черт не выявлено, что, возможно, также связано с диссимуляцией.

Диагноз, Затяжной невроз (неврастения) с картиной ипохондрического синдрома на фоне акцентуации астено-невротического типа и пубертатных диэнцефальных кризов.

Катамнез. После выписки возобновил учебу в другой школе. Остается склонность к ипохондричности, Избегает занятий спортом,

При этом типе акцентуации повышена чувствительность к напряженным умственным нагрузкам и к событиям, провоцирующим ипохондричность (болезнь близких).

СЕНСИТИВНЫЙ ТИП

Еще в 1917 г. Е. Kretschmer, описав одну из форм реактивного психоза, названную сенситивным бредом, обратил внимание, что этот психоз развивается у личностей особого склада: чрезмерная чувствительность и впечатлительность сочетаются у них с высокими моральными требованиями к самим себе, с "этической скрупулезностью". Под ударами судьбы они легко становятся крайне осторожными, подозрительными и замкнутыми, П. Б. Ганнушкиным (1933) было замечено, что за всем этим лежит резко выраженное чувство "собственной недостаточности". Позднее, пытаясь разделить человечество на шизоидов и циклоидов, Е. Е. Kretschmer (1921) отнес сенситивных субъектов к первым. С тех пор сохраняется три тенденции в отношении к сенситивному типу: рассматривать его как вариацию типа шизоидного, включать его в группу астеников (Ганнушкин П. В., 1933 и, на

конец, считать сенситивный тип характера совершенно особым [Scheider K., 1923]. Е. Kretschmer также впоследствии изменил свой взгляд: в одном из последних изданий "Медицинской психологии" (1973) сенситивный тип был выделен как самостоятельный. Как будет видно из дальнейшего изложения, сенситивный существенно отличается от шизоидного, скорее он ближе к широкому кругу астеников, но составляет среди них все же четко обособленную подгруппу.

В отечественных руководствах по детской психиатрии описание сенситивного типа психопатии вообще отсутствует, и это не случайно. Сенситивная психопатия формируется относительно поздно. Ее становление чаще всего падает на возраст 16-19 лет, т. е. на постпубертатный период, на время самостоятельного вступления в социальную жизнь.

Однако с детства обнаруживаются такие черты характера, как пугливость и боязливость. Такие дети часто боятся темноты, сторонятся животных, страшатся остаться одни. Они чуждаются слишком бойких и шумных сверстников, не любят чрезмерно подвижных и озорных игр, рискованных шалостей, избегают больших детских компаний, чувствуют робость и застенчивость среди посторонних, в новой обстановке и вообще не склонны к легкому общению с незнакомыми людьми. Все это иногда производит впечатление замкнутости, отгороженности от окружающего и заставляет подозревать свойства шизоидам аутистические наклонности. Однако с теми, к кому эти дети привыкли, они достаточно общительны. Сверстникам они нередко предпочитают игры с малышами, чувствуя себя среди них увереннее и спокойнее. У них не проявляется свойственный шизоидам ранний интерес к абстрактным знаниям, "детская энциклопедичность". Чтению многие из них предпочитают тихие игры, рисование, лепку. К родным они иногда обнаруживают чрезвычайную привязанность, даже при холодном к ним отношении или суровом обращении с ними. Отличаются послушанием, часто слынут "домашним ребенком".

Школа пугает их скопищем сверстников, шумом, возней и драками на переменах, но, привыкнув к одному классу и даже страдая от некоторых соучеников, они крайне неохотно переходят в другой коллектив. Учатся обычно старательно. Пугаются всякого рода проверок, контрольных, экзаменов. Нередко стес-

няются отвечать перед классом, боясь сбиться, вызвать смех, или наоборот, отвечают меньше того, что знают, чтобы не прослыть выскочкой или чрезмерно прилежным учеником среди одноклассников.

Начало пубертатного периода обычно проходит без особых осложнений. Трудности адаптации начинаются в 16–19 лет – в период смены привычного школьного стереотипа на трудовой или на обучение в другом учебном заведении, т. е. в период, когда надо активно устанавливать отношения с множеством новых людей. Именно в этом возрасте обычно выступают оба главных качества сенситивного типа, отмеченные П. Б. Ганнушкиным (1933), – "чрезвычайная впечатлительность" и "резко выраженное чувство собственной недостаточности".

Реакция эмансипации у сенситивных подростков бывает выражена довольно слабо. К родным сохраняется детская привязанность. К опеке со стороны старших относятся не только терпимо, но даже охотно ей подчиняются. Упреки, нотации и наказания со стороны близких скорее вызывают слезы, угрызения и даже отчаяние, чем обычно свойственный подросткам протест. Тем более не возникает желания оспорить или отвергнуть духовные ценности, интересы, обычаи и вкусы старшего поколения. Иногда даже выступает подчеркнутое следование идеалам и образу жизни взрослых. Созвучно этому рано формируются чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования и к себе, и к окружающим. Сверстники нередко ужасают грубостью, жестокостью, циничностью. У себя же видится множество недостатков, особенно в области качеств волевых и морально-этических. Источником угрызений у подростков мужского пола зачастую служит столь частый в этом возрасте онанизм. Возникают самообвинения в "гнусности" и "распутстве", жестокие уко

ры в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписываются также собственное слабование, робость и застенчивость, неудачи в учебе вследствие якобы слабеющей памяти или свойственная иногда периоду усиленного роста худоба, диспропорциональность телосложения и т. п.

Чувство собственной неполноценности у сенситивных подростков делает особенно выраженной реакцию гиперкомпенсации. Они ищут самоутверждения не в стороне от слабых мест своей

натуры, не в областях, где могут раскрыться их способности, а именно там, где чувствуют свою неполноценность. Девочки стремятся показать свою веселость и общительность. Робкие и стеснительные мальчики натягивают на себя личину развязности и даже нарочитой заносчивости, пытаются продемонстрировать свою энергию и волю. Но как только ситуация требует от них смелости и решительности, они тотчас же пасуют. Если удастся установить с ними доверительный контакт и они чувствуют от собеседника симпатию и поддержку (что в отличие от лабильных подростков достигается обычно далеко не сразу), то за спавшей маской "все нипочем" обнажается жизнь, полная укоров и самобичевания, тонкая чувствительность и непомерно высокие требования к самому себе. Нежданное участие и сочувствие могут сменить заносчивость и браваду на внезапно хлынувшие слезы.

В силу той же реакции гиперкомпенсации чувствительные подростки оказываются на общественных постах (старосты и т. п.). Их выдвигают воспитатели, привлеченные их послушанием и старательностью. Однако их хватает лишь на то, чтобы с большой личной ответственностью выполнять формальную сторону порученной им работы, но неформальное лидерство в таких коллективах достается другим. Намерение избавиться от робости и слабоволия толкает чувствительных мальчиков на занятия силовыми видами спорта - борьбой, гангельной гимнастикой и т. п. Так, например, 16-летний юноша, тихий и робкий, почти все свободное время проводил на парашютной вышке, прыгая по нескольку раз в день и проделывая в воздухе разного вида гимнастические упражнения, чтобы "навсегда подавить всякий страх". Возможно, занятия спортом приносят им определенную пользу, но истинного удовольствия они здесь обычно не получают и заметных успехов не достигают.

Реакция группирования со сверстниками, как и реакция эман

сипации, получает мало внешних проявлений. В отличие от шизоидов, чувствительные подростки не отгораживаются от товарищей, не живут в воображаемых фантастических группах и неспособны быть "белой вороной" в обычной подростковой среде. Они разборчивы в выборе приятелей, предпочитают близкого друга большой компании, очень привязчивы в дружбе. Некоторые из них любят иметь более старших по возрасту друзей. Обычная

подростковая компания ужасает их царящим в ней шумом, грубостью, развязностью.

Увлечения сенситивных подростков можно разделить на истинные, гармонирующие с их характером, и на контрастные их натуре и обусловленные реакцией гиперкомпенсации [Скронкип Ю. А., 1973, 1980]. Первые относятся в основном к интеллектуально-эстетическим хобби. Они весьма разнообразны и зависят от уровня общего развития, определяются примерами старших, индивидуальными наклонностями и способностями. Здесь встречается и увлечение разными видами искусства: музыкой (обычно классической), рисованием, лэйкой, шахматами. Здесь же часто фигурируют разведение домашних цветов, певчих птиц, аквариумные рыбы, приручение мелких животных, Удовлетворение здесь приносит сам процесс занятий: возможность прочесть интересную книгу на иностранном языке, послушать любимую музыку, порисовать, решить сложную шахматную задачу, полюбоваться растущими цветами, покормить рыбок и т. п. Эти увлечения начисто лишены желания привлечь к себе внимание окружающих или добиться поражающих результатов. Даже реальные успехи самими подростками оцениваются весьма скромно.

Увлечения, связанные с реакцией гиперкомпенсации чаще всего принадлежать к "лидерским" или телесно-мануальным. Здесь главное уже цель и результат, а не сам процесс. Об этих увлечениях уже было сказано выше.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, густо окрашены переживанием собственной неполноценности. Как указывалось, обычный подростковый онанизм становится порою источником мучительных угрызений и терзаний. Робость и застенчивость проявляются с удвоенной силой, когда вспыхивает первая любовь.

Нередко объект влюбленности так и остается совершенно неосведомленным о вызванном им чувстве, настолько оно оказыва

ется затаено. Или же, наоборот, признания и объяснения бывают, возможно в силу той же реакции гиперкомпенсации, столь решительными и неожиданными, что пугают и отталкивают. Отвергнутая любовь повергает в отчаяние и крайне обостряет чувство собственной неполноценности. Самобичевания и самоукоры могут доводить до суицидных мыслей.

Суицидное поведение сенситивных подростков отличается двумя особенностями. Во-первых, повторными вспышками суицидных мыслей без осуществления каких-либо попыток. Появление подобных мыслей всегда обусловлено ситуацией - ударами жизни по слабым местам сенситивного типа, подогревающими представление о собственной неполноценности. Во-вторых, в критических ситуациях – истинными суицидными действиями, лишенными всякого элемента демонстративности. Суицидные действия обычно совершаются под влиянием цепи неудач, разочарований, причем последней каплей может послужить довольно ничтожный повод. Эти действия нередко бывают совершенно неожиданными для окружающих.

Ни к алкоголизации, ни к токсикоманическому поведению вообще, ни к делинквентности сенситивные подростки не склонны. Сенситивные юноши, как правило, даже не курят, алкогольные напитки могут внушать им отвращение. Если же наступает алкогольное опьянение, то часто приходится видеть не эйфорическую, а депрессивную реакцию с возрастанием переживаний собственной неполноценности. В отличие от шизоидов здесь алкоголь не способен играть роль своеобразного коммуникативного допинга, т. е. не облегчает контактов и не вселяет уверенности в себе.

Ложное суждение о делинквентности может сложиться при прогулах школьных занятий, даже полном отказе ходить в школу или побегах из дому, которые вызваны психическими травмами или непереносимой для сенситивных подростков ситуацией. Насмешки, обиды, грубость, тягостная обстановка которые терпит сенситивный подросток могут оставаться неизвестными для других. Неожиданная отчаянная грубая агрессия в адрес обидчика иногда неправильно трактуется старшими как банальное хулиганство.

Самооценка сенситивных подростков отличается довольно высоким уровнем объективности. Подмечаются свойственные с

детства обидчивость и чувствительность, застенчивость, мешающая подружиться с кем хочется, неумение быть вожаком, заводилой, душой компании, неприязнь к авантюрам и приключениям, всякого рода риску и острым ощущениям, отвращение к алкоголю, нелюбовь к флирту и ухаживаниям.

У многих из них имеются проблемы, к которым они не могут определить своего отношения или не хотят это отношение открывать. Питая отвращение ко лжи и маскировке чувств, подростки умалчивание или отказ отвечать, на расспросы предпочитают не правде.

