## ПОНЯТИЕ ПСИХОПАТИИ И АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

**1.1 Определение психопатии**

**Психопатия** – это аномалия характера, от которой страдает либо сам человек, либо общество. Эти врожденные или приобретенные в раннем возрасте аномалии характера приводят к дисгармоническому формиро­ванию личности и нарушают социальную адаптацию человека.

Важной особенностью психопатии, из-за которой такие пациенты по­падают в поле зрения психиатра, является **декомпенсация** при различных неблагоприятных воздействиях, в частности после психической травмы и при психотравмирующей ситуации. С точки зрения нормального челове­ка, в таких ситуациях нет ничего особенного, но для психопата они ста­новятся значимыми именно из-за его аномалий характера, поскольку задевают его самое слабое место.

*Например*, при истерической психопатии необоснованные претензии психопата на всеобщее внимание могут не встретить желаемого отноше­ния окружающих, и происходит срыв, декомпенсация. При психастени­ческой психопатии такой ситуацией может оказаться необходимость принимать быстрые решения. При эпилептоидной психопатии психотравмирующим оказывается любое покушение на «авторитет» психопата или попытки противодействия его властности и деспотизму и так далее.

Психопатия определяет психический облик человека, накладывает отпечаток на весь душевный склад, в течение всей жизни не подвергает­ся существенным изменениям и мешает самому человеку приспосабли­ваться к окружающему.

Диагноз психопатии устанавливают на основании трех основных при­знаков, предложенных выдающимся русским психиатром П.Б. Ганнушкиным.

1. Тотальность патологических черт характера, которые проявляются всегда и везде, в любых условиях, и при стрессах, и при их отсутствии.

2. Стабильность патологических черт характера – они впервые про­являются в детском или подростковом возрасте, реже у взрослых, и за­тем сохраняются на протяжении всей жизни человека.

3. Нарушения адаптации (приспособления) именно вследствие пато­логических черт характера, а не из-за неблагоприятного внешнего воз­действия.

Психопатия формируется при сочетании врожденной или приобре­тенной в раннем детском возрасте неполноценности нервной системы с неблагоприятным воздействием окружающей среды. Но психопатия – это не только неправильное воспитание в детстве и педагогическая запу­щенность (хотя этот фактор имеет чрезвычайно важное значение для утяжеления проявлений психопатии). Одного лишь влияния таких внешних факторов для формирования психопатии недостаточно. В основе психо­патии лежит именно неполноценность нервной системы.

То, что у человека имеются какие-либо отклонения от нормального общепринятого в обществе поведения, еще не дает оснований говорить о психопатии.

Психопатоподобные состояния (то есть напоминающие психопатию по своим проявлениям) возможны и при некоторых других заболеваниях, например при психических нарушениях в результате перенесенной че­репно-мозговой травмы, инфекционных заболеваниях центральной нерв­ной системы, алкоголизме, наркомании и токсикомании, некоторых эн­докринных нарушениях и других. Основным их отличием от психопатий является то, что психические нарушения при психопатии возникают уже с детского или подросткового возраста, а при психопатоподобных состоя­ниях поведение и развитие личности до возникновения основного забо­левания было нормальным, а психопатоподобные нарушения вторичны и появляются уже спустя какой-то промежуток времени после развития основного заболевания.

В отличие от душевных заболеваний, психопатиям не свойственно прогрессирующее развитие и возникновение дефекта личности.

От неврозов психопатии отличает то, что патологические черты ха­рактера определяют весь психический облик человека и наблюдаются на протяжении всей его жизни.

При не резко выраженных отклонениях характера, не достигающих уровня патологии и в обычных условиях, не приводящих к нарушению адаптации, говорят об акцентуация характера. Это не болезнь, а один из вариантов нормы и подразумевает индивидуальные особенности харак­тера каждого человека. Но при психотравмирующей ситуации деком­пенсация может произойти и у акцентуированной личности. Причин возникновения психопатий множество. Имеют немаловажное значение конституциональные, наследственные факторы – у родителей, страдающих психопатией, чаще всего рождают­ся дети с аналогичной патологией. Такие психопатии называют консти­туциональными, генуинными или «ядерными». Это самый неблагопри­ятный вариант психопатий, которые невозможно корректировать даже при правильном воспитании ребенка.

