**Теория акцентуации характера личности**

**Акцентуации**

Ученые давно пытаются поделить людей на определенные группы, типы с точки зрения их психологических особенностей. Такие попытки имеют большое практическое значение, поскольку, отнеся человека к определенному типу, мы можем предположить наличие у него черт, свойственных всей типологической группе, и на этом основании прогнозировать его поведение в тех или иных ситуациях.

С этой точки зрения одной из наиболее распространенных типологий является теория акцентуации личности.

Акцентуация — это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим. Иными словами, акцентуация представляет собой вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии. Акцентуация - это целостная картина личности, это не просто случайный набор качеств. Но говоря об акцентуациях, психологи и даже психиатры не стремятся дать этим картинам оценку. Иметь те или иные акцентуации - не плохо и не хорошо - это просто то, с чем человек родился.

Автор концепции акцентуации — немецкий психиатр Карл Леонгард; он ввёл термин «акцентуированная личность». По К. Леонгарду акцентуации – это индивидуальные человеческие черты обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большей выраженности этих черт они накладывают отпечаток на личность как таковую и, наконец, могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, обозначаемые Леонгардом как акцентуированные, не являются патологическими.

Высокие показатели по отдельным акцентуациям могут со временем уменьшаться (особенно у взрослых), а могут оставаться практически неизменными на всю жизнь. В целом акцентуации не столь устойчивы, как темперамент, и больше зависят не от особенностей высшей нервной деятельности (хотя и эта связь очень прочно сохраняется), а от особенностей воспитания, общего воздействия среды, микроклимата в семье, школе, социальном окружении и т.д.

В чистом виде свойства конкретных акцентуаций присутствуют в человеке далеко не всегда, могут быть “доминантные” и “субдоминантные” акцентуации, они могут “накладываться” друг на друга.

Акцентуации бывают скрытыми и явными. Скрытые акцентуации сбалансированы и они есть практически у всех людей, и выявляются при помощи тестов и методик. При обострении ситуации скрытая акцентуация проявляется – это крайние варианты нормы. Причем важную роль играет направленность заостренной черты в социально-полезное русло или наоборот.

Распознание типа акцентуации (особенно у подростка) одна из самых важных задач. Тип акцентуации указывает на слабые места характера и позволяет предвидеть факторы, способные вызвать способы декомпенсации или психогенные реакции, ведущие к дезадаптации личности.

Акцентуации черт характера могут играть глобальную роль в положительном развитии личности, если их во время распознать и направить в нужное русло. В человеке нет ничего лишнего. В связи с этим мы рассмотрим существующие типы акцентуаций личности по К.Леонгарду и познакомимся с их особенностями.

1. ***Демонстративный тип***. Характеризуется повышенной демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, к авантюризму, артистизму, позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспосабливаемость к людям, эмоциональную лабильность. Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления.

2. ***Застревающий тип***. Его характеризует умеренная общительность, занудство, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен легко отходить от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

3. ***Педантичный тип***. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжелостью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив.

4. ***Возбудимый тип***. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив.

5. ***Гипертимный тип***. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и вместе с тем деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные.

6. ***Дистимический тип***. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни.

7. ***Тревожный тип***. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности.

8. ***Экзальтированный тип***. Яркая черта этого типа - способность восторгаться, восхищаться, а также улыбчивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

9. ***Эмотивный тип***. Этот тип родствен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная их черта - гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, они радуются чужим успехам. Впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди.

10. ***Циклотимный тип***. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные - подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми.

Таким образом, при проведении исследования акцентуированных черт появляется возможность проследить поведенческие черты, эмоциональные, ментальные, склонность делинквентному поведению, склонность к алкоголизму, риск возникновения психопатии, риск развития депрессии, социальную дезадаптацию, полоролевую дисгармонию, реакцию эмансипации, степень конформности (тенденция человека изменять свое поведение под влиянием других людей так, чтобы оно соответствовало мнениям окружающих).