Ахиллесовой пятой чувствительного типа является отношение к ним окружающих. Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в неблагоприятных поступках, когда на их репутацию падает малейшая тень или когда они подвергаются несправедливым обвинениям. Например, к 14-летнему чувствительному подростку на улице пристал пьяный мужчина, обоих отвели в милицию, подростка тотчас же отпустили, но "все видели, как его вел милиционер", и это послужило причиной долгих тягостных переживаний и отказа ходить в школу. Из гардероба, когда дежурной была 15-летняя чувствительная девочка, у одного из школьников пропала куртка; ее стала мучить мысль, что "воровкой все должны считать ее", и она бросила школу.

Не случайно, при депрессивных реакциях у чувствительных подростков в их семьях неоднократно встречались бредовые больные или паранойяльные психопаты, которые предъявляли подросткам вздорные обвинения, позорящие этих подростков. Мать 16-летнего чувствительного юноши, страдавшая инволюционным паранойдизмом, корила его в том, что он якобы сожительствует с пожилой женщиной, бывшей любовницей его давно умершего отца. Другая мать, подозрительная и скупая, бранила своего сына, тихоню, домоседа, любителя птиц и цветов, за то, что тот будто бы связался с шайкой воров, которая собирается ее ограбить. Уехавшие в длительную командировку родители поручили престарелой бабушке, подозрительной и всюду видевшей разврат, воспитание их 15-летней дочери. Увидев внука на улице с одноклассником, возвращавшимися из школы, эта бабушка перед соседями назвала ее публичной девкой и потребовала пойти к гинекологу на освидетельствование. Все описанные ситуации послужили причиной

реактивных состояний. Естественно, стать посмешищем для окружающих вследствие каких-либо действительных недостатков или неудачных действий родителей и воспитателей более чем достаточно, чтобы быть надолго повергнутым в угнетенное состояние.

А л е к с а н д р О ., 17 лет, житель одного из сибирских городов. Отец и мать страдают хроническим алкоголизмом, развелись, когда ему было 9 лет. Отец живет один, отличается подозрительностью и замкнутостью. Мать сожительствует с пьяницами, не любит сына, который, по ее мнению, похож характером на отца. Старший брат – любимец матери и миротворец в семье – недавно был призван в армию.

Развитие и первые годы жизни без особенностей. В школе учился вполне удовлетворительно. Когда родители разошлись, стал навещать отца. За это мать, назвав его подонком, выгнала из дому. С 9 до 11 лет жил у отца, тайком встречался со старшим братом, по просьбе которого мать снова взяла его к себе. В дальнейшем несколько раз переходил от матери к отцу и обратно. Отец, по-видимому, страдает алкогольным параноидом. Неоднократно слышал от него обвинения в том, что он "подослан матерью, чтобы отравить родного отца". Иногда отец отказывался есть приготовленную им пищу. Обиженный, уходил к матери. После ее оскорблений возвращался к отцу. Недавно отец попал в больницу после отравления испорченной колбасой. Демонстративно отказывался от принесенной сыном передачи и во всеуслышание объявил, что тот "подсыпал ему отраву". После этой сцены впервые появились суицидные мысли.

К матери привязан, несмотря на плохое к нему отношение. На ее пьяную брань, попреки, оскорбления реагировал унынием, тайком плакал, появились суицидные мысли, но никогда никому их не высказывал и никаких попыток не предпринимал.

В школе был тихим и стеснительным, тяжело отреагировал на реплику одноклассника "от отца к матери ходишь". Дружил с девочкой в которую тайно был влюблен. Хорошо рисует – увлекается рисованием портретов. Не курит, вина никогда не пил. После окончания 8 классов пошел работать на завод. Мать стала ругать его за маленький заработок за то, что грязным приходит с работы, снова прогнала к отцу. Мечтал учиться рисованию. Оставил работу и поехал к тетке в Ленинград с намерением поступить в

художественное училище. Был потрясен красотой города, три дня ходил, как очарованный, по улицам, рассматривал памятники и старинные дома. На четвертый день, придя в училище, увидел комнату приемной комиссии запертой. Из объявления узнал, что

срок подачи заявлений истек накануне. Был очень удручен, но постеснялся к кому-либо обращаться с просьбами. Решил остаться у тетки и поступить на работу в Ленинграде. Но его нигде без прописки на работу не брали. Смог устроиться только временно в пригородный совхоз на разборку овощей. Получил письмо от матери с бранью в его адрес, мать назвала его вором за то, что он без спроса взял рубашку старшего брата. Получил также письмо от девочки, которую любил, с вестью о том что она "дружит с другим", что они больше не встретятся и с просьбой больше ей не писать. Последующие его письма к ней остались без ответа.

Совсем впал в отчаяние, когда получил окончательный отказ в прописке у тетки. В тот вечер ее не было дома. Соседи, справлявшие день рождения своего сына - его ровесника, пригласили его в гости. Впервые в жизни выпил целый стакан портвейна. Вернувшись к себе, "сразу вспомнил все неприятности, охватила тоска, понял, что он – неудачник и жить ему не стоит. На глаза попала бутылка хлорофоса. Выпил все, что в ней было. Оставил записку тетке "Я никому не нужен".

Заперся в маленькой комнате и уснул. Вернувшаяся домой тетка обнаружила его без сознания. Около суток был в коматозном состоянии. Из реанимационного центра был доставлен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь первые дни был угнетен, замкнут, держался в стороне. Затем обнаружил избирательную общительность, настроение улучшилось, суицидные мысли прошли, сожалел о случившемся. Воспрянул духом, когда выяснилась возможность устроить его в ПТУ с художественным уклоном.

При неврологическом и соматическом осмотре - без отклонений от нормы. Физическое развитие по возрасту.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован сенситивный тип с астено-невротическими и психастеническими чертами. Признаков, указывающих на вероятность психопатии, не обнаружено. Конформность низкая, реакция эмансипации умеренная. Склонности к делинквентности не установлено, склонность к алкоголизации слабая. По шкале субъ

ективной оценки - самооценка хорошая: выделяется выраженная сенситивность, достоверно каких-либо отвергаемых черт нет.

Диагноз. Острая аффективная интрапунитивная реакция с

суицидным поведением на фоне явной акцентуации сенситивного типа.

Катамиез через год. Снят с учета диспансера. Повторных суицидных попыток не было.

Отличия сенситивного типа от шизоидного отмечались по ходу предшествующего изложения. К сказанному следует добавить, что сенситивные подростки лишены одного весьма существенного качества шизоидов - недостатка интуиции. Наоборот, они весьма тонко воспринимают то, как окружающие к ним относятся. Тем не менее, встречаются смешанные типы, где сенситивность и шизоидность сочетаются, но тогда именно шизоидность является главенствующей чертой.

Лабильно-сенситивный вариант акцентуации и психопатии рассмотрен при изложении лабильного типа.

Сенситивная акцентуация служит почвой для острых аффективных реакций интрапунитивного типа, фобического невроза, реактивных депрессий, особой группы эндореактивных психозов (эндореактивной пубертатной анорексии, подростковой дисморфомании). По-видимому, сенситивная акцентуация сопряжена с более высоким риском заболевания прогрессивной шизофренией [Личко Л. Е., 1979].

При сенситивной психопатии все особенности сенситивного характера достигают крайних степеней. Особенно частыми и тяжелыми бывают острые аффективные аутоагрессивные реакции. Декомпенсации проявляются в виде реактивных депрессий, во время которых возможны серьезные покушения на самоубийство. Крайняя сенситивность ведет к отгорожению от сверстников, к шизоидности подростка.

При конституциональных психопатиях сенситивные черты бывают выражены с детства - трудности возникают при поступлении в детские учреждения, в школу. С началом полового созревания сенситивность еще более усиливается.

Психопатическое развитие на основе сенситивной акцентуации возможно при воспитании по типу эмоционального отвержения, особенно когда ребенок и подросток оказываются в положе

нии "Золушки". При психопатическом развитии тяжелые декомпенсации обычно развиваются лишь в возрасте 16–18 лет - при

вступлении в самостоятельную жизнь с ее нагрузками на interpersonalные отношения.

Среди госпитализированных в психиатрическую клинику подростков мужского пола сенситивный тип был определен в 4% психопатий и в 8, случаев, расценных как акцентуации характера; в общей популяции обнаружено 4% подростков мужского пола. Однако выявлению латентной сенситивной акцентуации способствуют ситуации, когда подросток оказывается объектом неблагоприятно-подозрительного отношения окружающих, в особенности сверстников. Это может случиться, - например, в связи с наличием у него заболевания, которое слывет заразным и многих побуждает сторониться. Так, среди подростков мужского пола с активным туберкулезным процессом в легких сенситивный тип акцентуации характера установлен в 13% Иванов, И Я., Шесгакова Г. К).. Янина С. К , 19801

ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП

Это тип, так же как астено-невротическими относится к области тесного соприкосновения психопатий и неврозов Психастеническая личность особенно расположена к развитию того варианта невроза навязчивых состояний, который у подростков обозначен как обсессивно-фобический [Личко А. Е. 1979; Шевченко Ю. С., 1979]. Вслед за тем, как Р. Janet (1903) описал психастению, большинство наиболее известных ее исследователей стали рассматривать ее не как невроз, а как аномалию характера.

Психастенические проявления в детстве незначительны и ограничиваются робостью, пугливостью, моторной неловкостью, склонностью к рассуждательству и ранними "интеллектуальными интересами" Иногда уже в детском возрасте обнаруживаются навязчивости, особенно фобии - боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, боязнь остаться за закрытой дверью и т.д. Реже можно наблюдать навязчивые действия, невротические тики.

Критическим периодом, когда психастенический характер развертывается почти во всей полноте, являются первые классы

школы. В эти годы безмятежное детство сменяется первыми за-

ботами-первыми требованиями к чувству ответственности. Подобные требования представляют один из самых чувствительных ударов для психастенического характера. В минувшее время, возможно, важнейшим фактором, способствующим становлению психастении, было воспитание в условиях "повышенной ответственности", когда в силу трудных условий жизни родители возлагали недетские заботы по надзору и уходу за малышами или беспомощными членами семьи, когда в тяжелых материальных и бытовых условиях подростку и даже еще ребенку приходилось оказываться в положении старшего среди братьев и сестер [Сухарева Г, Е., 1959].

В нашу эпоху материального благополучия пришлось столкнуться с иной формой воспитания в условиях "повышенной ответственности". Родители лелеют слишком большие надежды на успехи своего чада, требуя только отличной учебы или заметных достижений в какой-либо престижной для них области занятиях музыкой или языками или отдавая дань какой-либо очередной моде вроде фигурного катания на коньках. Склонный к психастении ребенок не остается безучастным к родительским надеждам, чутко воспринимает эти высокие экспектации и страшится их не оправдать, дабы не потерять всей полноты родительского внимания и любви.

По сравнению с другими типами психопатий в пубертатном периоде резких обострений психастении обычно не бывает. Однообразно регламентированная школьная жизнь, отсутствие необходимости самостоятельно принимать важные решения, ставшие уже привычными и легко выполнимыми нагрузки на чувство ответственности (выучить уроки, выполнить данные поручения и т. п.) благоприятствуют удовлетворительной адаптации даже при выраженных психастенических чертах. Декомпенсации могут выступать опять же в моменты особенно высоких требований к чувству ответственности, например во время экзаменов. Известно, что наибольшего расцвета психастения достигает в возрасте 20-40 лет, с началом инволюции ее проявления опять слабеют.

Главными чертами психастенического типа характера к подростковом возрасте являются нерешительность и склонность к рассуждательству, тревожная мнительность и любовь к самоанализу и, наконец, легкость возникновения obsessions - навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений.