Алкоголизм или наркомания у родителей – тоже одна из частых при­чин психопатии у детей.

Играют роль и вредности в период внутриутробного развития, осо­бенно если во время беременности женщина употребляла спиртные на­питки, курила, принимала лекарства, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода, или у нее были отравления какими-либо ве­ществами, а также психические травмы или инфекционные заболевания (особенно вирусные). Недостатки питания беременной женщины, тяже­лые токсикозы, угроза прерывания беременности и отслойка плаценты и многие другие факторы отрицательно влияют на плод.

Различные родовые травмы, асфиксия в родах, наложение акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, трудные длительные роды с угрозой для жизни ребенка, если у роженицы узкий таз и крупный ребенок, в ре­зультате чего происходит сильное сдавление головы при прохождении родовых путей, – все это играет роль в возникновении психопатий.

Неблагоприятными факторами являются и различные вредные воз­действия на развивающийся мозг, заболевания центральной нервной сис­темы или длительные истощающие болезни, перенесенные ребенком в первые 2–3 года жизни.

Играют роль в возникновении психопатий и черепно-мозговые трав­мы, мозговые инфекции (менингит, менингоэнцефалит, вирусные забо­левания), тяжелые отравления, перенесенные в первые 4 года жизни ре­бенка.

Большое значение в развитии психопатии у ребенка, имеющего выше­отмеченные аномалии центральной нервной системы, имеет неблаго­приятное воздействие окружающей среды, в частности недостатки вос­питания.

Если ребенок растет в семье, где его воспитанием и коррекцией его неправильного поведения никто не занимается, например, когда зло­употребляют алкоголем оба родителя, или когда отец – алкоголик, а мать озабочена только проблемами пьянства мужа и тем, как обеспечить детей самым необходимым, или ребенок растет в атмосфере скандалов даже непьющих родителей, или воспитывается в неполной (когда нет одного из родителей) или деформированной семье (когда есть отчим или мачеха), или родители отдают его на воспитание бабушке с дедуш­кой, а те его обожают и во всем потакают, – то все аномалии характера еще более усиливаются.

А если ребенок воспитывается в благоприятной обстановке и родители его обучают нормам поведения в обществе, формируют положительную нравственно-этическую позицию с детских лет, объясняя, что позволе­но делать в коллективе, а что непозволительно, а если он провинился, то ему спокойно и дружески объясняют неправильность его поступков, без деспотизма, физических наказаний или иных травмирующих психику ребенка воздействий, – то в целом есть возможность корригировать по­ведение ребенка уже с детства, и в дальнейшем он вырастает не эгоцент­ричным, как при многих видах психопатий, а приобретает способность считаться и с мнением других людей, а не только с собственными при­хотями.

* 1. **Определение понятия «Акцентуация характера»**

В периоде становления характера его типологиче­ские особенности, не будучи еще сглажены и затушева­ны жизненным опытом, выявляются настолько ярко, что иногда напоминают психопатии, т. е. патологические аномалии характера. Со взрослением черты акценту­аций обычно сглаживаются. Это позволило нам гово­рить о «преходящих подростковых акцентуациях харак­тера».

Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий.

Наибольшую известность получил термин К. Leongard (1968)–“акцентуированная*,* личность”. Однако, правильнее говорить об “акцентуациях характера”. Личность - понятие гораздо более сложное, чем характер. Она включает интеллект, способности, наклонности, мировоззрение и т.д. В опис­аниях К. Leonhard речь идет именно о типах характера. К тому же в странах с немецким языком термин “акцентуированная личность” стали использовать как клинический диагноз вместо термина “психопатия”, что правомерно, если рассматривать акцентуации как крайние варианты нормы.

Отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях П. Б. Ганнушкина (1933)– О. В. Кербикова (1962). При акцентуациях характера может не быть ни одного из этих признаков: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации со следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии сразу. Как указывалось, обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной. В добавление к критериям П. Б. Ганнушкина, О. В. Кербикова можно отметить еще один важный признак, отличающий акцентуации и психопатии. При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, и самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины. При акцентуациях нарушения возникают только при определенного рода психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно: лишь тогда, когда они адресуются к “месту наименьшего сопротивления”, к “слабому звену” данного типа характера. Иные трудности и потрясения, не задевающие этой ахиллесовой пяты, не приводят к нарушениям и переносятся стойко. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему отличные от других типов, “слабые места”.

На основании сказанного можно дать следующее определение акцентуации характера.

*Акцентуации характера – это крайние вариант**ы нормы, при которых отдельные черты характера чрез**­мерно усилeны, вследствие чего обнаруживается изби­рательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повы**­шенной устойчивости к другим.*

1. **РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ ПО ТЯЖЕСТИ И АКЦЕНТУАЦИЙ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ**

Как писал П. Б. Ганнушкин, 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 реадаптации. В последние годы в судебно-психиатрической экспертизе получил распрост­ранение термин "глубокая психопатия". Им обозначаются наиболее тяжелые случаи, где на высоте декомпенсации возникают психотичес-кие расстройства или исключающая вменяемость утрата спо­собности к "вероятностному прогнозированию своей деятель­ности и соответствующей коррекции своего поведения" или в основе нарушении характера лежат выраженные эндок­ринные расстройства . По материалам судебной экспертизы, случаи психопатии, исключающие вменяемость, у подростков встречаются значительно чаще, чем у взрослых, – у 15–17% экспортируемых вмес­то 3-5% .

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

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

**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.

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

Степень отклонений характера сама по себе трудно подда­ется количественной оценке. Последнюю доступнее осуще­ствить по другим, зависящим от этих отклонений показателям [Личко А. Е., 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.

**Явная акцентуация**. Отличается наличием выраженных черт определенного типа характера. Тщательно собранный анамнез, сведения от близких, непродолжительное наблюдение за пове­дением, особенно среди сверстников, позволяют распознать этот тип. Однако выраженность черт какого-либо типа не препят­ствует обычно удовлетворительной социальной адаптации. За­нимаемое положение соответствует способностям и возможно­стям. Акцентуированные черты характера обычно хорошо ком­пенсированы, хотя в пубертатном периоде они, как правило, заостряются и могут обусловливать 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 акцентуаций.

**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 повышенные 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.

1. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

**3.1. Динамика психопатий**

П. Б. Ганнушкиным 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 черт. 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).

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 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.

Психопатические личности довольно часто вступают в противоречия с окружающими, создавая конфликтные ситуации, причем во время конфликта они испытывают дополнительное психогенное воздействие. В такой ситуации происходит психопатическая **реакция,** которая прояв­ляется обострением аномальных особенностей характера. Даже после прекращения конфликта психопатическая реакция может сохраняться.

Обострение психопатических черт может произойти и после того, как человек переболел каким-то тяжелым заболеванием, или при хрони­ческих заболеваниях внутренних органов.

Психопатические реакции обычно возникают внезапно, в ответ на малозначимые для психически нормального человека, но очень болезненные для психопата события. Реакция больного всегда неадекватна, то есть не соответствует силе раздражителя, вызвавшего ее. Чаще всего она проявляется в виде протеста, возмущения, гнева, злобы, ярости и даже агрессии и разрушительных действий.

При неоднократных психотравмирующих воздействиях даже незна­чительных отрицательных факторов возникает **длительная декомпенсация.**

При продолжительной декомпенсации наблюдается нарушение спо­собности больного приспосабливаться к окружающим условиям, резко выявляются все аномальные особенности характера и могут возникнуть новые психические нарушения.

