Классификация личностных расстройств

**Расстройства личности**  представляют собой комплекс ригидных и дезадаптивных личностных черт, обусловливающих специфическое восприятие и отношение к себе и  окружающим, снижение социального приспособления,  эмоциональный дискомфорт и субъективный дистресс.

          Расстройства личности близки к понятию «акцентуаций». Это сходные явления, отличающиеся прежде всего степенью выраженности. Принципиальная разница между ними состоит в том, что акцентуации никогда не обладают одновременно всеми тремя основными свойствами расстройств личности (влияние на все сферы жизни, стабильность во времени, социальная дезадаптация).

         Они возникают чаще всего в подростковом или в детском возрасте, причем каждый тип расстройства имеет свой характерный возраст формирования. С начала своего возникновения эти дезадаптивные личностные черты уже не имеют очерченности во времени и сопровождают весь период взрослой жизни. Их проявления не ограничиваются каким-либо аспектом функционирования, а затрагивают все сферы личности – эмоционально-волевую, мышление, стиль межличностного взаимодействия.

**Основными диагностическими критериями расстройства личности служат:**

1. Тотальность патологических черт характера, которые проявляются в любой обстановке (дома, на работе);

2. Стабильность патологических черт, которые выявляются в детском возрасте и сохраняются до периода зрелости;

3. Социальная дезадаптация, являющаяся следствием именно патологических черт характера, не обусловленная неблагоприятными условиями среды.

**Происхождение расстройств личности**

         Расстройства личности встречаются у 6-9% населения. Их происхождение в большинстве случаев неоднозначно. В их развитии играет роль патологическая наследственность (прежде всего алкоголизм, психические заболевания, расстройства личности у родителей), разного рода экзогенно-органические воздействия (черепно-мозговые травмы и другие не грубые повреждения мозга в возрасте до 3-4 лет), социальные факторы (неблагоприятные условия воспитания в детстве, в результате потери родителей или воспитание в неполной семье, с родителями, не уделяющими внимание детям, больными алкоголизмом, асоциальными личностями, имеющими неверные педагогические установки).

Начало формы

### Классификация по П. Б. Ганнушкину

**Астенический тип** - с детства характерна повышенная робость, стеснительность, нерешительность, впечатлительность. Особенно теряютсяв незнакомой обстановке и новых условиях, испытывая при этом чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительностьпроявляется как в отношении психических раздражителей, так и физических нагрузок. Довольно часто не выносят вида крови, резких перепадов температуры, болезненно реагируют на грубость и бестактность, но их реакция недовольства может выражаться в молчаливой обидчивости.

**Психастенический тип**- свойственны выраженная стеснительность, нерешительность, неуверенность в себе и склонность к постоянным сомнениям. Легко ранимы, застенчивы, робки и вместе с тем болезненно самолюбивы. Характерно стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю, склонность к абстрактным, оторванным от реальной жизни логическим построениям, навязчивым сомнениям, страхам. Трудны любые перемены в жизни, нарушение привычного уклада (смена работы, места жительства и т. д.), это вызывает у них усиление неуверенности и тревожных опасений. Вместе с тем они исполнительные, дисциплинированные, нередко педантичны и назойливы.

**Шизоидный тип**отличаются замкнутостью, скрытностью, оторванностью от реальности, склонностью к внутренней переработке своих переживаний, сухостью и холодностью в отношениях с близкими людьми. Характерна эмоциональная дисгармония: сочетание повышенной чувствительности, ранимости, впечатлительности — если проблема лично значима, и эмоциональной холодности, непробиваемости в плане чужих проблем. Такой человек отрешен от действительности, его жизнь направлена на максимальное самоудовлетворение без стремления к славе и материальному благополучию.

**Параноидный тип**особенностью является склонность к образованию сверхценных идей, которые формируются к 20—25 годам. Однако, уже с детства свойственны упрямство, прямолинейность, односторонность интересов и увлечений. Обидчивы, злопамятны, самоуверенны и очень чувствительны к игнорированию их мнения окружающими. Постоянное стремление к самоутверждению, безапелляционная категоричность суждений и поступков, эгоизм и крайняя самоуверенность создают почву для конфликтов с окружающими. С возрастом личностные особенности обычно усиливаются. Застреваемость на определенных мыслях и обидах, ригидность, консервативность, «борьба за справедливость» являются основой для формирования доминирующих (сверхценных) идей, касающихся эмоционально значимых переживаний.