Тревожная мнительность психастенического подростка отличается от сходной черты астено-невротического и сенситивного типов. Если астено-невротическому типу присущим бывает опасение за свое здоровье (ипохондрическая направленность мнительности и тревоги), а сенситивному типу свойственно беспокойство по поводу отношения окружающих, возможных насмешек, пересудов, неблагоприятного мнения о себе (релятивная направленность мнительности и тревоги), то страхи и опасения психастеника целиком адресуются к возможному, хотя и маловероятному в его будущем (футуристическая направленность мнительности и тревоги) как бы чего не случилось ужасного и неоправданного, как бы не произошло какого-либо непредвиденного несчастья с ними самими, а еще страшнее - с теми близкими, к которым они обнаруживают страстную порою патологическую привязанность. Опасности реальные и невзгоды уже случившиеся пугают куда меньше. У подростков особенно ярко выступает тревога за мать - как бы она не заболела и не умерла, хотя ее здоровье не внушает никому опасений, как бы не погибла под транспортом, не попала в катастрофу. Если мать опаздывает с работы, где-то без предупреждения задержалась, такой подросток не находит себе места.

Психологической защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально придуманные приметы и ритуалы. Если, например, шагая в школу, обходить все люки, не наступая на их крышки, то «не провалишься», отвечая уроки, на экзаменах и т. п.; если не дотрагиваться до ручек дверей, то не заразишься и не заболеешь; если при всякой вспышке страха за мать произносить про себя самим выдуманное заклинание, то с нею ничего плохого не случится.

Другой формой защиты бывают особо выработанный формализм и педантизм. Осознанно или подсознательно, не отдавая себе отчета, психастенический подросток исходит здесь из постулата, что если вес заранее предусмотреть и действовать в точном соответствии с намеченным планом, то ничего неожиданного и плохого случиться не должно. Педантизм психастеника отличается от такового при эпилептоидном типе. За педантизмом эпилептоида всегда стоят себялюбие, забота о собственных интересах и благополучии, понуждение окружающих к соблюдению в

мелочах выгодного для него порядка. Педантизм психастеника надуман и формалистичен, никаких "земных" выгод ему сулит.

Нерешительность в действиях и рассуждательство у психастенического подростка идут рука об руку. Такие подростки бывают сильны на словах, но не в поступках. Всякий самостоятельный выбор, как бы малозначим он ни был (например, какой фильм пойти посмотреть в воскресенье), может стать предметом долгих и мучительных колебаний. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено. Ждать психастеники не умеют, проявляя здесь удивительное нетерпение.

У психастенических подростков приходится видеть реакцию гиперкомпенсации в отношении своей нерешительности и склонности к сомнениям и колебаниям. Эта реакция проявляется у них неожиданными самоуверенными и безапелляционными суждениями, утрированной решительностью и скоропалительностью действий в моменты и в обстоятельствах, когда требуются именно неторопливая осмотрительность и осторожность. Постигающие вследствие этого неудачи еще более усиливают нерешительность и сомнения.

Склонность к самоанализу более всего распространяется на размышления по поводу мотивов своих поступков и действий, проявляется в компании в своих переживаниях и ощущениях.

Физическое развитие психастеников обычно оставляет желать лучшего. Спорт и все ручные навыки даются им плохо. Обычно у психастенических подростков особенно слабы и неловки руки при более сильных ногах. Поэтому в спортивных занятиях им легче даются бег, прыжки, ходьба на лыжах, езда на велосипеде. Элементарные ручные навыки (даже ровно вбить гвоздь или очинить карандаш) иногда бывают камнем преткновения.

Подростковые поведенческие реакции при психастеническом типе характера бывают выражены слабо и своеобразно. Вместо реакции эмансипации нередко приходится видеть патологическую привязанность к кому-либо из членов семьи - у мальчиков чаще к матери. Возможно, эта привязанность питается нерешительностью и тоже служит психологической защитой. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах - места в подростковой группе им обычно не находится, если только не посчастливится попасть в компанию юных интеллектуалов. Увлечения, как правило, относятся к области интеллектуально-эстетических хоб

би. Даже собирание коллекции у подростков этого типа более питается этими потребностями, чем страстью накопительства ("Я собираю марки разных стран, чтобы изучить географию", - заявил 12-летний мальчик с психастеническим типом характера).

Сексуальное развитие обычно опережает общее физическое. Нередко наблюдается интенсивный онанизм, который становится источником самоугрызений и символических запретов. Может обнаружиться также склонность к транзиторному подростковому гомосексуализму.

Все описанные формы нарушений поведения (подростковая делинквентность, ранняя алкоголизация и т. д.) психастеникам несвойственны. Даже суицидального поведения в трудных ситуациях нам встречать не приходилось. Место этих нарушений, видимо, полностью вытесняют навязчивости, мудрствование и самокопание.

Самооценка, несмотря, казалось бы, на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной. Часто выступает тенденция находить у себя самые разнообразные черты характера, включая диаметрально противоположные (например, астероидные).

Ю р и й Ч. , 15 лет. Из хорошей, дружной семьи. Мать склонна к чрезмерной опеке сына. С детства отличался пугливостью. В возрасте полутора лет, после того, как испугался включенного пылесоса, появилось заикание. Посещал специализированный детский сад для детей с нарушениями речи – к 6 годам заикание полностью исчезло. Был застенчив, играть любил с девочками. В 7 лет – легкая черепно-мозговая травма без последствий. В школе учился хорошо, старательно, но был робок, нерешителен. Постоянно тревожился за мать, отца, старшую сестру как бы с ними чего-нибудь не случилось плохого. Если мать опаздывала с работы – бежал из дому ее встречать.

С 12 лет появилась первые навязчивости. После того как тайком от старших прочитал брошюру о венерических болезнях, стал бояться заразиться ими – начал часто мыть руки. С того же возраста – онанизм. Сперва подолгу мыл руки после мастурбации, затем – всякий раз, когда появлялись "плохие мысли" или чтобы "избавиться от неприятностей". С 14 лет перед окончанием восьмилетней школы появилась масса других навязчивостей, Перед уходом в школу выполнял ряд ритуалов – чтобы не получи

неудовлетворительной отметки, чтобы не случилось ничего плохого. Одевался в строго определенной последовательности, несколько раз дотрагивался до выключателя, шел в школу по строго определенному маршруту, Считал "счастливой" цифру три - символ удовлетворительной отметки, а также символ троих самых дорогих ему людей - матери, отца и старшей сестры. Появилась страсть к самоанализу - подолгу раздумывал о мотивах своих поступков, желаний и т. п. За онанизм подвергал себя "наказаниям" – не смотрел интересующую его передачу по телевизору. Тяготился придуманными им ритуалами, но избавиться от них не мог – их исполнение, по его словам, давало "разрядку внутреннего напряжения". Никогда не выполнял ритуалов при посторонних или старался замаскировать их под необходимые или случайные действия. Например, будучи госпитализирован в соматическую больницу, вместо того, чтобы часто мыть руки только дотрагивался до мыла или водопроводного крана.

Учился хорошо. Общался с товарищами, о близкого друга найти не мог. Был влюблен в одноклассницу, но старался никак не показывать свои чувства. Иногда даже нарочито пренебрегал общением с нею. Увлекался чтением классической литературы, любил слушать классическую музыку.

В 15 лет сам попросил мать отвести его к психиатру чтобы избавиться от мучивших его навязчивости и от онанизма. После рациональной психотерапии и лечения меллерилом навязчивости значительно ослабли – по словам больного, «их стало легко маскировать от посторонних».

При неврологическом, соматическом и электроэнцефалографическом обследовании – без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный – психастенический и сенситивный – тип. Признаков, указывающих на возможность психопатии, не отмечено. Конформность умеренная, реакция эмансипации слабая. Имеется высокая откровенность в выборе ответов, что свойственно психастеническому типу. Склонности к делинквентности не обнаружено. Отмечено выраженное отрицательное отношение к алкоголизации. По шкале субъективной оценки - самооценка недостаточная, черт никакого типа не выделилось. Однако достоверно отвергает черты типов меланхолического (что

часто встречается у здоровых подростков), неустойчивого (что наиболее присуще психастеническим подросткам) и гипертимного (склонность к субдепрессивным состояниям).

Диагноз Обсессивно-фобический невроз на фоне психастенической акцентуации характера.

Катамнез через 2 года. Успешно окончил 10 классов школы, хотел поступать в ВУЗ. Однако перед конкурсными экзаменами навязчивости усилились настолько, что мешали к ним готовиться. Часами выполнял различные ритуалы. После психотерапии лечения элениумом принял решение отказаться от попытки поступления – навязчивости почти прекратились. Поступил на работу и на подготовительное отделение в институт.

При психастенической психопатии в отличие от акцентуации того же типа имеются постоянные, хотя и колеблющиеся по интенсивности, обсессии и фобии. Навязчивости и чрезвычайная нерешительность нарушают трудоспособность, крайне затрудняют общение и семейную адаптацию. Утрированными оказываются и гиперкомпенсаторные механизмы – нетерпеливость при уже принятом решении, неожиданная и ненужная безапелляционность, доходящий до карикатуры педантизм.

В тяжелых случаях нередко возникает необходимость дифференцировать эту психопатию с обсессивно-фобическим синдромом при неврозоподобной вялотекущей шизофрении (см. гл. VII)

Психастеническая психопатия является чаще всего конституциональной аномалией характера. Возможно, однако, и психопатическое развитие на основе акцентуации того же типа при неправильном воспитании (условия повышенной моральной ответственности, доминирующая гиперпротекция).

Первая из них сказывается еще у подростка, а при доминирующей гиперпротекции несостоятельность чаще проявляется при вступлении в самостоятельную жизнь.

ШИЗОИДНЫЙ ТИП

Название "шизоид" распространилось благодаря Е. Kreschmer (1921). Иные наименования этого типа характера, "странные и чудачки" [Краепелин Е., 1915], "патологически замкнутые", "аути-

стические психопаты" [Aesperger Н., 1944] и др. - употребляются значительно реже.

Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Сочетание противоречивых черт в личности и поведении - холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, необщительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений - все это заставило говорить об отсутствии "внутреннего единства". Н. Аesperger (1944) обратил внимание на недостаток интуиции как на главную черту этого типа характера. Под интуицией здесь следует понимать прежде всего пользование неосознанным прошлым опытом.

Шизоидные черты выявляются в более раннем возрасте, чем особенности характера всех других типов. Неслучайно шизоидный тип характера подробно описан в трудах и руководствах по детской психиатрии.

С первых детских лет поражает ребенок, который любит играть один, не тянется к сверстникам, избегает шумных забав, предпочитает держаться среди взрослых, иногда подолгу молчит слушая их беседы. К этому может добавляться какая-то недетская сдержанность в проявлении чувств, которая воспринимается как холодность.

Подростковый возраст является самым тяжелым для шизоидной психопатии. Нам представляется ошибочным суждение о благополучии подросткового периода у шизоидов, построенное на анамнезах, собранных у взрослых и даже у пожилых лиц, страдающих шизоидной психопатией (Мазаели Н. Д., 1974). Надо иметь в виду малую точность анамнеза как метода оценки собственного поведения, невольного стремления приукрашивать свои юные годы у немолодых людей. Динамические наблюдения показывают, что с началом пубертатного периода шизоидные черты усиливаются (Наталевич Э. С., Мальцева М. М., 1979).

С наступлением полового созревания все черты характера вы-

ступают с особой яркостью. Замкнутость, отгороженность от сверстников бросаются в глаза. Иногда духовное одиночество даже не тяготит шизоидного подростка, который живет в своем мире, своими необычными для других интересами и увлечениями, относясь со снисходительным пренебрежением или явной неприязнью ко всему, что наполняет жизнь других подростков. Но чаще все же шизоидные подростки сами страдают от своего одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друга по душе.

Неудачные попытки навязать приятельские отношения, мимозоподобная чувствительность в моменты их поиска, быстрая истощаемость в контакте («не знаю, о чем говорить») нередко побуждают таких подростков к еще большему уходу в себя.

