

А. Е. Личко.

Психопатии и акцентуации характера у подростков.

Оглавление

Предисловие ко второму изданию.	2
Глава I. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте.	3
Разграничение психопатий по тяжести и акцентуации по выраженности.	5
Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения...	12
Особенности динамики психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте.	14
Глава II. Биологические и психологические основы нарушений поведения у подростков.	16
Биологические основы.	16
Акселерация и инфантилизм.	17
Социопсихологические особенности подросткового возраста как причины нарушений поведения.	18
Реакция эмансипации.	19
Реакция группирования со сверстниками.	19
Реакция увлечения — "хобби-реакция".	21
Реакции, обусловленные сексуальным влечением.	23
Детские поведенческие реакции в подростковом возрасте.	24
Особенности патологических реакций.	25
Глава III. Формы проявления нарушений поведения. Делинквентное поведение.	26
Побеги из дому и бродяжничество.	28
Ранняя алкоголизация как форма токсикоманического поведения.	30
Девииции сексуального поведения.	34
Суицидальное поведение.	36
Глава IV. Типы конституциональных психопатий и акцентуаций характера в подростковом возрасте.	39
Клиническая и психологическая диагностика типов психопатий и акцентуаций характера.	42
Гипертимный тип.	46
Циклоидный тип.	52
Лабильный тип.	54
Астеноневротический тип.	60
Сенситивный тип.	62
Психастенический тип.	66
Шизоидный тип.	69
Эпилептоидный тип.	75
Истероидный тип.	82
Неустойчивый тип.	87
Конформный тип.	91
Смешанные типы.	93
Глава V. Психопатические развития и виды неправильного воспитания. Основные критерии диагностики психопатических развитий.	95
Гипопротекция.	97
Доминирующая гиперпротекция.	98
Потворствующая гиперпротекция.	99
Эмоциональное отвержение.	101

Условия жестоких взаимоотношений.....	102
Повышенная моральная ответственность.....	104
Другие типы неправильного воспитания.....	104
Глава VI. Органические психопатии. Общие сведения и критерии диагностики.	105
Неустойчивый тип.	107
Эпилептоидный тип.....	108
Истероидный тип.....	110
Шизоидный тип.....	111
Глава VII. Психопатоподобные нарушения при шизофрении у подростков. Общие сведения.....	112
Психопатоподобная форма вялотекущей шизофрении.....	112
Психопатоподобные дебюты прогрессирующей шизофрении.....	120
Психопатоподобный тип ремиссии.....	121
Заключение.....	121

Предисловие ко второму изданию.

С момента выхода первого издания этой книги прошло шесть лет. За эти годы подростковая психиатрия как особая область получила широкое признание в нашей стране. В крупных психиатрических больницах одно за другим стали открываться специальные подростковые отделения, в психоневрологических диспансерах — подростковые кабинеты. Быстро возросло число публикаций по вопросам подростковой психиатрии. При этом широкий круг психопатических расстройств по-прежнему остается ее центральной проблемой.

Потребность в новом издании данной книги возникла не только в связи с тем, что первое издание (1977) сразу разошлось и не смогло удовлетворить растущего интереса к проблеме психопатических нарушений поведения в подростковом возрасте как у психиатров, так и у врачей других специальностей, а также среди представителей различных профессий, имеющих дело с подростками. Дело еще в том, что прошедшие несколько лет были годами быстрого развития и накопления знаний о специфике нервно-психических расстройств у подростков, особенно в области психопатий и психопатоподобных состояний. Это потребовало значительной переработки книги для второго издания — более третьей ее части написано заново.

Первое издание вышло 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 психопатий 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 акцентуаций 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 в психиатрии. Это побудило включить во второе издание новую главу о психопатоподобной вялотекущей шизофрении.

В последние годы стало особенно очевидным, что решающую роль в случаях психопатических развитии («патохарактерологических формирований») у подростков играет неправильное воспитание. Поэтому виды неправильного воспитания были поставлены во главе угла переработанной главы о психопатических развитиях у подростков.

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 расширена глава IV, где при описании основных типов психопатий и акцентуаций добавлены иллюстрации различных вариантов смешанных типов. В конце этой главы рассмотрена данная проблема в целом (типы промежуточные и «амальгамные»).

Переработана также глава о подростковых «поведенческих реакциях». Теперь она посвящена биологическим и социально-психологическим основам нарушений поведения.

Мы также сочли необходимым дать в первой главе четкое определение понятия «акцентуация характера», чтобы избежать его использования в качестве клинического диагноза.

В «Заключении» добавлена схема предлагаемых психотерапевтических программ при разных типах психопатий и акцентуаций характера. Литературный указатель дополнен работами последних лет.

Надеюсь, что второе издание — дополненное и переработанное — послужит полезным пособием всем, для кого важны проблемы подростковой психиатрии.

Автор

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

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

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

Относительная стабильность черт характера в этом возрасте является менее доступным для оценки психопатий ориентиром. Слишком короток бывает еще жизненный путь. Под «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 психопатий, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе — каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования. Шизоида можно увидеть с первых лет жизни — такие дети любят играть одни. Психастенические черты нередко расцветают

в первых классах школы, когда беззаботное детство сменяется требованиями к чувству ответственности. Неустойчивый тип выдает себя либо уже при поступлении в школу с необходимостью сменить удовольствие игр на регулярный учебный труд, либо с пубертатного периода, когда спонтанно складывающиеся группы сверстников позволяют вырваться из-под родительской опеки. Гипертимный тип становится особенно ярко выраженным с подросткового возраста. Циклоидность, особенно у девочек, может проявиться с начала полового созревания, но чаще она формируется позже, уже в молодые годы. Сенситивный тип складывается обычно лишь к 16—19 годам — в период вступления в самостоятельную жизнь с ее нагрузкой на межперсональные отношения. Паранойяльная психопатия крайне редко встречается у подростков, максимум ее развития, как известно, падает на 30—40 лет.

Третье — существуют некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте. С наступлением полового созревания наблюдавшиеся в детстве гипертимные черты характера могут смениться очевидной циклоидностью, недифференцированные невротические черты — психастеническим или сенситивным типом эмоциональная лабильность заслониться выраженной истероидностью, к гипертимности 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 психопатий обычно проходит через весь подростковый период. В силу только особенностей своего характера, а не из-за недостатка способностей подросток не удерживается ни в школе, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще только что поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей оказываются семейные отношения. Нарушается 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 психопатию как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы. Еще в 1886 г. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется. В 1894 г. бельгийский психиатр Dalemagne (цит. по О. В. Кербинову, 1961) выделил, наряду с «desequilibres», т. е. «неуравновешенными» (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. Leonhard (1968) — «акцентуированная личность». Это наименование подчеркивает, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии («предпсихопатии» по М. Tramer, 1949) и что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Личность — понятие более широкое, оно включает интеллект, способности, мировоззрение и т. п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое — уже при повзрослении. Именно типы характера, а не личности в целом описаны К. Leonhard, именно особенности характера отличают в его описаниях один тип от другого.

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

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

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

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

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

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

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

Разграничение психопатий по тяжести и акцентуации по выраженности.

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

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

Степень отклонений характера сама по себе трудно поддается количественной оценке. Последнюю доступнее осуществить по другим, зависящим от этих отклонений показателям (Личко А. Е., Александров Ар. А., 1973). К ним относятся: 1) тяжесть, продолжительность и частота декомпенсаций, фаз, психогенных реакций и, что особенно важно, соответствие их силе и особенностям вызвавших факторов; 2) степень тяжести крайних форм нарушений поведения; 3) оцениваемая в «длиннике» степень социальной (трудовой, семейной) дезадаптации; 4) степень правильности самооценки особенностей своего характера, критичности к своему поведению. При разных типах психопатий значение каждого из этих показателей будет иным, поэтому основываться следует на совокупной оценке по всем перечисленным критериям. Исходя из сказанного, нами было предложено выделить три степени тяжести психопатий и две степени акцентуаций характера. Описание каждой из них иллюстрируется примером, относящимся к одному и тому же (истероидному) типу характера.

Тяжелая психопатия (степень III). Компенсаторные механизмы крайне слабы, едва намечаются или бывают лишь парциальными, охватывая лишь часть психопатических особенностей, но зато достигая здесь такой гиперкомпенсации, что сами выступают уже как психопатические черты. Компенсации всегда неполные и непродолжительные. Декомпенсации легко возникают от незначительных причин и даже без видимого повода. На высоте декомпенсаций картина может достигать психотического уровня (тяжелые дисфории, депрессии, сумеречные состояния и др.). При тяжелой степени некоторых психопатий (шизоидной, психастенической и др.) нередко возникают диагностические сомнения — не являются ли данные случаи психопатоподобным дефектом при шизофрении или ее вялотекущей формой. Однако ни признаков процесса, ни четких указаний на перенесенный в прошлом шизофренический шуб обнаружить не 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.

Геннадий У., 18 лет. С 15 лет не работает и не учится, находится на иждивении у престарелой бабки. Отец — алкоголик, давно бросил семью. Мать также злоупотребляла алкоголем, умерла от отравления метиловым спиртом. Воспитывался бабушкой, которая всегда во всем ему потакала. С раннего детства непослушен и капризен. С 1-го класса школы обнаружились 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 сочинил истории о том, что его мать была из мести отравлена соседкой, что сам он около банка нашел крупную сумму потерянных денег, расписывал, как их тратил, как якобы путешествовал в Сочи; заявил, что дома у него тайный склад оружия и боеприпасов, собранных в местах бывших боев, что он помог милиции изловить бандитов и т. п. К своему поведению относился без критики: часть проступков отрицал, в части, как и в своем характере, не видел ничего особенного.

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

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный истероидно-неустойчивый тип. Имеется указание на возможность психопатии. Конформность — низкая (свойственно истероидному типу), реакция эмансипации — слабая. На склонность к делинквентности указывает определение неустойчивого типа. Отношение к алкоголизации —

неопределенное. По шкале субъективной оценки — самооценка неверная: достоверно выделяются черты конформного и гипертимного типа, отвергаются меланхолические и астеноневротические черты.

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

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

Выраженная психопатия (степень II). Компенсаторные механизмы нестойки, и в силу этого компенсации непродолжительны. Декомпенсации могут возникать от незначительных поводов. Тяжелые декомпенсации и серьезные нарушения поведения обычно все же следует за психическими травмами или возникают в трудных ситуациях. Социальная адаптация бывает неполной и нестойкой. Работу или учебу то бросают, то возобновляют. Способности остаются нереализованными. Отношения с родными полны конфликтов или отличаются патологической зависимостью. Самооценка черт характера и степень самокритичности весьма разнятся в зависимости от типа психопатий.

Алексей Б., 17 лет. Родился в асфиксии, беременность протекала с токсикозом и угрожающим выкидышем. В первые годы жизни развитие без отклонений. С детства склонен к фантазированию, упрям, непослушен. Родители — пожилые, оба педагоги, были неединодушны в воспитательных мерах, каждый стремился по-своему чрезмерно опекать сына. С 7 лет в ответ на нотации за непослушание стал убегать из 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. Начинать 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, выставлял напоказ некоторые отрицательные черты своего поведения, но отвергал истероидные черты. Строил нереальные планы о поступлении в вуз.

При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

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

Диагноз. Истероидная психопатия выраженной степени.

Катамнез. После выписки бросил и завод, и вечернюю школу. Окончил краткосрочные курсы кинодемонстраторов, но работать не стал. Поступил в медицинское училище, поначалу занимался с увлечением, но вскоре надоело, стал прогуливать и бездельничать. При угрозе 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 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.

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

Отец, увлеченный руководящей работой, сыном мало интересовался. С детства рос капризным, «за все брался и скоро остывал». В школьные годы обнаружил хорошие способности, но был неусидчив. Увлекался чтением фантастики. Охотно начал учиться игре на рояле, но затем бросил. Любил покрасоваться перед сверстниками, претендовал на роль заводилы. Летом после 8-го класса отрастил себе длинные волосы и, чтобы не стричься, как этого требовала школа, решил пойти в техникум. Выбрал техникум, трудный для поступления и со сложной программой учебы, но весьма престижный среди подростков. Прошел по конкурсу, но систематических занятий не выдержал — стал прогуливать, вместо техникума ходить в кино, был отчислен. Поступил учеником слесаря на завод, но работа не понравилась — «грязная», стал отлынивать, затем уволился с завода, заявив, что готовится поступать в техникум, но время проводил в веселых компаниях. Тянулся к бездельникам, собирающимся около гостиниц, выдавал себя за сына родителей, занимающих высокие посты. Стал увлекаться поп-музыкой, обнаружил здесь способности и знания. Собрал большую коллекцию фотографий современных зарубежных эстрадных ансамблей, знал их репертуар, разбирался в особенностях исполнительской техники. Завесил этими фотографиями все стены своей комнаты, которая стала местом паломничества новых приятелей и приятельниц. Охотно выступал в роли своеобразного гида в своем домашнем музее. Пытался изучать финский язык, чтобы «говорить с туристами», но вскоре тоже бросил — «надоело». Вступил в связь с девицей легкого поведения. Стал выпивать (немного хорошего вина, 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 неспособность к делинквентности и алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неверная: достоверно выделяются гипертимные черты, отвергаются черты астеноневротического типа.

Диагноз. Истероидная психопатия умеренной степени.

Катамнез. После выписки поступил учеником слесаря на другой завод, где в администрации работала его мать. Там полтора года терпели его прогулы и отлынивание от работы, затем уволили. На новую работу не поступил, «ждал призыва в армию», время проводил в компаниях, подражающих хиппи.

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

Никита Б., 18 лет. Отец оставил семью, когда сыну было 10 лет, и интереса к нему не проявлял. Мать — доцент-математик, тяжело больна полиартритом, многие годы прикована к постели, имеет инвалидность I группы. Дом ведет бабушка. С детства отличался капризами и эгоцентризмом. Требовал себе красивую одежду, презирал младшего брата за то, что тот помогал в домашнем хозяйстве. Был любимцем бабушки, которая тайком от матери давала ему деньги на сласти и развлечения. Учился хорошо, школьные годы прошли без нарушений поведения. Окончил 10 классов, пытался поступить на географический факультет университета, хвастался перед приятелями, что будет много 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. Сознал, что был обижен на мать, хотел избежать призыва в армию, чтобы «не терять там попусту время». Разволновался, когда узнал, что освобождение от службы в армии по причине психического расстройства, на которое он надеялся, неблагоприятно скажется на его высоких притязаниях в отношении своего будущего. Охотно согласился служить в армии.

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

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

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

Катамнез через год. Служит в армии.

Скрытая акцентуация. В обычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не видны совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа ярко выступают, 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.

Михаил Б., 16 лет. В семье конфликтные отношения между строгим отцом и бабушкой по матери, с детства балующей внука. Отца не любит, считает деспотом. Бабушку хотя и эксплуатирует, но старается «не замечать». Сильно привязан к матери, которую ревнует к отцу. Учится удовлетворительно, существенных нарушений поведения не было, но обнаруживает склонность к протестным реакциям. С 13 лет стал много курить, «назло отцу», который побил его за курение с приятелями. Отрастил длинные волосы, что раздражало отца. Когда учителя потребовали постричься — обрил голову наголо, чтобы «ходить по школе как уголовник, выпущенный из тюрьмы». Отношения с товарищами хорошие, с некоторыми учителями — конфликтные. Особенно ненавидит учительницу, которая перед всем классом назвала его второгодником (в 8-м классе он остался на второй год из-за нескольких обострений хронической пневмонии). После окончания школы хочет стать шофером междугородних 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 к 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 слишком 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 истероидных черт не обнаруживает. Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован истероидный тип. Отмечена склонность к диссимуляции черт характера и личностных отношений. Конформность умеренная, реакция эмансипации очень сильная (свойственно истероидному типу). Отмечена психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации, которые, учитывая определение истероидного типа и диссимуляции, могут носить демонстративный характер. По шкале субъективной оценки самооценка неверная: достоверно выделяются гипертимные черты, отвергаются черты меланхолические.

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

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

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

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

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

Степень тяжести или выраженности	Число случаев	Процент от общего числа (300)	Процент от числа	
			психопатий (174)	акцентуаций (126)
Психопатии:				
Тяжелые	36	12	20	

Выраженные	84	28	48	
Умеренные	54	18	32	
Всего	174	58	100	
Акцентуации:				
Явные	93	31		74
Скрытые	33	11		26
Всего	126	42		100

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

По мнению К. Leonhard (1968), в развитых странах «акцентуированные личности» составляют почти половину популяции. Может быть, это справедливо, если учитывать суммарно и явные, и скрытые акцентуации. Судить о частоте явных акцентуаций в популяции подростков довольно трудно. Массовые обследования возможны с помощью специального психологического метода — «Патохарактерологического диагностического опросника для подростков» — ПДО (1976) и его усовершенствованного варианта («Патохарактерологические исследования...», 1981). Этим методом 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 оказалось 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 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 математической школы	52	67
То же — английской школы	88	79
Арктическое морское училище	33	
Педагогическое училище, готовящее	-	35
Воспитателей детских садов		
Физкультурный техникум	68	58

Разграничение психопатий и психопатоподобных расстройств по причине возникновения.

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

В.М. Бехтерев (1886) полагал, что причиной могут быть как неблагоприятная наследственность, так и тяжелые нравственные условия, неправильное воспитание, дурной пример родителей, тяжкие общие заболевания. Однако большинство исследователей склонялись к эндогенной концепции происхождения психопатий (Koch J., 1891; Kraepelin E. 1915; Kretschmer E., 1921; Schneider K., 1923; Kahn E., 1928; Ганнушкин П. Б., 1933). Изменения характера под очевидным влиянием среды стали выделяться в особые формы, называемые «социопатией» (Ленц А. К., 1927), ситуационным развитием (Ганнушкин П. Б., 1933), псевдопсихопатией (Осипов В. П., 1936), реактивными изменениями характера (Сухарева Г. Е., 1969) и т. п.

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

Особую группу составляют изменения характера под влиянием пренатальных, 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, генуинные, «ядерные» психопатии. Решающей в происхождении является неблагоприятная наследственность. Иногда удается проследить один и тот же тип характера у кого-то из родителей, сиблингов или других кровных родственников. Чаще же 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 детства. Для каждого типа имеется свой критический возраст, на который обычно падает разворачивание 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 (Кербигов 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. Нарушения 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 явившейся 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 А. 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 В. А., Гиндикин В. Я., 1980). Наконец, существует особая форма — психопатоподобная вялотекущая (или медленнотекущая, 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., И. Кбина Н. 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 чувствуют 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 в целях «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 психопатий у подростков.

Эндогенные фазы у циклоидов начинаются обычно с половым созреванием или даже позднее. С того же возраста становятся особенно выраженными дисфории у эпилептоидов, 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 более 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 10000 женского пола (Чибисов Ю. К., 1977).

Акцентуации характера большинство типов (кроме паранойяльного и отчасти сенситивного) также именно в подростковом возрасте оказываются наиболее выраженными, 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 вовне. 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 пыльным 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. Кербинова (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 экстрапунитивными, интрапунитивными, импунитивными и демонстративными (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. Ё. 1974; Фелинская Н. И. 1979) — изучение возможных трансформаций типов психопатий 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 нарушений поведения у подростков.

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. Выделяется 7 видов нарушений поведения: гиперкинетическая реакция, реакция ухода («withdrawing»), судя по описанию — аутистического типа, реакция тревоги, реакция бегства («gipaway»), «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. Heuyer (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 других.

Известная в странах немецкого языка 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 видно на примере конституциональных психопатий. В определенной мере от типа психопатий 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.

Рез и дуальные органические поражения головного мозга, выраженные в незначительной степени («неврологическая микросимптоматика»; «минимальное мозговое поражение» американских авторов), в популяции достаточно распространены. При тщательном обследовании их удается 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 А. А. 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 психопатий, издавна привлекал внимание инфантилизм (см. обзор М. И. Буянова, 1971). Однако ставшая в последние десятилетия актуальной проблема нарушений 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 мн. др. 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 сравнению с когортой подростков 30-40-х годов все показатели окостенения скелета «помолодели» на 1-3 года (Пашкова В. А., 1973). Ускорились 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 А. 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 достаточно представленными. 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).

Социопсихологические особенности подросткового возраста как причины нарушений 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 независимостью, 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 придаетса 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», слагается 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 побег 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 А. 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 авторитетов» (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; Chauvin R., 1963). Разумеется, эта реакция у подростков разворачивается под действием социо-психологических 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 побег 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 физически 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 невозможно, тот же оценивает новичка прежде всего с точки зрения опасности заполучить сильного «анти-лидера». Обнаруживается склонность к внутри-групповому 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 разнополый и нестабильный — одни уходят, другие приходят. Жизнь такой группы минимально регламентирована, нет каких-либо четких требований, удовлетворение которым 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 алкоголю вспыхивает только когда подросток попадает в «свою» группу (Строгонов Ю. А., Капаназе 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 «адъютанта» — 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 эпилептоидного 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 дает 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 отличие 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 разобраться 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 удовольствие нередко доставляет не столько сам процесс занятий, сколько достигаемые результаты. К телесно-мануальным увлечениям особенно склонны бывают чувствительные 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 главарями в разных группах молодежи и при хорошей направленности интересов охотно занимаются полезной общественной деятельностью.

Накопительские 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 увлечений лежит склонность к накоплению материальных благ. Устойчивая страсть к коллекционированию часто сочетается с особой тщательностью и аккуратностью. Наиболее яркие случаи здесь принадлежат эпилептоидным подросткам.

Эгоцентрические 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 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.

Азартные 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.

Информативно-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, режиссерские книги того же содержания, многие часы перед телевизором составляют содержание этого рода увлечений. Контакт и знакомства предпочитают 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. З., Трифонов О. В., 1973; Личко А. Е., Рубина Л. П., 1974). Увлечения могут служить ключом для первого контакта при индивидуальной психотерапии (Личко А. Е., Богдановская Л. Б., Эйдемиллер Э. Г., 1973) или использоваться как самостоятельный психотерапевтический метод — хобби-терапия (Скроцкий 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, транзитный 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. Moll (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 скрываемых переживаний по поводу своей действительной или мнимой сексуальной неполноценности. Обычный онанизм легко обрывает у них комплекс 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. Heuyer, J. Dublineau, H. Joli, L. Michaux (цит. по L. Michaux, 1953). В нашей стране Г. Е. Сухарева (1959), О. В. Кербиков (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.

Реакция отказа (*démision*) от контактов, игр, от пищи чаще возникает у детей, внезапно оторванных от матерей, семьи, привычного места жизни (помещение в детское учреждение, 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.

Реакция оппозиции 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 сиблинга, 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 фоне истероидной акцентуации характера. В этих случаях реакция оппозиции может адресоваться не только родным, семье, но и воспитателям, школе. Михаил Б. (стр. 18) 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 побеги имеют целью либо избавиться от трудностей, либо привлечь к себе внимание. Убежав, часто держатся недалеко от дома, стараются попасть 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!»

Реакция имитации 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 способствовал 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.

Отрицательная имитация отмечена нами у подростков 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 сложила мать — одинокая женщина, отличавшаяся распущенной 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 избавиться от трудностей. Эта реакция ближе к борьбе за самостоятельность, теснее связана с реакцией эмансипации.

Реакция компенсации — желание свою слабость и неудачливость в одной области восполнить успехами в другой — свойственна как детям, так и 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, вынужденными 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 нарушений 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» 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 в «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 отдастся 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 неторопливая 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. Е., 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 Уголовным Кодексом СССР и союзных республик, 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 разбирательств 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. А. А. 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 покатайся, 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, эпилептоидный и истероидный (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 предподростковый 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 справедливости» 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* (24 th 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 на 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 из дому не сбежавших, но приходящих домой лишь для ночного сна, и то не всегда. Эти подростки вовсе не считают свое положение 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 побеги. Эти побеги 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 побеги 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 свойствен психопатиям и акцентуациям характера гипертимного и неустойчивого типов. Пример эмансипационного побега дан на стр. 192 (Дмитрий А.).

Импунитивные побеги (от англ. *impunity* — безнаказанность). Этот вид побегов составил 26 %. Чаще всего первые побеги 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 побеги 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., Чомалян Э. А., 1981) относится именно к импунитивному их типу. Однако повторные побеги становятся стереотипной поведенческой реакцией 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, протеснение на учебу или на работу с общением 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 психопатий и акцентуаций такие побеги встречались в единичных случаях. У неустойчивых первый побег нередко бывает импунитивным, но последующие быстро становятся эмансипационными. Пример импунитивных побегов у подростков лабильно-сенситивного типа см. на стр. 196 (Анатолий П.).

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. Пример демонстративного побега см. на стр. 14 (Алексей Б.).

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», садомазохистическими 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 у бежал в 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, туг 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, приятелей не имеет.

В психиатрической клинике 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 влечений 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 доколе ощущения и переживания вплоть до галлюцинаций. 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.Е. и др., 1978)

В последние годы в западных странах, где раньше свирепствовала эпидемия подростковых наркоманий, алкоголь как будто стал постепенно теснить наркотики. Во всяком случае актуальность алкоголизации подростков стала несомненно расти (Строгонов Ю. А., 1981)

Токсикоманическое поведение еще не свидетельствует о формировании токсикомании, в частности алкогольной. Последней присуще появление сперва психической, а затем 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. Строгоновым и В. 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 прекращает 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 алкоголизирующейся компании. Неалкогольные дурманные 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), имеют 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 26 % — 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 черт этого типа. Вино рассматривается ими как необходимый атрибут культа развлечений. 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 ангиной. Воспитание было необычайно нежным, ласковым 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 выпивку, 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 имеет. Соглашайся где-нибудь работать, «раз надо». Лечился 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.

Катамнез через 2 года. После проведенного противоалкогольного лечения окончил ПТУ, работал слесарем. Через полгода снова попал в алкогольную компанию и стал выпивать. За избиение 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. Опьянение у них обычно не дает легких и приятных эйфории. Нередко оно протекает по дисфорическому типу, сопровождаясь злобностью, агрессией, дикими разрушительными действиями, попытками самокалечения или поступками, свидетельствующими о растормаживании перверзных влечений. После первых опьянений 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 вину.

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

Николай 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 непроизвольная 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 опохмеляться 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 подбодрен, благодарит заранее за «лечение».

При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений. После инъекции апоморфина — гипертонический криз. Было проведено лечение тетурамом 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 эпилептоидный тип. Обнаружены признаки, указывающие на возможность психопатии. Установлен высокий В-индекс, указывающий на возможность изменений характера вследствие резидуально-органического 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 ехал на лето со строительным молодежным отрядом, хорошо работал, был бригадиром, упорно отказывался от выпивок, увлекся игрой на гитаре, организовал самодеятельный 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 у 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 стать 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. 176).

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

Актуальным для подросткового возраста является не алкоголизм, а склонность к алкоголизации. Ее выявление, установление 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 психопатий и акцентуаций 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 в психологической склонности к алкоголизации у подростков с разными типами психопатий и акцентуаций характера.

Средний балл для разных типов акцентуаций оказался следующим:

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

Средняя 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 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.

Девииции 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 депрессивной 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 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 (см. стр. 64 — Николай К.).

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 сексопатология, 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 (см. стр. 192 — Дмитрий А.). Этому способствует как рано пробуждающееся 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 —

понууждением 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. Моль (1893). В отличие 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 ситуаций, 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.

Примером транзиторного подросткового гомосексуализма может послужить поведение Николая К. (см. стр. 64), становления истинного гомосексуализма в подростковом возрасте — Анатолия П. (см. стр. 196).

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 психопатий и акцентуаций 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 E. 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, суицидные попытки более часты у мальчиков (Michaux L, 1953), по другим — у девочек («Otto U., 1972»).

Во Франции 0,4 % подростковой популяции совершают суицидные 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., Zemek P., 1978).

Суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема «пограничной психиатрии», т. е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации 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 ближним 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 А. А. 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, обдуманым 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 он посчитал несколько таблеток «верным средством».

Известным французским детским психиатром L. Michaux (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 акцентуаций 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, наказаний 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. Примером могут послужить демонстративные сцены, разыгранные Алексеем Б. (стр. 14) и Никитой Б. (стр. 17).

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 в 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 большой 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 разворачивающемся на фоне аффекта — аффективная демонстрация (см. Владимир Б., стр. 113). В других случаях аффективная суицидная попытка может быть обрамлена демонстративными действиями, желанием, чтобы смерть «произвела впечатление» (см. Михаил Б., стр. 18). Наконец, истинное покушение на самоубийство может совершаться также на высоте аффективной реакции интрапунитивного типа (см. Александр О., стр. 127).

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 суицидным действиям «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 (см. Юрий П., стр. 103).

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 утрату 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 (см. Анатолий П., стр. 196). Стыд из-за раскрывшейся мастурбации, обнаружившейсябеременности, 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 «любовные» — 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 поведения 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 немаловажную 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 направление 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 разводов. 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 отличаются 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.

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

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 группировки типов психопатий можно разделить на два направления.

Первое из них основывалось на клинико-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 систематики 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 соответственно 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 разнообразие 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 (см. «Заключение»).

Среди классификаций типов психопатий (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, астеноневротический, 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:

Тип акцентуированной личности по К. Leonhard (1976)	Тип акцентуации характера по нашей классификации
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
	Астеноневротический

В классификации К. Leonhard отсутствуют довольно распространенные в подростковом возрасте неустойчивый и конформный типы, а также астеноневротический 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) астеноневротический, 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).

Астеноневротический 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)	популяция здоровых — учащихся ПТУ (374)
Гипертимный (включая гипертимно-неустойчивый и гипертимно-истероидный)	10	13	8
Циклоидный	0	2	3
Лабильный	2	11	0
Астеноневротический	1	4	0

Сенситивный (включая сенситивно-лабильный)	4	8	4
Психастенический	2	2	1
Шизоидный (включая шизоидно-истероидный, шизоидно-эпилептоидный, 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 дурмнящими 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 связанных с ними психических травм, самооценки своей привлекательности, начала половой жизни и скрытых опасений по поводу своей сексуальной неполноценности.

Раскрытие сексуальных переживаний и подтверждение суицидных 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 делинквентных 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. Н., 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 озабоченность 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. Образующие 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 говорят 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 и 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 психопатий и акцентуаций 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 психопатий и акцентуаций характера. Полное совпадение оценки у всех участников было в 45 %, у большинства в 47 %, значительные расхождения между участниками оценки — в 8 %. Особенно трудными для клинической оценки оказались различия между типами гипертимным и неустойчивым, между истероидным и неустойчивым, 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 квантифицировать полученные результаты, определить уровень их достоверности и значимости.

Современная экспериментальная психология не слишком богата методами оценки типов характера. Определенное впечатление о них предназначены дать некоторые личностные опросники — MMPI, опросник Айзенка, опросник Н. Schmischek 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 психопатий и акцентуаций характера к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста. В эти наборы были включены также фразы индифферентные, не имеющие диагностического значения. 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, В. Н. Мясищевым (цит. по А. 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 квантифицировать 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), психологическую 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 Н. 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 представителей 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 откровенность — 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 «конституционально-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» (Кербинов 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 «нахватают»

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, агрессии. Причиной негодования обычно служат противодействие со стороны окружающих, стремление со стороны последних слишком круто подавить желания 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, лишенные общества, широких контактов со сверстниками, возможности куда-нибудь применить брызжущую 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, в 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, непрестанные 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 установленными режимом и дисциплиной. Как правило, обнаруживается склонность к самовольным 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 неустойчивость, способность не теряться в незнакомых местах и необычных ситуациях, быстро устанавливая контакты с незнакомыми, ловчить и изворачиваться при трудностях. Отношение к правилам и законам менее претерпевает влияния 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 сверстников 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 сверстников, 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 грозную 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 дурманящим средствам, особенно к «модным» суррогатам, успокаивая себя мыслью, что «алкоголиком или наркоманом от этого не станешь». И, действительно, они долго удерживаются на уровне «групповой психической зависимости» (Строгонов Ю. А. Капанадзе В. Г., 1978), не достигающем степени токсикомании, как в отношении алкоголя, так и других дурманящих 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. Онанизм, 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 поведении 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 акцентуации 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 в 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 часто — она встречается в 8 % у подростков мужского и 3 % женского пола (Иванов Н. Я., 1976).