У больных психопатией часто возникают неврозы, особенно истери­ческий невроз, могут формироваться сверхценные образования (идеи, значение которых больным слишком переоценено) и даже бредовые идеи – бред отношения, бред преследования, бред ревности и другие.

Больные психопатией являются группой повышенного риска в ас­пекте возможности формирования алкоголизма и наркомании.

Кроме того, больным психопатией свойственно расстройство влече­ний, и в первую очередь сексуального. У многих из них наблюдаются сексуальные извращения – садизм, мазохизм, эксгибиционизм, гомо­сексуализм, педофилия, нарциссизм и многие другие.

Из-за расстройства влечений у больных психопатией также могут возникать конфликты с обществом, противоправные действия, включая насилие, после чего может произойти декомпенсация.

**3.2. 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. Лишь в последние годы были предприняты катамнестические 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.). Наиболее 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. Импунитивная 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, конца 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. 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 дурманящих средств; 3) побегов из дома и бродяжни­чества; 4) транзиторных сексуальных девиаций (ранней поло­вой жизни, промискуитета, преходящего подросткового гомо­сексуализма и др.). Все эти проявления преходящих наруше­ний поведения описаны нами ранее.

Наконец, еще один вид транзиторных изменений при ак­центуациях характера – это развитие на их фоне разнообраз­ных психогенных психических расстройств – неврозов, 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 поведений в подростковом периоде и без специального психологического обследования в большинстве случаев труд­но бывает составить четкое представление о типе акцентуа­ции.

2. Формирование на почве акцентуаций характера под действием неблагоприятных условий среды психопатических развитий, достигающих уровня явной патологии («краевые психопатии» по О. В. Кербикову). 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 паранойяльном типе крити­ческим является более старший возраст – 30–40 лет – период высокой социальной активности.

В случаях психопатических развитии 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.

В целом же проблема динамики акцентуаций характера, как справедливо указывает В. В. Ковалев, разработана еще недостаточно. Однако представляется целесообразным подчеркнуть наиболее значимые феномены в динамике акцентуаций характера:

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 кон-ституционально заложенных механизмов или влияний среды;

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

1. **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА**

Вопрос о том, что является первопричиной возникновения аномалий характера, стал предметом споров ученых с первых шагов зарождения учения о психопатиях. В.М.Бехтерев полагал, что причинами могут быть как неблагоприятная наследственность, так и тяжелые нравственные условия, неправильное воспитание, дурной пример родителей, тяжелые общие заболевания.

На основе систематики формирования психопатий П.Б.Ганнушкина, можно систематизировать факторы, влияющие на возникновение и развитие акцентуаций характера у подростков, а в дальнейшем, возможно, и на появление психопатий.

Среди *биологических факторов*, приводящих к акцентуациям характера, выделяют:

* 1. Действия пренатальных, натальных и ранних постнатальных вредностей на формирующийся в раннем онтогенезе мозг. К таким вредностям можно отнести тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, внутриутробные и ранние мозговые инфекции, тяжелые истощающие соматические заболевания.
  2. Неблагоприятная наследственность, которая включает в себя определенный тип ВНД, алкоголизм родителей, предопределяющий тип акцентуации характера.
  3. Органические повреждения головного мозга, т.е. черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и т.п.
  4. «Пубертатный криз», обусловленный неравномерностью развития сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы, отягощенный физическим самочувствием, повышенной активностью эндокринной системы и «гормональной бурей».

К *социально-психологическим факторам* следует отнести:

1. Нарушения воспитания подростка в семье.

Влияние семейной среды на формирование личности является наиболее важным в силу того, что семья служит основным общественным институтом социализации личности (Соотношение между акцентуациями характера и наиболее неблагоприятными типами семейного воспитания будет раскрыто в главе 4 «Диагностическая и коррекционная работа»).

1. Школьную дезадаптацию.

В подростковом возрасте падает интерес к учебе в силу изменения ведущего вида деятельности (согласно теории возрастной периодизации Д.Б.Эльконина).