Недостаток интуиции проявляется отсутствием "непосредственного чутья действительности" (Ганнушкнн П. Б., 19331), неимением проникнуть в чужие переживания, угадать желания других, почувствовать неприязненное отношение к себе или, наоборот, симпатию и расположение, уловить момент, когда не надо навязывать свое присутствие и когда, наоборот, надо выслушать, посочувствовать, не оставлять собеседника с самим собой. Один из шизоидных подростков сказал об этом: "Я никогда не знаю, любят меня или ненавидят, если об этом мне прямо не скажут!"

К недостатку интуиции следует добавить тесно с ним связанную неспособность к сопереживанию – неумение разделить радость и печаль другого, понять обиду, почувствовать чужое волнение и беспокойство. Иногда эту особенность обозначают как слабость эмоционального резонанса,

Недостаток интуиции и неспособность сопереживания обусловливают, вероятно, то, что называют холодностью шизоидов. Их поступки могут казаться жестокими, но они связаны с неумением "вчувствоваться" в страдания других, а не с желанием получить, садистическое наслаждение, как у эпилептоидов.

Ко всем этим недостаткам можно добавить, еще неумение убеждать своими словами других.

Внутренний мир шизоида почти всегда закрыт от посторонних взоров. Лишь иногда и перед немногими и избранными занавес внезапно приподнимается, но никогда не до конца, и столь же внезапно может вновь упасть. Шизоид скорее раскрывается перед людьми малознакомыми, даже случайными, но чем-то импони-

рующими его прихотливому выбору. Но он может навсегда оставаться скрытой, непонятной вещью в себе для близких или тех, кто знает его много лет. Богатство внутреннего мира свойственно далеко не всем шизоидным подросткам и, конечно, связано с определенным интеллектом или талантом. Поэтому далеко не каждый из шизоидов может послужить иллюстрацией слов Е.Кretschmer(1921) о подобии их лишенным украшений римским виллам, ставни которых скрыты от яркого солнца, но в сумерках которых справляются роскошные пиры". Однако во всех случаях внутренний мир шизоидов бывает заполнен увлечениями и фантазиями.

Фантазируют шизоидные подростки про себя и для самих себя. Они вовсе не любят распространяться о своих грезах и мечтаниях перед окружающими. Они не склонны также перемешивать обыденную жизнь с красотами своих выдумок. Шизоидные фантазии либо служат утешению своей гордости и, либо носят эротический характер. Они явно могут играть роль психологической защиты в трудных для шизоида ситуациях его склонность к фантазированию усиливается.

Недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают непонятными и неожиданными для окружающих многие поступки шизоидных подростков, ибо все, что им предшествовало, - весь ход переживания и мотивов - оставалось скрытым. Некоторые выходки действительно носят печать чудачества, но, в отличие истероидов, они вовсе не представляют собой спектакля, разыгрываемого с целью привлечь к себе всеобщее внимание.

ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ТИП

Еще в 1910 г. Ремер (цит. по М. С. Певзнер, 1941) выделил группу психопатов, отличавшихся возбудимостью, гневливостью, склонностью к запоям и сексуальной распущенностью. Однако описание этого типа характера связывается с именем F. Min-kowska (1923), чье название "эпилептоидный" было дано на основании сходства с изменениями личности, которые наступают у некоторых больных эпилепсией. Другие обозначения этого типа оказались менее удачными. Термин "эксплозивный" [Schneider K., 1923] отражает только одну из черт этого характера - взрывчатость, которая встречается и при других типах (варианты гипертимного, лабильного и др.). Широко распространившийся в последние годы в нашей стране термин "возбудимые психопаты", заимствованный у Е. Краепелин (1915), объединяет несколько психопатических типов. "Импульсивная" психопатия понимается то, как синоним эпилептоидной то как особый тип, то как сборная синдромологическая группа.

Сходство эпилептоидной психопатии с изменениями личности, встречающимися при эпилепсии, видимо, не случайно. При эпилептоидном типе психопатии нередко можно отметить пренатальные, натальные и ранние постнатальные вредности, оставившие след в виде неврологической "микросимптоматики". Возможно, многие особенности эпилептоидного характера являются компенсаторными при неглубоком органическом поражении мозга. Однако подобная форма компенсации при этих поражениях встречается далеко не всегда и, возможно, сама по себе является эндогенно обусловленной. В раннем детстве (до 3-4 лет) у больных эпилепсией подобных изменений характера не бывает - лишь с 5-6 лет могут появиться первые эпилептоидные черты [Абрамович Г. Б., 1965].

Органические психопатии (см. гл. VI), в частности их эпилептоидный вариант, с картиной конституциональной эпилептоидной психопатии имеют как сходства, так и отличия, поэтому правомерным представляется их разделение [Певзнер М. Г., 1941].

Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность

к дисфории и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда достигающая аномалии влечений а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике – от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей

Дисфории, длящиеся часами и днями, отличает злобно-тоскливая окраска настроения накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло. Все же. чем спокойнее обстановка вокруг тем легче протекают дисфории и в одиночестве скорее достигается успокоение.

Аффективные разряды эпилептоида лишь на первый взгляд кажутся внезапными. Их можно сравнить со взрывом парового котла, который прежде долго и постепенно закипает. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты отличаются не только большой силой, но и продолжительностью - эпилептоид долго не может остыть Этим эпилептоидная эксплозивность отличается от легко возникающих и быстро истощающихся аффектов при органической психопатии, от капризной изменчивости аффектов лабильного типа и от вспыльчивости гипертимов, которые легко вспыхивают, но столь же легко остывают, когда повод устранен или просто внимание переключено на что-либо другое.

Картина эпилептоидной психопатии в части случаев выявляется еще в детстве. По данным Л. И. Спивака (1962), именно в этих случаях с годами психопатия достигает тяжелой степени. С первых лет такие дети могут подолгу, многими часами плакать, и их невозможно бывает ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить. В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением нарочито изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистские склонности – такие дети любят мучить животных, исподтишка дразнить и бить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор. В детской компании они претендуют не просто на лидерство, а на роль властелина, устанавливающего свои правила игр и взаимоотношений, диктующего всем и все, но всегда выгодно для себя. Можно видеть также недетскую бережливость одежды, игрушек, всего «своего». Любые попытки покуситься на их детскую собствен-

ность вызывают крайне злобную реакцию.

В первые школьные годы выступает мелочная скрупулезность в ведении тетрадей всего ученического хозяйства, но эта повышенная аккуратность превращается в самоцель и может полностью заслонить суть дела, саму учебу. Пишут они очень чисто, нередко бисерным почерком.

В подавляющем большинстве случаев картина эпилептоидной психопатии разворачивается лишь в период полового созревания - от 12 до 19 лет (Спивак Л. 1-1 . 19621). По нашим наблюдениям, в этом возрасте на первый план выступают дисфории. Подростки сами нередко начинают отмечать их спонтанность ("на меня находит"), а проявляться они могут не только злобой, раздражительностью и тоской, но и апатией, бездельем, бесцельным сидением с угрюмо-хмурым видом. Такие состояния развиваются постепенно и так же медленно ослабевают.

Аффективные разряды могут быть следствием дисфории подростки в таких состояниях могут сами искать повод для скандала. Но аффект может быть вызван и теми конфликтами, которые легко возникают у эпилептоидных подростков вследствие их властности, неуступчивости, жестокости и себялюбия. Повод для гнева может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением интересов. В аффекте выступает безудержная ярость - циничная брань, жестокие побои, безразличие к слабости и беспомощности противника и, наоборот, неспособность учесть, ею превосходящую силу. Эпилептоидный подросток в ярости способен наотмашь, по лицу ударить престарелую бабуку, столкнуть (с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься на заведомо более сильного противника. В драке обнаруживается стремление бить противника по животу и по гениталиям. Вегетативный аккомпанемент аффекта также ярко выражен - в гневе лицо наливается кровью, выступает пот и т. п.

Инстинктивная жизнь в подростковом возрасте, оказывается особенно напряженной. Сексуальное влечение пробуждается с большой силой. Однако свойственная эпилептоидам повышенная забота о своем здоровье, «страх заразы» до поры до времени сдерживают случайные связи, заставляя отдавать предпочтение более или менее постоянным партнерам, Любовь у представите-

лей, этого типа почти всегда бывает окрашена мрачными тонами ревности. Измен, как действительных, так и мнимых, они никогда не прощают. Невинный флирт трактуется как тяжкое предательство. Ревность нередко заостряется в периоды дисфории – тогда безо всяких оснований они терзают ревностью объект влюбленности или сексуального партнера. При ревнивом отношении к другим сами эпилептоидные подростки склонны к измене. Не раз приходилось сталкиваться с однотипной ситуацией: юноша с эпилептоидным типом характера, влюбленный и одну девушку, ограничивается с нею платоническими отношениями, бержет ее до брака ревниво следя за ее поведением и подвергая всевозможным испытаниям, и в то же время сам тайно сожительствует с другой, которую ни во что не ставит, всячески унижает и тем не менее ей же устраивает сцены ревности.

Эпилептоидные подростки склонны к сексуальным эксцессам, а их половое влечение сопряжено с садистскими, а иногда и с мазохистическими стремлениями.

ИСТЕРОИДНЫЙ ТИП

Данный тип описан во многих монографиях и руководствах и включен в самые разнообразные систематики психопатий. Его главная черта-беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. На худой конец предпочитается даже негодование или ненависть окружающих в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие – только не перспектива остаться незамеченным ("жаждущие повышенной оценки" по К. Schneider, 1923). Все остальные качества истероида питаются этой чертой. Внушаемость, которую нередко выдвигают на первый план, отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или самовнушение не "льют воду на мельницу эгоцентризма". Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашение своей персоны. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театрально-

сти, склонности к рисовке и позерству.

Истероидные черты нередко проявляются с ранних лет. Такие деги не выносят, когда при них хвалят других, когда другим уделяют больше внимания. Игрушки им быстро надоедают. Желание привлекать к себе взоры, слушать восторги и похвалы становится насущной потребностью. Они охотно перед зрителями читают стихи, танцуют, поют, и многие из них действительно обнаруживают неплохие артистические способности. Успехи в учебе в первых классах во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим.

С наступлением пубертатного периода обычно наблюдается заострение истероидных черт. Как известно, в последние десятилетия картина истерии у взрослых существенно изменилась. Почти исчезли истерические припадки, параличи и т.п. На смену им пришли менее грубые неврастеноподобные симптомы [Карвасарский Б. Д., Тупицын Ю. Я., 1974, Карвасарский Б. Д. 1980). Это всецело относится также к подростковому возрасту. Однако в этот период истерические черты характера проявляются прежде всего в особенностях поведения, в подростковых поведенческих реакциях. К тому же акселерация физического развития существенно изменила прежнее представление об инфантильной грацильности, хрупкости, детскости истероидных подростков. Лишь при одном из описанных нами вариантов ("лабильные истероиды") нередко приходится встречать грацильную внешность. В прочих случаях от нее может не оставаться и следа.

Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков которые служат причиной обращения к психиатру, на первое место следует поставить суицидальные демонстрации - они послужили причиной направления в подростковую психиатрическую клинику в 80% случаев истероидных психопатий и акцентуаций характера. Первые суицидальные демонстрации по нашим наблюдениям, у акселерированных подростков чаще падают на возраст 15-16 лет. Способы "суицида при этом избираются лишь безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки) либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими (приготовление к повешению. изображение попытки выпрыгнуть из окна или броситься под трамвай на глазах у присутствующих т. п.). Обильная суици-

дальная «сигналиация» нередко предшествует демонстрации или сопровождает ее: пишутся прощальные записки, делаются тайные признания припрятателям, записываются «последние слова» и пр.