Андрей 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 утешился, 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 опекал 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 проявлений 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 с головой 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, сознался, 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 психопатии, 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 астеноневротические

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 психопатического развития. 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, зачинателя самых рискованных авантур. В психопатизации по гипертимно-неустойчивому типу решающую роль обычно играет семья. Как гипоопека, безнадзорность, так и доминирующая гиперпротекция, 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 в 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 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).

Владимир 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, снисходительный, добродушный. 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. Попал 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 случайно был разоблачен. Продолжал знакомство с ними стал выпивать, прогуливать уроки. Чтобы достать денег на выпивки, 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 ехал 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 удовлетворительная: достоверно выделяются гипертимные и неустойчивые черты, отвергаются черты сенситивного и эпилептоидного типов.

Диагноз. Психически здоров. Нарушения поведения на фоне акцентуации характера по гипертимно-истероидному типу.

Катмнез 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 агрессивного типа, но возможна и 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.

Михаил, 15 лет. Отец и мать в разводе — оба страдают алкоголизмом. До 7 лет воспитывался в деревне у бабушки с дедушкой 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 и, 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 товарищем. 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 встречается, 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 гипертимно-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 после-подростковом 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 Е. Kretschmer и сперва часто упоминался в психиатрических исследованиях. П. Б. Ганнушкин (1933) включил в «группу циклоидов» четыре типа психопатий — конституционально-депрессивный, конституционально-возбужденный (гипертимный), циклотимический и эмотивно-лабильный. Циклотимия им рассматривалась как тип психопатии. Однако в дальнейшем под этим понятием стали подразумевать относительно легкие случаи маниакально-депрессивного психоза, а существование циклоидное™ 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 непсихотические циклотимические колебания у подростков, которые с наступлением зрелости могут вообще сгладиться. Подобные случаи, с нашей точки зрения, правильнее было бы рассматривать как циклоидные акцентуации.

Наши с С. Д. Озерецковским (Личко А. Е., Озерецковский 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 приобретает 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.

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

Последние несколько недель изменился. Без причины ухудшилось настроение, «напала какая-то хандра», все стало валиться из рук, учиться стал 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, но 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 огрызнулся, 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 в первые 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 эти 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 намерстывает 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. Строгонова (1972), иногда лишь обычно несвойственные рискованные шутки над старшими да стремление везде и всюду острить 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 (Строгонов Ю. А., 1973) Резкое изменение характера учебного процесса!, обманчивая легкость первых студенческих дней, отсутствие 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.

Валерий 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 происшедшее. 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, помирился с ней. Два дня был «подъем» — 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 сопереживания.

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 за наличие 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 на фоне 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 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» периодов. 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 удается 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» (Schneider K., 1923), «реактивно-лабильный», или «эмотивно-лабильный» (Ганнушкин П. Б., 1933), «эмотивный», «сверхподвижный» (Leonhard K., 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, на которой могут формироваться разные типы психопатий (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, пиелоститы, 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, нектати 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 расцветается 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 уметь откликнуться на радость и веселье, удовлетворить потребность сопереживания.

Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, 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, реактивным 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 общения.

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 в слабых сторонах своей натуры, они не пытаются что-либо скрыть или затушевать, а как бы предлагают окружающим 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 стороны 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 это г 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 парадной. На помещение в детскую психиатрическую больницу сперва реагировал непрекращающимся 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 в школе. Если днем случится что-либо неприятное, то вечером долго не может уснуть. Учиться любит, особенно нравится 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 эмоциональной 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.

Александр М., 15 лет. Рос без отца в дружной семье с матерью, теткой и бабушкой. В детстве часто болел «простудами», отличался «нервностью». С первых школьных лет при вполне удовлетворительных 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 на 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, в 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 по 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 грацильного 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. Признаков, 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 сочетанием двух типов, так и следствием психопатического развития при воспитании лабильного подростка в системе потворствующей гиперпротекции (см. гл. V). Истероидный эгоцентризм здесь

оборачивается более эгоистическим требованием беспредельной любви к себе и забот со стороны эмоционально-значимых лиц, чем жадной 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 аффективные реакции и реактивные состояния приобретают отчетливую истерическую окраску.

Владимир 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 начал бегать из дому. Побегі обставлял так, чтобы его искали и вернули. 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 достоверно 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.

Павел З., 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 в

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, любит 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.

Павел 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, реакция 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.

Катмнез через год. В обычной школе учиться не смог. Окончил 8 классов вечерней школы, которую посещал нерегулярно, но успевал, занимаясь 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 в 8 % у подростков мужского (см. табл. 3) и в 12 % у подростков женского пола (Патохарактерологические исследования..., 1981).

Астеноневротический тип.

Этот тип является той точкой, где области психопатий и неврозов соприкасаются особенно тесно. Нет нужды доказывать, что лица, склонные к невротическим реакциям, обладают особым складом характера. Поэтому астеноневротический тип правомерно рассматривать как одну из разновидностей акцентуаций, которая благоприятствует невротическим реакциям, особенно невротического круга. На основе этой акцентуации может начаться «невроз развития» (Мясищев В. Н., 1960) или, точнее невротическое развитие (Кербиков О. В., 1961; Ушаков Г. К., 1978; Ковалев В. В., 1979; Карвасарский Б. Д., 1980). По О. В. Кербикову (1961), критериями для разграничения невротических развитии 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 и психопатиями.

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

Подростки астеноневротического 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, астеноневротическая акцентуация выявляется в 11 -13 %, хронической неспецифической пневмонией — до 25 % (Иванов Н. Я., Шестакова Г. Ю., Янина С. К., 1980). Однако возникающие нарушения обычно не требуют вмешательства психиатра, и такие подростки остаются под наблюдением терапевта или невропатолога.

При астеноневротической 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 астеноневротическую 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 астеноневротической 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 в 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 астеноневротической 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.

Сергей 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 заболело 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 дома из-за боли в сердце. Был отправлен в санаторий — там хорошо себя чувствовал, боли прошли, в санаторной школе окончил 8-й класс. В 14 лет — бурное 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 боли 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, раздражителен. Родных на свиданиях допекал жалобами, уверял, что он тяжело болен.

В клинике у больного были обнаружены приступы дизэнцефальной 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 астеноневротического 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 подмечено, что за всем этим лежит резко выраженное чувство «собственной недостаточности». Позднее, пытаясь разделить человечество на шизоидов и циклоидов, 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. Б., 1933) и, наконец, считать сенситивный тип характера совершенно особым (Schneider 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 тип 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 свойственные 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 стесняются 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 укоры в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписываются также собственное слабоволие, 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 сенситивные 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 сенситивных мальчиков на занятия силовыми видами спорта — борьбой, гантельной гимнастикой и т. п. Так, например, 16-летний юноша, тихий и робкий, почти все свободное время проводил на парашютной вышке, прыгая по несколько 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 эмансипации, получает мало внешних проявлений. В отличие от шизоидов, сенситивные 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 (Скроцкий 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, лепкой, 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 поразительных результатов. Даже реальные успехи самими подростками оцениваются весьма скромно.

Увлечения, связанные с реакцией гиперкомпенсации, чаще всего принадлежат 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 оказывается 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, сенситивные подростки умалчивание или отказ отвечать на расспросы предпочитают неправде.

Ахиллесовой пятой сенситивного 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 сенситивному подростку на улице пристал пьяный мужчина, обоих отвели в милицию, подростка тотчас же отпустили, по «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 сенситивная 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 сенситивных подростков в их семьях неоднократно встречались бредовые больные или паранойяльные психопаты, которые предъявляли подросткам вздорные обвинения, позорящие этих подростков. Мать 16-летнего сенситивного юноши, страдавшая инволюционным параноидом, корила его в том, что он якобы сожительствоет 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 бабке, подозрительной и всюду видевшей разврат, воспитание их 15-летней дочки. Увидев внучку на улице с одноклассником, возвращавшимися из школы, эта бабка 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.

Александр 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 сожительствоет 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 в 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 о 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 зачарованный, 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 астеноневротическими 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 субъективной 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.

Катамнез 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 эндо-реактивных психозов (эндореактивной пубертатной анорексии, подростковой дисморфомании). По-видимому, сенситивная акцентуация сопряжена с более высоким риском заболевания прогрессивной шизофренией (Личко А. 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 шизоидизации 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 положении «Золушки». При психопатическом развитии тяжелые декомпенсации обычно развиваются лишь в возрасте 16-18 лет — при вступлении в самостоятельную жизнь с ее нагрузками на интерперсональные отношения.

Среди госпитализированных в психиатрическую клинику подростков мужского пола сенситивный тип был определен в 4 % психопатий и в 8 % случаев, расцененных 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 Н. Я., Шестакова Г. Ю., Янина С. К., 1980).

Психастенический тип.

Этот тип, так же как астеноневротический, 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 заботами — 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 — в 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 в 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 астеноневротического и сенситивного типов. Если астеноневротическому 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 непоправимого, 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 ЕСС 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 все 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 не 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 копании 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 хобби. 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, истероидные).

Юрий 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 появились 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 получить 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, но близкого друга найти не мог. Был влюблен в одноклассницу, но старался никак не показать свои чувства. Иногда даже нарочито пренебрегал общением с ней. Увлекался чтением классической литературы, любил слушать классическую музыку.

В 15 лет сам попросил мать отвести его к психиатру, чтобы избавиться от мучивших его навязчивостей 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 и 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 невротоподобной 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. Kretschmer (1921). Иные наименования этого типа характера: «странные и чудаки» (Краепелин Е., 1915), «патологически замкнутые», «аутистические психопаты» (Asperger 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. Asperger (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 молча 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 (Мазаева Н. А., 1974). Надо иметь в виду малую точность анамнеза как метода для ретроспективной 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 выступают 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 завязать приятельские отношения, мимозоподобная чувствительность в моменты их поиска, быстрая истощаемость в контакте («не знаю, о чем говорить») нередко побуждает таких подростков к еще большему уходу в себя.

Недостаток интуиции проявляется отсутствием «непосредственного чутья действительности» (Ганнушкин П. Б., 1933), неумением проникнуть в чужие переживания, угадать желания других, почувствовать неприязненное отношение к себе или, наоборот, симпатию и расположение, уловить тот 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 обуславливают, 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 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 импонирующими 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. Kretschmer (1921) о подобию их «лишенным украшений римским виллам, ставни которых закрыты 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, 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 переживаний и мотивов — оставалось скрытым. Некоторые выходы

действительно носят печать чудачества, но, в отличие от истероидов, они вовсе не представляют собой спектакля, разыгрываемого с целью привлечь к себе всеобщее внимание. Реакция эмансипации нередко проявляется весьма своеобразно. Шизоидный подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному распорядку жизни, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, фантазий, увлечений. Вместе с тем реакция эмансипации может легко оборачиваться социальной неконформностью — негодованием по поводу существующих правил и порядков, насмешек над распространенными идеалами, интересами, злопыхательством по поводу «отсутствия свободы». Подобного рода суждения могут долго и скрытно вынашиваться и неожиданно для окружающих реализоваться в публичных выступлениях или решительных действиях. Зачастую поражает прямолинейная критика других лиц без учета ее последствий для самого себя. При обследовании с помощью ПДО нередко проявляются и низкая конформность, и сильная реакция эмансипации.

Реакция группирования внешне выражена довольно слабо. Как правило, шизоидные подростки стоят особняком от компаний сверстников. Их замкнутость затрудняет вступление в группу, а их неподатливость общему влиянию, общей атмосфере, их неконформность не позволяет ни слиться с группой, ни подчиниться ей. Попав же в подростковую группу, нередко случайно, они всегда остаются в ней на особом положении. Иногда они подвергаются насмешкам и даже жестоким преследованиям со стороны других подростков, иногда же благодаря своей независимости, холодной сдержанности, неожиданному умению постоять за себя они внушают уважение и заставляют соблюдать дистанцию. Но успех в группе сверстников может оказаться одним из сокровенных желаний шизоидного подростка. В своих фантазиях он творит подобные группы, где занимает положение вождя и любимца, где чувствует себя свободно и легко и получает те эмоциональные контакты, которых ему недостает в реальной жизни.

Увлечения у шизоидных подростков обычно выступают ярче, чем все другие поведенческие реакции этого возраста. Увлечения нередко отличаются силой, устойчивостью и необычностью. Чаще всего приходится встречать интеллектуально-эстетические хобби. Большинство шизоидных подростков любят чтение, книги поглощают запоем, чтение предпочитают другим развлечениям. Выбор для чтения может быть строго избирательным — только определенный жанр литературы, только определенная эпоха из истории, определенное течение в философии и т. п. Ю. А. Скороцкий (1980) отметил пристрастие к изучению биографий. Вообще в интеллектуально-эстетических хобби поражает прихотливость выбора предмета. У современных подростков приходилось встречать увлечение санскритом, китайскими иероглифами, срисовыванием порталов соборов и церквей, генеалогией царского дома Романовых, сопоставлением конституций разных государств и разных времен и т. д. Все это никогда не делается напоказ, а только для себя. Увлечениями делятся с немногими, если встречают искренний интерес и понимание собеседника. Часто увлечения таят, боясь непонимания и насмешек. При менее высоком уровне интеллекта дело может сводиться к менее изысканным, но не менее странным увлечениям. Коллекции шизоидных подростков, иногда уникальные, иногда поражающие своей никчемностью, также более скупают цели изолированных интеллектуальных или эстетических потребностей, чем просто жажда накопительства. Один подросток, например, собирал дуплеты из открыток с репродукциями картин известных художников и почтовых марок с изображением тех же картин.

На втором месте стоят хобби мануально-телесного типа. Неуклюжесть, неловкость, негармоничность моторики, нередко приписываемая шизоидам, встречается далеко не всегда, а упорное стремление к телесному совершенствованию может сгладить эти недостатки. Систематические занятия гимнастикой, плаванием, езда на велосипеде, упражнения йогов обычно сочетаются с отсутствием интереса к коллективным спортивным играм. Место увлечений могут занимать одиночные многочасовые пешие или велосипедные прогулки. Некоторым шизоидам хорошо даются тонкие ручные навыки: прикладное искусство, игра на музыкальных инструментах — все это также может составить предмет увлечений.

Реакции, связанные с формирующимся половым влечением, на первый взгляд, могут как будто совсем не проявляться. Внешняя «асексуальность», демонстративное презрение к вопросам половой жизни нередко сочетается с упорным онанизмом и богатыми эротическими фантазиями. Эти фантазии питаются случайными сведениями и легко включают перверзные компоненты. Болезненно чувствительные в компании, неспособные на флирт и ухаживание и не умеющие добиться сексуальной близости в ситуации, где она возможна, шизоидные подростки могут неожиданно для других обнаружить сексуальную активность в самых грубых и противозаконных формах — часами сторожить, чтобы подглядеть чьи-то обнаженные гениталии, эксгибиционировать перед малышами, онанировать под чужими окнами, откуда на них смотрят, вступать в связь со случайными встречными, назначать свидания по телефону незнакомым людям «на один раз». Свою сексуальную жизнь и сексуальные фантазии шизоидные подростки глубоко таят. Даже когда их поступки обнаруживаются, они стараются не раскрывать мотивов и переживаний.

Алкоголизация среди шизоидных подростков встречается довольно редко. Большинство из них не любят спиртные напитки. Опьянение не вызывает у них выраженной эйфории. Уговорам товарищей, питейной атмосфере компаний они легко противостоят. Однако некоторые из них находят, что небольшие дозы алкоголя, не вызывая эйфории, могут облегчить установление контактов, устраняют затруднения и чувство неестественности при общении. Тогда легко образуется особого рода психическая зависимость — стремление регулярно использовать небольшие дозы алкогольных напитков, часто крепких, с целью «побороть застенчивость» и облегчить контакты. Употребление алкоголя в качестве подобного «коммуникативного допинга» может осуществляться как с приятелями, так и в одиночку. Например, 15-летний шизоидный подросток тайком хранил в своей постели бутылку коньяка и каждое утро прикладывался к ней, чтобы «свободно чувствовать себя в школе».

Не меньшую угрозу, чем алкоголь, для шизоидных подростков представляют другие дурманные вещества. Некоторые из них, особенно летучие, «лжут воду на мельницу» шизоидных фантазий, делая их более чувственными и красочными.

Суицидальное поведение шизоидам не свойственно — шизоидность, видимо, не располагает к подобному способу решения жизненных трудностей. Демонстративные суицидные попытки (Леденев Б. А., 1981) бывают при смешанном шизоидно-истероидном типе. На психические травмы, конфликтные ситуации, положения, где к шизоидной личности предъявляются непосильные для нее требования, реакция проявляется еще большим уходом в себя, в свой внутренний мир глубоко затаенных фантазий. Другим проявлением подобной же реакции шизоидного подростка может быть усиленное сосредоточение на каком-либо увлечении, притом в обстановке, которая для этого окружающим кажется совершенно неподходящей. Например, 17-летний подросток, ухаживая за умирающей от рака матерью и буквально не отходящий от ее постели, тут же около нее изучал по самоучителю итальянский язык. Та же реакция на трудности может выявляться неожиданными, вычурными, порою жестокими поступками. Острые аффективные реакции у шизоидных подростков чаще всего бывают импунитивного (бегство из аффектогенной ситуации) или экстрапунитивного типа.

Делинквентность при шизоидном типе характера встречается нечасто, при этом в самом делинквентном поведении явственно выступают шизоидные черты. Обследуя подростков-беспризорников 20-х годов, Н. И. Озерский (1932) отметил, что шизоиды предпочитают воровать в одиночку, выбирают воровскую «профессию», требующую искусных навыков (например, кража денег из внутренних карманов или умение влезть в квартиру через форточку). Шизоидные подростки, не будучи склонны к групповой делинквентности, могут совершать серьезные правонарушения «во имя группы», желая, чтобы «группа признала своим». В одиночку также совершаются сексуальные правонарушения (экспозиционизм, развратные действия над малолетними, сексуальная агрессия). Кражи могут носить особый характер (во имя «восстановления справедливости», хищение уникальных предметов для восполнения недостающего в собираемой коллекции и т. п.). Иногда делинквентному поведению и серьезным правонарушениям предшествует прием небольшой дозы алкоголя в качестве «допинга», но настоящего алкогольного опьянения не бывает.

По наблюдению нашего сотрудника А. А. Вдовиченко, шизоидные подростки, склонные к делинквентности, попадали в поле зрения милиции гораздо позже, чем делинквентные подростки с другими типами акцентуации характера. Они действовали в одиночку, умели скрывать свои поступки, не искали сообщников, хорошо обдумывали свои действия. Кражи предпочитали совершать при помощи собственноручно изготовленных отмычек, искусного выпиливания дверных замков и тому подобных «приемов».

Самооценка шизоидов отличается признанием того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих. Отношение к другим проблемам оценивается гораздо хуже.

Противоречивости своего поведения шизоиды нередко не замечают или не придают этому значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность.

Соматические признаки, которые со времен Е. Kretschmer (1921) считаются свойственными шизоидам (астеническое телосложение, дряблая мускулатура, сутулая фигура, длинные ноги и высокий таз, слабо развитые гениталии, угловатость движений) у современных подростков можно видеть далеко не всегда. Акселерация развития и связанные с ней эндокринные сдвиги могут искажать эти черты, обуславливая, например, избыточную полноту или раннее и сильное сексуальное развитие.

С момента описания шизоидной психопатии было обращено внимание на ее сходство с некоторыми формами шизофрении, в частности с вялотекущей ее формой и с картиной дефекта после перенесенного шизофренического приступа. Это дало основание некоторым авторам вообще усомниться в существовании шизоидной психопатии как конституциональной аномалии

характера, а все, что описывалось под ее названием, трактовать как дефект после приступа шизофрении, прошедшего незамеченным или случившегося в раннем детстве, или как «латентную» шизофрению. В итоге в прошлые десятилетия был период, когда шизоидная психопатия почти перестала диагностироваться и ее выраженные случаи стали рассматриваться как вялотекущая шизофрения, а шизоидные акцентуации с хорошей социальной адаптацией служили поводом для подозрений в отношении «латентной шизофрении». Со второй половины 70-х годов положение изменилось, и шизоидный тип характера как вариант конституциональной аномалии вновь получил признание.

Подростковый возраст создает особые трудности для дифференциальной диагностики шизоидной психопатии и вялотекущей шизофрении. Пубертатное заострение шизоидной психопатии может быть принято за начавшийся процесс или за новый «шуб», и, наоборот, дебют шизофрении может маскироваться подростковыми нарушениями поведения. Подробнее эта проблема рассматривается в гл. VII.

При психопатии все основные признаки шизоидности: замкнутость, отгороженность от людей, недостаток интуиции и сопереживания, уход в мир фантазий и увлечений — достигают крайности. Однако при умеренной степени шизоидной психопатии довольно часто обнаруживается возможность удовлетворительной адаптации, но в жестко ограниченных рамках. В этих условиях в узкой области могут даже достигаться значительные успехи (например, в области некоторых точных наук, занятиях прикладным искусством, игре в шахматы и т. п.), но при этом в обыденной жизни может обнаруживаться удивительная неприспособленность. При тяжелой психопатии дезадаптация иногда проявляется в стремлении полностью отгородиться от людей и жить только в своем фантастическом мире.

Владимир Б., 14 лет. Единственный сын с дружной интеллигентной семье. С детства замкнут, не любил шумных игр, в детском саду всегда играл один в стороне от ребят или внимательно наблюдал, как играют другие дети. В школу пошел неохотно, в первые месяцы учебы появились тики. Когда привык к классу и учительнице, тики прошли. Учился удовлетворительно. Имел одного товарища, но близкой дружбы не было. С первых классов школы жил увлечениями. Собрал большую коллекцию бабочек, затем мастерил самострелы, игрушечные лодки с моторчиками, паровой двигатель. Расспрашивал своего отца — инженера по профессии — об устройстве разных машин. Любил размышлять над возможностями разных изобретений.

В 12 лет родители отправили его в пионерский лагерь. Через несколько дней оттуда сбежал. Трое суток один шел лесом в город домой («не было денег на поезд»). Питался ягодами, один ночевал в лесу, обходил поселки, боясь, что его ищут и вернут обратно. В лагере воспитатели побег считали беспричинным — ни ссор, ни наказаний не было, убежал после того, как велели идти мыться в баню. В 14 лет был переведен в другую школу. Попал в класс, где властвовала компания хулиганов. Убежал из дому на пустовавшую дачу, принадлежавшую их родственникам; там скрывался несколько суток. Когда был наивен, причин побега никому не объяснил, отмалчивался, замкнулся. Был отправлен на обследование в подростковую психиатрическую клинику.

Во время беседы сперва был сдержан и немногословен, но затем охотно разговорился о своих увлечениях. Обнаружил хорошие знания техники, подтвердил, что мечтает стать изобретателем новых машин. Но свои поделки оценил весьма критически, сам назвал их «детскими игрушками». Затем по своей инициативе очень эмоционально рассказал о причине своих побегов. Всегда было трут, но знакомиться с новыми ребятами, среди взрослых чувствовал себя спокойнее. В лагере оказался выбитым из колеи. С детства стеснялся раздеваться при посторонних — поэтому убежал из бани (раньше никогда в общественных банях не бывал, и не знал что там моются голыми в присутствии других). Ему пригрозили наказанием и тем, что его вымоют насильно. Тогда решился убежать. Второй побег был вызван тем, что в школе над ним издевались хулиганы: в туалете пытались раздеть, приставали с сексуальными притязаниями, грозили избить. Никому об этом не рассказывал — стыдно было, что не смог постоять за себя. Бросил ходить на занятия: дома об этом не знали, часы уроков проводил на улице или в кино. Когда обнаружили прогулы, директор школы пригрозил отправить его в интернат. Испугался и убежал из дому прятаться на дачу. К родителям отношение теплое, особенно привязан к отцу. Сознал, что очень любит фантазировать «про себя» на темы изобретений или о том, о чем «стыдно говорить». В клинике подружился со спокойным, сдержанным мальчиком, также увлекающимся техникой.

При неврологическом осмотре — легкая асимметрия лицевой иннервации и сухожильных рефлексов. На ЭЭГ — без существенных отклонений. Физическое развитие — по возрасту, но сексуальное — с выраженной акселерацией (соответствует возрасту 16-17 лет).

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки — диагностирован выраженный шизоидный тип. Имеются признаки, у называющие на возможность формирующейся психопатии. Конформность и реакция эмансипации умеренные. Отмечено выраженное отрицательное

отношение к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка удовлетворительная — выступили шизоидные и меланхолические черты, достоверно отвергаются «черты гипертимные и циклоидные (самооценка свидетельствует не только о шизоидности, но и о возможном субдепрессивном состоянии).

Диагноз. Шизоидная психопатия умеренной степени.

Катамнез через 1 год. Был переведен в другую школу. Учится удовлетворительно, однако с интересом и успехом занимается только физикой и алгеброй. Остается замкнутым, друзей не имеет, побегов больше не совершал.

Шизоидный тип психопатий у подростков мужского пола является самым частым после эпилептоидного — 19 % (см. табл. 3). При этом случаи «чистых» шизоидов в большинстве были расценены как психопатии тяжелой или выраженной степени. В умеренных случаях социальная дезадаптация бывала парциальной — срыв наступал либо дома при благополучии по месту учебы или работы, либо в школе или на работе при удовлетворительной адаптации в семье.

Шизоидные акцентуации обычно не ведут за собой ни социальной дезадаптации, ни тяжелых нарушений поведения, ни невротических расстройств. Поэтому эти подростки редко попадают под наблюдение психиатра. Так, в общей популяции подростков мужского пола (см. табл. 3) шизоидная акцентуация установлена в 9 %, а среди поступивших в психиатрический стационар с непсихотическими нарушениями — в 7 %.

Скрытая шизоидная акцентуация может обнаруживаться, если ситуация предъявляет непосильные для данного типа характера требования — например, быстро установить широкий круг неформальных и достаточно эмоциональных контактов. Шизоиды также срываются, когда к ним настойчиво и бесцеремонно «лезут в душу».

Андрей А., 18 лет. В детстве, в школьные годы, во время учебы в педагогическом училище не обнаруживал каких-либо заметных особенностей характера. Был в меру общителен, имел приятелей, не чуждался компаний, участвовал в общественной работе. По окончании училища был направлен на работу, но не учителем, как ожидал, а старшим пионервожатым в загородную школу-интернат. Сразу обнаружил, что эта работа, требовавшая большой общительности, умения лидерствовать, оказалась не по нему. Тяготился ею, не мог найти контакта с учениками. Один из старших педагогов, вызывавший у него неприязнь, стремился опекать его, претендовал на роль духовного наставника. Стал сторониться его, а затем и других учителей, замкнулся, ушел в себя, стал нелюдимым, избегал даже встреч с прежними приятелями, чтобы «не рассказывать о себе и своей работе». После работы часами бродил в одиночку по округе, мечтая об интересной жизни. Хотелось бы быть вдали от людей — попасть на необитаемый остров или служить лесником в уединенном месте, в то же время понимал никчемность этих желаний. Свои переживания лишь однажды открыл случайному попутчику, который непонятно чем ему понравился. Вскоре ему предложили заменить заболевшего учителя. За несколько дней преобразился, установил контакты и с учениками, и с учителями, стал охотно принимать участие в общественных мероприятиях, возобновил дружбу с прежними товарищами.

Катамнез через 6 лет. Продолжает учительскую работу, хорошо с ней справляется. Закапчивает заочное отделение педагогического института.

Еще Е. Kretschmer (1921), описывая шизоидный тип, выделил его экспансивный и сенситивный варианты. Последний, как указывалось, правильнее рассматривать как тип особый, принадлежащий к широкой группе астенических психопатий и акцентуаций, так как замкнутость здесь вторичная, компенсаторная. Тем не менее среди шизоидов встречаются как стеничные, так и астенические личности. Разнообразие шизоидных проявлений может быть столь велико, что число описываемых вариантов могло оказаться двусмысленным. Поэтому представляется целесообразным констатировать сочетание шизоидности с чертами других типов — сенситивного, психастенического, эпилептоидного, истероидного, неустойчивого. Главная основа характера, его ядро при этом всегда остается шизоидным.

Шизоидная психопатия, видимо, является одной из наиболее эндогенно обусловленных. Недостатки воспитания в развитии самих шизоидных черт характера имеют вспомогательное значение. Считается, что доминирующая гиперпротекция способна усугубить шизоидные черты, однако чаще приходится наблюдать, что неправильное воспитание обуславливает наслоение на шизоидное ядро черт другого типа: при потворствующей гиперпротекции — истероидного, при господстве вокруг жестоких взаимоотношений — эпилептоидного, при гипопротекции, отдавшей подростка во власть асоциальных компаний, — неустойчивого.

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. Minkowska (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. Kraepelin (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. С., 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 собственность 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 развертывается лишь в период полового созревания — от 12 до 19 лет (Спивак Л. И., 1962). 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 этих 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 его превосходящую силу. Эпилептоидный подросток в ярости способен наотмашь по лицу ударить престарелую бабушку, столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься на заведомо более сильного обидчика. В драке обнаруживается стремление бить противника по животу и по гениталиям. Вегетативный аккомпанемент аффекта также ярко выражен — в гнев 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, заставляют отдать предпочтение более или менее постоянным партнерам. Любовь у представителей 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 в одну девушку, ограничивается с ней платоническими отношениями, «бережет» 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. В ситуациях, где нормальная половая активность неосуществима (например, в закрытом воспитательном учреждении с однополым составом), подростки этого типа нередко вступают на путь перверзий. В гомосексуальных связях они обычно выступают в активных ролях и не довольствуются взаимным онанизмом, а толкают партнера к педерастии или другим формам грубых извращений. Обогатившись перверзным опытом, некоторые из них в дальнейшем способны совмещать нормальные сношения с гомосексуальными. Иногда у эпилептоидных подростков на первый план выступают мазохистические желания — они причиняют себе боль нарочитыми ожогами, уколами, укусами. В крайних случаях обнаруживается страсть к самокалечению, заглатыванию инородных тел, введению игл в собственное тело. Ни половым возбуждением, ни тем более оргазмом болевые ощущения могут не сопровождаться, но они доставляют особое наслаждение, которое подросткам трудно описать, но удержаться от которого они бывают не в силах.

Одной из нечастых, но ярких форм нарушений влечения является патологическая страсть к незавершенным самоудавлениям. Подросток затягивает на шее петлю или сдавливает шею своими руками до помрачения сознания, иногда до появления легких судорог — в этот момент испытывают наслаждение, близкое к оргазму («ловят кайф»). Иногда эти действия неправильно трактуются окружающими как суицидные попытки.

Напряженность и вместе с тем необычность влечении нередко проявляется в особой манере алкоголизации. После первых опьянений может возникнуть потребность «пить до отключения». В отличие от большинства современных подростков представители эпилептоидного типа любят пить не вино, а водку и другие крепкие спиртные напитки, а сигаретам предпочитают папиросы с крепким табаком. Обычная алкогольная эйфория редко бывает их делом. Могут наблюдаться амнестические формы опьянения, во время них совершаются поступки, о которых не сохраняется никаких воспоминаний. Иногда действия совершаются как бы автоматически, каким-то непонятным для самого подростка образом, и потом удивляют и смущают его не менее, чем окружающих. Один из подростков в подобном опьянении неясно зачем влез на высотный кран, другой пошел на чердак соседнего дома, разделся там донага и стал примерять развешанное для просушки белье. Алкоголь способен также провоцировать дисфорические состояния с яростными аффективными разрядами — алкогольное опьянение проявляется тогда диким возбуждением со стремлением все бить и крушить.

Эпилептоидные подростки, видимо, гораздо менее склонны к употреблению неалкогольных токсических — средств. Может быть, их отчасти удерживает страх стать наркоманом, забота о

своем здоровье, а может быть, эти средства дают не тот сорт ощущений, которые им приятны. Лишь некоторые дурманные летучие вещества, вызывающие состояния, сходные с массивной алкоголизацией, иногда употребляются ими. В отличие от своих приятелей, ограничивающихся достижением эйфории, эпилептоидные подростки могут вдыхать пары этих веществ на протяжении часов или по нескольку раз в день, стараясь довести себя до «отключения» от действительности, а на попытки оторвать или отвлечь их от этого занятия реагируют злобной агрессией.