В психологии предпринимались попытки выделения специфических школьных трудностей. С точки зрения одного из исследователей этой проблемы Д.Скотта, «… характер дезадаптации ребенка в школе можно определить по форме дезадаптированного поведения, а именно: по депрессивному состоянию, по проявлениям тревожности и враждебности по отношению к взрослым и сверстникам, по степени эмоционального напряжения, по отклонениям в физическом, умственном и сексуальном развитии, а также по проявлениям асоциальности под влиянием неблагоприятных условиях среды».

3. Подростковый кризис.

В 12 –14 лет в психологическом развитии наступает переломный момент – «подростковый кризис». Это пик «переходного периода от детства к взрослости». Согласно Э.Эриксону, происходит «кризис идентичности – распад детского «Я» и начало синтеза нового взрослого «Я». В этот период процессу познания самого себя придается всеподавляющее значение. Именно этот процесс, а не факторы окружающей среды, рассматриваются как первоисточник все трудностей всех нарушений у подростков. У них развивается самосознание, стремление к самоутверждению; их не устраивает отношение к себе как к детям, что приводит к аффективным вспышкам и конфликтам, которые могут быть как межличностными, так и внутриличностными.

4. Психическую травму.

Психосоциальную дезадаптацию могут вызвать отдельные психические состояния, спровоцированные различными психотравмирующими обстоятельствами (конфликты с родителями, друзьями, учителями, неконтролируемое эмоциональное состояние, вызванное влюбленностью, переживанием семейных разладов и т.п.).

Таким образом, причинами патологического изменения личности подростка являются социальные и биологические факторы, которые действуют не изолированно, а тесно взаимодействуют.

* 1. ТИПЫ ПСИХОПАТИЙ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип акцентуаций и психопатий | Краткая характеристика типа | Проявление психопатий и акцентуаций | Возможные последствия |
| 1. Возбудимый (эксплозивная) | Повышенная раздражительность, несдержанность, угрюмость, занудливость. Обладают неустойчивым вниманием. Частая смена настроения. Предпочитают физический труд. | Агрессия, реакция злобы, повышенная конфликтность. Злоупотребление алкоголем. | Невротические срывы. Асоциальное поведение. |
| 2. Истерический | Обидчивы, капризны. Личность поверхностна, не свойственны усидчивость и трудолюбие. Хорошая память, раскованное мышление. Эмоциональность проявляется ярко, любят преувеличивать. Завистливы. Не обладают нормами морали. | Беспредельный эгоцентризм. Суицидальность. «Бегство в болезнь». Алкоголизация и употребление наркотиков. Побеги из дома. Патологическая лживость. Инфантилизм. | Нарушение адаптации к окружающему миру. |
| 3. Психаастенический | Пониженный фон настроения, опасения за себя, близких, робость, неуверенность, крайняя нерешительность, пассивен. Дружелюбен, исполнителен. | Боязливость, повышенный уровень тревожности, мнительность. | Склонность к психаастении |
| 4. Астенический | Нервная слабость, впечатлительность, чувствительность, робость, застенчивость, склонность к самоанализу. Тревожны. Редко вступают в конфликты, пассивны, мнительны. | Ситуация страха, угрозы, наказания, несправедливых обвинений. Побеги из дома. Алкоголизация. | Склонность к психаастении. |
| 5. Сенситивный | Чувствительны, впечатлительны, обидчивы, ранимы, застенчивы, робки, пугливы. | Самоуничижение, реакция гиперкомпенсации. Избегают употребление алкоголя. Суицидальное поведение. Неожиданная бурная агрессия. |  |
| 6. Неустойчивый | Неустойчивость психической жизни, недостаточность волевой деятельности, болтливость. Живое воображение. Не любят одиночества. | Частые прогулы, нарушения дисциплины, возможно социальная декомпенсация. Грубость, упрямство. Гедонизм. Наркотизм. Токсикомания | Асоциальные криминальные поступки. |
| 7. Циклоидный | Общительность циклически меняется (высокая в период повышенного настроения, низкая в период подавленности). | В период подъема настроения проявляют себя как люди с гипертимической акцентуацией, в период спада – с дистимической. Возможен суицид. | Бывают случаи маниакально – депрессивного психоза. |
| 8.Гипертимный | Чрезмерно приподнятое настроение, разговорчив, очень энергичен, самостоятелен, стремится к лидерству, оптимист. | Употребление наркотиков, беспорядочная половая жизнь. Склонность к аморальным поступкам | Бывают случаи маниакально – депрессивного психоза. |
| 9. Лабильный | Очень изменчивое настроение, эмоции ярко выражены, словоохотливость, отвлекаемость на внешние события, влюбчивость. | Паникерство. Неудачи и горестные события воспринимает трагически. | Склонность к невротической депрессии. |
| 10. Шизоидный | Замкнут, общение по необходимости. Холодность по отношению к людям, поведение и логика непонятны окружающим. Любят одиночество. Малоконфликтны. На все имеют свою точку зрения. | Бесцеремонность. Навязчивость. | Шизофрения. |
| 11. Эпилептоидный | Тугоподвиженость. Мышление конкретно, не способны на компромиссы. Мелочность, повышенная аккуратность. Себялюбивы, эгоистичны. | Дисфория (беспричинное мрачно – злобное настроение). Склонность к алкоголизму. Бродяжничество. Суицидальные реакции. | Возможны тяжкие эксцессы. |