**Возбудимый тип**характернакрайняя раздражительность и возбудимость, взрывчатость, доходящая до приступов гнева, ярости, причем реакция не соответствует силе раздражителя. После вспышки гнева или агрессивных поступков быстро «отходят», сожалеют о случившемся, но в соответствующих ситуациях поступают так же. Ищут поводы для придирок, вступают в споры по любому поводу, проявляя излишнюю горячность и стараясь перекричать собеседников. Отсутствие гибкости, упрямство, убежденность в своей правоте и постоянная борьба за справедливость, сводящаяся в конечном итоге к борьбе за свои права и соблюдение личных эгоистических интересов, приводят к их неуживчивости в коллективе, частым конфликтам в семье и на работе. Одним из вариантов возбудимой психопатии является эпилептоидный тип. Для людей с этим типом личности, наряду с вязкостью, застреваемостью, злопамятностью, характерны такие качества как слащавость, льстивость, ханжество, склонность к употреблению в разговоре уменьшительно-ласкательных слов. К тому же чрезмерный педантизм, аккуратность, властность, эгоизм и преобладание мрачного угрюмого настроения делают их невыносимыми в быту и на работе.

**Истерический тип**  характерна жажда признания, то есть стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих. Это проявляется в их демонстративности, театральности, преувеличении и приукрашивании своих переживаний. Их поступки рассчитаны на внешний эффект, лишь бы поразить окружающих, например, необычно ярким внешним видом, бурностью эмоций (восторги, рыдания) рассказами о необыкновенных приключениях. Иногда больные, чтобы обратить на себя внимание, не останавливаются перед ложью, самооговорами, например, приписывают себе преступления, которых не совершали. Таких называют *патологическими лгунами* . Для истерических личностей характерен психический инфантилизм (незрелость), что проявляется и в эмоциональных реакциях, и в суждениях, и в поступках. Их чувства поверхностны, неустойчивы.

**Аффективный тип**характерно пониженное настроение, унылые, всем недовольные и малообщительные люди. В работе излишне добросовестны, аккуратны, исполнительны, так как во всем готовы видеть осложнения и неудачи. Характерна пессимистическая оценка настоящего и соответствующий взгляд на будущее, в сочетании с пониженной самооценкой. Чувствительны к неприятностям, способны к сопереживанию, но чувства пытаются скрыть от окружающих. В беседе сдержанны и немногословны, боятся высказать свое мнение.

**Неустойчивый (безвольный) тип**отличаются повышенной подчиняемостью внешним влияниям. Это слабовольные, легко внушаемые, «бесхарактерные» личности, легко поддающиеся влиянию других людей. Вся их жизнь определяется не целевыми установками, а внешними, случайными обстоятельствами. На работе необязательны, недисциплинированны. С одной стороны, они всем дают обещания и стараются угодить, но малейшие внешние обстоятельства выбивают их из колеи. Постоянно нуждаются в контроле, авторитетном руководстве. В благоприятных условиях могут хорошо работать и вести правильный образ жизни.

### Когнитивная классификация расстройств личности

**Одной из основных является когнитивная классификация расстройств личности, в которой выделяют 9 когнитивных профилей и соответствующих расстройств.**

          Наиболее характерные:

**Параноидное расстройство личности**

характерна тенденция приписывать окружающим злые намерения; склонность к образованию сверхценных идей, самой важной из которых является мысль об особом значении собственной личности. Чрезмерно чувствительны к критике, постоянно кем-то недовольны. Подозрительность и общая тенденция к искажению фактов, путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных, нередко приводят к необоснованным мыслям о заговорах, субъективно объясняющих события в социальном окружении.

**Шизоидное расстройство личности**

характеризуется замкнутостью, необщительностью, неспособностью к теплым эмоциональным отношениям с окружающими, сниженным интересом к сексуальному общению, склонностью к аутистическому фантазированию, интровертированностью установок, затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется в эксцентричных поступках.

Характерна увлеченность различными философиями, идеями усовершенствования жизни, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет или спортивных занятий, особенно если для этого не надо непосредственно иметь дело с другими людьми.

**Диссоциальное расстройство личности**

характеризуетсягрубым несоответствием между поведением и социальными нормами. Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, максимально избегая труда. Начиная с детского возраста их жизнь представляет собой богатую историю асоциальных поступков: лживость, прогулы, побеги из дома, вовлеченность в криминальные группы, драки, алкоголизация, наркотизация, воровство, манипулирование окружающими в собственных интересах. Пик антисоциального поведения приходится на поздний подростковый возраст (16-18 лет).