Такие формы нарушений влечения, как дромомания и пиромания, встречаются относительно редко. Побег из дому, как указывалось, у подростков чаще бывает ситуативно обусловленными или побуждается реакцией эмансипации. Истинная дромомания бывает редко и обычно сопряжена с дисфорией. В этих случаях побег совершается безо всяких внешних поводов, в одиночку, при этом подросток устремляется в дальние края, нередко по стереотипно повторяющемуся маршруту. Во время дромоманического побега эпилептоидные подростки напряжены, бледны, аппетит утрачен, но при этом обнаруживается удивительная выносливость. Алкоголизация до «отключения» может оборвать дромоманический побег.

Столь же сопряженными с дисфорией оказываются пироманические акты. Обычно они не являются в строгом — смысле импульсивными, так как реализуются в процессе нарастающего желания, а не как реакция «короткого замыкания». У подростков пироманические склонности могут проявляться в стертом виде: любовью разводить костры, устраивать взрывы и т. п.

Серьезные трудности для анализа представляет склонность к суицидальному поведению. У взрослых описаны истинные суицидные попытки во время тяжелых дисфорий. У эпилептоидных подростков истинные суицидные действия крайне редки. У подростков этого типа нам приходилось сталкиваться только с демонстративным суицидальным поведением, нередко носящим характер явного суицидального шантажа. В отличие от демонстративного суицидального поведения при истероидном типе, где подросток подобными действиями добивается особого внимания к себе или освобождения от неприятной для него ситуации, у эпилептоидных подростков суицидальные демонстрации чаще всего были спровоцированы наказаниями, которые подростками трактовались как несправедливые, и были окрашены чувством мести в отношении обидчика и предназначены, чтобы доставить ему серьезные неприятности. Например, в школе-интернате директор за драку лишила 14-летнего эпилептоидного подростка возможности пойти со всем классом в театр. Тогда этот подросток, выждав, когда в школу прибыла инспекция, пытался на глазах приехавших изобразить самоповешение у дверей кабинета директора. Другой подросток, будучи в детской инфекционной больнице, за шалости был наказан тем, что нагим уложен в постель. Тогда он заперся в туалете, изображал повешение, издавал хрипящие звуки, добился того, что в больнице была поднята тревога и дверь туалета взломана.

Другой причиной суицидальных демонстраций бывает ревность к объекту влюбленности. Попытка обычно совершается во время самой сцены ревности, «на глазах», <...> на лице объекта влюбленности доставляет немалое удовольствие.

Изохренная мстительность эпилептоидных подростков проявляется не только в суицидальных демонстрациях. Обид они не прощают, а мщение отличается коварством и возможностью насладиться наблюдением за доставленными мучениями. Так, 15-летний подросток был публично высмеян соседом по даче. Тогда этот подросток ночью в жаркое лето подбросил несколько пачек дрожжей в выгребную яму под летней уборной около дачи своего обидчика. Через сутки зловонные массы залили пространство около его дома, а мститель со злорадством наблюдал его вынужденный отъезд. Другой 14-летний подросток возненавидел появившегося у него отчима — человека физически сильного, властного, сразу взявшего в ежовые рукавицы своего пасынка, который до этого привык помыкать матерью. Тогда этот подросток, найдя хранившиеся у отчима презервативы, тайком натер их внутреннюю поверхность едким перцем и наслаждался, подслушивая взаимные упреки матери и отчима, заподозрившего у себя венерическое заболевание.

Иногда при эпилептоидных психопатиях преобладает склонность к дисфориям и аффективная взрывчатость (эксплозивный вариант), в других случаях эти особенности выражены нечетливо, но зато выступают нарушения влечений (перверзный вариант), но такое разделение далеко не всегда возможно провести.

Реакция эмансипации у эпилептоидных подростков может протекать очень тяжело. Дело доходит до полного разрыва с родными, в отношении к которым выступают крайняя озлобленность и мстительность. Эпилептоидные подростки не только требуют свободы, самостоятельности, избавления от власти, но и «прав», своей доли имущества, жилища, материальных благ. При конфликтах с матерью и отцом они могут держаться за бабушек и дедушек, если те их балуют и им потакают. В отличие от представителей других типов эпилептоидные подростки не склонны распространять реакцию эмансипации с родителей на все старшее поколение, на существующие

обычаи и порядки. Наоборот, перед начальством они бывают готовы на угодничество, если ждут от него поддержки или каких-либо выгод для себя.

Реакция группирования со сверстниками тесно сопряжена со стремлением к властвованию. Поэтому охотно выискивается компания из младших, слабых, безвольных, неспособных дать отпор. В группе эпилептоидные подростки желают установить свои порядки, всегда выгодные для них самих. Симпатиями они не пользуются, и их власть держится на страхе перед ними. Они нередко могут чувствовать себя на высоте в условиях строгого дисциплинарного режима, умея угодить начальству, добиться преимуществ, завладеть положением, дающим в их руки определенную власть над другими подростками, установить над ними жесткий диктат и извлекать себе выгоду из своего положения. Их боятся, но постепенно против них зреет бунт, в какой-то момент их «подводят», и они оказываются низринутыми со своего начальственного пьедестала.

Реакция увлечения обычно бывает выражена достаточно ярко. Почти все эпилептоидные подростки отдают дань азартным играм. В них легко пробуждается почти инстинктивная тяга к легкому обогащению. Азарт их опьяняет, играть они могут запоем, порою теряя контроль над собой. Коллекционирование их привлекает прежде всего материальной ценностью собранного. В спорте заманчивым им кажется то, что позволяет развить физическую силу (тяжелая атлетика, борьба, бокс и т. п.). Подвижные коллективные игры им плохо даются. Совершенствование ручных навыков, особенно если это сулит определенные материальные блага (прикладное искусство, ювелирная работа) также может оказаться в сфере увлечений. Многие из них любят музыку и пение. В отличие от истероидов охотно занимаются ими наедине, получая от своих упражнений какое-то чувственное удовольствие.

Внешность эпилептоидных подростков, описанная Г. Е. Сухаревой (1959): приземистая сильная фигура, массивный торс при коротких, но крепких конечностях, круглая, чуть вдавленная в плечи голова, большая нижняя челюсть, крупные гениталии у мальчиков — бывает свойственна многим, но, конечно, далеко не всем представителям этого типа. Медлительность движений, тяжеловесность моторики встречаются гораздо чаще.

При осмотре подростков эпилептоидного типа нередко бросается в глаза обилие татуировок, как символических, отражающих реакции эмансипации, группирования и др. (Личко А. Е., 1979), так и особенно «украшающих». Татуировки встречаются не только на руках, но на самых разных частях тела, даже в области гениталий.

Самооценка эпилептоидных подростков носит однобокий характер. Как правило, они отмечают склонность к мрачному расположению духа, свои соматические особенности — крепкий сон и трудность пробуждений, любовь сытно и вкусно поесть, силу и напряженность сексуального влечения, отсутствие застенчивости и даже склонность к ревности. Они подмечают свою осторожность ко всему незнакомому, приверженность к аккуратности и порядку, нелюбовь пустых мечтаний, предпочтение жить реальной жизнью. В остальном, в особенности во взаимоотношении с окружающими, они представляют себя значительно более конформными, чем это есть на самом деле.

Эпилептоидный тип характера, видимо, один из весьма неблагоприятных для социальной адаптации. Хотя в общей популяции эпилептоидный тип определен у 11 % подростков мужского пола (см. табл. 3), среди акцентуаций характера с нарушениями поведения, потребовавшими госпитализации в психиатрическую больницу, эпилептоидный тип составил 26 %, а среди психопатий — 38 %. На эпилептоидный тип падает также наибольшее число психопатий тяжелой степени.

Пример психопатии данного типа приведен на стр. 64. (Николай К.)

Явная акцентуация эпилептоидного типа обычно проявляется тем, что при внешне удовлетворительной адаптации жизненный путь может быть переполнен конфликтами и поведенческими нарушениями.

Александр Б., 17 лет. Отец давно оставил семью. Мать вспыльчивая, гневливая. Имеет старшего брата — гитариста из эстрадного ансамбля, конфликтует с ним, завидует его большим заработкам.

На первом году жизни перенес сотрясение мозга (уронили на пол). Но рос здоровым, развивался хорошо. До 12 лет учился удовлетворительно, затем крайне неохотно. Окончил 8 классов, поступил в ПТУ, но вскоре его бросил и пошел работать на завод. Работает грузчиком, хорошо зарабатывает, ценит и копит деньги, любит хорошую одежду, бережет ее. Курит крепкие папиросы. Выпивает немного и изредка, чтобы «не повредить здоровью».

Около года влюблен в девушку-студентку, по его словам, очень красивую. Проводит много времени с ней. В то же время тайно от нее имеет случайные половые связи. Возлюбленную же мучает ревностью, неоднократно грозил ей повеситься и даже изображал попытки самоповешения на ее глазах.

Накануне госпитализации во время прогулки по парку с любимой девушкой снова устроил ей сцену ревности, пригрозил самоповешением. Нежданно услышал от нее гневную реплику, что он ей надоел и она рада бы от него избавиться. Тут же в парке на ее глазах повесился на дереве. В бессознательном состоянии с трудом ею и каким-то прохожим был вытащен из петли и доставлен в реанимационный центр. Имелась выраженная странгуляционная борозда. Оттуда направлен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь в первые дни обнаруживает эйфорию, рад, что остался жив. Признался, что намерения умереть у него вовсе не было, хотел только «в очередной раз ее попугать», но «не рассчитал», «вдруг потемнело в глазах», и больше ничего не помнит. Согласился, что ревновал безо всяких на то оснований («раз я изменяю, значит и она может!»). Рассказал, что всегда был вспыльчивым, а в школьные годы драчливым.

Физически развит по возрасту. При неврологическом осмотре — легкая асимметрия лицевой иннервации.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки, несмотря на установленную склонность к диссимуляции, диагностирован epileptoидный тип. Признаков, указывающих на возможную психопатию, не обнаружено. Конформность высокая, реакция эмансипации выраженная. Отмечен высокий В-индекс, указывающий на возможность изменений характера, связанных с резидуальным органическим поражением головного мозга. Склонности к делинквентности не отмечено, а к алкоголизации имеется резко отрицательное отношение, что соответствует действительности, так как подросток работает среди интенсивно алкоголизирующегося окружения, но сам воздержан в отношении выпивок. По шкале субъективной оценки самооценка недостаточная: черт какого-либо типа не выделилось, достоверно отвергает астеноневротические черты.

Диагноз. Острая аффективная демонстративная реакция на фоне акцентуации epileptoидного типа.

Катамнез через 2 года. Снят с учета в психоневрологическом; диспансере. Повторных суицидных попыток не было.

М. С. Певзнер (1941) обратила внимание на особый, вариант epileptoидного типа у подростков, отличающихся, по ее определению, «гиперсоциальностью» — работоспособностью, аккуратностью, педантизмом, которые «не являются психопатами». В. В. Ковалев (1973) именно эти качества характера истолковал как компенсаторные. Однако, по нашим наблюдениям, «гиперсоциальность» может оказаться односторонней и даже приобретать карикатурные формы. В таких случаях подростки могут вести «двойную жизнь»: будучи подчеркнута правильными в одной ситуации, они обнаруживают крайнее себялюбие, злобность, агрессивность, моральную и физическую жестокость в другой. Так, примерный ученик в школе может быть деспотом и тираном с домашними.

Скрытая акцентуация по epileptoидному типу выявляется либо в ситуации, способствующей раскрытию черт этого типа (конфликты по поводу ущемления интересов, возможность проявления деспотической власти в отношении других), либо под влиянием алкогольного опьянения, которое, как указывалось, у epileptoидных подростков нередко протекает очень тяжело.

Epileptoидная психопатия чаще всего бывает конституциональной. Психопатическое развитие по epileptoидному типу при воспитании в условиях жестоких взаимоотношений возможно на основе как epileptoидной, так и конформной, реже — шизоидной акцентуации. В качестве наиболее частых вариантов epileptoидной психопатии (как конституциональной, так и психопатического развития), а также как тип акцентуации характера могут быть отмечены следующие.

Epileptoидно-истероидный тип является сочетанием epileptoидных черт с эгоцентризмом, претенциозностью, склонностью к демонстративному поведению. Даже во время аффективных вспышек и при удовлетворении извращенных влечений выступает демонстративность. Например, самоповреждения всегда наносятся на глазах зрителей. В сексуальной жизни предпочитают партнеров, попадающих в рабскую зависимость от них, помыкают ими, живут за их счет.

Олег Г., 17 лет. Родился от внебрачной связи, отца не знает. Мать — бывшая актриса, ведет аморальный образ жизни, страдает хроническим алкоголизмом. Когда сыну было 7 лет, была судом лишена родительских прав. С тех пор уклонялась от всех контактов с сыном. С 7 лет воспитывался в интернате. Там считался трудным, недисциплинированным, лживым, склонным к мелкому воровству. При наказаниях грозил воспитателям: «Вы за меня ответите!» Окончил 8 классов и ПТУ (жил в интернате), получил специальность электромонтера. Пока жил в интернатах на полном обеспечении, серьезных нарушений поведения не было. Однако в 13 лет, будучи в больнице по поводу желтухи, после наказания за баловство изобразил попытку самоповешения («меня наказали, а других — нет») — по этому поводу был направлен в детскую психиатрическую

больницу, откуда вскоре возвращен в интернат. Была отмечена его склонность к лживости, угрозам, мелкому шантажу.

В 16 лет был устроен на работу в жилищно-домовую контору электромонтером, где ему была предоставлена комната. На этой работе не удержался — бездельничал. Поступил в магазин продавцом, но был пойман на воровстве. С соседями по квартире установились конфликтные отношения из-за того, что сам себе еды не готовил, а съедал приготовленное ими для себя. Уверял, что соседи хотят его «выжить» и завладеть его комнатой. После того, как те заявили на него в милицию, демонстративно на их глазах проглотил черенок от металлической вилки. Был госпитализирован, произведена лапаротомия. Вскоре был вызван в милицию (нигде не работал). Снова проглотил черенок от вилки и снова была сделана лапаротомия. Был направлен в подростковую психиатрическую клинику.

В клинике претендует на особое положение, демонстративно помогает персоналу, особенно буфетнице, получая от нее подачки. Во время посещений больных родственниками усиленно изображает, как он заботится о слабых и беспомощных, напрашиваясь на подарки. Как только родственники уходят — сразу же прекращает все «заботы». Аккуратен, тщательно следит за своей одеждой и постелью. Умеет красиво носить даже скромный костюм. Охотно принимает участие в художественной самодеятельности — поет перед зрителями.

Рассказал, что в 14 лет был прооперирован по поводу аппендицита, почувствовал «необычное наслаждение», когда его «резали». Захотелось снова подвергнуться когда-либо операции. Поэтому и проглотил черенки ложки и вилки. Половой жизнью не жил. Онанизм отрицает. Друзей никогда не имел. Уличных компаний сторонился. Изредка выпивал с товарищами на работе — «за компанию», но к выпивкам никогда не тянуло, удовольствия от них не получал. Признался, что не умеет и не хочет жить один, вести хозяйство, заботиться о пище, о стирке белья и т. п. Но тем не менее демонстративно заявлял, что тяготится больницей. Первоначально согласился на перевод в дневной стационар, однако накануне перевода снова проглотил вилку. В связи с развившейся картиной острого живота был экстренно прооперирован — была обнаружена перфорация желудка.

Возвращенный после операции в подростковую психиатрическую клинику, был очень этим доволен — заявил, что никуда отсюда не уйдет. Стал работать в садоводстве при больнице, с персоналом был очень капризен, но обнаружил большую любовь и привязанность к лошади, на которой развозил землю и рассаду. В беседе с врачами, при появлении посторонних лиц держался претенциозно, охотно рассказывал о том, как он глотает ложки и вилки, старался произвести впечатление необычности, наслаждался удивлением и интересом слушателей.

Был переведен в загородную психиатрическую больницу.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный эпилептоидный и истероидный тип, несмотря на наличие негативного отношения к исследованию. Имеются признаки, указывающие на возможность формирования психопатии истероидного типа. Конформность низкая, реакция эмансипации выраженная. Склонности к делинквентности не обнаружено. Отношение к алкоголизации амбивалентное с преобладанием отрицательного. По шкале субъективной оценки самооценка недостаточная: ни черт какого-либо типа, ни достоверно отвергаемых черт не выявлено.

При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений. Несколько инфантилен. Физическое и сексуальное развитие соответствует возрасту 14-15 лет.

Диагноз. Психопатия истероидно-эпилептоидного типа тяжелой степени. Синдром Мюнхгаузена.

Катамнез через 4 года. Три года провел в загородной психиатрической больнице. Еще три раза подвергался лапаротомии (проглотил зубную щетку, кусок проволоки, авторучку). На четвертый год вступил в половую связь с одинокой пожилой работницей больницы, которая взяла его к себе, окружила заботой и вниманием. Женился на ней.

Эпилептоидно-неустойчивый тип. Здесь сочетаются, на первый взгляд, несовместимые черты — властность, тяжеловесность и ригидность эпилептоида и стремление к легкому, бездумному, праздному образу жизни, присущему неустойчивому типу и нередко рассматриваемому как проявление «слабоволия». При этом типе, помимо эпилептоидных черт и установок на праздный образ жизни, желания жить только настоящим, отмечается отсутствие эмоциональных привязанностей. Обычно такие подростки начинают рано прогуливать школу и вскоре вслед за этим интенсивно алкоголизироваться. Нередко совершают побеги из дому с целью пьянок и разгульной жизни. Возвращенные домой, грозят повторным побегом, добиваясь от родных подачек и всяких благ. Становятся властелинами асоциальных групп, устанавливают в них жестокие порядки, используют других подростков в корыстных целях или для удовлетворения своих извращенных желаний, беспощадно расправляются с непослушными (Александров А. А., 1978).

Обнаруживают склонность к промискуитету и перверзиям. При гомосексуальной активности выступают в активной роли.

Такие подростки легко переходят грань между делинквентностью и криминалом. Наиболее частые преступления — нанесение тяжких повреждений, особенно ножевых ран, сексуальная агрессия, а также грабеж и кражи со взломом. Правонарушения обычно совершаются с сообщниками, которым отводится наиболее опасная роль, но сами стараются заполучить львиную долю «добычи» (Личко А. Е., Вдовиченко А. А., 1980). При угрозе наказаний склонны к симуляции различных заболеваний. В какой-то степени эпилептоидно-неустойчивый тип психопатии напоминает описанную П. Б. Ганнушкиным (1933) группу «антисоциальных психопатов». Они действительно, как правило, ведут асоциальный образ жизни.

Алексей Л., 17 лет. В детстве развивался хорошо, однако до 11 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел неохотно, но до 11 лет с принуждением учился — боялся отца. Затем стал прогуливать занятия, а с 14 лет вообще бросил учебу. Время проводил в уличных компаниях, к родителям-инвалидам никакой привязанности не обнаруживал, домой приходил только есть и спать. При угрозе отправить в интернат где-то долго пропадал — ни родные, ни милиция не могли его отыскать. Затем ночевал дома, но грозил родителям расправой, если его «выдадут». В 16 лет по настоянию инспекции по делам несовершеннолетних поступил учеником на завод, но сразу стал прогуливать и вскоре бросил работу. Последние месяцы перед госпитализацией не работал и не учился.

По его словам, с 15 лет стал выпивать. Алкоголь переносит плохо. Не раз товарищи приносили его домой «как парализованного». Время проводил в «своей» компании, в которой заправлял. Известно, что однажды жестоко избил одного из членов группы за неповиновение, не раз был инициатором групповых драк, но всегда выходил сухим из воды, его боялись и «не выдавали».

Недавно явился в психоневрологический диспансер с просьбой направить его на лечение от алкоголизма. Показал справку о том, что недавно попал в вытрезвитель. Рассказал, что последний год пьянствует 2-3 раза в неделю, а последние три месяца пьет почти ежедневно до 4 бутылок вина в день, по утрам появилась потребность опохмеляться. Был направлен в подростковую психиатрическую клинику.

При поступлении явлений абстиненции не обнаружено. Был напряжен, насторожен, осмотрителен в ответах. Повторил прежние сведения об интенсивной алкоголизации, явно избегал сообщить что-либо другое о себе. Был недоволен вызовом родителей, но они по существу ничего нового о сыне рассказать не могли. При расспросе, почему он решил лечиться, крайне насторожился, объяснение дал путаное и сбивчивое. Выяснилось, что у него вполне сохранен рвотный рефлекс на передозировку алкоголя.

В дальнейшем стало известно, что он с компанией заподозрены в ограблении. Признался, что надеялся отсидеться в психиатрической больнице, пока идет разбирательство.

Физическое и сексуальное развитие по возрасту. При невысоком росте (165 см) отличается крепким телосложением, большой физической силой. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки, несмотря на установленную выраженную склонность к диссимуляции, диагностирован смешанный эпилептоидный и неустойчивый тип. Имеется признак, указывающий на возможность формирования психопатии эпилептоидного типа. В связи с выраженной диссимуляцией показатели конформности (выраженная), реакции эмансипации (слабая) и отсутствие склонности к делинквентности могут не соответствовать действительности. Психологическая склонность к алкоголизации выраженная, так как она не диссимулировалась. По шкале субъективной оценки самооценка неудовлетворительная и, видимо, отражающая установочное поведение: резко выделяются конформные, а также гипертимные черты. Достоверно резко отвергаются черты сенситивные (что свойственно многим представителям эпилептоидного типа), а также меланхолические и астеноневротические черты.

Диагноз. Психопатия эпилептоидно-неустойчивого типа выраженной степени. Бытовое пьянство, не достигающее степени хронического алкоголизма.

Катамнез. Осужден за ограбление — находится в колонии.

В итоге эпилептоидный тип можно признать одним из самых трудных для социальной адаптации. Тяжелые и выраженные степени психопатий относительно часты, при явных акцентуациях характера подростковый период ознаменован тяжелыми конфликтами, и даже при скрытой акцентуации возможны неожиданные тяжелые эксцессы.

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 само внушение 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, театральности, склонности к рисовке и позерству.

Истероидные черты нередко проявляются с ранних лет. Такие дети 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» — см. стр. 113) 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 транспорт на глазах у присутствующих и т. п.). Обильная суицидальная «сигнализация» нередко предшествует демонстрации или сопровождает ее: пишутся прощальные записки, делаются «тайные» признания приятелям, записываются на магнитофон «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 ореол исключительности. Действительной причиной обычно служат уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников, лишиться ореола «избранника». Конечно, 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 (см. Михаил Б., стр. 18).

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 (Никита Б., стр. 17), 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 А. А., 1973). К суицидальным демонстрациям примыкает бравада «игрой со смертью» с претензией заполучить репутацию исключительной личности.

Кроме суицидальных демонстраций, при истероидном типе психопатий и акцентуаций приходится также встречать острые аффективные суицидные реакции, более частые 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 завершенным суицидом — такая сила аффектов особенно присуща смешанному истеро-эпилептоидному типу.

Свойственное истероидным натурам «бегство в болезнь» при трудных ситуациях, изображение таинственных неизвестных заболеваний приобретает иногда в среде некоторых подростковых компаний, например подражающих западным «хиппи», новую форму, выражаясь стремлением попасть в психиатрическую больницу и тем заполучить в подобной среде репутацию необычности. Для достижений этой цели используются не только суицидальные угрозы, но и разыгрывание роли наркомана и, наконец, жалобы, почерпнутые из книг по психиатрии, причем разного рода деперсонализационно-дереализационные симптомы, идеи воздействия и циклические колебания настроения пользуются особой популярностью.

Алкоголизация также может носить чисто демонстративный характер. Сформировавшийся алкоголизм у истероидных подростков встречается довольно редко, причем обычно в этих ситуациях имеет место сочетание истероидности с чертами другого типа. Как правило, выпивают истероидные подростки немного, предпочитают легкие степени опьянения, однако не прочь прихвастнуть огромным количеством выпитого, способностью пить, не пьянея, или изысканным выбором алкогольных напитков («Я пью только коньяк и шампанское», — заявил 14-летний истероидный подросток). Впрочем, по данным нашего сотрудника Ю. А. Строгонова, в асоциальных компаниях, где умение выпить много вызывает «уважение», истероидные подростки, желая произвести впечатление, что могут «всех перепить», становятся жертвой своих претензий и действительно могут пристраститься к алкоголю. Однако они не склонны изображать алкоголика, так как эта роль не сулит им ни ореола необычности, ни жадно-любопытных взоров.

Делинквентность истероидных подростков обычно носит несерьезный характер. Речь идет о прогулах, нежелании учиться и работать, так как «серая жизнь» их не удовлетворяет, а занять видное место в учебе или труде, которое тешило бы их самолюбие, не хватает ни способности, ни настойчивости. Столкновения бывают также по поводу вызывающего поведения в общественных местах, приставания к иностранным туристам, шумных скандалов. В более серьезных случаях приходится сталкиваться с мошенничеством, подделкой чеков или документов, обманом и обворовыванием лиц, к которым вкрались в доверие. Истероиды избегают всего, что связано с грубым насилием, грабежом, взломом, риском, и, по-видимому, сравнительно редко встречаются среди криминальных подростков (Озерский Н. И., 1932; Михайлова Л. О., 1976).

Побеги из дому могут начинаться еще с первых классов школы и даже в дошкольном возрасте. Обычно они вызваны наказаниями, имевшими место или ожидаемыми, или обусловлены одной из детских поведенческих реакций — реакцией оппозиции. Эта реакция у детей и подростков чаще связана с утратой прежнего внимания со стороны близких. Убежав из дому, они стараются держаться там, где их будут искать, или обратить на себя внимание милиции, чтобы их привели домой или вызвали родителей, или, наконец, каким-либо косвенным образом сигнализируют родителям о своем местопребывании. С возрастом побеги могут становиться более продолжительными и приобретать романтическую окраску. Причины их нередко бывают те же, что толкают на суицидальную демонстрацию, — утрата внимания, крах надежд на возвышенное

положение, необходимость выпутаться из истории, которая грозит неизбежностью быть осмеянным и низринутым с почетного пьедестала. Например, уверив своих знакомых в том, что его родители занимают высокое положение, и нарасказав о «роскошном» образе жизни их семьи, 16-летний юноша убежал в дальние края, когда требования приятелей пригласить к себе домой стали слишком настойчивыми.

У истероидных подростков сохраняются черты детских реакций оппозиции, имитации и др. Чаще всего приходится видеть реакцию оппозиции на утрату или уменьшение привычного внимания со стороны родных, на потерю роли семейного кумира. Проявления реакции оппозиции могут быть теми же, что и в детстве, — «бегство в болезнь» или попытки избавиться от того, на кого внимание переключилось (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом), но чаще эта детская реакция оппозиции проявляется нарушениями поведения — вдруг начавшиеся выпивки, воровство, прогулы, асоциальные компании предназначаются для того, чтобы просигнализировать близким: «Верните мне прежнее внимание и заботу, иначе я пропаду!»

Реакция имитации может многое определять в поведении подростка истероидного типа. Истероиды вообще малооригинальны, и весь их жизненный путь — это подражание кому-нибудь, хотя делается это по возможности незаметно и всегда выдается за «свое». Модель, избранная для подражания истероидным подростком, прежде всего не должна заслонять саму подражающую персону. Поэтому для имитации избирается образ абстрактный или (чаще) лицо, пользующееся популярностью в подростковой среде, но не имеющее непосредственного контакта с данной подростковой группой («кумир моды»). Иногда же подражание жидется на образе собирательном: в потугах за оригинальностью воспроизводятся сногшибательные высказывания одних, необычная одежда других, вызывающая манера вести себя третьих и т. п.

Реакция гиперкомпенсации менее свойственна истероидам, так как сопряжена с настойчивостью и упорством в достижении цели, которых истероидной натуре как раз не хватает. Зато реакция компенсации бывает достаточно выраженной. Можно думать, что именно эта реакция играет существенную роль в свойственной истероидам «косметической лжи», в фантазиях, которым они заставляют верить других и если не верят сами, то во всяком случае наслаждаются ими.

Выдумки подростков-истероидов резко отличаются от фантазий шизоидов. Истероидные фантазии всегда предназначены для определенных слушателей и зрителей, поэтому они изменчивы, учитывая их интересы, вкусы, ситуацию. Истероидные подростки легко вживаются в выдуманную роль и ведут себя соответственно ей. Геннадий У. (стр. 13) был доставлен в подростковую психиатрическую клинику после того, как явился в органы государственной безопасности с заявлением, что его завербовала иностранная разведка, поручает ему устроить взрыв на заводе, указал на определенных лиц как на агентов этой разведки и т. п., что, конечно, было чистейшим вымыслом.

Истероидов, склонных к подобному мифотворчеству, со времен Е. Краепелин (1915), часто выделяют в особую группу психопатов-псевдологов или мифоманов. С нашей точки зрения, для подросткового возраста вряд ли оправдано выделение этой особой группы, так как украшающие собственную личность фантазии и ложь свойственны почти всем истероидным подросткам. И даже когда выдумки составляют главное в поведении, заслоняя, казалось бы, все прочие истероидные черты, все эти рассказы всегда питаются основой истероидного характера — ненасытным эгоцентризмом.

Подростковые поведенческие реакции также бывают окрашены этой главной истероидной чертой. Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления — побеги из дому, конфликты с родными и старшими, громогласные требования свободы и самостоятельности и т. п. Она может ярко проявляться при обследовании с помощью ПДО. Ею же может быть обусловлен демонстративный неконформизм — напояк выставленное отрицание общепринятых норм поведения, распространенных идеалов, взглядов, вкусов. Однако по сути дела настоящая потребность свободы и самостоятельности вовсе не свойственна подросткам этого типа — от внимания и забот близких они вовсе не жаждут избавиться. В итоге эмансипационные устремления часто сползают на рельсы детской реакции оппозиции.

Реакция группирования со сверстниками всегда сопряжена с претензиями на лидерство или, во всяком случае, на исключительное положение в группе. Не обладая ни достаточной стеничностью, ни бестрепетной готовностью в любой момент силой утвердить свою командную роль, подчинить себе других, истероидный подросток рвется к лидерству доступными для него путями. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения группы, еще назревающих в ней и порою еще неосознанных желаний и стремлений, истероиды могут быть их первыми выразителями, выступать в роли зачинщиков и зажигателей. В порыве, в экстазе, воодушевленные обращенными на них взглядами, они могут повести за собой других, даже проявить безрассудную смелость. Но они всегда оказываются вожаками на час — перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко

предают, лишенные восхищенных взоров, сразу теряют весь задор. Главное, приятели вскоре распознают за внешними эффектами их внутреннюю пустоту. Это осуществляется особенно быстро, когда лидерская позиция достигается другим и более доступным для истероидного подростка путем — пуская «пыль в глаза» историями о своих былых удачах и приключениях. Все это ведет к тому, что истероидные подростки не склонны слишком долго задерживаться в одной и той же подростковой группе и охотно устремляются в другую, чтобы начать все сначала. Если от истероидного подростка слышишь, что он разочаровался в своих друзьях, можно не сомневаться, что именно те уже раскусили его.

В условиях замкнутых подростковых групп, например, в закрытых подростковых учреждениях с регламентированным режимом, где произвольная смена компании затруднена, для того чтобы занять исключительное положение, иногда избирается другой путь. Истероидные подростки охотно принимают из рук взрослых лидерские функции — должности старост, организаторов всякого рода мероприятий — с тем, чтобы занять позицию посредника между старшими и другими подростками и тем упрочить свое особое положение.