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характеров – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998. – 640 с.
2. Л. Д. Столяренко. Основы психологии - Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 1997. – 736 с.
3. А. Е. Личко. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – М.: ООО АПРЕЛЬ ПРЕСС, ЗАО Изд-во ЭКСМО – Пресс, 1999. – 416 с.
4. Еникеева Д.Д. Популярная психиатрия. – М.: АСТ – ПРЕСС, 1998. – 528 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997г. – 544с.
6. Вопросы психологии. 1998г. №2 с. 136 – 143.

***Введение.***

В современных условиях наблюдается рост числа психических заболеваний и особенно пограничных расстройств. Своевременное устранение диагноза очень важно при тяжелых психических расстройствах, а особенно при пограничных заболеваниях, т.е. тех, которые стоят на границе между нормой и патологией.

С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема, – как разграничить психопатии как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы.

В своем реферате мы попытаемся провести грань между психопатиями и акцентуациями характера. Также рассмотрим причины возникновения акцентуаций и психопатий и заострим внимание на особенностях их динамики. Типология будет рассмотрена в виде сводной таблицы для более простого восприятия.

***Содержание.***

***Введение с. 2***

***1. Понятие психопатий и***

***акцентуаций характера. с. 3-6***

***2. Разграничение психопатий с. 7-8***

***по тяжести и акцентуаций по выраженности.***

***3. Особенности динамики с. 9-12***

***психопатий и акцентуаций характера.***

***3.1 Динамика психопатий с. 13-15***

***3.2. О динамике акцентуаций с. 16-19***

***4. Причины возникновения с. 20-22***

***психопатий и акцентуаций характера.***

***5. Типы психопатий и с. 23-25***

***акцентуаций характера***

***Заключение с. 26***

***Заключение.***

В своем реферате мы рассмотрели понятие акцентуаций и психопатий. Можно говорить о том что: имея сходные причины возникновения данные понятия отличаются друг от друга. Под акцентуацией характера понимается крайний вариант нормы, а под психопатией – аномалия характера. В отличии от психопатий акцентуации характера проявляются не постоянно, с годами могут существенно сглаживаться.

Наиболее ярко акцентуации характера и психопатии начинают проявляться в подростковом возрасте, так как происходит неравномерное развитие организма, становление внутреннего «Я».

Для больных психопатией часто свойственны формы девиантного поведения, как алкоголизм, наркомания и расстройство влечений, в первую очередь сексуальных.

.

##### 

«Клинико – психологическая

характеристика акцентуаций

и психопатий.

***Выполнил:***

***Проверила:*** .

2002г.