В качестве причины, толкнувшей истероидного подростка на "суицид", им самим чаще всего называется неудачная любовь. Однако обычно удается выяснить, что это – только лишь романтическая завеса или просто выдумка, направленная на то чтобы "облагородить" свою личность, создать вокруг себя исключительности. Действительной причиной обычно служат уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно отвергнутая любовь, разрыв, а особенно появление соперника или соперницы наносит чувствительный удар по эгоцентризму истероидного подростка, если к тому же все события разворачиваются на глазах приятелей и подруг

Другой причиной суицидальной демонстрации может служить необходимость выпутаться из опасной ситуации, избежать серьезных наказаний, вызвав сочувствие, жалость, сострадание.

Сама же суицидальная демонстрация с переживаниями окружающих, суетой, скорой помощью, любопытством случайных свидетелей дает немалое удовлетворение истероидному эгоцентризму

В поисках действительных причин суицидальной демонстрации важно заметить, где она совершается, кому адресуется, кого она должна разжалобить, чье утраченное внимание вернуть, кого заставить пойти на уступки или очернить в глазах окружающих. Если, например, причиной объявляется разлад с возлюбленной, а демонстрация совершается так, что та не только увидит, но и узнать о ней не может, но зато ее первым свидетелем становится мать, можно не сомневаться, что именно в отношениях с матерью кроется конфликт. Если в качестве причины приводится отвергнутая любовь девушки, которая живет в другом городе и здесь ее никто не знает, а демонстрация (попытка броситься с набережной в канал на глазах у прохожих) совершается перед дверьми своего учебного заведения, весьма престижного, то вскоре выясняется неминуемо грозящее исключение- за неуспеваемость. Родители,

правда, нередко играют у истероидных подростков роль "козла отпущения" за те "разочарования", которые их постигают в среде сверстников. В случаях истероидных психопатий суицидальные демонстрации могут осуществляться повторно, особенно если предыдущие имели успех, могут превращаться в своего рода поведенческий штамп, к которому прибегают при разного рода конфликтах [Александров Л. А . 1973]. К суицидальным демонстрациям примыкает бравада "игрой со смертью" с претензией заполнить репутацию исключительной личности.

Кроме суицидальных демонстраций, при истероидном типе психопатий и акцентуаций приходится также встречать острые аффективные суицидные реакции, более чистые у лабильных истероидов. Подобные аффективные реакции также чаще всего бывают вызваны ударами по самолюбию, унижением в глазах окружающих, утратой надежд на особую роль, перспективы возвыситься в чьих-то глазах. Аффективные суицидные попытки обычно бывают насыщены элементами демонстративности, нацелены на то, чтобы привлечь всеобщее внимание. Однако они не являются только спектаклем – на фоне сильного аффекта на какой-то момент может промелькнуть, истинная суицидная цель или желание вручить свою судьбу делу случая будь что будет). На фоне аффекта даже при отсутствии истинного намерения умереть грань безопасного в действиях легко может быть перейдена, и демонстративное по замыслу действие может закончиться завершённым суицидом - такая сила аффекта особенно присуща смешанному истеро-эпилептоидному типу.

НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП

Е. Краепелин (1915) назвал представителей этого типа "haltlos" т. е., безудержные, неустойчивые. К. Schneider (1923) более подчеркнул у них недостаток воли ("безвольные"). При сходстве названии "лабильный" (labile) и "неустойчивый" (instable) следует указать на то, что первое относится к эмоциональной сфере, а второе - к поведению. Именно в формировании социально приемлемых норм поведения выявляется наибольшая недостаточность данного типа. Их безволие отчетливо проявляется, когда дело касается учебы, труда, исполнения обязанностей и долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество. Однако в поиске развлечений представители этого типа также не обнаруживают большой напористости, а скорее плывут по течению, примыкают к более активным подросткам.

В детстве они отличаются непослушанием, часто непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваиваются ими с трудом. За ними все время приходится следить. У части из них встречаются такие симптомы невропатии, как заикание, ночной энурез и т. п.

С первых классов школы нет желания учиться. Только при непрерывном и строгом контроле, нехотя подчиняясь, они выполняют задания, но всегда ищут случай отлынивать от занятий.

Вместе с тем рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью. Они убегают с уроков в кино или просто погулять по улице, днями, ничего не делая, торчат в местах, где обычно собираются подростки. Подстрекаемые более энергичными сверстниками, могут сбежать из дому.

Все дурное словно липнет к ним. Склонность к имитации у неустойчивых подростков отличается избирательностью. Образцами для подражания служат лишь те модели поведения, которые сулят немедленные наслаждения, смену легких впечатлений, развлечения. Еще детьми они начинают курить. Легко идут на мелкие кражи, тянутся к уличным компаниям. Когда же они становятся подростками, то прежние развлечения вроде кино их уже не

удовлетворяют. В ход идут более сильные и острые ощущения-хулиганские поступки, алкоголь и другие дурманные средства

Еще Е.Краепелін (1915) упоминал о нецелестремленной криминальности неустойчивых Делинквентность этих подростков – это прежде всего желание поразвлечься, особенно в компаниях.

Выпивки начинаются рано – иногда с 12–14 лет и всегда в компаниях асоциальных подростков. Поиск необычных впечатлений легко толкает на знакомство с другими дурманными средствами. О возникающих при их действии необычных ощущениях и иллюзорных переживаниях делятся с приятелями с тем же упоением, как в детстве рассказывали о детективных фильмах.

С наступлением пубертатного периода такие подростки стремятся высвободиться из-под родительской опеки. Реакция - эмансипации у неустойчивых тесно сопряжена все с теми же желаниями удовольствия и развлечения. Истинной любви к родителям они никогда не питают. К бедам и заботам семьи относятся с равнодушием и безразличием. Родные для них - лишь источник средств для наслаждений.

Неспособные сами занять себя, они очень плохо переносят одиночество и рано тянутся к уличным подростковым группам. Трусость и недостаточная инициативность не позволяют им занять здесь положение лидера. Обычно они становятся послушным орудием этих групп. В групповых правонарушениях им приходится "таскать каштаны из огня", а плоды пожинают лидер и более стеничные члены группы.

Их увлечения целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби да азартными играми. К спорту они испытывают отвращение. Только автомашина и мотоцикл сохраняют для них заманчивость. Как источник почти гедонического наслаждения бешеной скоростью с рулем в руках. Но упорные занятия и здесь отталкивают их. Зато угон автомашин и мотоциклов с целью покататься составляет существенную часть их делинквентности. Художественная самодеятельность их не привлекает, даже модные эстрадные ансамбли им быстро "приедаются". Все виды хобби, требующие хоть какого-то труда, для них непостижимы.

Сексуальное влечение не отличается силой. Среди неустойчи-

вых нередко случаи психофизического инфантилизма и задержанного сексуального созревания [Лебединская К. С. и др., 1978]. Однако раннее вовлечение в асоциальные группы ведет к сексуальному опыту, включая знакомство с развратом и извращениями. Сексуальная жизнь становится для неустойчивых подростков таким же источником развлечения, как постоянные выпивки и похождения.

Романтическая влюбленность проходит мимо них, для них просто непостижимо, как можно в кого-то влюбиться, на искреннюю любовь они неспособны, как и на преданную дружбу. Компания для развлечений для них всегда предпочтительнее настоящего друга.

Учеба легко забрасывается. Никакой труд не становится привлекательным. Работают они только при крайней необходимости. Поражает их равнодушие к своему будущему, они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или о каком-либо положении для себя. Они целиком живут настоящим, желая извлечь из него максимум развлечений и удовольствий. Трудности, испытания, любые неприятности, угроза наказаний - все это вызывает одинаковую реакцию - убежать подальше.

Побеги из дому и интернатов - нередкий поступок неустойчивых подростков. Во время побегов они ищут асоциальные компании, подходящего спутника, под влияние которого легко поддаются. Первые побеги служат примитивным способом избежать неприятностей или по крайней мере отсрочить наказание (импульсивные побеги). Повторные побеги нередко обусловлены уже поиском развлечений, желанием избавиться от всякого труда, тягой к "свободной жизни"¹ (эмансипационные побеги).

Суицидальная активность, по нашим наблюдениям, неустойчивым подросткам несвойственна. Лишь среди конформно-неустойчивых встречаются аффективные суицидные попытки.

Существует ряд различных точек зрения на сущность неустойчивого типа - неустойчивость эмоций, слабость воли, нарушение влечений, патологическая подвижность нервных процессов, невозможность выработать стойкий жизненный стереотип (обзор был дан А. И. Коротенко, 1971). Слабоволие является, видимо, одной из основных черт неустойчивых. Именно слабоволие позволяет удерживать их в обстановке сурового и жестко регламенти-

рованного режима. Когда за ними непрерывно следят, не позволяют уклоняться от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда и убежать невозможно, да и вокруг все работают, они на время смиряются. Но как только контроль ослабевает, они немедленно устремляются в ближайшую "подходящую" компанию.

Слабое место неустойчивых - безнадзорность, обстановка попустительства открывающая просторы для праздности и безделья.

Самооценка неустойчивых подростков нередко отличается тем, что они приписывают либо конформные, либо гипертимные черты.

Среди госпитализированных в психиатрическую клинику подростков мужского пола тип неустойчивых в равной степени был представлен как психопатиями, так и акцентуациями характера (см табл. 3).

Как правдо, в случаях психопатия нарушение поведения начинаются с детства.

КОНФОРМНЫЙ ТИП

Психопатий такого типа не существует. Этот тип встречается только в форме акцентуации характера и поэтому, видимо, в клинические систематики не включался.

Еще в конце прошлого столетия Т. Ribot (1890) описал как распространенный вариант нормы "аморфный тип" характера, лишенный каких-либо индивидуальных черт: эти люди "плывут по течению", слепо подчиняются своей среде. За них думает и действует общество, совершенствование у них ограничивается подражанием. П. Б. Ганушкин (1933) метко обрисовал черты этого типа-постоянную готовность, подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к ходячей морали, благонаравию, консерватизму. Однако он неудачно связал этот тип с низким интеллектом. В действительности дело не в интеллектуальном уровне. Подобные субъекты могут хорошо учиться, полу-

чить высшее образование и при определенных условиях успешно работать.

Главная черта этого типа-постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному и привычному окружению-наиболее выступила в описаниях американских социальных психологов D. Kreech и R. Grutchfield (1962). Ими также были отмечены свойственные таким личностям недоверие и настороженное отношение к незнакомцам. Как известно, в социальной психологии под конформностью принято понимать подчинение индивидуума мнению группы в противоположность независимости и самостоятельности. В разных условиях каждый субъект обнаруживает ту или иную степень конформности. Однако при конформной акцентуации характера это свойство постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой.

Представители конформного типа – это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило – жить "как все", думать, поступать "как все", стараться, чтобы все у них было "как у всех" – от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждения по животрепещущим вопросам. Но под "всеми" всегда подразумевается привычное непосредственное окружение. От него они не хотят ни в чем отстать, но и не любят выделяться. Это касается всего в жизни, но особенно отчетливо выступает на примере отношения к модам одежды. Когда появляется какая-нибудь новая непривычная одежда, нет более ярких ее хулителей, чем представители конформного типа. Но как только их среда осваивает эту моду, скажем брюки или юбки соответствующей длины и ширины, так они сами облачаются в такую же одежду, забывая о том. Что говорили о ней два-три года назад. В жизни они любят руководствоваться ходячими сентенциями и в трудных ситуациях склонны в них искать утешение ("утраченного – не воротишь" и т. п.). Стремясь всегда быть в соответствии со своим окружением, они совершенно не могут ему противостоять. Поэтому конформная личность – полностью продукт своей микросреды. В хорошем окружении – это неплохие люди и исполнительные работники. Но, попав в дурную среду, они постепенно усваивают все ее обычаи и привычки, манеры и поведение, как бы это ни противоречило всему предыдущему в их жизни и как бы пагубно ни было.