Увлечения почти целиком сосредоточиваются в области эгоцентрического типа хобби. Увлечь может лишь то, что дает возможность покрасоваться перед другими. Если есть способности, то художественная самодеятельность открывает здесь наибольшие возможности. Всегда предпочитают те виды искусства, которые в данное время наиболее модны среди подростков своего круга (в наш период — эстрадные ансамбли) или могут поразить своей необычностью (например, театр мимов). Нельзя было не заметить среди подростков в 60-70-х годах малую популярность драматических кружков и падающую — танцевальных ансамблей. Порою избранные увлечения, на первый взгляд, не относятся к эгоцентрическим хобби. Однако на самом деле оказывается, что увлеченное занятие иностранным языком, сводящееся обычно к усвоению самых ходовых диалогов, предпринимается для того, чтобы блеснуть перед приятелями беседой с иностранными туристами, а увлечение философией ограничивается самым поверхностным знакомством с модными философскими течениями и предназначено опять же, чтобы своими познаниями произвести впечатление на соответствующее окружение. Подражание йогам и хиппи представляет в этом отношении особенно благоприятную почву. Даже собираемые коллекции могут служить все той же цели — блеснуть ими (и собой!) перед приятелями (Александр Ф., стр. 16). Спорт и другие мануально-телесные хобби избираются гораздо реже, так как требуют большого упорства для достижения престижного положения. В противовес этому лидерские хобби (роль разного рода организаторов и руководителей) более предпочтительны, так как позволяют быть всегда на виду. Однако они вскоре начинают тяготить сопряженными с ними формальными обязанностями.

Сексуальное влечение истероидов не отличается ни силой, ни напряжением. В их сексуальном поведении много театральной игры. Подростки мужского пола предпочитают таить свои сексуальные переживания, уходить от бесед на эту тему, так как чувствуют, что здесь им поразить нечем, боятся оказаться «не на высоте». Девочки, наоборот, склонны афишировать свои действительные связи и придумывать несуществующие, способны на оговоры и самооговоры, могут разыгрывать роль распутниц, наслаждаясь ошеломляющим впечатлением на собеседника.

Следует подчеркнуть, что слабым звеном истероидного типа, удар по которому может выявить истероидные черты при скрытой акцентуации или обусловить яркую истерическую реакцию при акцентуации явной, чаще всего бывают ущемленное самолюбие, утрата внимания окружения или особо значимых лиц, крах надежд на престижное положение, развенчанная исключительность.

Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Выставляются те черты характера, которые в данный момент могут произвести впечатление.

При истероидных психопатиях утяжеление черт характера идет как по пути усиления и учащения острых аффективных реакций демонстративного типа с многократными спектаклями, изображающими желание покончить с собой, так и по пути иных демонстративных нарушений поведения.

При тяжелых истероидных психопатиях под влиянием психических травм могут развиваться реактивные истерические психозы — истерические сумеречные состояния, псевдодеменция и т. п. Однако в наше время у подростков с истерическими психозами приходится сталкиваться редко и преимущественно в ситуации судебно-психиатрической экспертизы.

Истероидные психопатии могут быть как конституциональными, так и следствием психопатического развития, чаще на основе истероидной же, а также лабильной или гипертимной акцентуаций характера при воспитании в условиях потворствующей гиперпротекции.

В подростковой популяции истероидная акцентуация установлена у 2-3 % подростков мужского пола и несколько чаще у подростков женского пола (Иванов Н. Я., 1976).

Три варианта истероидного типа в подростковом возрасте встречаются чаще всего. «Чистый» астероидный тип особого описания не требует; примеры различных степеней психопатии и акцентуации характера этого типа даны в гл. I. Лабильный истероид представлен в разделе о лабильном типе (стр. 113). Истероидно-неустойчивый тип довольно распространен, хотя исследован еще недостаточно (Александров А. А., 1978).

Истероидно-неустойчивый тип. Данный тип распространен среди подростков мужского пола. У большинства из них отсутствуют свойственные по классическим описаниям истероидам инфантильность и грацильность телосложения. Наоборот, акселерация физического развития обычно бывает достаточно выражена. Внешне при первом знакомстве такие подростки могут производить впечатление неустойчивых. Асоциальные компании сверстников, выпивки, праздность и тяга к «веселой жизни», пренебрежение своими обязанностями, уклонение от учебы и труда — все это действительно имеет место. Однако за всем этим стоит не бездумность, не почти инстинктивная тяга к постоянным развлечениям и удовольствию, а все тот же эгоцентризм. Все проявления асоциального поведения: алкоголизация, делинквентность и т. п. — служат для бравады перед старшими и сверстниками, для того, чтобы хоть этим путем заработать репутацию исключительности. В самих асоциальных компаниях обнаруживается претензия на лидерство и необычность. Безделье, иждивенчество сопряжено с высокими, фактически невыполнимыми претензиями в отношении будущей профессии. Лживость бывает не только защитной, как у неустойчивых, но она почти всегда служит цели приукрасить себя. В делинквентном поведении умело используются артистические способности (умение втереться в доверие, искусный обман и т. п.).

Алексей Д., 17 лет. Отец с матерью много лет в разводе, хотя живут в одной квартире. С отцом не общается. Развивался нормально, до 13 лет учился удовлетворительно, нарушений поведения не было. В 6-м классе учеба показалась трудной, занятия забросил, связался с асоциальной компанией подростков. Стал заниматься «фарцовкой» — перекупал и перепродавал вещи иностранных туристов. Выручал на этом немало денег — стал одеваться по последней моде. Матери объявил, что у него появился друг-моряк, который все привозит из-за рубежа. В 14 лет с двумя приятелями уехал в Таллинн и Киев — с вокзала позвонил матери, чтобы «не волновалась». Заявил, что хочет посмотреть красивые города, но там был задержан милицией в связи со спекуляцией.

С трудом окончил 8 классов. По настоянию матери поступил в ПТУ, но там постоянно прогуливал занятия. В 16 лет был осужден за участие в групповой драке. Утверждает, что попал в эту компанию случайно и его «оговорили». Из колонии был вскоре освобожден в связи с амнистией. Там, по его словам, с товарищами легко установил контакт, но угнетал суровый режим. После освобождения сперва вернулся в ПТУ, но вскоре занятия бросил. Все дни проводил в каких-то компаниях. По словам матери — медицинской сестры — стал возвращаться домой в необычном состоянии, каким-то возбужденным. Мать заподозрила употребление дурманных средств. Был направлен на обследование в подростковую психиатрическую клинику.

В клинике держится претенциозно. Горд тем, что у него «иностранная фамилия». Во время беседы рисует, кокетливо заводит глаза. Рассказал, что выпивок избегает, водки не пьет совсем, в компаниях старается выпить не более одного стакана некрепкого вина. В 13 лет с товарищами нюхал пятновыводитель, но вскоре бросил — «надоело». По его словам, выйдя из колонии, в своих компаниях охотно употреблял различные таблетки (седуксен, пенталгин и др.), желая вызвать «кайф». При поступлении в клинику никаких явлений абстиненции не обнаружил.

Среди подростков претендует на лидерство, старается произвести впечатление рассказами о своем асоциальном прошлом. Учиться в ПТУ отказывается. Сказал, что согласился бы пойти на «курсы поваров для заграничного плавания», но тут же демонстративно заявил, что «пятно колонии» испортило ему жизнь — никуда в «приличное место» его не возьмут. Обучение в ПТУ специальности радиотехника считает недостойным для себя. Говорит, что увлекается современной поп-музыкой, быстро называет несколько модных вещей и ансамблей, но знания и здесь поверхностные: видимо, больше был занят спекуляцией магнитофонными записями, чем самой музыкой.

При осмотре — выраженная акселерация физического развития. Рост 184 см при массе тела 64 кг. Половое развитие завершено. На теле татуировка с криминальной символикой (знаки судимости, пребывания в тюрьме, символ стремления к «свободе»).

При неврологическом и соматическом обследовании — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки, несмотря на установленную склонность к диссимуляции характера, диагностирован выраженный истероидный тип. Видимо, в связи с диссимуляцией черты неустойчивого типа не диагностированы. Признаков, указывающих на формирование психопатии, не установлено. В связи с диссимуляцией определение других показателей может быть неверным (конформность средняя; реакция эмансипации не выражена,

склонности к делинквентности не выявлено). К алкоголизации отношение отрицательное. По шкале субъективной оценки самооценка отражает диссимуляцию и установочное поведение: выступают черты конформного и паранойяльного типа, достоверно отвергаются только сенситивные черты (т. е. обнаруживается стремление показать себя «правильным» и «сильной личностью»).

Диагноз. Психически здоров. Нарушения поведения на фоне акцентуации по истероидно-неустойчивому типу.

Катамнез через два года. Повторно осужден за спекуляцию.

Диагностика истероидного типа у подростков должна осуществляться с осторожностью. Не следует обманываться кажущейся легкостью. Истероидные черты могут быть поверхностным наложением на характерологическую основу другого типа — лабильного, гипертимного, эпилептоидного и даже шизоидного. Эти же черты могут включаться в картину органической психопатии. Демонстративно суицидальное поведение у эпилептоидных подростков также может привести к ложной мысли об истероидности. К сказанному следует добавить еще необходимость дифференцировать между истероидностью и выраженным психическим инфантилизмом в подростковом возрасте, когда также можно встретить необузданное фантазирование, выдумки, детскую эмоциональную выразительность, внушаемость и многие другие сходные с истероидными черты. Однако отсутствие выраженного эгоцентризма позволяет отличить таких подростков от истероидов.

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 названий «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 непрестанном 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. Краепелин (1915) упоминал о нецелеустремленной 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 неустойчивых 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 развлечений, 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 (импунитивные побеги). Повторные побеги нередко обусловлены уже поиском развлечений, желанием избавиться от всякого труда, тягой к «свободной жизни» (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 регламентированного 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 себе 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 правило, в случаях психопатий нарушения поведения начинаются с детства.

Александр Б., 14 лет. Единственный сын из вполне благополучной семьи. В детстве эпизодически отмечалось легкое заикание, в дошкольные годы — ночной энурез. Нарушения поведения начались с первых классов школы. Несмотря на вполне удовлетворительные способности, учиться не хотел. Боясь наказаний за плохие отметки, невыученные уроки, шалости,

убегал из дому и прогуливал школьные занятия. Ходил в кино, играл на улице, воровал лакомства и мелкие деньги. Сперва к ночи возвращался домой. Затем стал ночевать в парадных и подвалах.

С 11 -12 лет стал часто прогуливать занятия в школе, но благодаря неплохим способностям все же не оставался на второй год. С 13 лет стал убегать из дому «из интереса». Ночевал неизвестно где, воровал в школьных гардеробах куртки, перепродавал их. Слонялся около гостиниц, выпрашивал мелочи у иностранных туристов.

По просьбе родителей был помещен на обследование в детскую психиатрическую больницу. Обнаружил крайнее легкомыслие, безответственность, трусость, лживость. Учиться и принимать участие в труде не хотел. После выписки совсем бросил школу, все дни проводил в уличных компаниях асоциальных подростков, неоднократно не приходил ночевать домой, с кем-то пытался уехать в Москву — был задержан милицией.

В подростковой психиатрической клинике тянулся к асоциальным подросткам, от работы уклонялся, озорничал. Сведения о себе давать избегал, при расспросах был скрытен и лжив. Признался, что раз курил «какую-то дурь». Вино пьет только сладкое и в небольшом количестве. Любит кино и всякие зрелища. Планов на будущее никаких не строит. Сексуальные контакты отрицает, избегает говорить на эту тему. При общении со сверстниками обнаружил хорошую осведомленность в сексуальных вопросах, включая определенный гомосексуальный опыт. В клинике никакой сексуальной активности не проявил.

От обследования с помощью ПДО уклонился.

Диагноз. Психопатия неустойчивого типа тяжелой степени.

Катамнез. После выписки снова убежал из дому, был пойман на воровстве, осужден и отправлен в колонию.

Поведение, сходное с описанным, — «синдром неустойчивого поведения», может наблюдаться при разных типах психопатий и акцентуаций характера. Черты этого типа могут наслаиваться на гипертимное, истероидное конформное, эпилептоидное и даже на лабильное и шизоидное ядро (Александров А. А., 1978). Особенности таких психопатий уже описаны. О конформно-неустойчивом варианте речь пойдет ниже.

Неустойчивая психопатия может быть конституциональной. Такие случаи особенно поражают окружающих когда в хороших гармоничных семьях вырастают подростки, наделенные всеми отрицательными чертами поведения неустойчивых, как это видно в приведенном примере. Однако чаще эта психопатия является следствием психопатического развития на базе акцентуации того же типа или конформной акцентуации в условиях гипопротекции и безнадзорности.

При явной акцентуации по неустойчивому типу первые классы школы при строгом надзоре родителей дети проходят без серьезных нарушений поведения, но с подросткового возраста обычно развертывается делинквентность.

Олег К., 16 лет. Родители в разводе. Отец страдает хроническим алкоголизмом, контакта с семьей не поддерживает. Воспитывался матерью, рос здоровым. В детстве отличался капризностью, но нарушений поведения не было. В школу пошел неохотно, стремился отлынивать от занятий, дублировал 5-й класс. Но, несмотря на прогулы, окончил 8 классов. Поступил в ПТУ, но вскоре бросил ходить на занятия — все время стал проводить в уличных компаниях подростков, часами сидел с приятелями в подъездах, болтал, слушал игру на гитаре, начал выпивать. Домой стал возвращаться поздно. По наущению своих приятелей неоднократно угонял автомашины («покататься») и бросал их где попало. По настоянию матери поступил в подростковую психиатрическую клинику.

В клинике сразу попал под влияние стеничного асоциального подростка. Во время беседы сдержан, старается сказать о себе поменьше. Сознался, что работать ему нигде не хочется. Предпочел бы все время проводить с ребятами, в веселых компаниях. Но раз надо обязательно работать, то ему все равно где и кем, лишь бы недалеко от дома. Неохотно признался, что выпивал, предпочитает вина — «от водки горько во рту». Раз напился до бесчувствия — с тех пор избегает большого количества вина. Несколько раз курнул «дурь» в компаниях подростков, но ощущения описывает очень скупо. Подтверждает, что автомашины угонял «для развлечения», чтобы «покатать ребят». Сказал, что «дружит» с одной девочкой, но говорил об этом безразличным тоном. Половую жизнь отрицает. К матери отношение равнодушное. Не навещал ее, когда та лежала в больнице. В асоциальных компаниях быстро и легко осваивается.

Физически развит по возрасту. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки, несмотря на установленную склонность к диссимуляции, диагностирован выраженный неустойчивый тип, но с чертами эпилептоидности. Конформность высокая, реакция эмансипации умеренная, психологическая склонность к алкоголизации сильно выражена. По шкале субъективной оценки самооценка

правильная: выступили неустойчивые и конформные черты, достоверно отвергаются черты меланхолические, сенситивные и шизоидные.

Диагноз. Психически здоров. Делинквентное поведение на фоне явной акцентуации по неустойчивому типу.

Катамнез через 2 года. Осужден за соучастие в ограблении.

Кроме явной акцентуации по неустойчивому типу, когда все особенности поведения и характера налицо, приходится сталкиваться со скрытой акцентуацией. В этих случаях нарушения поведения, свойственные типу неустойчивых, выявляются внезапно на фоне предшествующего благополучия. Обнаруживаются они при сочетании двух факторов — неожиданного для подростка положения относительной бесконтрольности со стороны старших и пагубного влияния приятелей.

Конформно-неустойчивый тип. Этот тип отличается от обычной неустойчивой психопатии только преморбидными особенностями — до наступления подросткового возраста не наблюдалось никаких неустойчивых черт. Гипопротекция и безнадзорность, с одной стороны, и случайное попадание в компанию асоциальных подростков ведут к наслоению черт неустойчивости на конформное ядро. Вживание в асоциальную среду происходит постепенно, но ее манеры поведения и интересы усваиваются прочно. В конце концов поведение становится неотличимым от поведения собственно неустойчивых, и только тщательный анамнез позволяет выявить конформный преморбид. Но такие подростки навсегда сохраняют конформность как главную черту характера, хотя конформными они становятся в отношении асоциальных подростковых групп. Из черт конформного типа особенно выступают неприязнь к чужакам, подозрительность ко всему незнакомому и непривычному. Для собственно неустойчивых чужаки скорее служат предметом для мимолетного любопытства или развлекающих злых забав.

Сергей О., 15 лет. Вырос без отца. Живет вдвоем с матерью, которая работает экскурсоводом на междугородных автобусах, подолгу не бывает дома, последние годы стала часто выпивать, заводит ел) чайные связи. Сына то берет с собой в дальние рейсы, отрывая от школы, то оставляет дома без надзора, то, приведя сожителя, выставляет его из дому. До 11 лет, несмотря на отсутствие надзора и нерегулярности занятий, учился удовлетворительно, был дисциплинирован. Затем случайно попал в компанию асоциальных подростков. Стал прогуливать школу, остался на второй год в 5-м классе, начал курить и выпивать с приятелями. Хотя от вина никакого удовольствия не получал, но пил, чтобы «не нарушать компанию», хотелось, чтобы его «признали своим». Последние месяцы часто напивался допьяна. Дома в отсутствие матери устраивал с приятелями пьянки и картежные игры.

По настоянию матери был помещен на обследование в подростковую психиатрическую клинику. Госпитализацией был недоволен, бранил мать, в пьянках не видел ничего особенного — «все пьют». В клинике тянулся к асоциальным подросткам, но режима не нарушал, на лидерство среди них не претендовал, был пассивным участником их компании. Упросил мать взять его домой, обещая хорошо себя вести.

Физическое развитие по возрасту. При неврологическом осмотре — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован неустойчивый тип. Имеются признаки, указывающие на возможность психопатии. Конформность умеренная, реакция эмансипации выраженная. Определение неустойчивого типа свидетельствует о наличии склонности к делинквентности. Выявлена психологическая склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка удовлетворительная: достоверно выделяются черты неустойчивого типа, отвергаются меланхолические черты.

Диагноз. Психопатическое развитие по неустойчивому типу на фоне конформной акцентуации.

Неустойчивый тип психопатий и акцентуаций — один из частых среди подростков мужского пола, попадающих под наблюдение психиатра (11 % среди госпитализированных подростков без психоза). У взрослых этот тип психопатии диагностируется гораздо реже. Лишь менее 1 % среди нескольких сотен случаев психопатий, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, т. е. в популяции, где можно было бы ожидать представителей этого типа особенно часто, было оценено как неустойчивые (Шостакович Б. В., 1971). Можно предположить, что значительная часть неустойчивых подростков, став взрослыми, пополняют ряды алкоголиков. Диагноз «хронический алкоголизм» заслоняет их психопатическое прошлое — психопатию или акцентуацию неустойчивого типа.

Среди подростков мужского пола, особенно учащихся ПТУ, к сожалению, неустойчивый тип акцентуации является одним из самых распространенных (см. табл. 3). Естественно, всюду, где требуется напряженный труд, где учеба сложна, неустойчивые подростки не встречаются (например, в математической и английской школе). Их мало также там, где требуется высокая дисциплина (например, в арктическом морском училище) (Иванов Н. Я., 1976). Зато неустойчивый тип весьма распространен среди делинквентных подростков (Вдовиченко А. А., 1976), но

значительно менее среди подростков с криминальным поведением (Михайлова Л. О., 1976) — представители этого типа в подростковом возрасте, очевидно, еще не совершают серьезных правонарушений.

Конформный тип.

Психопатий этого 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. Ганнушкин (1933) метко обрисовал черты этого типа — постоянную готовность подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к ходячей морали, благонравию, консерватизму. Однако он неудачно связал этот тип с низким интеллектом. В действительности дело не в интеллектуальном уровне. Подобные субъекты могут хорошо учиться, получить 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 суждений 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, как 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 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 пол 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 на 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 распространение 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 в 16-17-летнем возрасте 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 наложения черт другого типа (особенно неустойчивого, эпилептоидного и др.) в условиях неправильного воспитания, неблагоприятного окружения.

Конформно-гипертимный вариант. Этот тип описан Н. Я. Ивановым (1972). Таких подростков отличает повышенная витальная самооценка. Они почти всегда несколько эйфоричны, подчеркивают свою бодрость, здоровье, хороший сон и аппетит. Им свойственны также чрезмерно оптимистическая оценка своего будущего, убежденность, что исполнятся все желания. Но этим и ограничивается их сходство с гипертимным типом. Ни большой активности, ни живости, ни предприимчивости, ни инициативы, ни умения лидерствовать они не обнаруживают.

Они податливы дисциплине и регламентированному режиму, особенно если все это соблюдается окружающими.

Роман Б., 15 лет. Из благополучной семьи, рос здоровым. В школе учился удовлетворительно, нарушений поведения не было. Подражая профессии отца-повара, любил сам готовить пищу, печь пироги. К отцу относился с уважением и несколько побаивался. Среди сверстников ничем не выделялся. После окончания 8 классов поступил в кулинарное училище, где готовят поваров высокой квалификации. Поначалу занятия посещал аккуратно. Затем получил длительное освобождение от учебы в связи с переломом руки (от случайной травмы). Сам себя дома ничем занять не мог, стал выходить «гулять» во двор и незаметно для себя оказался втянутым в уличную асоциальную компанию подростков. По его словам, старался быть «как все», не отстать от приятелей. Оказался соучастником группового правонарушения (кражи), хотя активного участия в ней не принимал, но уходить от своих не хотел, чтобы не посчитали трусом. Считал, что к нему эта кража отношения иметь не будет.

После того как рука зажила, снова ходить на занятия уже не хотелось, привык бездельничать. Стал тайком от родных прогуливать учебу. Время проводил в ставшей привычной уличной компании.

Вместе со своими приятелями и по их наущению начал нюхать бензин. Поначалу не понравилось, тошнило, но старался этого не показывать. Затем, как другие, стал добиваться «веселья». Несколько раз испытывал зрительные галлюцинации. О содержании их говорить не хочет, смущается — видимо, они имели сексуальную окраску. Признался, что в их компании «все рассказывали друг другу, кто что видел». Однажды, не зная чем себя занять, начал нюхать бензин дома, когда никого не было. За этим застал его отец, по настоянию которого был направлен в подростковую психиатрическую клинику.

В клинике, оказавшись в палате, изолированной от общения с делинквентными подростками, стал послушен, помогал персоналу ухаживать за слабыми больными, принимал участие в трудовых процессах, режима не нарушал.

В беседе откровенно рассказал о себе, но ко всему случившемуся относится легкомысленно («от бензина наркоманом не станешь», «другие тоже прогуливали занятия» и т. п.). Настроение всегда слегка повышенное, но инициативы, активности, стремления лидерствовать среди подростков не обнаруживает — всюду следует за другими, ведет себя, как окружающие.

При неврологическом осмотре — без отклонений. Физическое и сексуальное развитие по возрасту.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован гипертимно-неустойчивый тип с наличием высокой конформности. Реакция эмансипации умеренная. Определение неустойчивого типа служит указанием на склонность к делинквентности. Отношение к алкоголизации скорее отрицательное. По шкале субъективной оценки самооценка правильная: достоверно выделяются конформные и гипертимные черты; отвергаемых черт не выявлено.

Диагноз. Психически здоров. Нарушения поведения на фоне конформного типа акцентуации (конформно-гипертимный вариант).

Катамнез через 1 год. Учится в кулинарном училище. Нарушений поведения нет.

Конформные подростки, кроме случаев сочетания с дебильностью, относительно редко попадают под наблюдение психиатра. Лишь около 1 % обследованного нами контингента госпитализированных подростков были оценены как представители этого типа. В общей популяции 16- 17 лет их около 3 % (см. табл. 3) Тем не менее явная конформная акцентуация — это крайний вариант нормы. И поэтому представители данного типа акцентуации также могут составлять контингент повышенного риска в отношении нервно-психических расстройств.

Еще П. Б. Ганнушкин (1933) отметил склонность представителей данного типа к реактивным состояниям — ипохондрии после «страшного диагноза», реактивной депрессии при утрате близких или имущества, реактивного параноида при угрозе ареста и т. п. Слабое место конформного типа — чрезмерная податливость влиянию окружения и чрезмерная привязанность ко всему привычному. Ломка жизненного уклада, лишение обычного для них общества могут послужить причиной реактивных состояний а дурное влияние окружающей среды — толкнуть на путь интенсивной алкоголизации или употребления других дурманных средств. Длительное неблагоприятное воздействие среды в подростковом возрасте может послужить причиной психопатического развития по неустойчивому и даже эпилептоидному типу (см. гл. V).

Помимо острых реактивных состояний, опасности хронического алкоголизма, возможности психопатического развития по неустойчивому типу следует оговорить, что высокая конформность в подростковом возрасте может служить временным этапом, как бы предвеля относительно позднее формирование акцентуации по другим типам например эпилептоидному сенситивному, паранойальному.

Смешанные типы.

Из предшествующего изложения видно, что смешанные типы довольно распространены и весьма разнообразны. По нашим данным, они представляют почти половину случаев явных акцентуаций характера и более половины — психопатий. Однако выделению 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.

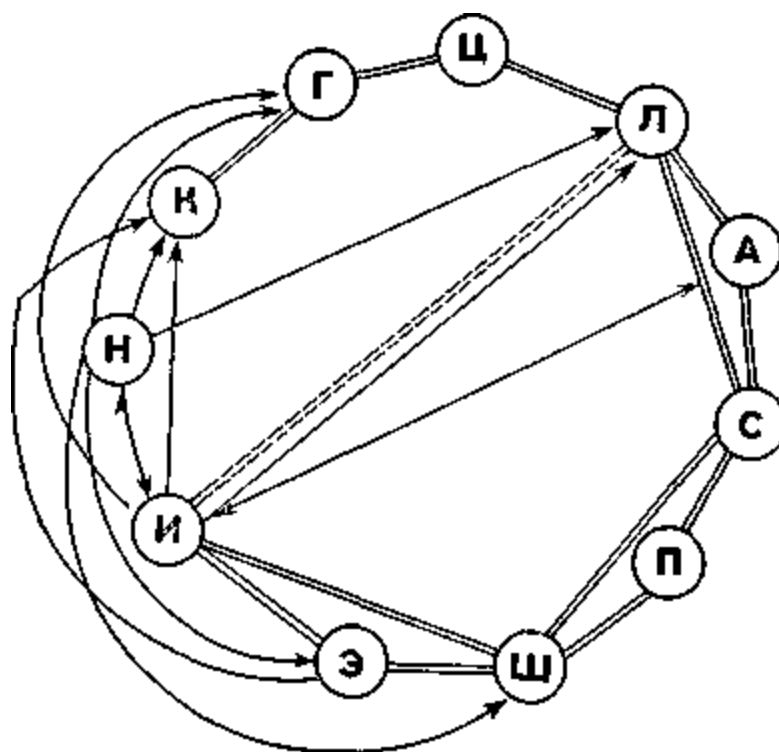
Несмотря на кажущееся разнообразие смешанных типов, встречающиеся сочетания не случайны. Как в отношении акцентуаций характера, так и в отношении психопатий эти сочетания подчиняются определенным закономерностям. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других практически никогда. 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 астеноневротическим и сенситивным, астеноневротического 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, но 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. Н., 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 психопатии представлены в монографии П. Б. Ганнушкина (1933). Если исключить из классификации П. Б. Ганнушкина практически не встречающиеся у подростков конституционно-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 (рисунок), то обнаружится следующее (Личко А. Е., 1981).



Схематическая цепь совместимости и трансформаций типов психопатий и акцентуаций характера.

Типы акцентуаций и психопатий Г — гипертимный (конституционально-возбужденный) Ц — циклоидный (циклотимик), Л — лабильный (эмотивно-лабильные); А — астеноневротический (неврастеники); С — сенситивный (астеники, главными чертами которых являются «чрезмерная впечатлительность» и «резко выраженное чувство собственной не достаточности»); П — психастенический (психастеники); Ш — шизоидный (группа шизоидов); Э — эпилептоидный (группа эпилептоидов); И — истероидный (группа истерических характеров), Н — неустойчивый (группа неустойчивых), К — конформный. В скобках указаны названия, данные П. Б. Ганнушкиным (1933). Двойные линии — сочетания и трансформации типов в силу эндогенных механизмов; штриховая двойная линия — предполагаемая возможность такого сочетания; линии со стрелками — направления наслоения черт одного типа на другой в силу воздействий окружающей среды («амальгамные типы»).

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.

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

Встречаются случаи психопатий, где решающим фактором в формировании патологического характера является неблагоприятное воздействие окружающей среды. Подобные случаи получили различные наименования: «социопатия» (Ленц А. К., 1927), «краевые психопатии» (Schulz J, 1936), «приобретенные психопатии» (Кербиков О. В., 1961), «патохарактерологические формирования» (Ковалев В. В., 1979) и др. Нами используется термин «психопатическое развитие», так как в психиатрической литературе под термином «развитие» обычно принято понимать изменения личности в определенном направлении под влиянием неблагоприятных воздействий социальной среды или вследствие хронической психической травматизации.

Возможность изменений характера вследствие социальных и психологических воздействий не вызывает сомнений. Но до сих пор не прекращается дискуссия о том, могут ли эти изменения достигать патологического уровня — может ли психопатия быть нажитой, приобретенной, иначе говоря — могут ли приобретенные изменения характера стать малообратимыми. П. Б. Ганнушкин считал психопатии «врожденными свойствами» личности, указывал на их эндогенную природу (Озерецковский Д. С., 1977). Однако он же ввел понятия ситуационного и конституционального развития.

С одной точки зрения (Осипов В. П., 1936; Сухарева Г. Е., 1959, и др.), изменения характера, обусловленные средой, могут иметь лишь внешнее сходство с психопатиями и по сути дела таковыми не являются. С другой точки зрения (Кербиков О. В., 1961), психопатии могут быть приобретенными. Это может случиться даже при вполне здоровой и устойчивой в преморбиде личности, если психическая травматизация отличается чрезвычайной тяжестью. Последние случаи иногда обозначают как «психогенное развитие». Возможно, роль подобной травмы могут играть тяжелые физические недостатки, например глухота (Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. И., 1975) или врожденный гипогенитализм (Коркина М. В. и др., 1978).

Исключительные по тяжести неблагоприятные социальные воздействия на детей и подростков в настоящее время в нашей стране встречаются чрезвычайно редко. Описанные ранее случаи в большинстве были связаны с ужасами войны и фашистской оккупации (Сухарева Г. Е., 1959). Наш материал — несколько сот подростков, родившихся в 50-60-х годах, — не дал нам ни одного подобного наблюдения.

Значительно чаще формирование приобретенной психопатии происходит, когда в преморбиде личность принадлежит к крайним вариантам нормы. Н. Binder (1960) отметил, что психопатические развития чаще всего начинаются у «дискордантно-нормальных» личностей, в то время как «конкордантно-нормальные» после психических травм легко восстанавливают утраченное равновесие, даже если ситуация не улучшается.

Акцентуации характера, будучи крайними и менее устойчивыми вариантами нормы, вероятно, представляют наиболее подходящую почву для формирования приобретенных психопатий. Но для психопатического развития на почве акцентуации характера необходимо соблюдение трех условий неблагоприятного влияния среды:

- 1) оно должно быть особо значимым для данного типа акцентуации, адресоваться к его «месту наименьшего сопротивления»;
- 2) оно должно быть достаточно продолжительным или многократно повторяющимся;
- 3) оно должно падать на критический период формирования характера т. е. для большинства психопатий на подростковый возраст

В подростковом возрасте наиболее частым влиянием, отвечающим всем этим требованиям, является неправильное воспитание. Наиболее способствующие формированию приобретенных психопатий виды неправильного воспитания были отмечены О. В. Кербиковым (1962) — «гипоопека» и безнадзорность, «гиперопека», «Золушка», «кумир семьи». К ним следует добавить описанное Г. Е. Сухаревой (1959) воспитание в условиях повышенной детской ответственности, а также воспитание в атмосфере жестоких взаимоотношений в окружении.

По мнению В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикина (1980), среди «трудных» подростков «ядерные», т. е. конституциональные, психопатии составляют 52 %, а патохарактерологические и психогенные развития — 33 %. Некоторые авторы, по-видимому, склонны расширять диагностику развития: по данным Ф. И. Ивановой (1972), соотношение ядерных психопатий и развития 1:1, а по материалам Е. А. Коссовой (1971) — даже 1:3 в пользу последних. У взрослых психопатические развития диагностируются значительно реже, чем у подростков. Можно полагать, что определенная часть акцентуаций характера у подростков с преходящими психопатоподобными нарушениями поведения в этом возрасте трактуется как «патохарактерологическое развитие» или «краевая психопатия». Подобная опасность уже была отмечена в отношении затяжных реактивных состояний у подростков (Пивоварова Г. Н., 1962).