**Истерическое расстройство личности**

характеризуется чрезмерной эмоциональностью и стремлением к привлечению внимания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях. Часто оно сочетается с соматизированным расстройством и алкоголизмом. Основные черты, характерные для данного расстройства: поиск внимания окружающих к себе, непостоянство в привязанностях, капризность, непреодолимое стремление всегда быть в центре внимания, вызывать к себе сочувствие или удивление (не важно по какому поводу). Последнее может достигаться не только экстравагантным внешним видом, хвастовством, лживостью, фантазерством, но и наличием у них «таинственных болезней», которые могут сопровождаться выраженными вегетативными пароксизмами (спазмы, ощущение удушья при волнении, тошнота, афония, онемение конечностей и другие расстройства чувствительности). Самое непереносимое для больных – равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя».

**Обсессивно-компульсивное расстройство личности**

свойственны озабоченность порядком, стремление к совершенству, контролю над психической активностью и межличностными отношениями в ущерб собственной гибкости и продуктивности. Все это значительно сужает приспособительные возможности к окружающему миру. Всегда серьезные,  нетерпимы ко всему, что угрожает порядку и совершенству.

Постоянные сомнения в принятии решений, вызванные страхом совершить ошибку, отравляют радость от работы, но тот же страх мешает им сменить место деятельности. В зрелом возрасте, когда становится очевидным, что достигнутый  профессиональный успех не соответствует первоначальным ожиданиям и приложенным усилиям, повышен риск развития депрессивных эпизодов и соматоформных расстройств.

**Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности**

свойственно ограничение социальных контактов, ощущение собственной неполноценности и повышенная чувствительность к негативным оценкам. В раннем детстве характеризуются как чрезмерно робкие и застенчивые, искаженно воспринимают отношение к себе, преувеличивая его негативность, а также риск и опасность повседневной жизни. Трудно говорить на публике или просто обратиться к кому-то. Потеря социальной поддержки может привести к тревожно-депрессивной и дисфорической симптоматике.

**Нарциссическое расстройство личности**

Наиболее отчетливо проявляющиеся с подросткового возраста представления о собственном величии, потребности в восхищении со стороны окружающих и невозможность переживания. Человек не допускает, что может стать объектом критики – либо безразлично ее отрицает, либо приходит в ярость. Необоснованное представление о своем праве на привилегированное положение, автоматическое удовлетворение желаний; склонность эксплуатировать, использовать других для достижения собственных целей; зависть к окружающим или убеждение в завистливом к себе отношении.

Ниже приводится лишь несколько классификаций расстройств личности, получивших наибольшую известность и сохраняющих клиническое значение до настоящего времени.

### Классификации Крепелина и Шнайдера

**Классификация Крепелина (1915) состоит из 7 групп:**

1. возбудимые;

2. безудержные (неустойчивые);

3. импульсивные (люди влечений);

4. чудаки;

5. лжецы и обманщики (псевдологи);

6. враги общества (антисоциальные);

7. патологические спорщики.

В этой классификации одни группы объединены по клинико-описательному принципу, а другие - по социально-психологическим или чисто социальным критериям.

**В систематике  Шнайдера (1928) выделяется 10 типов психопатических личностей. Эта классификация построена по описательно-психологическому принципу.**

1. Гипертимики - уравновешенные, активные люди с веселым нравом, добродушные оптимисты или возбудимые, спорщики, активно вмешивающиеся в чужие дела.

2. Депрессивные - пессимисты, скептики, сомневающиеся в ценности и смысле жизни, подчас склонные к самоистязанию и утонченному эстетизму, приукрашивающему внутреннюю безотрадность.

3. Неуверенные в себе - внутренне скованные, склонные к угрызениям совести, застенчивые люди, иногда скрывающие эту черту слишком смелой или даже дерзкой манерой поведения.

4. Фанатичные - экспансивные, активные личности, борющиеся за свои законные или воображаемые права, либо чудаковатые, склонные к фантазиям, отрешенные от действительности вялые фанатики.

5. Ищущие признания - тщеславные, стремящиеся казаться значительнее, чем они есть на самом деле, эксцентричные в одежде и поступках, склонные к вымыслам.

6. Эмоционально лабильные - лица, склонные к неожиданным сменам настроения.

7. Эксплозивные - вспыльчивые, раздражительные, легко возбудимые.

8. Бездушные - лишенные чувства сострадания, стыда, чести, раскаяния, совести.

9. Безвольные - неустойчивые, легко подверженные как положительным, так и отрицательным влияниям.

10. Астенические - лица, ощущающие свою душевную и психическую недостаточность, жалующиеся на низкую работоспособность, затруднения в концентрации внимания, плохую память, а также повышенную утомляемость, бессонницу, головные боли, сердечные и сосудистые расстройства.