Хотя адаптация в новой среде у них в первое время протекает тяжело, но когда она осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, как раньше была прежняя. Поэтому конформные подростки "за компанию" легко спиваются, могут свыкнуться с асоциальными компаниями и быть втянутыми в групповые правонарушения.

Конформность сочетается с поразительной некритичностью. Все, что говорится в привычном для них окружении, все, что они узнают через привычный для них канал информации, — это для них и есть истина. И если через этот же канал начинают поступать сведения, явно не соответствующие действительности, они по-прежнему долго принимают их за чистую монету.

Ко всему этому конформные субъекты — консерваторы по натуре. Они в душе не любят новое, не любят перемен, потому что они не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в новой ситуации. Правда, в наших условиях они открыто в этом не признаются — видимо, потому, что в небольших коллективах в подавляющем большинстве чувство нового официально и неофициально ценится, новаторы поощряются и т. п. Но положительное отношение к новому и здесь у них остается только на словах. На деле они предпочитают стабильное окружение и раз и навсегда установленный порядок. Нелюбовь к новому прорывается наружу беспричинной неприязнью к чужакам. Это касается как просто новичка, который появился в их группе, так и представителя другой среды, другой манеры держать себя и даже, как нередко приходится наблюдать, другой национальности.

И еще от одного качества зависят их профессиональный уровень и успех в работе. Они — неинициативны. Они могут достигать хороших результатов на работе разной квалификации, на любой ступеньке социальной лестницы, лишь бы работа, занимаемая должность не требовали постоянной личной инициативы. Если именно это от них требует ситуация, они дают срыв на любой, самой незначительной должности, выдерживая гораздо более высококвалифицированную и даже требующую постоянного напряжения работу, если она четко регламентирована, если заранее известно, что и как надо делать в каждой ситуации.

Опекаемое взрослыми детство не дает никаких чрезмерных

нагрузок для конформного типа. Возможно, поэтому только с подросткового возраста черты конформной акцентуации начинают бросаться в глаза. Все подростковые поведенческие реакции у таких подростков проходят под знаком конформности.

Конформные подростки очень дорожат своим местом в привычной группе сверстников, стабильностью этой группы, постоянством окружения. Они не склонны менять по своей инициативе одну группу на другую. Переезд на другое место жительства, смена школы – для них поначалу большая встряска. Нередко решающим фактором в выборе учебного заведения после 8-го класса является то, куда идет большинство товарищей; невозможность следовать за "всеми" воспринимается как психическая травма. Но одна из самых тяжелых психических травм, которая, по-видимому, для них существует, – это когда, привычная подростковая группа почему-то изгоняет их. Лишенные собственной инициативы, конформные подростки легко могут быть втянуты в алкогольные компании, в групповые правонарушения, подбиты на побег из дому или науськаны па расправу с чужаками.

Реакция эмансипации ярко проявляется только в том случае, если родители, педагоги старшие отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, если они противодействуют его желанию быть "как все" его ровесники, перенять распространенные в его группе моды, увлечения, манеры, намерения. Увлечения конформного подростка целиком определяются его группой и модой времени.

Самооценка характера конформного подростка может быть неплохой. Однако многие из них любят приписывать себе гипертимные черты, которые привлекательны в подростковой среде.

Явно выраженная конформная акцентуация, по данным Н. Я. Иванова (1976), среди школьников в возрасте 14- 15 лет встречается в 10%. Однако к 16-17-летнему возрасту во всех обследованных контингентах (от ПТУ до математической школы) этот тип акцентуации выявляется значительно реже (см. табл. 3).

Можно предполагать, что конформная акцентуация является благодатной почвой для наслоения черт другого типа (особенно неустойчивого, эпилептоидного и др.) в условиях неправильного

воспитания, неблагоприятного окружения.

СМЕШАННЫЕ ТИПЫ

Из предшествующего изложения видно, что смешанные типы довольно распространены и весьма разнообразны. По нашим данным, они представляют почти половину случаев явных акцентуации характера и более половины психопатии. Однако выделение смешанных типов в отдельную группу микстов "мозаичных" [Гурьева В А Гиндикин В Я , 1980] нам представляется нецелесообразным. В диагностике существенна не просто констатация что в данном случае сочетаются черты разных типов, но черты каких именно типов входят в это сочетание. Это важно в отношении мер по коррекции поведения предупреждению декомпенсаций и реактивных состояний и для выбора психотерапевтических подходов. Медико-педагогические программы для таких мозаичных, например, как эпилептоидно-истероидные лабильно-сенситивные и гипертимно неустойчивые должны быть совершенно различными.

Несмотря на кажущееся разнообразие смешанных типов встречающиеся сочетания не случайны. Как в отношении акцентуации характера, так и в отношении психопатии эти сочетания подчиняются определенным закономерностям. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других практически никогда. С нашей точки зрения, существуют два рода сочетаний [Личко А Е , 1979] – типы промежуточные и типы амальгамные.

Промежуточные типы. Их формирование обусловлено эндогенными закономерностями, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями условий развития в раннем детстве.

К промежуточным типам относятся лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, а также сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, астено-невро-

тического с сенситивным. Сюда же могут быть отнесены такие промежуточные типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, эпилептоидно-истероидный, хотя три последних могут, быть также следствием неправильного воспитания. В силу эндогенных же закономерностей возможна постепенная трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы. Это - тоже смешанные типы, по иного рода. Они формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных длительно действующих неблагоприятных психогенных факторов, а также вследствие развития гиперкомпенсаторных и псевдокомпенсаторных механизмов [Боброва И. П., Шубина Н. К., 1980].

При амальгамных типах также возможны далеко не все, а лишь некоторые наслоения одного типа на другой. Подробнее эти варианты рассматриваются в следующей главе, посвященной психопатическим развитиям. Здесь же необходимо отметить, что гипертимно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы представляют собой присоединение некоторых черт неустойчивого или истероидного типа к гипертимной основе. Лабильно-истероидный тип обычно бывает следствием наслоения истероидных черт на изначальную эмоциональную лабильность, а шизоидно-неустойчивый и эпилептоидно-неустойчивый - черт неустойчивости на шизоидную и эпилептоидную основу. При истероидно-неустойчивом типе неустойчивость прежде всего является формой выражения истероидных черт, но постепенно может прочно сцепляться с истероидным ядром. Конформно-неустойчивый тип возникает как следствие воспитания конформного подростка в асоциальном окружении. Развитие эпилептоидных черт на исходном конформном фоне возможно, когда подросток вырастает в условиях жестоких взаимоотношений между окружающими.

Интересно, что формулу совместимости типов и их возможных трансформаций можно вывести из той последовательности, в которой разные типы психопатий представлены в монографии П. Б. Ганнушкина (1933). Если исключить из классификации П Б

Ганнушкина практически не встречающиеся у подростков конституционально-депрессивный и паранойяльный типы и не получившие распространения типы "антисоциальных" и "конституционально-глупых", а заменить последний на описанный нами конформный тип и расположить всю последовательность в виде замкнутой цепи, то обнаружится следующая схема [Личко А. Е., 1981].

Можно видеть, что промежуточные типы, т. е. смешанные вследствие эндогенных механизмов, формируются за счет соседних звеньев цепи и лишь в некоторых случаях путем связи через звено (лабильно-сенситивный тип и др.). Наоборот, амальгамные типы могут формироваться за счет связей относительно дальних звеньев. Но при этом чем дальше друг от друга расположены эти звенья, тем реже встречается данное сочетание (например, гипертимно-истероидный тип встречается реже, чем гипертимно-неустойчивый, и т. п.). Все это еще раз свидетельствует о той глубокой продуманности, которая отличала последовательность изложения в монографии П. Б. Ганнушкина.

О ДИНАМИКЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

В отличие от психопатий представления об "акцентуированной личности" и об "акцентуациях характера" оставались до последнего времени как о чем-то весьма статичном, раз и навсегда данном. При описании акцентуаций характера нами были отмечены лишь некоторые возрастные особенности их проявлений, критический возраст для развертывания разных типов и возможность на основе акцентуаций под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды психопатических развитий. Лишь в последние годы были предприняты катamnестические и лонгитудинальные исследования акцентуаций характера некоторых типов – неустойчивого, гипертимного, эмоционально-лабильного, конформного.

Настоящая работа обобщает наблюдения над 124 подростками мужского пола, которые были начаты в возрасте 14–17 лет и продолжались в послеподростковом (18–19 лет) и молодом (после 20 лет) возрасте. Все эти случаи при первом обследовании были расценены как акцентуации характера.

Можно выделить две основные группы динамических изменений при акцентуациях характера.

Первая группа – это преходящие, транзиторные изменения. По сути дела они по форме те же, что и при психопатиях.

На первом месте среди них стоят острые аффективные реакции. Если шоковые реакции, патологический аффект являются реакциями психотического уровня и более свойственны тяжелым психопатиям (в иных случаях они возможны лишь в катастрофических ситуациях), то реакции, обозначенные нами как острые аффективные, относятся к субпсихотическому уровню, хотя нередко стоят на грани между физиологическим и патологическим аффектом.

Встречается несколько видов острых аффективных реакций. 1. Интрапунитивные реакции представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии – нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, учинение себе вреда разными способами (отчаянные безрассудные поступки с неизбежными неприятными последствиями для себя, порча ценных личных вещей и т. п.). Наи-

более часто этот вид реакций встречается при двух казалось бы диаметрально противоположных по складу типах акцентуаций – сенситивной и эпилептоидной.

2. Экстрапунитивные реакции подразумевают разряд аффекта путем агрессии на окружающее – нападение на обидчиков или "вымещение злобы" на случайных лицах или попавших под руку предметах. Наиболее часто этот вид реакции можно видеть при гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациях.

3. Импульсивная реакция проявляется тем, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак эту ситуацию не исправляет, а часто даже очень дурно оборачивается. Этот вид реакции чаще встречается при неустойчивой, а также при шизоидной акцентуациях.

4. Демонстративные реакции, когда аффект разряжается в "спектакль", в разыгрывание бурных сцен, в изображение попыток самоубийства и т. п. Этот вид реакций весьма характерен для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной, и при лабильной.

Другой вид транзиторных изменений при акцентуациях характера, наиболее выраженный в подростковом возрасте, это преходящие психопатоподобные нарушения поведения ("пубертатные поведенческие кризы"). Катамнестические исследования показывают, что, если эти нарушения поведения возникают на фоне акцентуаций характера, то в 80% при повзрослении наступает удовлетворительная социальная адаптация. Однако прогноз зависит от типа акцентуации (Александров А. А., 1978). Наиболее благоприятно предсказание при гипертимной акцентуации (86% хорошей адаптации), наименее – при неустойчивой (всего 17%).

Преходящие нарушения поведения могут проявляться в виде

- 1) делинквентности, т. е. в проступках и мелких правонарушениях, не достигающих наказуемого в судебном порядке криминала;
- 2) токсикоманического поведения, т. е. в стремлении получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманных средств;
- 3) побегов из дома и бродяжничества;
- 4) транзиторных сексуальных девиаций (ранней половой жизни, промискуитета,

преходящего подросткового гомосексуализма и др.)- Все эти проявления проходящих нарушений поведения описаны нами ранее.

Наконец, еще один вид транзиторных изменений при акцентуациях характера – это развитие на их фоне разнообразных психогенных психических расстройств невротозов, реактивных депрессий и т. п. Но в данном случае дело уже не ограничивается "динамикой акцентуаций": происходит переход на качественно иной уровень - развитие болезни

Ко второй группе динамических изменений при акцентуациях характера принадлежат его относительно стойкие изменения. Они могут быть нескольких типов.