Наши катamnестические исследования показали, что у 72 подростков, у которых была диагностирована психопатия, через 2-4 года этот диагноз был сохранен в 88 %. Лишь в 12 % стойкая и хорошая компенсация на протяжении 1/2-3 лет после завершения пубертатного периода позволяет думать, что эти случаи правильнее было бы расценить как акцентуации характера. Зато среди 55 подростков, квалифицированных как акцентуации, хорошая и стойкая социальная адаптация через 2-4 года отмечена в 82 %. В остальных случаях под влиянием неблагоприятных условий среды наступило психопатическое развитие или возник хронический алкоголизм. Эти данные еще раз свидетельствуют о том, что диагноз психопатического развития у подростков должен ставиться с осторожностью.

Что же должно служить критериями диагноза психопатического развития («краевой», приобретенной психопатии) в подростковом возрасте?

Прежде всего необходимо соответствие критериям диагностики психопатий по П. Б. Ганнушкину — О. В. Кербику (см. гл. I), т. е. должны иметь место относительная тотальность и стабильность характера, ведущие к социальной дезадаптации. Стадии, предшествующие формированию психопатии — психопатические или патохарактерологические реакции, пубертатный полиморфизм и т. п. [Ковалев В. В., 1973; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980], когда такого соответствия еще нет, с нашей точки зрения, могут служить лишь вехами при изучении анамнеза или «угрожаемыми симптомами», но не основанием для ранней диагностики приобретенных психопатий. Малоудачным представляется использование термина «патохарактерологическое развитие» для случаев, когда изменения характера еще не достигли уровня психопатии. Само обозначение подразумевает, что развитие в отношении изменений характера достигло патологического уровня, ушло за рамки крайних вариантов нормы, чего нередко в этих случаях еще не бывает.

В силу сказанного важно отграничение психопатического развития от семейной и педагогической запущенности (Твердохлебов В. И., 1971; Ковалев В. В., 1979; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980). Последней свойственны хорошая адаптация в среде сверстников, избирательное отношение к старшим, отчетливая психогенная обусловленность нарушений поведения и его улучшение в благоприятной обстановке.

Диагностируя психопатическое развитие, необходимо также констатировать достаточное по продолжительности пагубное влияние среды (чаще всего неправильное воспитание), особенности которого должны соответствовать типу формирующейся психопатии. Наконец, в анамнезе должны быть указания на возможную преморбидную акцентуацию характера, опять же того типа, который особенно чувствителен в отношении данного рода неблагоприятных влияний среды.

Следуя этим критериям диагностики психопатического развития, среди 300 госпитализированных с психопатическими нарушениями подростков к психопатическим развитиям было отнесено лишь 10 % случаев, в то время как диагноз «психопатия» был поставлен в 48 %, а 42 % случаев было расценено как нарушения поведения или реактивные состояния, возникшие на фоне акцентуаций характера. И хотя небольшая часть из них, судя по данным анамнеза, встают на путь психопатического развития, однако в момент обследования этот диагноз нам представлялся преждевременным. Говорить о субклиническом этапе развития психопатии (Кербиков О. В., 1961) правомерно ретроспективно, когда психопатия уже сформировалась, и преждевременно до этого, так как в большинстве случаев до психопатии дело так и не доходит.

Итак, определенные взаимоотношения между типом, акцентуации характера, видом неправильного воспитания и типом психопатического развития являются основой для диагноза последнего. Далее рассматриваются наиболее частые типы неправильного воспитания и связанные с ними типы психопатического развития.

Гипопротекция.

Этот вид неправильного воспитания в крайней форме проявляется полной безнадзорностью, но чаще лишь недостатком опеки и контроля за поведением. Лишь иногда гипопротекция простирается до такой степени, что подросток оказывается совершенно заброшенным — ненакормленным, не одетым, живущим в тяжелых условиях. Обычно же в наше время всеобщего материального достатка гипопротекция не сказывается на удовлетворении насущных нужд подростка, а проявляется только недостатком внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к его делам, волнениям, увлечениям. В духовной жизни подросток оказывается предоставленным самому себе.

Скрытая гипопротекция наблюдается тогда, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом. Подросток чувствует, что старшим не до него, что они несут в отношении его лишь тягостные для них обязанности, что на деле они были бы рады от них освободиться. Скрытая гипопротекция нередко сочетается с описываемым далее скрытым эмоциональным отвержением. Обычно подросток научается обходить формальный контроль старших и начинает тайно от них жить своей жизнью.

Гипопротекция особенно неблагоприятна при акцентуациях по неустойчивому и конформному типам. Именно такие подростки быстрее других оказываются в асоциальных компаниях и легко заимствуют праздный, полный поисков увеселений образ жизни. Однако она может оказаться пагубной и при гипертимной, и при эпилептоидной, и при лабильной и даже при шизоидной акцентуациях, обуславливая наложение на них черт неустойчивого типа. В то же время при

сенситивной и психастенической акцентуациях обнаруживается поразительная устойчивость в отношении нарушений поведения в условиях гипопротекции (см. Александр О., стр. 127)

Все же до психопатического развития по неустойчивому типу гипопротекция чаще всего доводит именно при неустойчивой или конформной акцентуации.

Для подростков неустойчивого типа опасность отсутствия надзора, постоянного твердого руководства, даже принуждения к занятиям, учебе, труду не вызывает сомнений. Предоставленные себе, они с первых классов школы начинают прогуливать уроки, все дни проводить на улице, быстро оказываются в асоциальных компаниях, и весь дальнейший путь психопатического развития по неустойчивому типу с делинквентностью, алкоголизацией, побегами из дому и т. п. осуществляется довольно быстро. Задержать это развитие может лишь обстановка строгого трудового и дисциплинарного режима.

Для конформной акцентуации вступление на путь психопатического развития по неустойчивому типу это дело случая. Но, к сожалению, в условиях гипопротекции этот случай обычно не заставляет себя ждать. Если оставленный без достаточного надзора родителями конформный подросток окажется в хорошем коллективе, который заполнит не только официальные часы учебы, но и весь его досуг интересными делами, то такой подросток легко усвоит положительный модус поведения, здоровые интересы, социально приемлемые личностные ценности. К несчастью, случай обычно толкает предоставленного самому себе конформного подростка в ту же компанию асоциальных уличных сверстников, которую подросток неустойчивого типа сам активно выискивает. Освоившись в этой среде, конформный подросток перенимает и ее образ жизни, и интересы, и манеру поведения. Бездумное времяпрепровождение, поиск развлечений, выпивки, наконец, щекочущие нервы похождения — все это постепенно, но прочно усваивается и толкает на путь психопатического развития по неустойчивому типу. Примером может послужить Сергей О. (стр. 176).

Доминирующая гиперпротекция.

Чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом, каждой минутой, каждой мыслью вырастает в целую систему постоянных запретов и неусыпного бдительного наблюдения за подростком, достигающего иногда постыдной для него слежки. Например, за 16-летним подростком его бабушка ежедневно, крадучись, следовала от дома до школы, затем ожидала в подъезде напротив школы окончания уроков и так же тайно сопровождала его до дома, выясняя, с кем он идет, не курит ли по дороге, не заходит ли куда и т. п. Одна мать стояла под дверями уборной, когда туда шел ее 14-летний сын, подслушивая, не занимается ли он там онанизмом. Непрерывные запрещения, невозможность никогда принимать собственные решения путают подростка, создают у него впечатление, что ему «все нельзя», а его сверстникам «все можно». Гиперпротекция не дает возможности учиться с ранних лет на собственном опыте разумно пользоваться свободой, не приучает к самостоятельности. Мало того, она подавляет чувство ответственности и долга, ибо если за подростка все решают и все ему указывают, то он приходит к убеждению, что сам он может ни за что не отвечать.

У гипертимных подростков еще в младшем или среднем подростковом возрасте (12-13 или 14-15 лет) гиперпротекция приводит к резкому усилению реакции эмансипации. Родители реагируют на эмансипационные устремления опекаемого подростка адекватным, с их точки зрения, способом — еще жестче требуют послушания, строже наказывают, еще более усиливают контроль, стараются изолировать от сверстников. Все это имеет лишь обратный эффект — усиливает реакцию эмансипации. В результате создается порочный круг: подросток все более проявляет непослушание, родители все сильнее стремятся его подчинить своему руководству. В какой-то момент, почувствовав возмущение, такие подростки поднимают бунт против «притеснения», сразу напрочь рвут все родительские запреты и устремляются туда, где, с их точки зрения, «все можно», т. е. в асоциальную уличную компанию. Здесь сказывается и подростковая реакция группирования и другие слабые места гипертимов — любовь к новизне, к развлечениям, легкость, с которой переступается, порою просто просматривается, грань дозволенного, неразборчивость контактов, привлекательность риска. Алкоголизация и знакомство с другими дурманящими средствами значительно подталкивают психопатическое развитие по гипертимно- неустойчивому типу.

Дмитрий А, 15 лет. Отец оставил семью, когда сыну было 11 лет. Живет с матерью, дедом и бабушкой. Последние отличаются ригидностью, вязкостью, с детства строго следили за внуком, не позволяли играть «с кем попало», предварительно тщательно выясняли, кто родители, часто не выпускали из дому, резко ограничивали в подвижных играх, дома требовали тишины, не пускали к нему товарищей по школе.

Развитие в детстве без особенностей. Был живого нрава, но существенных нарушений поведения не было. Учился вполне удовлетворительно. В 12-13 лет почувствовал себя взрослым, стали непереносимыми мелочная опека и постоянные нудные нотации деда и бабки, захотелось «свободы». Пытался заниматься спортом, но вскоре надоело, и оказался в компании асоциальных подростков. Стал убегать из дому, подбивая на побег товарищей. Прятались на пустовавшей даче, наслаждались «свободной жизнью». Стал выпивать. Потянуло к вину, в пьяном виде «очень хорошее настроение», «некуда деть силу», легко вступает в драку. В последние месяцы выпивает в один прием по бутылке вина или по 200-300 г водки. Из-за побегов, пьянок и драк в возрасте 13 и 14 лет родные дважды помещали его в детскую психиатрическую больницу. Остался на второй год в 7-м классе. Пошел работать, но и там начал прогуливать. В 14 лет вступил в половую связь с 17-летней девочкой, потом ее бросил и завел связь с другой.

Снова по настоянию родных помещен в подростковую психиатрическую клинику. Здесь держится среди асоциальных подростков, претендует на лидерство среди них. Тайком выпрашивал у других больных циклодол, копил его, собиравшись с двумя приятелями принять большие дозы с тем, чтобы вызвать галлюцинации. Признался, что раньше «для интереса» глотал с приятелями разные таблетки. Об опасности наркотиков имел весьма поверхностные сведения. Полон нереальных для него оптимистических планов на будущее — уверен, что его легко переведут на более заманчивую для него работу, что он закончит вечернюю школу и поступит в весьма престижный институт.

Физическое развитие с акселерацией — внешний вид и сексуальное развитие соответствуют возрасту 16-17 лет. При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный гипертимный тип с высоким показателем неустойчивости. Имеется указание на возможность формирования психопатии гипертимно-неустойчивого типа. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная. Обнаружены психологическая склонность к делинквентности и выраженная склонность к алкоголизации.

По шкале субъективной оценки самооценка правильная: резко выделяются гипертимные и неустойчивые черты, отвергаются черты сенситивные и эпилептоидные.

Диагноз. Психопатическое развитие по гипертимно-неустойчивому типу.

Катамнез через 1 год. Был устроен на работу, но прогуливал, пьянствовал. Был осужден за участие в групповой драке.

На подростков с психастенической, сенситивной и астеноневротической акцентуацией доминирующая гиперпротекция оказывает совершенно иное действие — усиливает несамостоятельность, неуверенность в себе, нерешительность, неумение постоять за себя и за свое дело. Но здесь подобное воспитание в случаях акцентуаций характера в подростковом возрасте обычно не доводит до психопатического развития. Наибольшие трудности возникают для них, когда они становятся взрослыми, когда жизнь начинает требовать от них самостоятельности.

Потворствующая гиперпротекция.

В крайнем проявлении потворствующая гиперпротекция получила наименование воспитания по типу «кумира семьи». Здесь дело не столько в постоянном контроле, сколько в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить любимое чадо от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей. Это дополняется непрестанным восхищением мнимыми талантами и преувеличением действительных способностей. С детства ребенок растет в атмосфере восторгов, похвал и безудержного обожания. Это культивирует эгоцентрическое желание всегда быть в центре внимания окружающих, ловить полные интереса к своей особе взоры, слышать разговоры о себе, а все желаемое получать с легкостью, без особого труда.

«Кумир семьи» не означает также, что объект обожания должен быть окружен обязательно множеством глаз влюбленных в него домочадцев. Семья может состоять всего из двоих — например, обожающей до безумия своего ребенка одинокой матери, во всем ему потакающей, спешащей скорее во всем угодить, беспрестанно любующейся им, и подростка, с ранних лет привыкшего немедленно получать все, что ему захочется, не задумываясь над тем, что это матери стоит.

Потворствующая гиперпротекция рано или поздно создает для подростка кризисную ситуацию. С одной стороны, с детства утверждается желание всегда быть на виду, лидировать среди сверстников, откуда неизбежными становятся непомерно высокий уровень притязаний, жажда престижного положения. С другой стороны, потворствующая гиперпротекция мешает выработке

навыков систематического труда, упорства в достижении цели, умения постоять за себя и за свои интересы, осуществить лидерские функции, подчинить себе, руководить другими.

При истероидной акцентуации потворствующая гиперпротекция толкает на психопатическое развитие по этому же типу. Однако она также способствует развитию истероидных черт на основе лабильной и гипертимной, реже эпилептоидной и шизоидной акцентуаций характера.

Андрей Т., 15 лет. Вырос в интеллигентной семье, где верховодила бабушка. По словам отца, внук был ее кумиром, она с детства его баловала, во всем ему потакала, покупала модную одежду, в школьные годы тайком давала ему карманные деньги, восхищалась его рисунками, хлопотала, чтобы их показали на какой-то выставке. Развивался хорошо, рано начал читать, любил декламировать стихи перед зрителями, ровесникам предпочитал компанию бабушкиных приятельниц, которые его обожали. В младших классах школы был отличником, затем учился неровно, трудно давалась математика. Сменил несколько школ — то переезжала семья, то бабушка была недовольна учителями. С удовольствием переходил в новую школу. По инициативе бабушки был принят в детский рисовальный кружок при Эрмитаже. Со сверстниками был общителен, с детства любил развлекать их, рассказывая фантастические истории, но близкого друга никогда не имел. Лучшим своим другом и сейчас назвал 70-летнюю женщину — приятельницу бабушки.

К бабушке был нежно привязан. Когда она скончалась полгода назад, очень тяжело перенес ее смерть. Долго был угнетен, плакал, никуда не ходил, запустил занятия в школе, особенно по математике. Отец запретил ему ходить в рисовальный кружок, пока не нагонит упущенное в учебе. После смерти бабушки между отцом и матерью назревал конфликт. Слышал, что речь шла о возможном разводе, очень это переживал.

По его словам, после очередного скандала с отцом прочел научно-популярную статью о людях, перенесших состояние клинической смерти. Стал размышлять о том, что, возможно, существует потусторонний мир, вспоминал бабушку, хотелось снова с ней встретиться. Вечером на глазах матери разыграл демонстративную суицидную попытку — хотел удавиться шлангом, был за это наказан. Тогда перед сном тайком из домашней аптечки достал и принял 30-40 (по его словам) каких-то таблеток (супрастин, димедрол, «остальное не помню»). Утром родители не могли его добудиться — вызвали скорую помощь. Тем не менее выяснилось, что он помнил, как его увозила скорая помощь. По сведениям из реанимационного центра, более суток был в состоянии глубокого оглушения. Придя в сознание, отказался объяснить причину суицидной попытки.

В подростковой психиатрической клинике первые два дня был в состоянии эйфории, болтал о пустяках с другими подростками, рассказывал им небылицы о себе. Затем успокоился, погрузился, стал держаться в стороне.

Во время беседы обнаружил выраженную эмоциональность, бурные вегетативные реакции. Отметил, что у него часто и круто меняется настроение, иногда без особых причин, «просто два-три дня бывают радостных, а потом день-другой уныние». Очень тяжело переживает малейшие неприятности. Наряду с этим во время беседы проявилась склонность к театральным жестам, выразительным мимическим реакциям. Категорически отказывается вернуться в прежнюю школу. Суицидную попытку объяснил «безвыходным положением». Сначала не хотел его раскрывать, но потом признался, что просил мать перевести его в другую школу, но получил отказ. Оказалось, что он ввел в заблуждение и товарищей по школе, и учителей, рассказывая о своем «близком родственнике и друге», который якобы является советским послом в одном европейском государстве, показывал письма от него, ему адресованные, полученные подарки, журналы и т. п. Убедил всех, что на каникулы едет с ним в Италию рисовать с натуры. Мать же раскрыла в школе все эти фантазии. Обрадовался, что получит разрешение заканчивать учебный год путем обучения на дому и обещание с осени перевести его в другую школу.

При осмотре — акселерация полового развития (соответствует возрасту 17-18 лет) сочетается с детским выражением лица. При неврологическом осмотре — без патологии.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный истероидный тип. Конформность средняя, реакция эмансипации выраженная. Отмечена психологическая склонность к делинквентности при резко отрицательном отношении к алкоголизации. Высокие показатели реакции эмансипации и склонности к делинквентности у истероидного типа могут быть проявлением протеста (реакция оппозиции). По шкале субъективной оценки самооценка противоречивая: выделились истероидные, психастенические и циклоидные черты, последние нередко констатируют у себя представители лабильного типа. Достоверно отвергаемых черт не установлено.

Диагноз. Психопатическое развитие по истероидному типу на фоне лабильной акцентуации в преморбиде. Острая аффективная реакция с демонстративной суицидной попыткой.

Катамнез через год. Учится в другой школе, но там также назревают конфликты. Несмотря на посредственные успехи в учебе, претендует на поступление в университет на искусствоведческое отделение.

Эмоциональное отвержение.

При этом виде воспитания ребенок и подросток постоянно ощущают, что им тяготеют, что он — обуза в жизни родителей, что без него им было бы лучше, свободнее и привольнее. Еще более ситуация усугубляется, когда есть рядом кто-то другой — брат или сестра, особенно сводные, отчим или мачеха, кто гораздо дороже и любимее (воспитание по типу «Золушки»).

Скрыто эмоциональное отвержение имеет место тогда, когда мать или отец сами себе не признаются в том, что тяготеют сыном или дочерью, гонят от себя подобную мысль, даже возмущаются, если им указывают на это. Силами разума и воли родители подавляют в себе эмоциональное отвержение к детям как недостойное и обычно даже обнаруживают гиперкомпенсацию в виде подчеркнутой заботы, утрированного внимания. Однако ребенок, и особенно подросток, чувствует искусственную вымученность таких забот и внимания и ощущает недостаток искреннего эмоционального тепла.

Положение менее любимого и нежеланного члена семьи неодинаково сказывается на подростках с разным типом характера. При гипертимной и эпилептоидной акцентуациях ярко выступает реакция эмансипации: первые из них борются за самостоятельность и свободу, вторые — за имущественные права. Истероиды в этих случаях в подростковом возрасте продолжают обнаруживать выраженную детскую реакцию оппозиции. И хотя формы ее выявления с возрастом меняются, но все поступки: и непонятные кражи, и показной интерес к алкоголю и другим дурманным средствам, и суицидальные демонстрации, и самооговоры в распутстве — используются как сигналы родным, как требования внимания, любви и забот. Другие истероиды, отчаявшись в попытке привлечь любовь к себе, погружаются в мир фантазий или начинают искать внимание на стороне. Шизоиды на подобную ситуацию, как и на другие трудности в жизни, реагируют уходом в себя, возводя духовную стену между собой и нелюбящей их семьей. Неустойчивые не склонны тяжело переживать эмоциональное отвержение близких, они и без этого ищут отдушину в подростковых компаниях.

Положение «Золушки» оставляет неизгладимый след при некоторых акцентуациях характера — сенситивной, лабильной и астеноневротической. Здесь акцентуация может превращаться в психопатическое развитие по соответствующему типу, а для лабильной — и по неустойчивому типу.

Анатолий П., 17 лет. Мать страдает хроническим алкоголизмом, отец также сильно пьет, но продолжает работать водителем такси. Имеет двух младших сестер. Старшая из них является любимицей отца, тот ее ласкает, балует, покупает дорогие вещи. Младшая, 7 лет, как и он, с детства была заброшена. Отец, будучи пьяным, за малейшие провинности жестоко его избивал. Например, он был избит за то, что потерял справку из больницы после аппендэктомии, которую надо было представить в школу, и отцу пришлось второй раз ехать за справкой в больницу. Отец бил его головой о стенку так, что он потерял сознание. В младших классах учился хорошо, любил школу — она была отдушиной от домашних пьянок родителей. В 7-м классе новый классный руководитель отнеслась к нему сразу недоброжелательно, при всем классе за какое-то нарушение дисциплины назвала его «сыном алкоголиков». Бросил ходить в школу. Когда отец узнал об этом, то жестоко его избил. После избиения убежал из дому, ночевал на чердаках, в подвалах, но избегал контактов с асоциальными компаниями подростков. Деньги на еду добывал собиранием пустых бутылок после матчей на стадионе, продавал собранные за городом цветы. Следил за своим внешним видом — часто ходил в баню, там потихоньку стирал свое белье. Дни часто проводил в общественных читальнях — особенно любил читать Льва Толстого. Выкраивал деньги на дешевый билет в театр. Так скрывался около месяца. Был задержан милицией случайно — из-за внешнего сходства с разыскиваемым подростком-преступником. Инспекцией по делам несовершеннолетних был возвращен домой, устроен учеником на завод и в вечернюю школу. Сразу перекрасил себе волосы, чтобы «больше за преступника не принимали». Вскоре снова был избит пьяным отцом — тогда пришел в милицию вместе с младшей сестрой и просил «отправить их куда-нибудь». Был снова возвращен домой с обещанием, что «с отцом поговорят». Но в отместку за это отцом сразу же был избит — тогда убежал из дому, бросил работу и учебу.

В этот раз скрывался около полугода. Вначале вел образ жизни, как во время первого побега. Но затем познакомился в театре с 20-летним одиноким парнем, который склонил его к гомосексуальной связи. Очень к нему привязался («меня впервые кто-то полюбил!»), жил у него,

вел тому домашнее хозяйство, с радостью принимал от него дорогие подарки, но «большой любви» сам не испытывал. Однажды на улице встретил отца — тот, увидев его в модной красивой одежде, подозвал милиционера и потребовал его задержать. В милиции заявил, что никогда не вернется домой, «лучше здесь же покончит с собой». Был направлен в подростковую психиатрическую клинику.

Среди подростков держится особняком, с персоналом вежлив, охотно помогает ухаживать за слабыми больными. Во время беседы обнаружил большую эмоциональность — плакал, когда рассказывал о своей семье, но легко поддавался успокоению, с веселой улыбкой говорил о театре, который очень любит, нежно — о младшей сестре. Очень смутился при расспросе о гомосексуальной связи, признался, что его всегда влекло к юношам, но «боялся выдать себя». Мечтает стать мужским парикмахером, жить самостоятельно и взять к себе младшую сестру.

В клинике влюбился в красивого юношу — больного шизофренией, тайком сочинял в его честь стихи. Затем признался ему в любви, но встретил холодное, безразличное отношение. Тогда ночью в постели тайком вскрыл себе вены и закрылся одеялом. Когда это было обнаружено, уже потерял много крови. Был переведен в другую больницу. Оставил записку своему возлюбленному, что не может жить после того, как тот сказал, что ему с ним «противно».

Физическое развитие соответствует возрасту. При неврологическом осмотре — легкая асимметрия лицевой иннервации, на ЭЭГ — без отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный сенситивный тип, что является признаком, указывающим на возможность формирования сенситивной психопатии. Конформность средняя, реакция эмансипации умеренная. Психологическая склонность к делинквентности отсутствует. Отношение к алкоголизации отрицательное. По шкале субъективной оценки самооценка неточная: выделяется лабильный тип (что может отражать исходный преморбид), отвергаемых черт не установлено.

Диагноз. Психопатическое развитие по лабильно-сенситивному типу.

Катамнез. После того как исполнилось 18 лет, с каким-то приятелем уехал из Ленинграда в неизвестном направлении, с родными связи не поддерживает.

Условия жестоких взаимоотношений.

Эти условия нередко сочетаются с крайней степенью эмоционального отвержения. Жестокое отношение может проявляться открыто — суровыми расправами за мелкие проступки, а еще более тем, что на ребенке «срывают зло» на других. Но жестокие отношения не избирательно касаются только самого ребенка или подростка — они господствуют во всей атмосфере непосредственного окружения, хотя в семье могут быть и скрыты от посторонних взоров.

Это — душевное безразличие друг к другу, забота только о самом себе, полное пренебрежение к интересам и тревогам других членов семьи, незримая стена между ними, семья, где каждый может рассчитывать только на самого себя, не ожидая ни помощи, ни поддержки, ни участия — все это может быть без громких скандалов, без драк и избиений, но не может не отразиться на том, кто в этой семье растет.

Н. И. Озерский (1932), обследуя подростков-беспризорников 20-х годов — одного из тяжелых последствий гражданской войны и разрухи, отметил, что их образ жизни способствовал «искусственной эпилептоидизации» характера. Господствовавшие в среде беспризорников суровые взаимоотношения с расправами за непослушание вожаку, издевательствами сильных над слабыми, необходимостью каждодневно любым способом добывать себе пищу и место для ночлега, всегда быть начеку и силой постоять за себя — все это толкало к подобным изменениям характера.

Система жестоких взаимоотношений может культивироваться также между воспитанниками в некоторых закрытых учреждениях для подростков, особенно трудных и делинквентных, несмотря на материальную обеспеченность и, казалось бы, строго регламентированный режим. Тирания вожakov, издевательства сильных над слабыми и робкими, понуждение к неблагоприятным поступкам, расправы за неподчинение, раболепие одних и мучение других — все это легко процветает, если воспитательная работа отличается формализмом.

Не случайно лабильные, шизоидные и истероидные подростки, несмотря на делинквентность, нередко отчаянно пытаются вырваться из таких учреждений, прибегая для этого к любым мерам вплоть до серьезных суицидных попыток или симуляции гомосексуальных склонностей.

В случаях конституциональных эпилептоидных психопатий детство также может проходить в атмосфере жестоких взаимоотношений (отец, измывающийся над женой и детьми, и т. п.). В этих случаях подобное влияние среды может способствовать тому, что психопатия достигает тяжелых степеней.

При акцентуациях характера воспитание в условиях жестоких взаимоотношений особенно пагубно для эпилептоидного и конформного типов — именно у таких подростков легче всего начинается психопатическое развитие по эпилептоидному типу.

Сергей К., 15 лет. Мать ведет аморальный образ жизни, судом лишена родительских прав, попала в тюрьму, когда сын был еще маленьким. Отец развелся с ней, но впоследствии еще дважды женился и разводился. С сыном обращался сурово. Часто уезжал в длительные командировки, оставляя его в разных детских учреждениях.

До года развитие без особенностей. В возрасте около года перенес полиомиелит, остался атрофический парез правой руки и ноги. С детства был труден, бил детей, которые его дразнили за хромоту, отнимал или лестью выманивал у них сладости и игрушки, которых сам был всегда лишен. С 6 лет начались побеги (из интерната, из детского санатория). Позже стал убежать из дому после суровых расправ отца за любые проявления непослушания. В возрасте 9 лет около года жил с матерью, вышедшей из тюрьмы, но вскоре снова осужденной на длительный срок. Был свидетелем оргий и разврата — мать с улицы приводила пьяных мужчин, сожительствовала с ними и обворовывала их. С этого времени стал особенно трудным — издевался над слабыми, угодничал перед сильными, сделался лживым, изворотливым. В возрасте 7-8 лет и 11-12 лет подолгу жил у бабушки в другом городе. В эти годы совершенно менялся: от бабушки никогда не убегал, тепло к ней относился, помогал ей вести хозяйство, хорошо учился в школе. От нее первый раз был взят вышедшей из тюрьмы матерью («чтобы получать алименты от отца» — по его словам), во второй раз был возвращен к отцу, когда бабушку разбил паралич и ее поместили в дом для хроников. Отец намеревался отдать его в интернат — тогда пригрозил ему повеситься. Все же был туда помещен, там его сразу начали дразнить, более сильные старались из него «сделать шестерку»; тогда принялся избивать младших и слабых. После наказания воспитателя, которое посчитал несправедливым, пытался изобразить самоповешение.

Был направлен в детскую психиатрическую больницу, там вел себя нагло и развязно с персоналом, лгиво с врачами, бил беспомощных и маленьких. Был выписан к отцу.

Последние два года совершил несколько долгих побегов от отца — странствовал по Кавказу, был в компании взрослых уголовных преступников, попал в детский приемник, но оттуда сбежал. При последнем задержании милицией у него были отобраны самодельный финский нож и патроны. О жизни во время побегов рассказывает отказывается.

После трехмесячного побега был помещен отцом в подростковую психиатрическую клинику. Здесь хорошо учитывает ситуацию, лестью и назойливостью старается заполучить себе всяческие льготы, хитер и изворотлив: сам открыто никогда не нарушает режима, но подначивает на это других подростков, отнимает передачи у слабых. Пристально блюдет свои интересы, бережлив в отношении своих вещей.

В беседе нетороплив, обстоятелен, обдумывает ответы. Тепло вспоминает о бабушке, отца винит в жестокости. Утверждает, что сам бьет только тех, кто его дразнит. Признался, что не раз выпивал с приятелями — не более стакана вина в один прием, пьяным напиваться не любит («с тобой могут сделать что захотят»). Сексуальную жизнь отрицает. Признался, что прошлым летом, будучи в пионерском лагере, влюбился в одну девочку. Когда осенью в городе увидел ее с другим мальчиком, охватила ревность — позвонил ей по телефону и пригрозил, что убьет ее. Любит читать, предпочитает историческую и военную литературу, хорошо передает содержание прочитанного, особенно описание сражений. Несмотря на атрофический парез, физически очень развит, мускулист, приземист, мужественного склада.

Сексуальное развитие соответствует возрасту. При неврологическом осмотре, кроме указанного пареза, никаких других отклонений не установлено.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки отмечена выраженная склонность к диссимуляции. В связи с этим ошибочно диагностирован смешанный лабильный и истероидный тип без признаков, указывающих на возможность формирования психопатии. Конформность высокая, реакция эмансипации выраженная. Установлена высокая психологическая склонность к делинквентности и выраженная — к алкоголизации.

По шкале субъективной оценки самооценка неправильная: выделяется истероидный тип, отвергаются черты меланхолического, сенситивного и астеноневротического типов, обнаружена амбивалентность самооценки в отношении черт эпилептоидного типа.

Диагноз: Психопатическое развитие по эпилептоидному типу.

Катамнез не собран в связи с переездом в другой город — сведений о подростке не получено.

Повышенная моральная ответственность.

В таких случаях родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов, его способностей и талантов. Они часто лелеют мысль о том, что их потомок воплотит в жизнь собственные несбывшиеся мечты. Подросток чувствует, что от него ждут очень многого.

В другом случае условия повышенной моральной ответственности создаются, когда на малолетнего подростка возлагаются недетские заботы об уходе за младшими или больными и беспомощными членами семьи (Сухарева Г. Е., 1959).

Почти все подростки обнаруживают большую устойчивость в отношении повышенных родительских экспектаций или возложенных на них трудных обязанностей. Несостоятельность и промахи в этих случаях не оказывают на них надламывающего действия. Подросток неустойчивого типа отнесется к родительским экспектациям или к возложенным на него поручениям с полным пренебрежением. На фоне гипертимных или эпилептоидных задатков данная ситуация может укрепить лидерские черты или стремление властвовать. Лабильного подростка чрезмерная ответственность будет крайне тяготить, и он постарается всячески ее избежать. Подросток с истероидной акцентуацией, в лучшем случае поиграв короткое время роль заботливого опекуна и убедившись, что отсутствуют восхищенные его усердием зрители, забросит или возненавидит объект своей опеки.