**Патологические характеры**

Характер (от греч. harax — черта, примета, признак) — это сочетание наиболее устойчивых особенностей, существенных свойств личности, проявляющихся в поведении человека и определенном отношении его к окружающей действительности и к самому себе. Характер — это качество личности в целом. При этом «все черты характера являются чертами личности, но не все черты личности являются чертами характера» (К.К. Платонов).

Психопатии — это патологические характеры сформировавшиеся под влиянием различных неблагоприятных (врожденных или приобретенных) факторов на основе аномалий высшей нервной деятельности.

Выделение группы патологических характеров поначалу было обусловлено потребностями судебной практики, например при решении вопроса о вменяемости (середина XIX века). Большой вклад в учение об этом внесли отечественные ученые-психиатры И.М. Балинский (1827-1902), В.Х.Кандинский (1849-1899) и другие, которые рассматривали патологические характеры как стойкую аномалию личности. С.С.Корсаков характерным для патологического характера (психопатии) считал наличие дисгармонии душевного строя, обусловленной наследственностью, внутриутробной интоксикацией, инфекцией, травмой или неправильным воспитанием.

Стереотипизация реакций человека на те или иные значимые события приводит к формированию характерологических или патохарактерологических паттернов.

По мнению видного советского психолога А.Е. Личко, патологическая реакция отличается от вариантов нормального поведения следующими параметрами:

1. склонностью к генерализации, т.е. способностью возникать в самых различных 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 превышаемый той группой, к которой он принадлежит;

4. склонностью приводить к социальной дезадаптации.

Патохарактерологические реакции являются психогенными личностными реакциями. Эти реакции отличают от «характерологических» — непатологических нарушений поведения, которые проявляются только в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются сомато-вегетативными нарушениями. Патологические ситуационные (патохарактерологические) реакции чаще развиваются постепенно на основе психологических.

Под патохарактерологическим поведением понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе психического развития человека и его воспитания.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:

• генетические;

• органические;

• психосоциальные.

Генетические факторы определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности. В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами психосоциального развития личности — неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.

Психосоциальные факторы проявляются, в основном, ситуативно обусловленными патологическими нарушениями поведения: делинквентностью, побегами из дома, бродяжничеством, ранней алкоголизацией и употреблением других психоактивных веществ, суицидальным поведением, транзиторными сексуальными девиациями. Среди делинквентных подростков до 16 лет 71% алкоголизируются, 54% совершают побеги из дома; у 10% отмечаются сексуальные девиации, у 8% — суицидные попытки.

В зависимости от условий воспитания и обращения дети с разными генетическими и органическими предрасположенностями могут демонстрировать сходные модели проблемного поведения и социального взаимодействия. Обнаружение этого факта даже привело к тому, что одним из альтернативных терминов для обозначения психопатий некоторое время было словосочетание «социопатическая личность» (личность, имеющая нарушенные, неадаптивные coциальные связи).

**Классификация расстройств личности**

Разработка клинической классификации расстройств личности встречает серьезные препятствия. Они обусловлены прежде всего многообразием вариантов аномальных личностей и существованием многочисленных переходных типов, изучение и систематизация которых очень сложна. Трудности в дифференциации личностных аномалий зависят, образно говоря, "в большей мере от личности психиатра, нежели от личности больного". Одним полюсом психопатии примыкают к эндогенным психозам, а другим - к широкому кругу психогений. Такое положение нередко ведет к смешению различных принципов (клинического, психологического и социального) при создании систематики психопатических состояний.

*Классификация Кречмера*

В классификации E. Kretschmer (1930) все личностные аномалии объединены в две группы: шизоидов и циклоидов. Такое дихотомическое деление отражало принципиально иные позиции автора в классификации психопатий. Исходным пунктом этой классификации, построенной по принципу "движения от болезни к здоровью", явилось предложенное E. Kraepelin разделение эндогенных психозов на две полярные группы (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз). Суть получившей широкую известность психобиологической теории E. Kretschmer заключалась в следующем. Существуют биологические корреляции между эндогенными психозами и телесной конституцией. Среди больных шизофренией преобладают лица лептосомной, астенической, атлетической и диспластической конституции. При заболеваниях циркулярного круга преобладает пикническая конституция. По мнению E. Kretschmer, аналогичное распределение соматических конституциональных типов наблюдается и в двух группах патологических темпераментов (психопатий) - шизоидов и циклоидов. Шизоиды и циклоиды, по E. Kretschmer, - это личности, "колеблющиеся" между болезнью и здоровьем.