1. Переход "явной" акцентуации в скрытую, латентную. Под влиянием повзросления и накопления жизненного опыта акцентуированные черты характера сглаживаются, компенсируются. В итоге у взрослых, в отличие от подростков, только на основании контакта и непосредственного наблюдения, даже продолжительного, без знания из анамнеза особенностей поведения в подростковом периоде и без специального психологического обследования в большинстве случаев трудно бывает составить четкое представление о типе акцентуации

Тем не менее при латентных акцентуациях под влиянием некоторых психогенных факторов, а именно тех, которые адресуются к «слабому звену», к «месту наименьшего сопротивления», присущему данному типу акцентуации, может произойти нечто, аналогичное декомпенсации при психопатиях. Черты определенного типа акцентуации, до этого замаскированные, раскрываются во всей полноте и порою внезапно. Однако от декомпенсации психопатий здесь имеются существенные отличия. Декомпенсации психопатии, как правило, сопровождаются усугублением социальной дезадаптации. При психогенном выявлении скрытых акцентуации дезадаптации обычно не наступает, а если она и случается то бывает непродолжительной. Все сводится именно к выявлению присущих данному индивиду черт характера.

Например, у лица, обычно не обнаружившего шизоидной замкнутости, достаточно контактного, продуктивного в работе, в кризисной ситуации, требовавшей казалось бы установления с окружением неформальных контактов, эмоциональных связей, взаимного "раскрытия" и взаимопонимания, неожиданно обна-

руживаются чрезмерная замкнутость, избегание неформальных контактов, чрезмерная форматизация отношений с другими, уход мир внутренних, интимных переживаний, утешительных фантазий или желание целиком отдаться какому-либо иногда довольно причудливому увлечению.

В другом случае лицо, не выявлявшее как будто выраженных эпилептоидных черт, под действием ситуации, нанесшей или только грозящей нанести материальный или моральный ущерб, обнаруживает чрезмерное упорство в отстаивании мелочных интересов, неспособность к поиску компромисса, озлобление на всех, несдержанность бурных аффективных реакций т.п. Впрочем, эпилептоидные черты, видимо, довольно трудно компенсируются. Иногда бывает достаточно обычного алкогольного опьянения для того, чтобы эти особенности характера внезапно раскрылись пышным цветом.

2 Формирование на почве акцентуаций характера под действием неблагоприятных условий среды психопатических развитий, достигающих уровня явной патологии («краевые психопатии» по О. В. Кербинову) Для этого обычно бывает необходимо сочетанное действие нескольких факторов: 1) наличие изначальной акцентуации характера, 2) неблагоприятные условия среды должны быть такими, чтобы адресоваться именно к "месту наименьшего сопротивления" данного типа акцентуации, 3) их действие должно быть достаточно продолжительным и, главное, 4) оно должно упасть на критический для формирования данного типа акцентуации возраст. Этим возрастом для шизоида является детство, для психастеника – первые классы школы, для большинства других типов – разные периоды подросткового возраста (от 11–13 лет у неустойчивого до 16–17 лет у сенситивного типов). Только при паранойальном типе критическим является более старший возраст – 30–40 лет – период высокой социальной активности.

В случаях психопатических развитий так же, как при неврозах и других реактивных состояниях, динамические изменения выходят за рамки акцентуаций.

3. Трансформация типов акцентуаций характера является одним из кардинальных явлений в их возрастной динамике. Как известно, тип психопатии отличается стабильностью. Однако Н. И.

Фелинской было указано на возможность определенных трансформаций типа психопатии со временем. Наши лонгитудинальные исследования свидетельствуют о возможности определенных трансформаций, типов акцентуации характера.

Суть этих трансформаций состоит обычно в присоединении черт близкого, совместимого с прежним типа и даже в том, что черты последнего становятся доминирующими. Наоборот, в случаях изначально смешанных типов черты одного из них могут настолько выходить на первый план, что полностью заслонять черты другого. Это касается обоих видов смешанных типов, описанных нами, - и промежуточных, и "амальгамных". Промежуточные типы обусловлены эндогенными факторами и, возможно, особенностями развития в раннем детстве. Примерами их могут быть типы: лабильно-циклоидный, конформно-гипертимный, шизоидно-эпилептоидный, истеро-эпилептоидный. Амальгамные типы формируются как напластование черт нового типа на эндогенное ядро прежнего. Эти наслоения бывают обусловлены длительно действующими психогенными факторами, например, неправильным воспитанием. Так, вследствие безнадзорности или гипопротекции в воспитании черты неустойчивого типа могут наслоиться на гипертимное, конформное, эпилептоидное и реже на лабильное или шизоидное ядро. При воспитании в обстановке "кумира семьи" (потворствующая гиперпротекция) истерические черты легко наслаиваются на основу лабильного или гипертимного типа.

Трансформация типов возможна только по определенным закономерностям – только в сторону совместимых типов. Никогда не приходилось видеть превращения гипертимного типа в шизоидный, лабильного в эпилептоидный или наслоения черт неустойчивого типа на психастеническую или сенситивную основу.

Интересно, что формулу совместимости типов и возможных трансформаций можно вывести из той последовательности, в которой описаны разные типы психопатий в монографии П. Б. Ганушкина.

Напомним эту последовательность, указав в скобках иные наименования для обозначения акцентуации характера, использованные нами.

Группа циклоидов

1. Конституционально-депрессивные
2. Конституционально-возбужденные (гипертимный тип, Г)
3. Циклотимики (циклоидный тип, Ц)
4. Эмотивно-лабильные (лабильный тип, Л)

Группа астеников

5. Неврастеники (астепо-невротический тип, А)
6. Группа астеников, "главными чертами которых является чрезмерная впечатлительность и... резко выраженное чувство собственной недостаточности" (сенситивный тип, С)
7. Психастеники (психастенический тип, П)

Другие группы

8. Группа шизоидов (шизоидный тип, Ш)
9. Группа параноиков (паранойяльный тип)Г
10. Группа эпиплептоидов (эпилептоидный тип, Э)
11. Группа истерических характеров (истероидный тип, Н)
12. Группа неустойчивых (неустойчивый тип, Н)
13. Группа антисоциальных
14. Группа конституционально-глупых.

Если теперь исключить конституционально-депрессивных и паранойяльных, которые в подростковом возрасте практически не встречаются, и не получившие распространения типы антисоциальных и конституционально-глупых, а также добавить описанный нами конформный тип акцентуации и расположить все типы в указанной последовательности, но в виде замкнутой цепи, то обнаружится следующее (см. рисунок).

Мы видим, что промежуточные типы (т. е. смешанные по эндогенным механизмам) формируются за счет соседних звеньев цепи и лишь в некоторых случаях путем связей через звено (ЛС, СШ, ШИ). На рисунке эти связи обозначены двойными линиями. Исключение составляет лишь одно сочетание, которое в некоторых случаях, вероятно, также бывает эндогенно обусловлено, - ЛИ. Хотя гораздо чаще это сочетание бывает следствием воспитания лабильного подростка по типу потворствующей гиперпротекции.

Наоборот, амальгамные типы могут формироваться за счет связей относительно дальних звеньев цепи (например, ЛИ, ГИ).

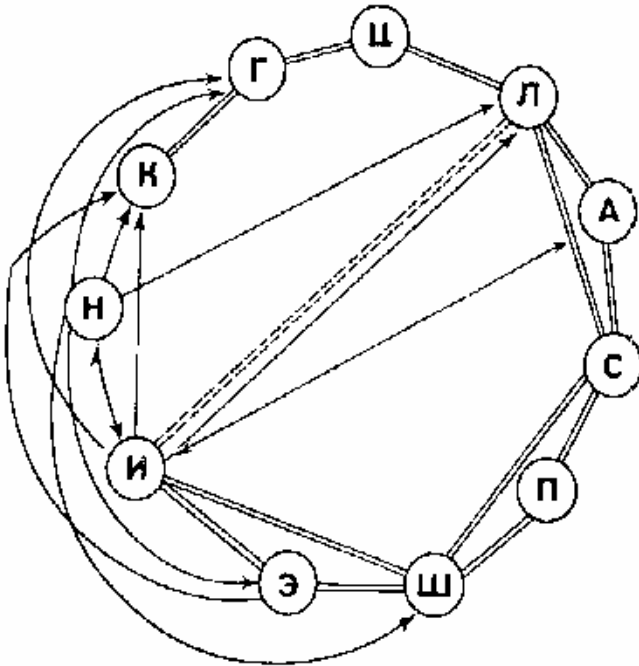
На рисунке эти пути обозначены линиями со стрелками. Но при этом все же, чем дальше расположены звенья, тем реже встречается данный амальгамный тип акцентуации и, видимо, тем более сильное и продолжительное неблагоприятное воздействие среды требуется для наслоения черт одного типа па другой. Например, ГИ встречается гораздо реже, чем ГН, а ШН гораздо реже, чем ЭН и НИ.

Трансформации типов акцентуаций с возрастом могут быть обусловлены как эндогенными закономерностями, так и факторами экзогенными – как биологическими, так и особенно социально-психологическими.

Примером эндогенной трансформации может послужить превращение части гипертимов в послеподростковом возрасте (18–19 лет) в циклоидный тип. Сперва на фоне постоянной до этого гипертимности появляются короткие субдепрессивные фазы (тип Г превращается в тип ГЦ). Затем циклоидность обрисовывается еще более отчетливо. Вследствие этого у студентов-первокурсников в сравнении со школьниками старших классов частота гипертимной акцентуации заметно снижается, а частота циклоидной заметно возрастает (Боровик, 1976).

Примером трансформации типов акцентуации под действием экзогенных биологических факторов является присоединение аффективной лабильности ("легко взрываются, но быстро отходят") как одной из ведущих черт характера к гипертимному, лабильному, астено-невротическому, истероидному типам акцентуации вследствие перенесенных в подростковом и молодом возрасте легких, но повторных черепно-мозговых травм. При этом в отличие от более тяжелых черепно-мозговых травм последствий в виде очерченного энцефалопатического синдрома (как формы патологии, как болезни) здесь не возникает. Все дело ограничивается только определенной трансформацией характера в рамках крайних вариантов нормы (формирование гипертимно-эксплозивного, лабильно-эксплозивного и других смешанных типов).

Мощным трансформирующим фактором являются продолжительные неблагоприятные социально-психологические влияния в



Схематическая цепь совместимости и трансформаций типов психопатий и акцентуации характера

Типы акцентуаций и психопатий: Г – гипертимный (конституционально-возбужденный); Ц – циклоидный (циклотимик); Л – лабильный (эмотивно-лабильные), А – астено-невротический (неврастеники) С – сенситивный (астеники, главными чертами которыми являются чрезмерная впечатлительность и резко выраженное чувство собственной недостаточности); П – асихастенический (психастеники); Ш – шизоидный (группа шизоидов); Э – эпилептоидный (группа эпилептоидов); И – истероидный (группа истерических характеров); Н – неустойчивый (группа неустойчивых) К – конформный. *Двойные линии* – сочетания и трансформации типов в силу эндогенных механизмов, *штриховая двойная линия* – предполагаемая возможность такого сочетания, *линии со стрелками* – направления наслоений черт одного типа на другой в силу воздействий окружающей среды (амальгамные типы).

подростковом возрасте, т. е. в период становления большинства типов характера. К ним прежде всего относятся разные виды неправильного воспитания. На основании публикаций последних лет можно указать на следующие из них: 1) гипопротекция, достигающая в крайней степени безнадзорности; 2) особый вид гипопротекции, описанный А. А. Вдовиченко под названием "по-

творствующая гипопротекция", когда родители предоставляют подростка самому себе, фактически не заботясь о его поведении, но при начинающихся проступках и даже правонарушениях всячески его выгораживают, отводя все обвинения, стремятся любыми способами освободить от наказаний и т. п.; 3) доминирующая гиперпротекция ("гиперопека"); 4) потворствующая гиперпротекция, в крайней степени достигающая воспитания "кумира семьи"; 5) эмоциональное отвержение, в крайних случаях достигающее степени третирования и унижения (воспитание по типу "Золушки"); 6) воспитание в условиях жестоких взаимоотношений; 7) в условиях повышенной моральной ответственности; 8) в условиях "культа болезней".