Но для психастенической и, возможно, сенситивной акцентуации чрезмерно высокие требования к чувству ответственности являются ударом по месту наименьшего сопротивления, приводя к затяжному обсессивно-фобическому неврозу или к психопатическому развитию по психастеническому типу.

Другие типы неправильного воспитания.

Потворствующая гипопротекция. Описана нашим сотрудником А. А. Вдовиченко при обследовании делинквентных подростков. Здесь бесконтрольность и вседозволенность в отношении родителей к подростку сочетается с некритическим отношением их к его поведению. Родители стараются всегда оправдать подростка, при всех его проступках переложить вину на других, оградить его от общественного порицания и тем более от вполне заслуженного наказания. В итоге, оставшись без такого родительского покровительства, подростки не могут приспособиться к жизни. В воспитательных учреждениях со строгим режимом они быстро обнаруживают склонность к истерическим реакциям. Этот тип неправильного воспитания отчетливо выступил у 10 % делинквентных подростков мужского пола.

Воспитание в атмосфере культа болезни. Описано Е. С. Ивановым (1980). Преувеличенные заботы о здоровье, возведение в культ режима и лечения имеющихся заболеваний по сути дела являются одной из форм доминирующей гиперпротекции. В итоге такое воспитание способствует инфантилизации, эгоистической фиксации на заботах о собственном здоровье, развитию своего рода рентных установок с завышенными притязаниями («все во всем должны идти навстречу»). На любые трудности становится ведущим истерический способ реагирования с ипохондрическими внешними проявлениями.

Противоречивое воспитание. Члены семьи в таких случаях (отец и мать, родители и дед или бабушка и т. п.) применяют несовместимые воспитательные подходы и предъявляют к подростку порою противоречивые требования. При этом члены семьи конкурируют, а то и открыто конфликтуют друг с другом. Например, могут сочетаться доминирующая гиперпротекция со стороны отца и потворствующая со стороны матери, эмоциональное отвержение со стороны родителей и потворствующая гиперпротекция со стороны бабушки. Подобные ситуации оказываются особенно пагубными для подростка, создавая большой риск для удара по слабым сторонам его характера. Подросток оказывается наиболее чувствительным к тому из видов неправильного воспитания, которое адресуется к ахиллесовой пяте его типа акцентуации.

Воспитание вне семьи. Само по себе воспитание вне семьи, в условиях интерната в подростковом возрасте не является отрицательным психогенным фактором. Наоборот, для подростка даже полезно на некоторые периоды времени расставаться с семьей и жить среди

сверстников — это способствует развитию самостоятельности. Временная изоляция от семьи бывает полезной в случаях тяжелых конфликтов.

Отрицательным психогенным фактором являются встречающиеся еще недостатки в работе интернатов и других воспитательных учреждений. Особенно неблагоприятно сказывается сочетание чрезмерно строгого режима, граничащего с гиперпротекцией, с формализмом в его соблюдении, открывающим отдушину для скрытой безнадзорности, тайного распространения дурных влияний, жестоких взаимоотношений между воспитанниками, а также недостаток эмоционального тепла со стороны воспитателей. Устранить все эти дефекты в интернате во много раз труднее, чем в семье. Именно поэтому воспитание в гармоничной семье, дополненное, расширенное и корригируемое общественным воспитанием, было и остается лучшим для становления личности, особенно в младшем и среднем подростковом возрасте. Можно смело сказать, что гармоничная семья способствует выработке при большинстве типов акцентуаций характера у под роста своего рода «психологического иммунитета» к влиянию неблагоприятных подростковых компаний.

Глава VI. Органические психопатии. Общие сведения и критерии диагностики.

В начале 20-х годов нашего столетия после прошедшей по Европе эпидемии энцефалита Экономо было обращено внимание, что у перенесших это заболевание могут возникать изменения характера, расстройства влечений и другие отклонения, свойственные тяжелым психопатиям. С тех пор психопатоподобные изменения при органических поражениях головного мозга стали предметом многочисленных исследований.

Принято разделять «органические психопатии» и «психопатоподобные расстройства при органических поражениях головного мозга» (Певзнер М. С., 1941; Сухарева Г. Е., 1959, 1972; Мнухин С. С., Исаев Д. Н., 1969; Шостакович Б. В., 1971; Липидес М. И., 1973). К органическим психопатиям относят изменения характера, обусловленные пренатальными, катальными и ранними (первые 2-3 года жизни) постнатальными поражениями головного мозга. Эти поражения падают на период, когда головной мозг и особенно его молодые в эволюционном отношении отделы еще не сформированы. Весь ход дальнейшего развития мозговых систем, все становление характера и личности в целом оказывается «поврежденным», изначально искаженным. Патогенными факторами могут быть тяжелые токсикозы беременности, внутриутробные травмы и инфекции, родовые травмы, асфиксия в родах, а также черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксикации в первые 2-3 года жизни. Если те же вредности падают на более старший возраст, когда мозг в основном уже сформирован, то возникают отличные от органических психопатий изменения характера, обозначаемые как психопатоподобные расстройства при органических поражениях головного мозга (травматическая, постинфекционная и другие энцефалопатии), которые обычно сопровождаются явлениями астении и выраженными вегетативными нарушениями. Конечно, это разграничение условно. Травмы, инфекции и интоксикации в старшем возрасте могут падать на почву, уже в какой-то степени измененную пренатальными, натальными и ранними постнатальными вредностями, и играть роль второго удара. Тогда вслед за ними может развернуться картина, типичная для органической психопатии.

Нерезко выраженные остаточные явления раннего органического поражения мозга могут быть компенсированными и не приводить к развитию органической психопатии. Но они могут создавать почву для того, чтобы под влиянием неблагоприятных влияний окружающей среды (например, хронической психической травматизации, неправильного воспитания) началось формирование устойчивых психопатических черт характера, т. е. благоприятствуют психопатическим развитиям («патохарактерологическим формированиям» по В. В. Ковалеву, 1979) Своевременное создание психотерапевтического «климата» способно в таких случаях приостанавливать психопатическое развитие и даже сглаживать уже возникшие изменения характера (Полякова Н.Е., Благосклонова Н. К., 1979J.

На органические психопатии падает значительная доля от общего числа психопатий у подростков: по литературным данным — от 15 до 24 % (Фелинская Н. И., 1965» Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980), а по нашим данным- 29 %. Соотношение же тяжелых, выраженных и умеренных степеней психопатий при органических психопатиях примерно то же, что и при конституциональных.

Катамнез свидетельствует о малой обратимости органических психопатий — только 15 % подростков, став взрослыми, обнаруживают удовлетворительную адаптацию (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980).

Клиническая картина органических психопатий наиболее подробно описана у детей и подростков (Певзнер М. С., 1941; Сухарева Г. С., 1959; Кербиков О. В., 1962; Липидес М. И., 1973; Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1979; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980). Выделены несколько вариантов, которые, однако, не обнаруживают четкой связи ни с причиной, вызвавшей органическое поражение мозга, ни с преимущественной локализацией поражения.

Среди этих вариантов в подростковом возрасте чаще всего встречаются следующие:

- 1) сходный с неустойчивым типом психопатии;
- 2) сходный с эпилептоидным типом психопатии;
- 3) сходный с истероидным типом психопатии;
- 4) сходный с шизоидным типом психопатии (встречается довольно редко);
- 5) с доминированием грубых расстройств инстинктов и влечений.

Последний вариант обычно сочетается с заметным снижением интеллекта и по сути дела представляет собой одну из форм дебильности с психопатоподобными нарушениями, а не органическую психопатию.

По нашим данным, среди органических психопатий у подростков наиболее часто встречаются неустойчивый и эпилептоидный типы, реже — истероидный и наиболее редко — шизоидный.

Критерии диагностики. Диагноз органической психопатии должен ставиться с учетом следующих критериев:

1. Наличие специфических особенностей клинической картины изменений характера и нарушений поведения, которые напоминают некоторые типы конституциональных психопатий, но не укладываются полностью ни в один из этих типов.

2. Наличие в анамнезе явных внутриутробных, родовых и ранних постнатальных (первые 2-3 года жизни) вредностей — таких, как черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, нейроинтоксикации и т. п.

3. Резидуальная неврологическая «микросимптоматика», чаще всего в виде глазодвигательных нарушений, легкой асимметрии лицевой иннервации, неравномерности или диффузного повышения сухожильных рефлексов, отсутствия или неравномерности брюшных и подошвенных рефлексов, а также в виде нерезко выраженных дизэнцефальных нарушений — всей той совокупности незначительных неврологических отклонений, которые в англоамериканской литературе получили наименование «минимального мозгового поражения», «минимальной мозговой дисфункции» (Wender P., 1971).

4. Обнаружение с помощью вспомогательных инструментальных диагностических методов признаков резидуального органического поражения головного мозга — спаечных процессов, гидроцефалии на пневмоэнцефалограмме, признаков повышения внутричерепного давления или аномалий оксификации на рентгенограмме черепа, патологических изменений (преимущественно умеренно выраженных и диффузных) на электроэнцефалограмме, положительных дизэнцефальных проб и т. п.

5. Установление признаков, присущих изменениям психики по «органическому» типу, при патопсихологических и патохарактерологическом (В-индекс ПДО) обследовании.

Ни один из указанных признаков сам по себе не может быть основанием для диагноза органической психопатии. Например, симптомы «минимальной мозговой дисфункции» обнаружены у 10 % здоровых школьников (Wender P., 1971).

Наиболее важен первый критерий — специфические особенности изменений характера и нарушений поведения. Без него нет оснований для диагноза органической психопатии даже при соответствии случая всем другим критериям, так как не всякое органическое поражение мозга ведет к психопатии. Однако только по картине изменений характера и нарушений поведения трудно бывает с уверенностью дифференцировать органические психопатии с конституциональными, особенно при их смешанных типах.

Диагноз органической психопатии, с нашей точки зрения, правомерен, если соответствие случая первому критерию дополняется соответствием еще хотя бы одному или двум другим.

Неустойчивый тип.

Среди вариантов органической психопатии в подростковом возрасте чаще всего встречается картина, сочетающая в себе отдельные черты неустойчивого, истероидного, эпилептоидного, гипертимного и лабильного типов в разных пропорциях. Но при этом черты, обуславливающие сходство с неустойчивым типом, бывают всегда представлены больше других.

С раннего детства обнаруживаются необычная крикливость, непоседливость, постоянное стремление к движению. Мимика поражает грубой выразительностью. Долго сохраняется младенческая привычка тянуться ко всем новым предметам, попавшим на глаза, все хватать руками. Внимание быстро перебегает с одного предмета на другой. Такие дети, если не спят, ни минуты не остаются в покое, всюду лезут. Приходится слышать, что в детстве их привязывали к кровати, к стулу и т. п. Но, несмотря на подвижность, моторные навыки развиваются с запозданием. Ходить и говорить они начинают позже обычного. Трудно прививаются элементарные навыки самообслуживания — позже своих сверстников они научаются держать ложку, мыться, одеваться, шнуровать ботинки.

Школа с первых дней становится мучением для них, а они — для школы. Не в силах высидеть за партой целый урок, они вскакивают, ходят по классу, отвечают за других, пристают к ученикам, шумят, при замечаниях — прячутся играть под парту. При вполне удовлетворительных способностях для них бывает невыносимым сколько-нибудь продолжительное умственное напряжение. Пишут они грязно, неряшливо, их книги и тетради вечно замызганы, а одежда — испачкана и разорвана. Главное, что их отличает в детстве, — это затруднение выработки любых тормозов. Всякое «нельзя» дается с огромным трудом и легко нарушается. Все желания должны быть исполнены сию же минуту. Именно поэтому подобный тип органической психопатии в детском возрасте получил название «бестормозный». Кроме того, с детства нередко отмечаются невротические симптомы — беспокойный сон, крайняя возбудимость. Ночной энурез может держаться и в школьные годы.

С начала пубертатного периода чрезмерная подвижность, шумливость, непоседливость сглаживаются. Внешне подростки даже становятся вяловатыми увальнями. Но детская «моторная бестормозность» сменяется поведенческой неустойчивостью.

Школьные прогулы, тяга в асоциальные подростковые компании, жажда легких развлечений, шумных сборищ и зрелищ, нежелание трудиться, отсутствие реальных планов на будущее, непереносимость одиночества вследствие неумения занять себя, склонность к азартным играм, побеги из дому и другие признаки неустойчивой психопатии обычно выступают на первый план. Однако от конституциональных неустойчивых их отличает большая эмоциональность, нередко теплая привязанность к близким, уживающаяся с полнейшим непослушанием, минутные угрызения совести за совершенные проступки. Их трусливость в отчаянные минуты достигает паники. Но они бывают также способны вдруг проявить совершенно безрассудную отвагу. Суровый дисциплинарный режим ими переносится плохо. Возникают бурные аффективные реакции. Алкоголь не дает настоящей эйфории, от него легко возникает дурнота, плохое самочувствие, головные боли, слезливость или раздражительная гневливость. Несмотря на это, попытки алкоголизации предпринимаются многократно. Даже курение табака может вызывать дурноту, рвоту, головную боль, поэтому пристрастие к курению обычно не развивается.

Нередко постоянно господствует легкий эйфорический фон настроения. Бурные аффекты на попытки ограничить «свободу», любопытство, легкая смена интересов, переоценка своих возможностей еще более создают сходство с гипертимным типом. Но отсутствует высокий жизненный тонус гипертимов — нет их неутомимости, бодрости, энергии, выносливости к тяжелым нагрузкам. В попытках к лидерству никакого успеха не достигается. Вместо ранней и сильной сексуальной активности чаще приходится видеть только упорный онанизм или пассивное вовлечение в сексуальную жизнь подростковой группой. Нет также присущей гипертимам хорошей самооценки. Хотя правильно отмечаются и привязанность к родным, и частые ссоры с ними, и легкость конфликтов с окружающими, и быстрота примирений, и отрицается сильное сексуальное влечение, но о других чертах своего характера обычно имеется весьма искаженное представление (утверждение стойкости к неудачам и т. п.).

Трудные ситуации, собственные оплошности, обиды на близких, неудовлетворенные притязания могут быть причиной истерических реакций вплоть до типичных истерических припадков. Эйфорический фон настроения располагает к бахвальству и хвастовству. Иными словами, истероидные черты нередко вкрапливаются в описанную картину. Однако в отличие от истероидных психопатий и акцентуаций здесь отсутствует всегда и за всем стоящий эгоцентризм, нет жажды повышенной оценки, стремления всегда и всюду обратить на себя внимание. Хвастовство отличается банальностью и не возвышается до уровня богатых выдумок и искусно раскрашенных фантазий, нет и тонкого артистизма, вживания в придуманную роль, способности

вести окружающих в заблуждение. Не обнаруживается и особой, склонности к демонстративному суицидальному поведению. Суицидные попытки относительно редки и совершаются по типу острой аффективной реакции.

Наконец, иногда аффективная взрывчатость, неудержимость в гневе напоминают эпилептоидов. Но, в отличие от них, не бывает ни продолжительных дисфории, ни медлительной тяжеловесности движений и мышления, ни напряженности влечений, ни склонности к аккуратности, педантизму, бережливости, ни других черт эпилептоидного характера. Аффекты же истощаются столь же быстро, как и возникают. Последняя черта может напоминать лабильный тип, но только ею сходство с ним и ограничивается.

Владимир П., 16 лет. Наследственность отягощена со стороны матери — у дяди и бабки маниакально-депрессивный психоз. В начале беременности — угрожающий выкидыш, во второй половине — тяжелый токсикоз. Мать с отцом в разводе. В воспитании большое участие принимал дед. С детства беспокоен, суетлив, все время чем-то отвлекается. По ночам были страхи. После рассказанной ему страшной сказки не спал несколько ночей. С 1-го класса школы возникли большие трудности: не мог усидеть на уроке, вертелся, болтал, ползал по полу, залезал под парту. Способности были удовлетворительными; занимаясь дома с дедом, не отставал, но из-за плохой дисциплины каждый год приходилось переводить в другую школу. С 5-го класса «отбил от рук». Бросил учебу, все дни проводил в уличных компаниях, где-то пропадал, начал курить, приходил домой пьяным. С 13 лет стал убегать из дому, по несколько дней отсутствовал. Несколько раз находили с приятелями на пустующих дачах. Однажды около недели жил у какого-то пьяницы, бегал ему за водкой. После 7-го класса был исключен из школы и устроен в ПТУ, где принимали с незаконченным начальным образованием, но и там стал постоянно прогуливать занятия. Время проводил в уличных компаниях — шел на поводу у приятелей. По их наущению пытался ограбить кассу в трамвае, залез в школьный музей боевой славы и похитил оттуда штык, принял какие-то таблетки, от которых были галлюцинации. Любит смотреть детективные фильмы. Признался, что алкоголь переносит плохо, никакого удовольствия от выпивок не получает, но пьет с приятелями, чтобы «не нарушать компанию».

По просьбе матери и деда был помещен на обследование в подростковую психиатрическую клинику. Здесь держался среди асоциальных подростков, нарушал режим, пытался совершить побег. Во время беседы обнаружил легкомысленное отношение к своему будущему. Как и дома, легко давал обещания исправиться и тут же их забывал. Родных встречал радостно, хныкал, чтобы его быстрее «забрали домой».

Физическое развитие соответствует возрасту. При неврологическом осмотре отмечена только легкая асимметрия лицевой иннервации. На ЭЭГ — без существенных отклонений, на рентгенограмме черепа — тоже.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный неустойчивый тип, что само является указанием на возможность психопатии неустойчивого типа. Отмечены высокий В-индекс и склонность к диссимилиации. Конформность высокая, реакция эмансипации слабая. Имеется выраженная психологическая склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неточная: выделяются черты конформного типа, отвергаются меланхолические черты.

Диагноз. Органическая психопатия неустойчивого типа выраженной степени.

Катамнез через год. Был исключен из ПТУ. При попытке трудоустройства не справлялся с простой работой, постоянно прогуливал, отказывался работать в вечернюю смену, потому что «вечером все ребята гуляют, а утром никого на улице нет».

Эпилептоидный тип.

Этот тип встречается реже неустойчивого. Его дифференциальная диагностика с эпилептоидным типом конституциональных психопатий бывает затруднена, так как в последнем случае также могут иметься пренатальные, натальные и постнатальные вредности (правда, без особых проявлений в детском возрасте), а при осмотре нередко выявляется неврологическая «микросимптоматика». Тем не менее только этих данных, как указывалось, нам представляется недостаточным для определения психопатии как органической, если в картине изменений характера и нарушений поведения не звучит особый «органический радикал».

Две эпилептоидные черты выступают на первый план — аффективная взрывчатость и (или) усиление и аномалии влечений. Дисфорические приступы для органической эпилептоидной психопатии нехарактерны — колебания настроения не имеют спонтанной периодичности.

Аффекты всегда спровоцированы извне, отличаются бурной вспышкой и быстрым истощением, гнев и ярость легко сменяются слезами и жалобами. Если аффект конституционального эпилептоида можно сравнить со взрывом парового котла, медленно закипающего, внезапно разрывающегося и еще долго дышащего горячим паром, то аффект при органической эпилептоидной психопатии скорее похож на вспышку пороха — от внезапного взрыва, для которого бывает достаточно ничтожная искра, остается лишь быстро рассеивающийся дым.

Нарушения влечений более сходны с теми, что встречаются при конституциональной эпилептоидной психопатии. Чаще других встречаются садистские стремления. Один подросток получал наслаждение, видя страх на лице матери, когда махал ножом перед ее лицом, другой с силой бросал мать на диван, третий придавливал бабушку «стальным зажимом».

Нередки разнообразные девиации сексуального влечения. Один подросток наслаждался, силком раздевая до гола девочек младше и слабее его, другой добивался сладострастного ощущения, часами раскачивая головой из стороны в сторону, третий онанировал, переодевшись в женское платье. Встречается также гомосексуальность, обычно в активной форме, реже — пиромания и дромомания (см. Алексей И., стр.59).

В отличие от органической психопатии неустойчивого типа здесь алкоголизация может быстро приобретать характер патологического пристрастия. Хотя опьянения протекают тяжело, с возбуждением, яростью, агрессией, желанием всех бить и все крушить, тем не менее легко возникает потребность напиваться до отключения («пока не отрубись»).

Очень обидчивые, требовательные, неуживчивые подростки этого типа органической психопатии все же не обнаруживают ряда неотъемлемых черт эпилептоидного характера. Вместо тяжелой медлительности движений можно видеть непоседливую егзливость, вместо неторопливой обстоятельности высказываний — болтливость, вместо аккуратности и педантизма — неряшливость и даже нечистоплотность. Бурные аффекты на попытки со стороны покуситься на их собственность и интересы сочетаются с небрежностью ими самими тех же вещей и самоличным пренебрежением теми же интересами.

Нередко при эпилептоидном типе органических психопатий приходится встречать изрядную примесь истероидности. Ее проявления те же, что и при неустойчивом типе органической психопатии, но описанные черты эпилептоидной органической психопатии всегда резко преобладают над истероидными.

Александр Т., 14 лет. Мать — легкого поведения, имеет четырех детей от разных связей, злоупотребляет алкоголем. Отец неизвестен. Во время беременности тяжелый токсикоз, роды — затяжные, родился в асфиксии. Воспитывался в детских учреждениях, в возрасте полутора лет была черепно-мозговая травма с выраженной коммоцией (уронили на каменный пол). С раннего детства криклив, возбудим, непослушен, непоседлив, дрался с сестрами. Не мог ужиться ни в детском саду, ни в интернате — со всеми дрался. До сих пор держится ночной энурез. В школе учился с трудом, был крайне неряшлив, плохо писал, отставал по русскому языку, но хорошо давалась математика. Из-за крайней возбудимости и драчливости по настоянию школы в возрасте 13 лет был помещен на обследование в детскую психиатрическую больницу. После выписки из нее бросил школу, стал конфликтовать с матерью, замахивался на нее молотком, грозил ее убить, было «приятно видеть страх на ее лице». Стал обнаруживать сексуальность к младшей сестре, раздевал ее донага, ощупывал гениталии. По настоянию матери был помещен в подростковую психиатрическую клинику.

С подростками непрерывно конфликтует, склонен к бурным, но быстро истощающимся аффективным вспышкам. Охотно беседует с врачами, болтлив, но вместе с тем осмотрителен в ответах, старается не дать о себе компрометирующие сведения. Привязан к бабушке, жалеет, что не может жить с нею, а не с матерью. Категорически отказывается ходить в школу («меня там дразнили косым сморчком») или поступать в интернат («с ребятами не ужиться»). Очень обидчив. Не курит, алкоголя не употребляет («от папирос меня тошнит», «вина не пью — на мать нагладелся»).

Маленького роста, инфантилен, половое созревание в самом начале. При неврологическом осмотре — косоглазие, легкая асимметрия иннервации лицевых мышц. На ЭЭГ — умеренные диффузные изменения электрической активности.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован выраженный эпилептоидный тип, имеются указания на возможность эпилептоидной психопатии органического происхождения (высокий В-индекс). Обнаружена склонность к диссимуляции черт характера. Конформность умеренная, реакция эмансипации выраженная. Установлена психологическая склонность к делинквентности при резко отрицательном отношении к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неверная выделяются черты лабильного, циклоидного и

неустойчивого типов, достоверно отвергаемых черт не выявлено, но имеется амбивалентность в самооценке в отношении черт эпилептоидного и истероидного типов.

Диагноз. Органическая психопатия эпилептоидного типа тяжелой степени.

Катамнез через 3 года. После выписки был отправлен матерью в деревню к бабушке, но вскоре сбежал оттуда из за постоянных ссор. Попытка раннего трудоустройства не удалась — работу бросил. В 15 лет был арестован и осужден за попытку изнасилования 12-летней девочки в лифте. В связи с амнистией вскоре был освобожден, но через полгода снова арестован и осужден за развратные действия над малолетней девочкой. Признался, что он неоднократно ловил девочек в лифтах, силой раздевал их, ощупывал гениталии и при этом возбуждался до оргазма.

Истероидный тип.

Этот тип органической психопатии более характерен для подростков женского пола. Наиболее ярким его проявлением бывает склонность к частым и бурным аффективным реакциям с криками, плачем, рыданиями вплоть до типичных истерических припадков. Истерические реакции легко возникают при малейших неудачах, в трудных ситуациях, при столкновении с родными или властями, при обиде на близких. Истероидный эгоцентризм, желание привлечь к себе внимание отличается примитивностью проявлений — для всех очевидным безудержным хвастовством и отсутствием смущения, когда выводят на чистую воду. Фантазии банальны, нет умения придавать своим рассказам правдоподобный характер. Имеется выраженная эффективность, но аффективные реакции носят демонстративный характер.

Александр В., 15 лет. Отец страдает хроническим алкоголизмом, мать разошлась с ним, когда сыну было 11 лет. Беременность протекала нормально, но роды были трудными и затяжными, родился в асфиксии. Развивался с задержкой — ходить начал в полтора года, говорить — с двух лет. Был крикливым, неловким, «нервным». В дошкольном возрасте несколько лет страдал заиканием, которое затем само прошло. С детства закатывал матери «истерики» — при запретах, отказе в исполнении желаний падал на пол, кричал, бился. Мать строго стала наказывать за это — «истерики» прошли, матери побаивается до сих пор, но с бабушкой бесцеремонен. Учился посредственно, всегда под строгим контролем матери. Ненавидел отличников, пугал рассказами, что он связан с хулиганами, которые мог и их убить. С 13 лет несколько раз убежал из дому — обычно на вокзалах или в поезде его задерживала милиция и возвращала домой. Тем не менее о своих побегах любил рассказывать и дома, и товарищам фантастические истории — как за два дня побывал и в Крыму, и на Кавказе и т. п. Когда его разоблачали — не смущался, придумывал что-нибудь другое. С трудом окончил 8 классов. Летом стал проводить время с уличными приятелями, выпивал с ними, по их наущению принимал какие-то таблетки, а потом потешал их рассказами о необычных явлениях, которые якобы ему казались. Занимался «фарцовкой», чтобы достать денег на выпивки и развлечения; был задержан милицией. По настоянию матери был направлен на обследование в подростковую психиатрическую клинику.

Здесь держится среди асоциальных подростков, рассказывает им небылицы о себе, изображая отъявленного преступника и вызывая у них смех. Отношение к своему будущему легкомысленное. Однако очень боится отправки в специальное ПТУ — обещает работать где скажут. Обнаружил некоторые гомосексуальные склонности (стремление к взаимной мастурбации).

Физическое развитие с некоторой акселерацией — внешний вид и степень полового созревания соответствуют возрасту 16-17 лет. При неврологическом осмотре — легкая асимметрия лицевой иннервации, отсутствие брюшных рефлексов с левой стороны. На ЭЭГ умеренные диффузные изменения.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный истероидно-эпилептоидный тип. Имеются признаки, указывающие на возможность формирования психопатии В-индекс — в пределах нормы. Конформность низкая, реакция эмансипации сильная — оба признака свойственны истероидному типу. Установлена выраженная психологическая склонность к делинквентности и алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неверная и, видимо, отражающая стремление показать себя явно асоциальной и вместе с тем «сильной» личностью: резко выделяются черты неустойчивого типа и отвергаются чувствительные черты.

Диагноз. Органическая психопатия истероидного типа умеренной степени.

Катамнез через год. Работает учеником слесаря в том же цеху, что и мать, под ее неусыпным надзором. Не прогуливает, так как боится, что за прогулы будет отправлен в специальное ПТУ. Но вечерами убегает из дому к уличным приятелям, иногда с ними выпивает, ночевать возвращается

домой и утром с матерью идет на работу. Недавно обманным образом выманил у какой-то девочки значительную сумму денег и растратил ее.

Шизоидный тип.

На возможность органического происхождения шизоидной психопатии было еще в 1925 г. указано Г. Е. Сухаревой (1959). Но подробно этот тип был описан С. С. Мнухиным и Д. Н. Исаевым в качестве одного из вариантов органической психопатии, названного «атоническим» (Мнухин С. С., Исаев Д. Н., 1969; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1973; Каган Б. Е., 1981). Встречается этот тип довольно редко и, вероятно, поэтому не включался другими авторами в систематики органических психопатий. Возможно также, что нарушения характера этого типа трактовались как процессуальный дефект после незаметно или в младенческом возрасте перенесенного шизофренического шуба, хотя мало вероятно, чтобы шуб, оставивший столь грубый след, прошел незамеченным.

Замкнутость, чуждаемость, странность («Verschroben») сочетаются с недоразвитием моторики, неловкостью, сравнительно невысоким интеллектом и в то же время «заумностью», витиеватостью мышления. Отмечаются также затруднения в оценке времени и тонкой ориентировки в пространстве, слабые успехи в арифметике и геометрии. Среди патогенных факторов преобладают тяжелые токсикозы беременности, множество инфекционных и соматических заболеваний в первые два года жизни. Резидуальная неврологическая «микросимптоматика» иногда сочетается с изменениями на ЭЭГ, свидетельствующими о нарушениях деятельности глубоких мозговых структур. На пневмоэнцефалограмме нередко удается обнаружить признаки внутренней водянки, дислокации мозговых желудочков, признаки атрофии в лобных и лобно-теменных областях.

В отличие от конституциональных шизоидных психопатий здесь замкнутость сочетается с вялой пассивностью, с одной стороны, и с аффективной раздражительностью в отношении некоторых близких — с другой. Невысокий интеллект с избирательной недостаточностью оценки времени и пространства, не соответствующая возрасту примитивность фантазий, инфантильность интересов и увлечений (здесь нет шизоидного богатства внутреннего мира) дополняют эти отличия. Все остальные признаки шизоидного типа могут быть представлены в разной степени.

Александр Г., 14 лет. Наследственность отягощена — бабка по матери больна шизофренией. Отец — алкоголик. Мать страдает неврастенией, лечилась в клинике неврозов. Беременность наступила от пьяного отца, протекала с токсикозом. Роды без патологии. В первые годы много болел — диспепсия, рахит, хронический гнойный отит, в 6 лет — тяжелая дизентерия, в 12 лет перенес сотрясение мозга, пролежал в больнице несколько недель. До 10 лет держался ночной энурез.

С детства вял, пассивен, необщителен, ни к чему не проявлял особого интереса. Играть любил один, детей сторонился. В школьные годы стал играть с малышами. Любит рисовать, сам с собой играет в шашки. В 7-9 лет страшился темноты, не хотел один оставаться в комнате — это началось после пьяных скандалов отца, которого очень боится. К матери относится довольно холодно, с бабушкой ссорился, лез в драку. В школе тих, незаметен, послушен, к учебе не проявляет никакой интереса, пассивно выполняет задания, плохо дается математика — дублировал 1-й и 6-й классы. Сторонился товарищей, не участвовал в школьной жизни, «после звонка — сразу домой».

Дома во дворе играл с малышами. По словам матери, с 12 лет стал часто запирается в ванной — занимается онанизмом.

В детской психиатрической больнице также тих и незаметен. держится в стороне, играет с малышами. В контакт с врачом вступает с трудом, считает себя стеснительным, жалуется на плохую память и быстрое утомление во время занятий, соглашается, что ленив и пассивен. Любит читать книги для детей младшего возраста и мечтать о приключениях — об этих мечтах никому не рассказывает.

При обследовании интеллекта обнаружено особое затруднение при выполнении счетных операций. По методу Векслера оценка равна 104 (вербальный индекс — 99, невербальный — 109). Логопедическое обследование выявило дизлексию и дисграфию. На ЭЭГ и при неврологическом осмотре — без патологии. Отмечаются ожирение, плоская сахарная кривая, нерезко положительная температурная дизэнцефальная проба. Физическое и сексуальное развитие с тенденцией к акселерации.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован смешанный шизоидно-сенситивный тип. Имеются признаки, указывающие на возможность формирования психопатии шизоидного типа органической природы (высокий В-индекс). Конформность умеренная, реакция эмансипации выраженная. Отношение к алкоголизации отрицательное. Отмечена склонность к повышенной откровенности. По шкале субъективной оценки самооценка недостаточная: черт какого-либо типа не выделяется и не отвергается.