### Классификация по МКБ 10

**Шизоидное расстройство -**отказ от значимых социальных контактов, скудное выражение любых эмоций. Его признаки - отсутствие стремления к близким отношениям, предпочтение отдаётся индивидуальной деятельности, пониженное либидо, отсутствие друзей, биполярное поведение, эмоциональный холод.

**Параноидное расстройство**- избыточная подозрительность, а также постоянная недоверчивость к окружающим. Симптомы: безосновательные подозрения, что человека обманывают либо вредят ему. Постоянный страх, поиски тайной подоплеки в высказываниях, агрессивная реакция на мнимые угрозы. Может быть необоснованная ревность к сексуальному партнёру.

**Шизотипическое расстройство -**эксцентричное поведение, а также искажения восприятия. Симптомами являются мистическое мышление, влияющее на поведение (приписывание себе ясновидения, телепатии, суеверия и т.д.). Необычные иллюзии и ощущения. Стереотипная или же метафоричная речь, такое же мышление. Неадекватные эмоции, странное поведение и внешность, отсутствие близких по духу людей.

**Ассоциальное (диссоциальное) расстройство -**нарушение или намеренное игнорирование норм либо правил поведения в социуме. К признакам относятся лживость, импульсивность поступков, неспособность планирования, раздражительность, склонность к глупому риску, агрессивность, равнодушие и безответственность.

**Эмоционально-неустойчивое расстройство -** нестабильные отношения с социумом, неадекватная самооценка, значительная импульсивность, а также склонность к аффектам. Часто так проявляется транзиторное расстройство у подростков. Симптомы: страх перед одиночеством, неустойчивые межличностные отношения и нарушение представления о себе. Импульсивное поведение, транжирство, беспорядочные половые связи. Аутоагрессия, попытки суицида. Периодически отмечается вспыльчивость, тревожность и раздражительность.

**Истерическое (гистрионное) расстройство –**избыточная эмоциональность, сочетающаяся с желанием быть всегда в центре внимания. Признаки: дискомфорт в ситуациях отсутствия внимания. Неуместное проявление сексуальности, поверхностность, театральность и изменчивость эмоций. Собственная внешность рассматривается как инструмент для привлечения внимания. Высокая внушаемость, сильная подчиняемость чужому влиянию.

**Нарциссическое расстройство-**подчёркивание своего величия, сильная потребность в восхищении людей, отсутствие эмпатии. Симптомы - преувеличение своих талантов, фантазирование об огромном успехе, безраздельной власти или всеобщей любви. Человек убеждён в личной уникальности, беспричинно ожидает замечательного отношения к себе, но испытывает зависть к людям.

**Обсессивно-компульсивное (ананкастное) расстройство -**постоянная озабоченность порядком и аккуратизм, стремление к контролю и совершенству. Признаки: постоянное бесцельное планирование, постоянное совершенствование, мешающее жить. Стремление к ненужной работе без общения с друзьями и отдыха. Слишком развитая совесть, отсутствие гибкости характера, упрямство.

**Избегающее расстройство -** непроходящее чувство своей неполноценности, повышенная чувствительность к критике и негативному оцениванию. Характеры боязнь неодобрения, недовольства либо критики, сдержанность в сексуальных отношениях. Подавление эмоций при коммуникации с незнакомцами, убеждённость в превосходстве других людей, отказ участвовать в новых видах активности.

**Зависимое расстройство -**избыточная потребность в заботе от окружающих, зависимое и послушное поведение, страх перед мнимым расставанием. Признаками являются проблема принятия обычных решений без помощи окружающих, избегание ответственности, неумение сказать «нет». Склонны к добровольному выполнению действий, не доставляющих удовольствия. Испытывают дискомфорт от одиночества.

**Пассивно-агрессивное расстройство -**пассивное сопротивление попыткам чем-то заниматься, негативное отношение к ним. Постоянное чередование протеста и раскаяния. К симптомам относятся: жалобы на жестокость окружающих, конфликтность, беспочвенная критика значимых лиц, зависть и злоба по отношению к удачливым людям, явное преувеличение личных неприятностей Методы лечения Механизм возникновения расстройств личности до конца не изучен, но сегодня существует достаточное количество современных методов, позволяющих добиться значительного улучшения состояния. Существует несколько наиболее распространенных методов терапии, например групповая и индивидуальная психотерапия. Они могут использовать разнообразные подходы, от поведенческого до гуманистического и психодинамического. Очень эффективен психоанализ. Медикаментозное лечение включает в себя различные препараты. При депрессивным и ананкастном расстройствах успешно применяются транквилизаторы и антидепрессанты. При приобсессивно-компульсивном, шизоидном и шизотипическом расстройстве применяют специальные препараты, например кломипрамин. При пассивно-агрессивном или истерическом расстройстве эффективны небольшие дозы нейролептиков. Арттерапия превосходно зарекомендовала себя при лечении зависимого и избегающего типов этого заболевания. Если вышеперечисленные методы не помогают, можно попробовать альтернативные методы лечения, издавна применяемые в подобных случаях: целительство, экстрасенсорику.