Точно так же, как для возникновения психопатических развитий, каждый из этих видов неправильного воспитания оказывается пагубным лишь для некоторых типов акцентуаций, оставляя другие случаи без последствий или обуславливая только переходящие нарушения. Но в отличие от психопатических развитий здесь дело не доходит до формирования патологических девиаций характера. Неблагоприятные воздействия ограничиваются либо заострением черт существующего, либо напластованием черт другого совместимого типа.

Рассмотрим возможные трансформации каждого из типов акцентуации характера.

Гипертимный тип. 1. По миновании подросткового возраста черты гипертимности заметно сглаживаются (переход в латентную акцентуацию).

2. В силу эндогенных механизмов и послеподростковом и молодом возрасте гипертимный тип трансформируется в циклоидный (появляются субдепрессивные фазы).

3. Под влиянием повторных легких черепно-мозговых травм аффективная лабильность становится одной из ведущих черт характера (гипертимно-эксплозивный тип).

4. При гипопротекции или, наоборот, когда выраженная доминирующая гиперпротекция обостряет реакцию эмансипации и подросток оказывается во власти асоциальных компаний, формируется гипертимно-неустойчивый тип.

5. При потворствующей гиперпротекции формируется гипертимно-истероидный тип акцентуации.

Циклоидный тип. 1. С возрастом циклоидность заметно сглаживается (переход в латентную акцентуацию).

2. В силу развертывания эндогенных механизмов циклоидность усиливается и достигает патологического уровня - циклотимии.

Лабильный тип. 1. С возрастом черты эмоциональной лабильности сглаживаются (переход в латентную акцентуацию).

2. В силу вступления в действие эндогенных механизмов колебания эмоционального фона все более приобретают характер фаз - лабильный тип приобретает черты циклоидного ("лабильные циклоиды").

3. Так же, как при гипертимном типе, повторные легкие черепно-мозговые травмы способны превратить лабильность эмоциональную в аффективную ("лабильно-эксплозивный тип").

4. При постоянных трудностях социальной адаптации воспитывавшиеся с детства в атмосфере потворствующей гиперпротекции эмоционально-лабильные субъекты могут все более приобретать истероидные черты ("лабильные истероиды").

5. Длительная неблагоприятная обстановка с недоброжелательным вниманием и третированном со стороны окружения может способствовать наслоению сенситивных черт ("лабильно-сенситивный тип"). То же и еще скорее может достигаться эмоциональным отвержением и третированном со стороны близких или эмоционально значимых лиц. Но обычно это происходит, когда тип акцентуации был изначально смешанным – СЛ.

6. Если эмоциональное отвержение со стороны близких сочетается с гипопротекцией и подросток попадает в асоциальную компанию сверстников, то на эмоционально-лабильное ядро могут наслаиваться черты неустойчивости ("лабильно-неустойчивый тип")

Сенситивный тип. Видимо, этот тип относительно устойчив к трансформациям. С возрастом, однако, черты сенситивности могут сгладиться, а могут и, наоборот, заостриться (особенно у одиноких "старых дев"). При смешанных типах под влиянием

среды черты другого иша (Л, А, П, Ш) могут стать более или менее выраженными.

Психастенический тип. Здесь также склонности к существенным трансформациям не обнаруживаются. В трудных ситуациях, предъявляющих особые требования к чувству ответственности, легко может развиваться обсессивно-фобический невроз – один из вариантов невроза навязчивых состояний, где различные обсессии заслоняют стоящие за ними фобии. Возможно развитие, по обсессивному типу.

Шизоидный тип. 1. По миновании подросткового возраста шизоидные черты не то чтобы сглаживаются, а скорее компенсируются. Формальные контакты не вызывают затруднений, а неформальных стараются избегать. В итоге социальная адаптация оказывается вполне удовлетворительной.

2. Под длительным влиянием асоциальных компаний в редких случаях на шизоидное ядро могут наслаиваться черты неустойчивого типа – стремление к праздности, нежелание трудиться, постоянный поиск развлечений и особенно приятных ощущений, бездумный образ жизни, отсутствие планов на будущее. К этому обычно присоединяется алкоголизация или иные формы токсикоманического поведения (формирование типа ШП).

3. В случаях смешанных типов акцентуаций черты другого типа (С, П, Э, И) могут выступить на первый план. Крах завышенных притязаний, удары по эгоцентризму усиливают истероидные черты у типа ШИ, угроза материального или морального ущерба или господствующая вокруг атмосфера жестоких взаимоотношений усиливает эпилептоидные черты у типа ШЭ. Психастенический компонент у типа ШП заостряется при повышенной моральной ответственности, необходимости принять серьезные решения, сенситивный компонент у типа ШС - при недоброжелательном внимании со стороны окружения, при опасности попасть в двусмысленное положение.

Эпилептоидный тип. 1. С возрастом эпилептоидные черты могут компенсироваться. При этом компенсация может достигать даже чрезмерной степени («гиперсоциальность» эпилептоидов).

2. Определенная угроза имеется в отношении формирования

хронического алкоголизма. Этому способствует тяготение к сильным степеням опьянения.

3. В асоциальной среде на эпилептоидное ядро могут наслаиваться определенные черты неустойчивого типа, хотя, казалось бы, эти черты трудно с ним совместимы - праздный образ жизни, уклонение от всякого труда, желание жить сегодняшним днем и любыми путями заполучить удовольствия и развлечения, полное равнодушие к вопросам морали и нравственности, беспечность в отношении своего будущего. Подобный "эпилептоидно-неустойчивый" тип акцентуации в какой-то мере напоминает "группу антисоциальных" П. Б. Ганнушкина,

Истероидный тип. Обычно этот тип акцентуации обнаруживает малую склонность к трансформациям.

1. В относительно благоприятной ситуации (возможность удовлетворить притязания, как-то выделиться среди других, удовлетворить эгоцентрические запросы) наступает относительная компенсация, но сами истероидные черты в поведении всегда остаются достаточно выраженными. В противных случаях адаптация легко нарушается и возникают истерические неврозы и иные реактивные состояния.

2. Длительное влияние асоциальных компаний приводит к присоединению черт неустойчивости – истероидно-неустойчивый тип

3. При хронических соматических заболеваниях легко присоединяются черты астено-невротического типа, среди которых ипохондричность обычно доминирует над другими чертами.

Неустойчивый тип. 1, Сглаживание с возрастом черт неустойчивости, к сожалению, наступает нечасто. Поданным катамнестических исследований А. А. Александрова, дезадаптированные в подростковом возрасте представители этого типа акцентуации характера при повзрослении лишь в 17% обнаруживают удовлетворительную социальную адаптацию.

2. Хронический алкоголизм представляет большую опасность для представителей неустойчивого типа.

Конформный тип. Этот тип относительно редко попадает в

поле зрения психиатра. Видимо, если жизнь не требует большой гибкости, личной инициативы, умения быстро ориентироваться в стремительно меняющейся обстановке, адаптация бывает вполне удовлетворительной.

1. Если конформный подросток в силу воспитательской гипопротекции оказывается в асоциальной среде, то черты неустойчивости прививаются, хотя и постепенно, но зато настолько прочно, что конформный тип превращается в неустойчивый и о прежней конформности можно узнать лишь из анамнеза (конформно-неустойчивые).

2. В постоянной обстановке жестоких взаимоотношений вокруг представители конформного типа легко усваивают многие эпилептоидные черты – душевную жестокость, себялюбие, эгоизм, расчетливость, тяготение к материальным благам и собственному благополучию за счет ущерба и несчастий других, аффективную несдержанность. Однако для полного превращения и эпилептоидов им всегда не хватает стеничности, напряженности аффективной сферы, силы влечений.

3. Потворствующая гиперпротекция в воспитании может культивировать на конформном фоне истероидные черты в их примитивной форме. Высокого артистизма настоящих истероидов им достичь не удастся.

Все сказанное о трансформациях акцентуаций характера, конечно, является схемой, возможно, схемой весьма ориентировочной и требующей многих корректив. Однако развитие концепции об акцентуациях характера настоятельно требует изучения их в динамике.

О – негативное отношение к исследованию. Определение негативного отношения к исследованию. Величина показателя О, равная 7 и более баллам, свидетельствуют о скрытом негативном отношении к исследованию. Надежность диагностики типа при этом снижается. Показатель О, 6 и более баллам, чаще всего встречается при сенситивном типе.

Д – диссимуляция действительного отношения к рассматриваемым проблемам и стремления не раскрывать черты характера. Определение возможной склонности к диссимуляции. Если показатель Д превышает показатель Т на 4 и более баллов, то это свидетельствует в пользу возможностей диссимуляции. Это снижает точность диагностики типа и практически полностью исключает правильную диагностику типов Ц и К. Сам по себе высокий показатель Д (безотносительно к величине Т), равный 6 и более баллам, наиболее часто встречается при типе Н.

Т – определение повышенной откровенности. Если $T > Д$ то это свидетельствует о повышенной откровенности. Чаще всего это встречается при типах Ц и особенно П.

В – указание на возможную органическую природу психопатии и акцентуации характера. Может быть получено при помощи индекса В (brain minimal damage). Если его величина равна 5 и более баллам. Показатель $B < 5$ не исключает органического генеза, так, как лишь в 45% клинически верифицированных органических психопатий этот показатель равен 5 и более баллам. Обратная ошибка ($B > 5$) при отсутствии органического резидуума или черепно-мозговых инфекций и нейроинтоксикаций в анамнезе не превышает 8%. Высокий показатель В встречается также при типе Э.

Е – определение отражения реакции эмансипации в самооценке проводится на основании показателя: если он равен 0 или 1 – реакция эмансипации слабая, если равен 2 или 3 – умеренная, если 4 или 5 выраженная, если 6 и более баллам – очень сильная. Показатель Е равный 6 и более баллам, чаще всего встречается при типах Ш и И. Наоборот, типам С и П выраженная реакция эмансипации не свойственна, поэтому при $E < 4$ эти типы не диагностируются независимо от числа баллов в их пользу. У типа Г реакция эмансипации нередко бывает резко выражена в поведении, но ее отражение в самооценке более умеренное.

d – оценка к делинквентности. Осуществляется только для подростков мужского пола. Указанием на возможную склонность к делинквентности служит показатель d, если он равен 4 баллам и более. Но у представителей типа Ш бывает высоким безо всякой склонности к делинквентности. При типе Н этот показатель обычно низок, но здесь нет нужды в особом показателе для выявления склонности к делинквентности, так как в условиях безнадзорности, как правило, обнаруживается делинквентное поведение.

Ф – М – оценка черт мужественности – женственности в системе отношений. Осуществляется по разности между показателями М (маскулинности) и Ф (фемининности). Если М-Ф дает положительную величину, то в системе отношений преобладают черты мужественности, если отрицательную – женственности. При психопатиях и выраженных акцентуациях преобладание черт может не соответствовать физическому полу. При психопатиях у девочек нередко преобладают черты М, а у мальчиков с истероидной, шизоидной и сенситивной психопатией и акцентуацией могут преобладать черты Ф.

О психологической склонности к алкоголизации (показатель V). Осуществляется без графика. Числовые баллы за выборы по теме «Отношение к спиртным напиткам», полученные в 1-м и во 2-м исследованиях, суммируются алгебраически, т.е. с учетом знака. При итоговой величине +2 и выше можно предполагать психологическую склонность к алкоголизации, а о стремлении выставить напоказ свою склонность к выпивкам (часто встречается при типе И). Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонности к алкоголизации (чаще имеет место у типа С), а величина равная 0 или +1, является неопределенным результатом.