Диагноз. Органическая психопатия шизоидного типа выраженной степени.

Катамнез через год. Продолжает учебу — поведение без изменений.

Природа этого относительно редкого типа органической психопатии остается неясной. Наслаивается ли здесь резидуальное органическое поражение на генетическую шизоидность, изменяя ее, или подобная картина аномалии характера связана с особенностями локализации органического поражения? Обе гипотезы допустимы в равной степени.

Глава VII. Психопатоподобные нарушения при шизофрении у подростков. Общие сведения.

Редкие случаи шизофрении у подростков, особенно мужского пола, проходят без того, чтобы на каком-то этапе болезни — в начале, на выходе из острого приступа, во время ремиссий или даже на всем протяжении заболевания — психопатоподобные изменения характера не выступали на первый план. Эти изменения нередко весьма сходны с теми, что наблюдаются при становлении конституциональных психопатий, и с теми нарушениями поведения на фоне акцентуаций характера, которые принято называть «пубертатными кризами». Особые диагностические трудности создаются тогда, когда все проявления болезни исчерпываются только психопатоподобными нарушениями: при психопатоподобной вялотекущей шизофрении и при психопатоподобных дебютах ее более прогрессивных форм.

Именно трудности дифференциальной диагностики побудили включить главу о психопатоподобной шизофрении в монографию, посвященную психопатиям и акцентуациям характера у подростков.

С тех пор как К. Kalbaum (1890) описал гебоидофрению, психопатоподобные картины при шизофрении у подростков неоднократно привлекали внимание. Начиная с 60-х годов, в связи с актуализацией проблемы вялотекущей шизофрении, заметно возросло число отечественных работ в этой области, касающихся подросткового возраста (Наджаров Р. А., 1965; Местиашвили М. Г., 1968; Юрьева О. П., 1971; Вроно М. Л., 1971; Сухарева Г. Е., 1974; Личко А. Е., 1976, 1980; Исаев Д. Н., 1978; Цуцульковская М. Я., Пекунова Л. Г., 1978; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., Исаченкова М. П., 1980 — цит. по А. Е. Личко, 1979). Возможно это объясняется учащением и усилением психопатоподобных расстройств при подростковой шизофрении на фоне современной акселерации развития (Сюсюкало О. Д., Большаков А. Г., Кашникова А. А., 1978).

Нами были взяты за определенный период все 100 случаев первых поступлений в подростковую психиатрическую клинику больных шизофренией 12-17 лет, у которых заболевание начиналось только с психопатоподобных нарушений. Последующее наблюдение показало, что 32 % оказалось вялотекущей психопатоподобной шизофренией, а 68 % — психопатоподобным дебютом прогрессивной шизофрении; этот дебют в 23 % сменился медленно развивающимся параноидным синдромом, в 12 % — простой, в 2 % — паранойяльной формой, и еще в 31 % заболевание приняло острую форму — развивался острый параноидный, острый полиморфный или кататонно-гебефренический синдромы. Эти величины относятся к подросткам мужского пола — у девочек возможны иные соотношения. Известно лишь, что шизофрения у женщин в подростковом возрасте начинается почти вдвое реже, чем у мужчин (Жариков Н. М., 1972), а психопатоподобные дебюты для них мало характерны, (Воронков Б. В., 1978).

Психопатоподобная форма вялотекущей шизофрении.

При этой форме обнаруживается не только сходство, с некоторыми формами психопатий — шизоидной, неустойчивой, реже эпилептоидной или истероидной, но. психопатоподобными изменениями характера и соответствующими нарушениями поведения обычно исчерпываются все проявления болезни. Бред, галлюцинации, симптомы, психического автоматизма и другие

продуктивные симптомы отсутствуют или встречаются в качестве мимолетных явлений, не получающих развития и почти не сказывающихся на поведении больных. Негативные симптомы в виде снижения эмоциональности, падения активности, патологической замкнутости, формальных нарушений мышления — поначалу лишь неотчетливо просвечивают сквозь психопатоподобное поведение.

Психопатоподобная форма является одной из самых частых в подростковом возрасте, особенно у мальчиков. Подростковый возраст, будучи периодом становления характера, видимо, именно в области характерологических сдвигов является наиболее уязвимым. Если вялотекущая шизофрения начинается в предподростковом возрасте, то она обычно проявляется как неврозоподобная, а с годами трансформируется в психопатоподобную (Головань Л. И., 1965).

Трудная задача дифференциального диагноза между психопатоподобной шизофренией и психопатиями и нарушениями поведения при акцентуациях характера должна решаться путем сопоставления разных вариантов психопатоподобных картин со сходными типами психопатий и акцентуаций характера. Именно в связи с этой задачей необходимо выделение отдельных синдромов психопатоподобной формы. Попытка такой систематизации была предпринята Д. С. Озерецковским (1973), выделившим два варианта психопатоподобной формы у взрослых — с преобладанием аффективной взрывчатости и с преобладанием нарушения влечений. Нами были выделены следующие синдромы психопатоподобной формы у подростков (Личко А. Е., 1979) в зависимости от их сходства с определенными типами психопатии: 1) синдром нарастающей шизоидизации; 2) синдром неустойчивого поведения, 3) эпилептоидный синдром, 4) истероидный синдром.

Синдром нарастающей шизоидизации. Этот синдром представляет один из наиболее частых при психопатоподобной шизофрении. Шизоидная акцентуация в преморбиде встречается более чем в половине случаев (Александров А.А., 1981). У остальных до начала болезни не выявлялось каких-либо ярких особенностей характера, и лишь в определенном возрасте — чаще всего в 16-17 лет — проявляются и все более усиливаются шизоидные черты, достигающие иногда карикатурных, гротескных форм. Нарастает замкнутость, теряются прежние приятели, а новых не заводится, наступает охлаждение к близким. Учеба постепенно забрасывается. Иногда этому предшествует период усиленных, но малопродуктивных учебных занятий — на выполнение заданных уроков тратится по многу часов, но они оказываются или так и не сделанными, или выполненными на очень низком уровне. Вскоре руки опускаются, и от занятий начинают уклоняться.

Однако выраженного «падения энергетического потенциала» не наступает. Вместо апатии и абулии нередко приходится наблюдать довольно напряженную деятельность, направленную в область необычных увлечений или состоящую из цепи энергичных, но поражающих нелогичностью поступков. Примером последнего может послужить подросток 16 лет, который увез из города в лес свою 6-летнюю сестру, оставил ее там жить в тайнике, носил ей туда пищу и игрушки и сам же заявил в милицию о ее пропаже. Сделал он все это, по его словам, чтобы «проверить эффективность работы милиции».

Чаще жизнь подростка полностью заполняется необычными увлечениями («патологическими хобби»). Например, один подросток целые дни был занят вычерчиванием планов фантастических городов, отмечая на них условными знаками все виды учреждений, включая общественные туалеты: десятки примитивных схем на огромных ватмановских листах как близнецы были похожи друг на друга. Другой составлял планы футбольных и хоккейных чемпионатов для всех стран мира на много лет вперед. Третий все дни разъезжал по городу, «изучая» трамвайные и автобусные маршруты. В качестве примеров подобных патологических хобби можно привести также ежедневное многочасовое сидение в кино на всех фильмах подряд, конструирование примитивных самострелов и др. Хобби могут носить телесно-мануальный характер-многочасовое занятие гантелями, чтобы «нарастить мышцы» и «укрепить волю», подражание йогам, плавание в холодной воде и т. п. Коллекционерство может приобретать нелепый и уродливый характер — например, собирание образчиков испражнений разных видов животных.

Три черты отличают патологические увлечения при психопатиях и акцентуациях характера, в особенности шизоидного типа: 1) вычурность и необычность для данного возраста и поколения, 2) напряженность, крайнее озлобление, когда «мешают», заполнение ими всей жизни в ущерб развлечениям, прогулкам, работе, учебе, сну, здоровью; 3) непродуктивностью — никакого реального результата, тем более успеха, в излюбленном деле не достигается, наоборот, иногда выступает поразительная неосведомленность в азах данной области, несмотря на, казалось бы, непрестанные многочасовые занятия (увлекающийся химией не знает ее школьных основ, составитель «планов городов» элементарно не ориентируется в собственном городе и т. п.)

Однако некоторые старые увлечения, которые возникли и упрочились еще до болезни, могут устойчиво сохраняться, когда учеба и все другие занятия уже заброшены. Подобное увлечение

шахматами, музыкой, рисованием и т.п. может долго оставаться не тронутым болезнью островком, где сохраняются и продуктивность, и собранность, и эмоциональная живость.

Контакт с родными обычно быстро нарушается. Эмансипационные устремления нередко проявляются в непонятных побегах или блужданиях по городу и окрестностям, в уходах в лес или степь. Дальние побеги с путешествиями на поездах нехарактерны. Толковых объяснений причины ухода из дому обычно услышать не удастся: «гулял», — отвечал подросток, пробродивший несколько суток без пищи по лесам и болотам. Прежние приятельские отношения со сверстниками порываются, новых знакомств либо совсем не заводится, либо они поражают своей необычностью — вступают в близкий контакт с незнакомыми людьми, явно не подходящими для компании. Попытка примкнуть к подростковым группам или не предпринимается вовсе, или быстро кончается неудачей.

Алкоголизация не характерна для данного синдрома. В редких случаях небольшие дозы алкоголя употребляются в одиночку в качестве своеобразного «допинга», снимающего напряжение и дающего трудно описуемые приятные ощущения. Зато курят нередко очень интенсивно. Правонарушения если и совершаются, то в одиночку и нередко бывают связанными с патологическими хобби (кража радиодеталей для «изобретательской работы», попытка устроить взрыв с целью испытать «новое оружие» и т. п.).

Сексуальная активность обычно ограничивается интенсивным онанизмом, которым иногда занимаются, не очень прячась от окружающих, но при расспросах или укорах с озлоблением отрицают.

Георгий А, 15 лет. Мать больна «атипичным аффективным психозом», но впервые была госпитализирована уже после заболевания сына. Отец еще до рождения сына страдал хроническим алкоголизмом, болел туберкулезом легких, когда сыну было 5 лет, развелся с матерью, но жил вместе с ними; умер от рака легких, когда сыну исполнилось 10 лет.

Беременность и роды без патологии, до 3 лет развивался правильно, рос здоровым. В 3 года перенес корь в тяжелой форме и с тех пор до 14 лет страдал ночным энурезом. В 8 и 12 лет черепно-мозговые травмы с потерей сознания, лечился в больницах, отдаленных последствий не было. Воспитывался в основном в детских учреждениях (детский сад, затем школа-интернат). До 13 лет хорошо учился, любил рисовать, особенно натюрморты, был дисциплинирован, имел друзей.

В 13 лет после повторной черепно-мозговой травмы был переведен в целях укрепления здоровья в загородную санаторную школу-интернат. Не смог приспособиться к новому месту, найти контакт с новыми товарищами, привыкнуть к новым учителям. По его словам, в нем произошел «какой-то душевный слом», сущность которого он объяснить не мог. Неожиданно для всех на уроке литературы, когда задали сочинение на вольную тему, решил «схулиганить» — написал о том, «как соседка по квартире сидела в туалете». Стал хуже учиться. Не объясняя причин, отказывался с другими мальчиками мыться в душе.

Сделался замкнутым, необщительным, но все же проучился еще почти 2 года и окончил 8 классов. После этого мать взяла его из интерната и по своему усмотрению устроила в ПТУ, где обучали на столяра-краснодеревщика. Одновременно поступил в вечернюю школу. На уроках в ПТУ и в вечерней школе пассивно выполнял все задания, но на практических занятиях стал вести себя странно — стоял и пристально рассматривал, как работают другие, сам же ничего не делал, инструменты в руки не брал. С товарищами не общался, на их насмешки никак не реагировал, но когда к нему кто-то пристал, так жестоко избил, что его больше не задевали. В ПТУ с воспитательной целью обсуждали его поведение на общем собрании — в ответ не сказал ни слова, но с этого дня бросил ходить на занятия и в ПТУ, и в вечернюю школу. Дома крайне озлобился на мать — в ответ на ее замечания и нотации нецензурно бранился, швырял в нее вещи, бил кулаком. По словам матери, часто запирался в ванне и занимался онанизмом, но мыться в ней отказывался. Изредка отправлялся в общественную баню, но зато просиживал там почти весь день. Сперва много рисовал, но потом бросил и все рисунки уничтожил. Вел дневник, в котором записывал все свои сновидения, но потом также уничтожил его. Одно время часами занимался гантельной гимнастикой, в это же время начал таскать домой с помоек железный хлам — складывал его в кучу и не позволял матери его трогать. Затем ежедневно уезжал далеко за город в места прежних боев во время войны, днями ходил по лесам и болотам, выискивал неразорвавшиеся мины, гранаты, патроны. Привозил все это домой, умело разряжал, доставал отсыревший порох, сушил его на радиаторе центрального отопления у себя в комнате и ссыпал в мешок (во время госпитализации милицией было изъято 20 кг пороха, несколько еще не разобранных гранат и патронов).

Мать не замечала болезненного состояния сына — считала его «лентяем и тунеядцем», обратилась за помощью в милицию, по инициативе которой был вызван психиатр.

В подростковой психиатрической клинике держался в стороне от асоциальных подростков, все дни был рядом с другим больным вялотекущей шизофренией (см. Вячеслав И., стр. 225) Режим не нарушал, но однажды во время прогулки на глазах у персонала в одной пижаме побежал вглубь больничного парка — был задержан другими больными, сопротивления не оказал, но в кармане был найден черенок от ложки, умело подделанный под больничный ключ.

Во время бесед не обнаруживал заметных эмоциональных реакций, о чем бы ни шла речь. Оживлялся только когда говорили об оружии, снарядах, взрывах и т. п. Холодно сказал о матери, что она его раздражает своим брюзжанием. Подтвердил все имеющиеся о нем сведения, но толковых объяснений своим необычным поступкам не дал. Целый день сидел в бане, потому что там «в парилке интересные разговоры» Тащил домой железный хлам, чтобы «использовать его для гимнастики вместо гантелей — он тяжелее» (из дома было сдано в утиль 50 кг железного лома). Порох копил для «занятий химией», хотел из него получить «чистый водород», но для чего не раскрыл («нужно было») Подробно объяснил, как он разряжал разные мины, гранаты и патроны, чтобы они не взорвались в его руках, но обнаружил полное незнание разрушительной силы отдельных снарядов и элементарных сведений из школьной химии.

После внутривенного вливания барбитала не было ни эйфории, ни заметной вегетативной реакции («немного закружилась голова»), стал более хмурым и напряженным. Ни бреда, ни галлюцинаторных переживаний, ни симптомов психического автоматизма не обнаружил. Однако по своей инициативе вдруг рассказал о том, что в старом интернате был влюблен в соученицу, из нового интерната поехал ее навестить и с ней объясниться, но «ничего не получилось». Тут же заметил, что сожалеет, что рассказал об этом. Вино пил однажды, сам купил и выпил полбутылки — «не понравилось», «ничего хорошего не почувствовал». Курит много — выкуривает более пачки сигарет или папирос в день.

От перенесенных черепно-мозговых травм заметных последствий не выявлено — головными болями не страдает, хорошо переносит парную баню, езду в транспорте.

Физическое развитие с некоторой акселерацией — соответствует 16-17 летнему возрасту. При осмотре бросается в глаза «башенный череп». По имеющимся сведениям, рентгенологически у больного была обнаружена *spina bifida* (обследовали в связи с ночным энурезом до 14 лет) При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без отклонений, не отмечено даже вегетативной лабильности.

Обследование с помощью ПДО (проведено после начала лечения трифтазином и аминазином, когда стал менее напряжен, более контактен, участвовал в трудовых процессах) По шкале объективной оценки диагностирован астеноневротический тип (при вялотекущей шизофрении без грубых личностных изменений нередко определяется преморбидный тип). Конформность низкая, реакция эмансипации выраженная. Обнаружена психологическая склонность к делинквентности при резко отрицательном отношении к алкоголизации. В тесте выявились признаки дискордантности — высокие показатели по сенситивному и психастеническому типам при наличии несвойственной им выраженной реакции эмансипации. По шкале субъективной оценки самооценка свидетельствует о возможном депрессивном состоянии, выступили черты меланхолической и сенситивного типов, достоверно отвергаемых черт не выявлено, обнаружена амбивалентность самооценки в отношении черт паранойяльного типа.

Диагноз: Вялотекущая шизофрения. Психопатоподобная форма. Синдром нарастающей шизоидизации.

Катамнез через 7 лет. После лечения трифтазином и аминазином был выписан. Несколько месяцев работал в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологическом диспансере, где получил инвалидность и пенсию. Затем бросил посещать мастерские и принимать лекарства. Трижды госпитализировался в психиатрические больницы на протяжении 4 лет, так как снова начинал собирать неразорвавшиеся гранаты и патроны, стал проявлять интерес к холодному оружию- вытачивал самодельные острые ножи. Последние три года в больницу больше не поступал. Живет с матерью, лекарств не принимает, работает на неквалифицированных работах. Не пьет, замкнут, одинок, за собой не следит, много курит.

Синдром неустойчивого поведения. Наиболее сходен с описанным К. Kahlbaum (1890) гебоидным синдромом (гебоидофренией), однако отличается отсутствием быстро наступающих грубых изменений личности в виде резкого эмоционального снижения, нарушений мышления и др. Этот синдром занимает второе место при психопатоподобной вялотекущей шизофрении у подростков мужского пола.

Дифференцировать этот синдром приходится с неустойчивым типом психопатии и акцентуации характера. Та же тяга к праздности, безделью, к легким развлечениям, то же стремление уклониться от учебы и всякого труда, тяготение к компаниям асоциальных сверстников, поиск примитивных удовольствий (алкоголь, эйфоризирующие и дурманные вещества), сексуальная

распущенность и склонность к перверзиям, делинквентное поведение. То же равнодушие в отношении близких, пренебрежение к благополучию семьи.

В преморбиде во многих случаях не выступает каких-либо особенностей характера. Это обычно были в меру послушные, даже покладистые, но не очень инициативные дети и подростки, не представлявшие для родителей до поры до времени каких-либо хлопот. А.А. Александров (1981) обратил внимание на отсутствие у них интересов, увлечений, фантазий, на их повышенную подчиняемость, пассивность. Но в какой-то момент в подростковом возрасте происходил крутой перелом. Однако надо заметить, что такой крутой перелом сам по себе недостаточно надежен в диагностическом отношении. При акцентуациях по неустойчивому типу при относительно благополучном детстве может наблюдаться довольно быстрое развертывание всех свойственных этому типу черт характера и нарушений поведения именно в подростковом возрасте. Гораздо большее диагностическое значение имеют качественные особенности нарушений поведения.

При психопатоподобной шизофрении неустойчивое поведение нередко сочетается с рассуждениями и заявлениями протестного характера. В контроле старших над поведением, в запрете «гулять», в намерении оторвать от асоциальных компаний подросток видит попытку «лишить его воли», говорит о «деспотическом режиме», о «моральном угнетении», подымается до примитивного философствования о «пропасти между поколениями» и т. п. Подобного рода рассуждательство совсем не свойственно подросткам при неустойчивом типе психопатии и акцентуации. Могут наблюдаться черствость и жестокость, избирательно направленные на кого-либо из родителей или близких.

При синдроме неустойчивого поведения подросток может оказаться в асоциальных компаниях, но первый контакт с ними обычно бывает случаен. Попав в такую группу и принимая участие в ее похождениях, выпивках, мелких правонарушениях, сексуальных эксцессах (обычно предпочитая роль пассивного наблюдателя), подросток все же остается в этой группе «белой вороной». Слиться с группой ему не удается: либо члены группы, либо он сам чувствуют какую-то эмоциональную отчужденность.

Правонарушения могут совершаться как вместе с группой, так и в одиночку, но нередко «во имя группы» или в качестве подражания ее членам, чтобы добиться признания. Например, 15-летний подросток угнал автомашину и сам заявил на себя в милицию — все это он сделал для того, чтобы «попасть в тюрьму» и тем самым «сравняться в правах» с лидером группы, кичившимся своим асоциальным прошлым.

Алкоголь обычно не дает настоящей эйфории, но может играть роль «коммуникативного допинга» — снимать внутреннее напряжение, скованность, облегчать контакты. Поэтому, несмотря на слабость эйфории, может развиваться, и довольно быстро, своеобразная психическая зависимость. Однако ускоренного формирования физической зависимости, даже при регулярных выпивках, не наблюдается. Наоборот, иногда поражает то, с какой легкостью внезапно обрываются длительные, регулярные и интенсивные выпивки. Употребление алкоголя, начатое в компании, часто продолжается в одиночку. В некоторых случаях обнаруживается склонность к постоянному пьянству с изначальной высокой толерантностью к алкоголю, отсутствием алкогольных изменений личности и полной безэффективностью противополивого лечения (Беляев Б. С., 1977).

Хобби могут ограничиваться информативно-коммуникативным типом или поражать необычностью выбора не менее, чем при синдроме нарастающей шизоидизации. Но здесь выбираются хотя и странные увлечения, но не требующие особого труда. Например, подросток изо дня в день часами «наблюдал за жизнью домашних мух», но ничего о плодах этих наблюдений толком рассказать не мог.

Непродуктивность патологических увлечений бывает достаточно отчетливой. Сохранения старых увлечений с хорошей продуктивностью, как это иногда бывает при синдроме нарастающей шизоидизации, здесь наблюдать не приходилось.

Сексуальное поведение нередко становится областью, где отклонения особенно бросаются в глаза. Они не ограничиваются свойственными неустойчивым подросткам ранней половой жизни, промискуитетом, групповой сексуальной активностью, транзитным подростковом гомосексуализмом. Приходится сталкиваться с влечениями и поступками, далеко выходящими за пределы принятого в асоциальных подростковых группах. Сюда относятся внезапные, не вытекающие из ситуации попытки вступить в сексуальную связь со случайными лицами или даже членами своей семьи, в том числе малолетними или престарелыми, стремление подростков-мальчиков принудить к сожительству мать, особо извращенные способы удовлетворения влечения.

Вячеслав И., 15 лет. Наследственность отягощена: дед по отцу страдал каким-то психическим заболеванием. Отец — алкоголик, занимался грабежом и хулиганством, давно исчез из семьи.

Беременность и роды без патологии. Искусственное вскармливание. Развивался с задержкой — ходить начал в полтора года, говорить — только с 3 лет и сразу целыми фразами. С детства замкнут, нелюдим, неласков, к матери равнодушен, младшего брата дразнил и бил. В школе хорошо учился до 13 лет, но с товарищами общался мало. Однако дружил с одним мальчиком, с которым объединял общий интерес к аквариумным рыбам. С детства избирательный интерес к рыбам, змеям, ящерицам, черепахам. К другим животным равнодушен.

С 13 лет на протяжении полугода резко изменился — стал прогуливать школу, не делал домашних заданий. Стал часами запирается в ванной и никого туда не пускал. Принес домой ужа и держал его в своей постели. Однажды ночью мать проснулась от того, что он, подкравшись к ее кровати, приподнял одеяло и карманным фонариком освещал се гениталии. Затем начал убегать из дому, где-то по несколько дней пропадал, брал из дома мелкие деньги возвращался похудевшим, осунувшимся, ничего о себе не рассказывал. Впоследствии выяснилось, что проводил время в асоциальной компании парней и девушек старше его по возрасту. В подвалах домов те устраивали пьянки. Был свидетелем разгула, групповых половых сношений, перверзных способов его удовлетворения. Сам вина не пил, активного участия в разгуле не принимал, по его же словам, был «сторонним наблюдателем», «нравилось на все это смотреть». Однажды после созерцания подобных сцен почувствовал сильное половое возбуждение — пошел домой, набросился на свою престарелую бабушку, разорвал на ней платье и пытался изнасиловать.

В подростковой психиатрической клинике держался среди асоциальных подростков, но активного участия в нарушениях режима не принимал. Вскоре сдружился с подростком, больным параноидной формой шизофрении, подпал под его влияние, вместе «готовились к побегу» — сам он хотел «отправиться на Черное море, чтобы посмотреть крабов».

Во время бесед был крайне замкнут, отвечал неохотно, о себе ничего не рассказывал. Оживлялся только, когда речь шла об излюбленных им холоднокровных животных. По существу ничего о них рассказать не мог («просто люблю за ними наблюдать и ухаживать»). Черепаху из живого уголка взял к себе в постель. Во время беседы неожиданно расплакался, когда его спросили, живы ли дома его уж и аквариумные рыбы («представил себе, как мать их выбросила и они умерли»). При расспросе о побеге, об асоциальной компании, о попытке изнасиловать бабушку не обнаружил никакой эмоциональной реакции, отмалчивался.

После внутреннего вливания барбитала эйфории не было, вегетативная реакция была слабой, но стал более разговорчив. Сказал, что в асоциальной компании ему нравилось смотреть, что они «делают друг с другом», его «не звали» и он сам активности не проявлял. Бабушку решил изнасиловать, потому что «она — своя и за нее в тюрьму не посадят». Бреда, галлюцинаций и других проявлений продуктивной симптоматики не обнаружил. Физическое развитие с акселерацией — соответствует возраст 16-17 лет. При неврологическом осмотре — без патологии.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки диагностирован шизоидный тип, что соответствует преморбиду. Конформность средняя, реакция эмансипации очень сильная. Отношение к алкоголизации отрицательное. Среди показателей шкалы объективной оценки — признаки дискордантности (при шизоидном типе довольно высокие показатели гипертимности и циклоидности). По шкале субъективной оценки самооценка соответствует преморбиду: выделяются черты шизоидного типа, достоверно отвергаемых черт не обнаружено. Имеется амбивалентность в самооценке в отношении черт лабильного и неустойчивого типов.

Диагноз. Вялотекущая шизофрения. Психопатоподобная форма. Синдром неустойчивого поведения.

Катамнез через 10 лет. После лечения трифтазином, аминазином, а затем и мажептилом состояние улучшилось: стал живее, активнее, принимал участие в трудовых процессах, общался со сверстниками, был матерью взят домой. Дома сразу отказался принимать лекарства, стал принуждать мать к сожительству и был снова госпитализирован, лечился трифтазином. В последующие 4 года был еще трижды госпитализирован, в психиатрические больницы: в связи с попыткой изнасиловать 12-летнюю девочку, асоциальным образом жизни (то уходил в лес и жил в шалаше, то опять ночевал по подвалам, проводя время в асоциальных компаниях). Последние 4 года в психиатрические больницы не поступал: сошелся с немолодой женщиной, поселился у неё за городом, работает кочегаром и помогает ей вести хозяйство на приусадебном участке. Два года назад, когда от него родился ребенок, оформил с ней брак. Никакого лечения все эти годы не получает, диспансер посещать отказывается.

Эпилептоидный синдром. Подростки, у которых наблюдается эпилептоидный синдром при вялотекущей шизофрении, особенно часто подвергаются судебно-психиатрической экспертизе (Шумаков В. М., Соколова Е. Д., Свириновский Я. Е., 1980). При этом синдроме обнаруживается сходство с некоторыми чертами эпилептоидной психопатии. Особенно поражает жестокость — изуверская, ужасающая и, что отличает от эпилептоидной психопатии, холодная и часто нелепая. Отсутствует присущее эпилептоидной психопатии постепенное накопление аффекта с

последующим внезапным взрывом. Мотивы зверских истязаний, нанесения тяжких повреждений либо совсем не объясняются, либо доводы приводятся невразумительные, непонятные и запутанные.

Нарушения влечений, так же как при эпилептоидной психопатии, встречаются довольно часто. Но здесь они не ограничиваются сферой сексуального и агрессивного инстинктов и могут распространяться на пищевой (вычурные диеты, употребление в пищу несъедобных вещей). Можно видеть также исчезновение элементарной брезгливости. Разные нарушения влечений иногда сложно переплетаются, и их трудно бывает отнести к какому-либо одному виду. Например, подросток искал дождевых червей, затем ловил какого-нибудь малыша, сажал к себе на колени и насильно заставлял глядеть, как он сам жует этих червей, добиваясь, чтобы у малыша возникла рвота, — при виде рвоты он испытывал оргазм.

Из прочих эпилептоидных черт бывают выражены только особое внимание к своему физическому здоровью и склонность к ипохондрии. Но они сочетаются с крайней подозрительностью и недоверчивостью при врачебном обследовании и лечении.

Дмитрий А., 14 лет. Сведений об отягощенной наследственности нет. Отец — рабочий высокой квалификации, хороший семьянин, не пьет; мать — педагог, по характеру строгая, требовательная, придирчивая; старший брат учится в военном училище. Беременность и роды — без патологии, раннее развитие правильное, но рос «нервным», крикливым, в детском саду не ужился. В школе же легко освоился, до 13 лет — хорошо учился, был дисциплинирован, ничем среди ровесников не выделялся. В течение последнего года постепенно изменился: сделался угрюмым, всегда был нахмурен, стал хуже учиться, в школе держался особняком. Дома сделался грубым, бранил мать, при замечаниях — замахивался на нее, грозил ударить. Стал ловить голубей, вешал их, затягивая шею петлей, или руками отрывая головы, тушки прятал в чемодане, впоследствии объяснил, что якобы для кормления кошек. Затем обнаружилось, что тайком в одиночку пьет крепленое вино: ворует дома деньги, сбегает с последних уроков в школе, покупает вермут или портвейн и дома, пока не вернулись родители, выпивает почти ежедневно 100-200 г вина. Родители опьянения не замечали и лишь случайно обнаружили недопитую спрятанную бутылку. По вечерам часами стал играть в давно заброшенных оловянных солдатиков — вешал их на смастеренной им виселице.

Однажды, когда мать вернулась с работы, ворвался на кухню, неожиданно набросился на нее с кухонным ножом и нанес ей несколько тяжелых опасных для жизни ранений. Оставив мать без сознания и залитую кровью, спокойно гулял около дома. Когда вернулся отец, заявил ему, что не знает, кто изранил мать. Лишь затем сознался, что сделал это сам, но причины не объяснил.

Скорой психиатрической помощью был доставлен в подростковую психиатрическую клинику. К госпитализации отнесся пассивно, из рта ощущался легкий запах вина. В клинике сперва держался особняком, потом среди асоциальных подростков, хвастался перед ними, что «убил человека».

Во время беседы был замкнут, угрюм, переживаний не раскрывал, своих поступков не объяснял, заметные эмоциональные реакции отсутствовали. После внутривенного введения барбитала рассказал, что давно был раздражен на мать из-за того, что она каждый день проверяет выполнение домашних заданий, заставляет переделывать, переписывать, кричит, ругает, даже бьет. По утрам силком подымает его с постели («трудно просыпаюсь»). В день, когда совершил нападение, с утра был «страшно зол» на мать, так как та, чтобы поднять его с постели, вылила на него кувшин ледяной воды. С последних уроков ушел из школы, по дороге купил бутылку вермута и дома всю ее выпил. По его словам, раньше никогда не пил больше стакана. Последующее состояние было необычным: то засыпал, то просыпался и чувствовал какое-то непонятное возбуждение. Во время сна пришли чинить испорченный телефон, разбудили его — был зол, но сдержался. Затем уснул и снова был разбужен шумом на кухне — вернулась мать. Признался, что хорошо помнит, как набросился на мать с ножом, понимал, что убивает ее. Безразличным тоном подтвердил, что раскаивается в своем поступке. Выяснилось, что вино пьет уже несколько месяцев ежедневно — после этого чувствует необычное «облегчение»: домашние уроки делаются свободно и легко. Однажды было состояние, когда «два часа выпало из памяти», узнал об этом, потому что в книге была переложена закладка, как и что читал не помнил. Заявил, что ненавидит голубей, потому что они всюду гадят и один раз испачкали ему костюм, но сознался, что когда их душил и откручивал им головы, то испытывал необычное наслаждение. Ни бреда, ни галлюцинаций, ни иной продуктивной симптома тики не обнаружил.