Циклоиды - простые натуры с непосредственным, естественным и непритворным чувством. Они общительны, приветливы, добродушны, веселы, в тоже время могут быть спокойными, грустными, мягкими. У шизоидов, по E. Kretschmer, различают "внешнюю сторону" и "глубину". Язвительная суровость или тупая угрюмость, колкая ирония, пугливость, молчаливая замкнутость - такова внешняя сторона шизоида. Что бы ни становилось содержанием их представлений - это никому недоступно, все это только для них одних.

В отечественной психиатрии, начиная с 30-х годов, наибольшее признание получила классификация П.Б. Ганнушкина (1933). П.Б. Ганнушкин выделил следующие типы психопатических личностей:

1. циклоиды,
2. астеники,
3. шизоиды,
4. параноики,
5. эпилептоиды
6. истерические характеры,
7. неустойчивые,
8. антисоциальные,
9. конституционально глупые.

В этой классификации лишь отчасти используется клинико-описательный критерий, ранее лежавший в основе классификаций E. Kraepelin и K. Schneider. Наряду с типами психопатий, выделенными на основании клинических и психологических особенностей (неустойчивые, астенические и др.), в классификации П.Б. Ганнушкина есть группа так называемых конституциональных предрасположений, или конституциональных психопатий (шизоиды, циклоиды, эпилептоиды и др.), соответствующих определенным психозам. По сравнению с систематикой E. Kretschmer классификация П.Б. Ганнушкина типологически значительно более дифференцирована. Кроме того, психопатические типы здесь приобрели большую клиническую определенность.

Общим в концепции конституциональных психопатических типов E. Kretschmer и П.Б. Ганнушкина является стремление сформировать типологию психопатий в соответствии со сходными по психопатологической структуре, но более резко очерченными болезненными состояниями, встречающимися при эндогенных психозах.

При общности подходов к типологии психопатий взгляды П.Б. Ганнушкина и E. Kretschmer на клинико-патогенетическое значение выделенных ими конституциональных типов существенно различаются. Если E. Kretschmer рассматривает шизоидную психопатию как один из начальных этапов психоза, то по П.Б. Ганнушкину усиление шизоидных черт может "доразвиться" до состояния, находящегося уже на рубеже между психическим здоровьем и болезнью. Вместе с тем такой аномальный склад личности, возникающий не вследствие внешних (болезненных, психогенных и т. д.) воздействий, а под влиянием иных (наследственность, конституция и др.) причин, может послужить почвой для развития психического заболевания. Однако такая психическая конституция не предопределяет возникновение психоза. Более того, в некоторых случаях эндогенные заболевания манифестируют у лиц без соответствующего предрасположения.

При дифференциации расстройств личности в качестве критерия используется и способ их формирования. Такой подход развивался О.В. Кербиковым и его школой. В рамках этого направления исследований выделяются две группы психопатий: конституциональные ("ядерные") и нажитые.

К *"ядерным" психопатиям* относят врожденные (в том числе генетически обусловленные) или сформировавшиеся в результате неблагоприятных воздействий во внутриутробном периоде аномалии личности.

*Группа нажитых* (приобретенных, реактивных) *психопатий* объединяет патологию характера, формирующуюся в детстве. В генезе личностных аномалий в этих случаях большое место занимают неблагоприятные социально-психологические факторы (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие материнской ласки либо, напротив, гиперопека, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей), которым не противостоят корригирующие воспитательные влияния.

Традиционно выделяемые в отечественной психиатрии клинические типы психопатий - шизоидный, психастенический, астенический, аффективный, параноический, истерический, возбудимый (эпилептоидный), неустойчивый, группа эмоционально тупых личностей в значительной мере сопоставимы с вариантами расстройств личности, представленными в МКБ-10.