### Психопадобные состояния органического генеза

**Психопатоподобные состояния**- это стойкие изменения поведения,возникающие вследствие различных заболеваний, ведущих к органическому поражению головного мозга (шизофрении, олигофрении, черепно-мозговых травм, затяжных соматических заболеваний — ревматизма, панкреатита, инфекций, интоксикаций).

         Сходство с психопатиями заключается в нарушениях эмоционально-волевой сферы личности. Повышенная возбудимость, гнев и ярость по поводу и без, расторможенность чувств и влечений, отсутствие самоконтроля, чувства вины, бесцеремонность, неуживчивость, конфликтность, агрессивность сочетается с утомляемостью, истощаемостью, общей вялостью, пассивностью.

          Отличия от психопатий: психопатоподобные состояния имеют органическое происхождение, тогда как для психопатий характерна неполноценность головного мозга наследственного или врожденного характера в обязательном сочетании с неблагоприятной социальной средой.

          Считать случаи психопатий эндогенной, конституциональной аномалией характера или признать возможность их формирования под влиянием неблагоприятных социальных влияний стал предметом споров учения о психопатиях.

          В.М.Бехтерев (1886) полагал, что причиной могут быть как неблагоприятная наследственность, так и тяжелые нравственные условия, неправильное воспитание, плохой пример родителей, тяжкие общие заболевания. Однако большинство исследователей склонялись к эндогенной концепции происхождения психопатий [Koch J., 1891; Kraepelin E. 1915; Kretschmer E., 1921; Schneider К., 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].

          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 развертыванию и развитию, но и подавлению, компенсации эндогенно заложенных или в раннем онтогенезе приобретенных аномалий. Кризисные и стрессовые ситуации, обстановка, резко искажающая развитие личности, могут оставить след в характере, если относятся к периоду его формирования.

         Особую группу составляют изменения характера под влиянием пренатальных, натальных 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 состояния на почве резидуального органического поражения головного мозга.

### Систематика психопатических форм

   К настоящему времени благодаря исследованиям Н.Binder (1960), О.В.Кербикова (1962), В.В.Ковалева (1969), Г.К.Ушакова (1978) и др.  предложена  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. Чащев роду встречаются психопатические личности разных типов, а иногда и психические заболевания.

Конституциональные психопатии выявляются 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 развертывание психопатических черт.

**- Психопатические или патохарактерологические развития, «приобретенные психопатии», «патохарактерологические формирования»**(по В.В. Ковалеву).

          Характерно неправильное воспитание, плохое влияние окружающей среды, особенно в подростковом возрасте, когда совершается становление характера. Последствия подобных влияний в раннем детстве могут сглаживаться в подростковом периоде, если в это время развитие личности происходит в благоприятном окружении.

          Известно, что 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  разные типы психопатов, и совершенно здоровые личности. Вероятно, что в подавляющем большинстве случаев необходимо, чтобы семена плохих 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.

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

В термины «психопатическое развитие» и «патохарактерологическое развитие» нередко вкладывается различное содержание [Щербина Е.А., Сергеева Г.Е., 1978; Ковалев В.В., 1979]. Первое определяют как процесс становления конституциональной психопатии в детском, подростковом и молодом возрасте. Патохарактерологическим развитием обозначают 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].

           - **Органические психопатии**. 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.

**- 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 встречаются картины церебрастении или энцефалопатии, которые в подростковом возрасте имеют некоторые особенности проявлений [Личко А.Е., 1979]. Перечисленные факторы в подростковом возрасте могутиграть роль «второго удара» на фоне уже имевшихся в раннем онтогенезе пренатальных, натальных или ранних постнатальных вредностей. К этой же группе психопатоподобных состояний 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 начинается с изменений характера. При остро начавшейся шизофрении они могут встречаться в периоде предвестников. При прогредиентной 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. 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 распознание истинной причины такого поведения не всегда бывает легким. Злокачественное течение маниакально-депрессивного психоза у подростков может привести к формированию стойких психопатоподобных изменений [Личко А.Е., 1979].

          Таковы основные пять форм психопатий и психопатоподобных расстройств, встречающихся в подростковом возрасте. 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.