Физическое развитие с акселерацией, соответствует 16-17-летнему возрасту. При неврологическом осмотре — без отклонений. На ЭЭГ — умеренные диффузные изменения.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки никакой тип не диагностирован (что, видимо, соответствует отсутствию акцентуированных черт характера в преморбиде). Конформность средняя, реакция эмансипации не выражена, психологической склонности к делинквентности не установлено, но обнаружена склонность к алкоголизации. По шкале

субъективной оценки самооценка неверная: выделяются только черты конформного типа, достоверно отвергаемых черт нет.

При психопатологическом обследовании отмечены тенденция к стереотипным фразам и отдельные «соскальзывания».

Диагноз. Вялотекущая шизофрения. Психопатоподобная форма. Эпилептоидный синдром.

Катамнез через 3 года. По решению народного суда находится на принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа. Проводилось лечение трифтазином. Держался особняком от больных, был замкнут, угрюм, с врачом контакт формальный. По своей инициативе сказал, что скучает без родных, которые его не навешают. Охотно принимает участие в труде. Никакой продуктивной симптоматики не обнаруживает, эмоционально снижен. Однажды по незначительному поводу набросился на одного из больных и пытался его душисть.

Истероидный синдром. Встречается чаще у подростков женского пола и при наличии истероидной акцентуации в преморбиде. С началом заболевания такие истероидные черты, как стремление обратить на себя внимание, претенциозность, театральность, лживость и склонность к украшающим фантазиям, приобретают грубый, гротескный, даже нелепый, вычурный характер. Если психопаты истероидного типа отличаются артистизмом, то поведение при истероидном синдроме напоминает игру плохого актера, даже злую карикатуру на истероидную личность. Манерой вести себя и одеваться такие подростки вызывают у сверстников не интерес и любопытство, а презрение и насмешки.

Вместо эмоциональной выразительности — грубое кривляние: позы, жесты, интонации голоса отличаются фальшивой наигранностью. В холодности к близким больше бездушия, чем эгоизма.

Отсутствует лабильность истерических симптомов, нет изменчивости поведения с тонким чутьем ситуации. Наоборот, истерические проявления в поведении приобретают характер стереотипного штампа. При этом могут включаться элементы синдрома неустойчивого поведения. Однако в асоциальных группах такие подростки долго не удерживаются.

Сергей Ф., 15 лет. Сведения об отягощающей, наследственности нет, беременность и роды без патологии. С детства был капризен, склонен к протестным реакциям. До 14 лет учился хорошо, окончил 8 классов и был принят в математическую школу. Здесь оказался среди учеников, более способных, чем он. Сразу с товарищами и учителями установились конфликтные отношения. Заявил, что математика ему не нравится и что он будет философом, на роках демонстративно стал читать труды по философии, вызывая насмешки товарищей. Одновременно появилось беспричинное негативное отношение к родным. Бросил школу и пошел работать учеником слесаря, чтобы «начать с рабочего класса». Вскоре бросил и работу, заявив, что «кругом только пьяницы и подонки». Несколько месяцев ничего не делал — не учился, не работал, растерял всех прежних приятелей, днями валялся в постели, читая все, что попадалось под руку, — от «Экономики США» до «Педагогики» Ушинского. При осмотре психиатром обнаружил претенциозность, с театральной манерой говорил, что «тяготится толпой», что вокруг него «духовная стена», он — всюду «чужой». Проходил лечение в дневном стационаре при психоневрологическом диспансере (трифтазин, аминазин). После выписки явился в диспансер и заявил, что он «все симулировал», что же именно симулировал — объяснить не мог. Пытался работать на неквалифицированных работах, но быстро бросал. Фактически порвал всякий контакт с родными, «жил сам по себе».

В подростковой психиатрической клинике держится с театральной надменностью, пренебрежителен к сверстникам, но охотно беседует с врачами. Во время бесед претенциозен, склонен к пышным театральным жестам и позам. Заявил, что «порвал духовную связь с родными, чтобы стать самостоятельным человеком». Мечтает сделаться литературным критиком, «как Стасов, чтобы собирать и выдвигать талантливую молодежь». Перечисляет длинный список прочитанных книг, но содержание пересказывает крайне сумбурно, не улавливая основной фабулы и ведущей идеи. Демонстративно клеймил «систему здравоохранения», которая «пришила ему клеймо шизофрении». Признался, что недавно ему «пришло озарение» что в будущем он сможет стать писателем — потому уже придумал себе псевдоним (в виде искаженной собственной фамилии). Однако все эти высказывания не носили бредового характера (сразу же оговаривался, что он еще не писатель, а только мечтает им стать и т. п.), никакой отчетливой продуктивной симптоматики не обнаруживал.

Физическое развитие по возрасту. Были отмечены легкие признаки тиреотоксикоза (легкий экзофтальм, тахикардия, повышенная потливость). При неврологическом осмотре и на ЭЭГ — без существенных отклонений.

Обследование с помощью ПДО. По шкале объективной оценки несмотря на негативное отношение к обследованию, диагностирован истероидный тип с наличием признака, оказывающего па возможное психопатизацию. Конформность средняя, реакция эмансипации

умеренная, склонности к делинквентности не отмечено, но установлена психологическая склонность к алкоголизации. По шкале субъективной оценки самооценка неверная: резко выделяются черты конформного типа, достоверно отвергаемых черт не выявлено.

Диагноз: Вялотекущая шизофрения. Психопатоподобная форма. Истероидный синдром.

Катамнез через 5 лет. За этот период дважды был госпитализирован в психиатрическую больницу на один два месяца в связи с тем что бросал работу, досаждал окружающим разглагольствованиями о смысле жизни, о необходимости перестроить общественный строй, заявлял, что пишет книгу о себе, конфликтовал с родными. В больнице обнаруживал нелепую претенциозность, утрированную развязность, витиеватость мышления. Под влиянием течения трифтазином и аминазином становился более собранным, после выписки вновь начинал работать на неквалифицированных работах. Умеренно алкоголизируется, говорил что легкое опьянение дает ему «внутреннюю свободу и раскованность».

Особенности суицидального поведения. Частота суицидных тенденций при психопатоподобной шизофрении у подростков (41 %) близка к таковой при психопатиях и акцентуациях, потребовавших госпитализации (34 %) Однако характер суицидального поведения совершенно иной. При психопатоподобной шизофрении дело чаще всего ограничивается суицидными мыслями, но никаких действий не предпринимается. Далеко не всегда больные высказывают кому-нибудь эти мысли, часто даже упорно таят их про себя и признаются лишь впоследствии. Какие либо действия имели место менее чем в половине случаев где удалось выявить суицидные мысли. И даже тогда, когда попытки совершаются или намерения как-то проявляются, в самом суицидальном поведении обнаруживаются черты амбивалентности. Вследствие этого в определенные моменты больные могут балансировать на грани суицида. Зачастую эти моменты остаются неизвестными окружающим и все выясняется только впоследствии, когда под влиянием лечения больной становится более откровенным. Один из подростков признался, что за несколько месяцев до поступления в больницу, раздумывая над смыслом жизни, решил покончить с собой, так как смысл ему казался не ясен. Дома никого не было. Он открыл окно, влез на подоконник и готов был уже броситься с шестого этажа, как в голову пришла мысль, что он «не обдумал смысла смерти». В рассказе его не было никакой истероидной рисовки, признавшись в этом поступке, он спохватился — не отсрочило бы это выписку из больницы.

Другой особенностью суицидального поведения является стремление загадывать судьбу, вручать жизнь делу случая. Например, подросток на станции метро ждал подходящего поезда — если в этот момент на табло времени будет четная цифра минут, он бросится на рельсы, если нечетная — нет.

Наконец, некоторые суицидные попытки поражают бессмысленной жестокостью. Один 17-летний подросток пытался совершить суицид, поставив себе на горло ножку тяжелого буфета. Другой, полураздетый, лег в снежный сугроб, чтобы «замерзнуть», третий — пробовал подключить себя к электрической сети.

Иногда суицидные высказывания могут казаться грубо демонстративными. Например, подросток у товарищей по школе просил достать ему цианистый калий. Никаких ситуативных поводов для подобной демонстрации выявить не удалось. Просьба была обусловлена сложной цепью заумных рассуждений.

Психопатоподобные дебюты прогрессивной шизофрении.

Подобные психопатоподобные нарушения могут быть приняты за «пубертатные кризы», т.е. за нарушения поведения на фоне акцентуаций характера, за становление психопатий, а также за вялотекущую психопатоподобную шизофрению. Картина психопатоподобных дебютов соответствует синдромам психопатоподобной шизофрении (синдромы нарастающей шизоидизации, неустойчивого поведения, эпилептоидный, истероидный). Со временем происходит трансформация этих синдромов в простую форму прогрессивной шизофрении (особенно синдромов нарастающей шизоидизации и неустойчивого поведения), в параноидную или, реже, в кататонно-гебефреническую формы. Эта трансформация может осуществляться как остро, почти внезапно, так и постепенно, исподволь. В последнем случае указанием на развитие менее благоприятной прогрессивной шизофрении, а не вялотекущей, служат резкое падение активности, быстрое нарастание неряшливости и нечистоплотности, а также нелепые, непонятные для окружающих и необъяснимые для самого больного поступки (импульсивная агрессия или аутоагрессия и др). О том же свидетельствует продуктивная симптоматика — бред воздействия, метаморфозы, симптомы психического автоматизма, а также галлюцинации.

Психопатоподобный тип ремиссии.

Этот тип ремиссии является одним из весьма частых в подростковом возрасте. Картина наступающих изменений личности не укладывается ни в один из типов конституциональных психопатии и даже может отличаться от психопатоподобных синдромов при вялотекущей шизофрении. Нередко наибольшее сходство обнаруживается с органическим дефектом после тяжелых нейроинфекций или нейроинтоксикаций или мозговых травм, перенесенных в раннем онтогенезе, но картина выходит за рамки органической психопатии. Бросается в глаза общее огрубение, включая внешность: отсутствие тонких мимических реакций, «деревянный» без модуляций голос, беззастенчивая вульгарность речи. Утрачиваются также пластичность и грациозность телодвижений. Интересы становятся примитивными — вкусная еда, бездумные легкие развлечения, тяга в асоциальные компании, где такие подростки играют пассивную и подчиненную роль, погоня за модой в одежде без учета особенностей своей внешности и тем более возможностей и путей приобретения. Обычно растормаживается сексуальное влечение: легко вступают в случайные связи, непрерывно ищут новых сексуальных партнеров, обнаруживают сексуальную агрессивность, склонность к перверзиям, особенно к гомосексуализму. Часто начинают интенсивно алкоголизироваться. С родными устанавливаются враждебные отношения: на попытки упорядочить их поведение отвечают бранью, побоями, твердят о своем желании жить отдельно, хотя сами себя не способны обслужить. Уклоняются от учебы, скорее удерживаются на легкой, не требующей никакого напряжения работе. Настоящие увлечения (хобби) отсутствуют или бывают мимолетны.

Таковы особенности различий в подростковом возрасте между психопатиями, с одной стороны, и сходными психопатоподобными расстройствами при шизофрении — с другой. Кратко подытоживая эти различия, можно сказать, что в самых разнообразных и весьма сходных с психопатиями нарушениях поведения при шизофрении вырисовываются, хотя в дебюте и при вялотекущей форме еще и не всегда отчетливо, контуры будущих основных симптомов этого заболевания — эмоционального оскудения, волевых расстройств и нарушений мышления.

Заключение.

Если обратиться к истории человечества, то можно увидеть, что временами наступали периоды, когда подрастающее поколение становилось жгучей социальной проблемой.

«Молодежь теперь любит роскошь. У нее плохие манеры. Она презирает авторитет, у нее нет уважения к старшим. Она занимается болтовней, в то время как должна работать. Молодые люди уже не встают, когда входят старшие... Они противоречат своим родителям, пустословят в обществе, заглывают за столом еду, кладут ногу на ногу и тиранизируют отца и мать» — этим словам уже более двух тысяч лет, они принадлежат Сократу и живописуют молодежь древних Афин (цит. по А., Weber, 1975).

В эпохи исторического застоя ничего не было слышно о подростках — они легко включались в привычную, стабильную, испокон века регламентированную общественную жизнь. В периоды бурного развития, ломки привычных жизненных устоев этот процесс осуществляется гораздо труднее.

Во второй половине нашего столетия поколение подростков росло после того, как отошли в прошлое ужасы второй мировой войны и трудные, для многих полуголодные, первые послевоенные годы. Оно росло во времена наконец наступившей сытости, достатка, быстро растущих потребностей и кипучей, насыщенной событиями, полной напряженного темпа жизни, когда здоровью и развитию детей и подростков стали уделяться небывалые дотоле внимание и заботы. Неожиданно для старших именно с этим поколением подростков оказались связаны определенные трудности. Психиатрия среди всех областей медицины, возможно, одной из первых эти трудности почувствовала. Интересно, что биосоциальные сдвиги, происшедшие в новом поколении, относительно мало отразились на заболевании эндогенными психозами. Течение и проявления «ядерной» шизофрении у подростков в описаниях последних лет почти не отличаются от того, что было известно в прежние годы (за исключением большой редкости кататонического синдрома). Типичные дебюты маниакально-депрессивного психоза в подростковом возрасте как были, так и остались весьма нечастыми. Отмечена лишь «психопатизация» эндогенных психозов — появление более разнообразных и более частых психопатоподобных картин (Сосюкало О. Д., Большаков А. Г., Кашникова А. А., 1978; Шумаков В. М., Соколова Е. Д., Свириновский Я. Е., 1980).

Новое обнаружилось там, где патология теснее всего соприкасается с нормой, — в области так называемых пограничных состояний и прежде всего в той их части, где наиболее ярко выступают нарушения характера и поведения, т. е. при психопатиях и при психопатоподобных расстройствах. В итоге психопатии и психопатоподобные нарушения поведения стали одним из главных полей деятельности подростковой психиатрии. Более двух третей госпитализированных в психиатрические стационары подростков и еще большая доля наблюдаемых психоневрологическими диспансерами относятся к этой области расстройств.

Если попытаться обобщить все сказанное о психопатиях и психопатоподобных нарушениях поведения у подростков, то можно выделить три узловых вопроса.

Во-первых, это разграничение психопатий как формы патологии от примыкающих к ним крайних вариантов нормы, названных нами акцентуациями характера. Пубертатный период на время может затушевывать их различия. И конституциональные психопатии, и, видимо, акцентуации характера, вероятнее всего, имеют эндогенную, генетическую обусловленность. Влияние среды их заостряет, или сглаживает, или подвергает трансформации. Под этими влияниями крайние варианты нормы — акцентуации — могут переступать грань, отделяющую их от патологии, тогда акцентуации оказываются почвой для преходящих нарушений поведения или отправной точкой для психопатического развития («приобретенные» или «краевые» психопатии по О. В. Кербикову).

Во-вторых, это разграничение между основными типами психопатий и акцентуаций характера, выделение типов аномальных и девиантных характеров, изучение их взаимосвязи, возможностей трансформации одного типа в другой в силу конституциональных закономерностей или средовых воздействий.

В-третьих, это разграничение конституциональных психопатий от психопатоподобных расстройств, обусловленных или органическими изменениями в мозге, возникшими в раннем онтогенезе, когда формирование мозга еще не завершено, или вследствие эндогенных психических заболеваний. Если психопатическое развитие сохраняет в основном тип сходной акцентуации, лишь отчасти изменяя его под ситуационными влияниями, то органические заболевания мозга и процессуальные психические заболевания чаще создают лишь подобие некоторым типам психопатий.

Изложенные взаимоотношения типов и форм могут быть представлены в виде следующей обобщенной схемы (табл. 4).

Таблица 4. Типы характера при психопатиях и акцентуациях

Акцентуации	Конституциональные психопатии	Психопатические развития	Органические психопатии
Гипертимная			
Гипертимно-неустойчивая		Гипертимно-неустойчивое	
Гипертимно-истероидная		Гипертимно-истероидное	
	Гипертимно-эксплозивная		
Циклоидная:			
типичная			
Лабильно-циклоидная			
Лабильная	Лабильно-аффективная		
Лабильно-истероидная	Лабильно-истероидная	Лабильно-истероидное	
Лабильно-неустойчивая		Лабильно-неустойчивое	
Астено-невротическая		Астеноневротическое	
Сенситивная	Сенситивная	Сенситивное	
Сенситивно-	Сенситивно-лабильная	Сенситивно-лабильное	

лабильная			
Психастеническая	Психастеническая	Психастеническое	
Шизоидная	Шизоидная		Шизоидная
Шизоидно-сенситивная	Шизоидно-сенситивная		
Шизоидно-эпилептоидная	Шизоидно-эпилептоидная	Шизоидно-эпилептоидное	
Шизоидно-истероидная		Шизоидно-истероидное	
		Шизоидно-неустойчивое	
Эпилептоидная	Эпилептоидная	Эпилептоидное	Эпилептоидная
Эпилептоидно-истероидная	Эпилептоидно-истероидная	Эпилептоидно-истероидное	
Эпилептоидно-неустойчивая	Эпилептоидно-неустойчивая	Эпилептоидно-неустойчивое	
Истероидная	Истероидная	Истероидное	Истероидная
Истероидно-неустойчивая		Истероидно-неустойчивое	Истероидная
Неустойчивая	Неустойчивая	Неустойчивое	Неустойчивая
Конформная		Конформно-неустойчивое	
Конформно-гипертимная			

Классификация типов психопатий и акцентуаций, как и всякая научная систематика, оправдывает затраченный на нее труд, если открывает перспективы для ее практического использования. Дифференциация между психопатиями и акцентуациями характера, разделение психопатий по степени тяжести и акцентуаций по выраженности служат прежде всего делу прогноза и связанным с ним вопросам экспертной практики. Довольно сложная систематика типов психопатий и акцентуаций, пристальное внимание к особенностям, отличающим внешне довольно сходные варианты, например гипертимно-неустойчивый от неустойчивого, шизоидный от сенситивного, лабильно-истероидный от истероидного и т.п., — все это предназначено для решения главной задачи отыскать правильные терапевтические и профилактические пути, эффективнее использовать разные формы психотерапии, дать нужные медико-педагогические рекомендации. Если эта цель не будет всегда и везде видеться перед собой, самые изощренные наблюдения, самые обстоятельные описания, самые тщательно разработанные систематики теряют свой смысл.

Биологическая терапия как при психопатиях, так и при нарушениях поведения на фоне акцентуаций характера имеет ограниченное применение. Психотропные средства могут с успехом использоваться в период декомпенсаций и реактивных состояний для того, чтобы снять аффективное напряжение, устранить излишнюю возбудимость, тревогу или депрессию или, наоборот, несколько стимулировать слишком упавший тонус. Но и здесь эти средства лишь способны создать благоприятный эмоциональный фон для социо-психотерапевтических воздействий. Правда, в некоторых случаях умеренных степеней психопатии и особенно при акцентуациях уже создание такого фона оказывается достаточным для того, чтобы подросток сам, без специальных социо-психотерапевтических влияний справился с трудностями и адаптировался к ситуации. Однако при удачной психотерапии и правильных медико-педагогических рекомендациях этот процесс осуществляется легче, быстрее и позволяет достичь лучшей и более стойкой адаптации. Продолжительное лекарственное лечение бывает необходимым при некоторых вариантах психопатий тяжелой и выраженной степени. Это прежде всего касается психопатий с аффективной взрывчатостью (гипертимно-эксплозивной, лабильно-аффективной, некоторых случаев эпилептоидной психопатии и органических психопатий), где могут использоваться как транквилизаторы, так и небольшие дозы нейролептиков. Делаются попытки

дифференцировать применение разных психотропных средств в зависимости от типа психопатии в подростковом возрасте (Строгонов Ю. А., 1972, Личко А. Е., 1979). Однако во многих случаях эти средства приходится подбирать индивидуально — путем проб и ошибок. Для длительного лечения при повышенной эффективности лучше всего использовать неулептил, меллерил (сонапакс) и нозепам (тазепам). У циклоидных подростков в субдепрессивной фазе не следует спешить с антидепрессантами (мелипрамин, амитриптилин), достаточно действенным может оказаться сиднокарб. Следует иметь в виду, что продолжительное лекарственное лечение предназначено для того, чтобы подготовить почву для социотерапии в широком смысле слова.

Особенности психотерапии и вообще всех видов социотерапии при психопатиях и психопатоподобных нарушениях поведения у подростков могли бы составить предмет специальной монографии. Следует заметить, что семейная психотерапия и взаимоотношения с родными занимают здесь особо важное место (Эйдемиллер Э. Г., 1973, 1978, 1980; Щедренко В. Г., Муринец Г. М., 1978). Здесь мы ограничимся лишь некоторыми рекомендациями, как учитывать тип психопатий и акцентуаций характера при психотерапевтическом подходе и медико-педагогических рекомендациях.

Гипертимный подросток благодаря своей общительности не представляет особых трудностей для первого контакта. Но этот контакт становится доверительным, если подросток чувствует доброжелательное отношение к себе, искренний интерес к его проблемам, стремление вместе искать выход из сложившейся ситуации. В поисках прочного контакта с гипертимным подростком не следует подделываться под подростковую среду, демонстрировать равенство в отношениях. Принцип партнерства в системе отношений врач — подросток вовсе не означает равенства. Рольевые функции партнеров различные (Кабанов М. М., 1978). Гипертимный подросток скорее располагается к врачу, если чувствует в нем независимую, самостоятельную личность. Адаптация такого подростка лучше осуществляется в среде, где открываются возможности для реализации его кипучей энергии, инициативы, широких контактов, удовлетворения разнообразных увлечений. Общество несколько более старшей по возрасту молодежи полезно для такого подростка. Здесь он готов уступить лидерство, избавляясь от мелочной опеки взрослых. Нередко привлекают молодежные трудовые лагеря, общество старших, но молодых товарищей, туристские походы, участие в экспедициях. Обстановка закрытого подросткового учреждения со строгим и размеренным режимом, под неусыпным оком взрослых немолодых людей, да еще с монотонным, кропотливым трудом плохо переносится гипертимными подростками. Быстро нарастают конфликты и с воспитателями (стремление к эмансипации), и со сверстниками (стремление к безудержному лидерству). Трудовые рекомендации должны учитывать особенности гипертимного характера — нужны большой коллектив, разнообразная работа, возможность проявить инициативу, смена обстановки.

Неустойчивый тип требует иного подхода. Здесь необходимо твердое, даже властное руководство. Сила и власть — главное, перед чем сдается неустойчивый подросток. Строгий неукоснительно соблюдаемый режим, неусыпный надзор, страх неизбежного наказания за проступки — здесь все это лучшие гарантии предупреждения нарушений поведения. Семья нередко неспособна обеспечить должный постоянный контроль за подростком, особенно с 14 — 15 лет. Поэтому неустойчивым подросткам полезно пребывание в закрытых учреждениях со строгим режимом и трудовой обстановкой вокруг. Именно для них в первую очередь было бы полезным создание специальных лечебно-воспитательных учреждений (Чуркин А. А., Трофонов О. А., 1980; Чуркин А. А., 1981).

Циклоидные подростки требуют особенно гибкого отношения. В период подъема они ведут себя как гипертимы и требуют такого же подхода. Иное дело субдепрессивный период. Необходимо разъяснить близким, что неудачи и промахи подростка не должны вызывать нареканий и сетований, а тем более наказаний, что угрюмая раздражительность должна встречать не гнев и негодование, а спокойное, ровное, теплое, но без излишних эмоций отношение. В период спада циклоидные подростки особенно нуждаются в психотерапии. Им надо объяснить особенность их натуры, вселить уверенность, что за спадом неминуемо последует подъем, когда многое удастся исправить и навестать. Оставаясь иногда внешне почти безучастным к словам ободрения в субдепрессивный период, циклоидные подростки, тем не менее, жадно впитывают услышанное и потом, по миновании этого периода, нередко признаются, что слова эти были подобны бальзаму. Никогда не следует при обнаружившейся циклоидности спешить с антидепрессантами в субдепрессивной фазе — это может усилить фазность колебаний настроения и способствовать развитию циклотимии. Лучше ограничиваться транквилизаторами или мягкими стимуляторами типа сиднокарба.

Лабильные подростки представляют, пожалуй, самый благоприятный объект для психотерапии при условии, что они встречают искреннюю благожелательность. Когда устанавливается хороший контакт, лабильные подростки жаждут его надолго сохранить, по своей инициативе охотно

посещают врача, ищут у него поддержки в трудные минуты и даже сопереживания в радости и счастье. Постепенно их следует приучать в пасмурные минуты самим искать светлые стороны жизни. Трудовая адаптация легче осуществляется в среде, не требующей большого эмоционального напряжения.

Сенситивные подростки труднее для установления контакта, чем лабильные. Однако их замкнутость чисто внешняя, и потребность поделиться переживаниями достаточно сильна. Разубеждению они поддаются медленно, обнаруживая недоверчивую осторожность. Ключ к первому контакту нередко удается подобрать в той сфере, где сенситивный подросток стремится к гиперкомпенсации. При установившемся контакте полезными бывают многократные продолжительные беседы, детальный перебор всех фактов и ситуаций, опровергающих как убежденность в своей неполноценности, так и мнительную тревожность в неблагоприятном отношении окружающих. В трудовых рекомендациях следует побуждать не страшиться неудач на пути приобретения избранной профессии, если она соответствует способностям. По нашим наблюдениям, ситуация, стимулирующая чувство ответственности за себя и других (в отличие от психастеников), убеждающая в том, что сенситивный подросток «нужен другим», может способствовать компенсации.

При психастении у взрослых, чему посвящена обширная литература, показана в основном психотерапия в виде рационально-разубеждающего метода. Психастенические подростки в интеллектуальном отношении рано взрослеют, и рационально-психотерапевтические беседы с ними не представляют каких-либо трудностей. Но следует предостеречь лишь, что склонность к самоанализу и самокопанию может превращать эти беседы в процедуру бесплодного мудрствования, «словесной жвачки», отнюдь не корригируя поведения. Упор необходим в отношении постепенной стимуляции тех сфер, которые слабы у психастеника. Нужно пробуждать живое восприятие окружающего, умение схватить и запомнить мельком увиденное, поощрять живое фантазирование. Часто рекомендуются занятия спортом, к которому психастеник порою испытывает отвращение и где добиться каких-либо результатов ему очень нелегко. Иногда же индивидуальные спортивные упражнения превращаются у психастенического подростка в своеобразный ритуал. Смысл же спортивных занятий для психастеника состоит в том, чтобы пробудить в нем гедоническую радость ощущения собственного тела в его силе и движении. Многие психастенические подростки отличаются тем, что у них ноги физически развиты гораздо лучше, чем руки. Поэтому спортивные занятия надо начинать с таких видов, как лыжи, велосипед, бег, прыжки, и лишь затем подключать спортивные игры. Обстановка соревнований, требования каких-либо достижений пагубны для психастеников, так как бьют по его слабому звену — чувству ответственности. Подобных же ситуаций (чрезмерного чувства ответственности не только за себя, но и за других) следует избегать в области трудовых рекомендаций. Тренировка в отношении чувства ответственности должна быть самой постепенной и щадящей.

Истероиды в определенном отношении считаются антиподами психастеников (Павлов И. П., 1938). Но это отнюдь не означает, что весь психотерапевтический подход и все рекомендации должны строиться противоположным образом. Эгоцентричность истероидов облегчает первый контакт. Издавна и до сих пор еще при истерии практикуется лечение гипнозом. Как правило, этим достигается лишь устранение некоторых симптомов невротического характера, на смену которым обычно приходят другие. Гипноз при нарушениях поведения у подростков истероидно неустойчивого типа является совершенно недейственным средством. К этому еще следует добавить, что в некоторых подростковых группах господствует ироническое отношение к гипнозу как к устаревшим эстрадным номерам. Главную суть истероида — его эгоцентризм — никакой гипноз обуздать не может. Истероидные подростки представляют наиболее трудный объект и для психотерапии, и для выбора медико-педагогических рекомендаций. Приходится отыскивать ту сферу, где эгоцентрические устремления истероида безболезненно для окружающих могли бы быть удовлетворены. Если есть музыкальные или иные артистические способности, то хорошую службу может сослужить художественная самодеятельность. Возможность выбрать профессию по своим способностям часто мешает чрезвычайно высокий уровень притязаний. Важно также объяснить родным и близким, чтобы их чрезмерное внимание к демонстративным отрицательным поступкам (нарочитой делинквентности, суицидальному шантажу и т.п.) не подкрепляло эгоцентризма. Подобное демонстративное поведение не должно оставаться ни незамеченным (истероид способен пойти на более тяжкие поступки, если на него «не обращают внимания») ни безнаказанным. Такое поведение должно встречать спокойное отрицательное, осуждающее отношение, но без сцен, скандалов, публичных разбирательств и т.п. Но никогда истероид не должен получать того, чего он добивается своим демонстративным поведением.

Эпилептоидные подростки в моменты тяжелой дисфории нуждаются в психотропных средствах и покое. Контакт лучше устанавливать вне этих состояний. Внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, к своему благополучию облегчает сделать первые шаги. Беседы нужны обстоятельные и неторопливые. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть

положительные качества эпилептоида-любовь к порядку, аккуратность, обстоятельность, осмотрительность, трезвость расчетов, часто имеющиеся способности к ручному мастерству. Все эти качества должны учитываться и при трудовых рекомендациях. Лишь затем в самой мягкой и деликатной форме можно подойти к отрицательным свойствам эпилептоидной натуры. Взрывчатость, гневливость, несдержанность в аффекте, склонность к мрачно раздраженному настроению признаются самими подростками, если установлен доброжелательный контакт. Показав на примерах, какой ущерб им самим могут нанести эти черты характера, можно посоветовать им приучать себя уходить от раздражающих ситуаций, в возбужденном состоянии искать уединения, отдушины в любимом привычном занятии. Особенно следует объяснить эпилептоидному подростку опасность именно для его характера алкогольных опьянений, которые вследствие бурных аффектов могут иметь тяжкие для него последствия.

Шизоидные подростки, естественно, чрезвычайно трудны для неформального контакта, а формальный контакт не способен оказать какой либо психотерапевтический эффект. Прихотливая избирательность в выборе симпатий и антипатий, казалось бы, обрекает на неудачу любые за ранее заготовленные схемы. Когда все испробовано, а контакт не удается, бывает, остается только переменить врача. В начале контакта с шизоидом врачу обычно приходится говорить самому и лучший предмет для начала — трудность контактов вообще и судьба людей, которым контакты особенно трудны. Признаком преодоления психологического барьера, перехода от формального контакта к неформальному служил момент, когда шизоидный подросток вдруг начинаем говорить сам, притом иногда на тему далекую и неожиданную. Прерывать его не следует — чем дальше, тем раскрытие может быть все более и более полным. Но еще одно свойство шизоидного подростка необходимо учитывать — истощаемость контакта, подросток вдруг замолкает («не о чем говорите»). Тогда бывает полезным повернуть беседу на неожиданную тему. Иногда хорошим ключом для контакта служит хобби шизоида, но он делится своими знаниями и наблюдениями, только если находит заинтересованного и в какой то мере сведущего в данной области собеседника. Шизоидные подростки иногда мечтают о профессиях, сопряженных с изоляцией от «шумного многолюдного мира», в постоянном окружении очень малого числа одних и тех же людей. Они не понимают того, что это обрекает их на самую трудную для них ситуацию — контакт в изолированных малых группах безусловно должен стать неформальным, и возможности выбора партнера для такого контакта практически отсутствуют, все это может вызвать тяжкий срыв.

Нами (Личко А.Е., 1979) была разработана ориентировочная схема показаний к разным методам психотерапии в зависимости от типа акцентуаций характера. Сами же методы описаны в специальных руководствах (Рожнов В.А., Драбкин Б.З., 1979, Мягер В.К., Мишина Т.М., 1979, Ковалев В.В., 1979, Личко А.Е., 1979, Карвасарский Б.Д., 1980).

Таковы самые ориентировочные наметки, самые общие советы в отношении лечебно-педагогической тактики. Надо надеяться, что совместными усилиями психиатров, психологов, педагогов и социальных работников трудная задача хорошей адаптации подростков с психопатиями и акцентуациями характера в современную эпоху стремительного развития общества будет успешно решена.