

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И РАССТРОЙСТВОМ ПОВЕДЕНИЯ

Канд. мед. наук И. Б. ДАЦЕНКО

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF TEEN-AGERS WITH CEREBRAL DYSFUNCTION AND BEHAVIOR DISORDERS

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлены результаты психодиагностического и патопсихологического обследования подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами. Выявлены изменения, свидетельствующие о наличии у них грубых эмоциональных и личностных нарушений. Изучено отношение больных к своей болезни и его связь с акцентуациями характера.

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, эмоционально-поведенческое расстройство, отношение к болезни.

The findings of psychodiagnostic and pathopsychological investigation of teen-agers with cerebral dysfunction and emotional behavior disorders are presented. The changes suggesting the presence of severe emotional and personality disorders were revealed. The attitude of the patients to the disease and its relation to the character accentuation were studied.

Key words: teen-agers, cerebral dysfunction, emotional behavior disorders, attitude to the disease.

Проблема расстройства поведения и нарушения формирования личности подростков с резидуально-органическим поражением головного мозга приобретает особую актуальность в связи с ростом среди новорожденных и детей первого года жизни заболеваемости, формирующей эту категорию больных [1–3]. Органическое поражение головного мозга, оказывающее влияние на сроки завершения формирования мозговых структур и основных механизмов регуляции мозговых функций, приводит как к нарушению формирования личности, так и к другим расстройствам эмоциональной, поведенческой и когнитивной сфер [2–4]. В последние годы распространенность нервно-психических расстройств у детей и подростков школьного возраста достигает 50% [5, 6].

Целью настоящего исследования явилось изучение индивидуально-психологических особенностей, причин, механизмов развития и проявлений различных эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу.

Под нашим наблюдением находились 209 подростков мужского пола в возрасте от 12 до 18 лет с мозговой дисфункцией, обусловленной различными пре- и/или перинатальными факторами (хроническая внутриутробная гипоксия плода, асфиксия различной степени при рождении, внутричерепная родовая травма и др. с формированием перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга) и различными

эмоционально-поведенческими расстройствами. Было проведено всестороннее комплексное обследование, включавшее психоанамнез, изучение психологических и социально-психологических характеристик личности пациентов.

Психодиагностическое обследование было направлено на выявление личностных особенностей подростков и типа их отношения к болезни. Акцентуации характера изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПЛО), позволяющего определить 12 типов акцентуаций характера [7]. Изменение структуры психоэмоционального состояния испытуемых определяли по результатам выполнения теста Люшера — методики цветового выбора [8] (восьмицветный вариант по последовательности расстановки и предпочтения цветов). Применение теста Люшера в процессе диагностики, лечения и последующей психологической реабилитации больных позволило следить за динамикой эмоциональных и мотивационных изменений в их состоянии, а также выявить отдельные устойчивые черты личности. При интерпретации результатов учитывались символические значения цветов (особенно предпочитаемых и отвергаемых), показатели интенсивности уровня тревоги, наличие внутриличностного конфликта.

Особенности личности исследовали с помощью проективных методик «Несуществующее животное» [9], «Дом. Дерево. Человек» [10]. Отношение подростков к болезни изучали с помощью Ленинградского опросника Бехтеревского

института (ЛОБИ) [11], позволяющего определить 13 основных типов отношения пациентов к своей болезни.

Для выявления интеллектуально-мнестических особенностей больных применяли комплекс психологических методик, включающий определение интеллектуального коэффициента – тест Векслера (детский и взрослый варианты) [12, 13], корректурную пробу [14], тесты «10 слов» [14], «Классификация» [14], «Исключение понятий» [14], «Четвертый лишний» [14], Бендер-гештальт-тест [15], тест зрительной реакции Бентона [16].

Все полученные в результате психологических исследований данные были обработаны по таблицам процентов и их ошибок. Проведенное психодиагностическое обследование позволило выявить у детей и подростков с мозговой дисфункцией и различными эмоционально-поведенческими расстройствами существенные изменения познавательных процессов и аффективно-личностной сферы. Эти изменения с учетом акцентуаций характера больных показаны в табл. 1.

Как свидетельствуют данные представленной таблицы, среди больных с эпилептоидной акцентуацией характера наблюдалось несоциализированное расстройство поведения, которое характеризовалось упорным диссоциальным или агрессивным поведением с нарушением взаимоотношений с другими детьми. Среди гипертимных подростков значительно чаще отмечалось социализированное расстройство поведения в виде групповой делинквентности, прогулов занятий и групповых проявлений расстройства поведения. Расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением, имело место у подростков с лабильным, истероидным и шизоидным типами акцентуаций. У больных с астеноневротическим ее типом обнаруживалось в основном социально-тревожное и тревожно-фобическое расстройства, проявляющиеся страхами, боязнью незнакомцев и тревогой, возникающей у ребенка в условиях

новых и непривычных социальных ситуаций, что в значительной степени препятствовало адекватности их поведения и социальных взаимоотношений. При психастенической акцентуации чаще встречалось тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки в виде стойких (без реальных оснований) переживаний по поводу вероятных бед, потери близких или других драматических событий.

Полученные данные позволяют считать наличие явных акцентуаций характера фактором риска развития у больных девиантного поведения, особенно у детей и подростков с гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациями характера.

Обследование с помощью комплекса традиционных патопсихологических методик позволило установить у находившихся под наблюдением пациентов изменения, свойственные органическому патопсихологическому симптомокомплексу.

При выполнении предлагаемых тестов обследуемые обнаруживали нарушение концентрации внимания и сужение его объема. Разница между вербальной и невербальной частями теста Векслера превышала 9 баллов, что свидетельствует об органическом поражении центральной нервной системы.

Объем памяти у большинства больных находился на низком уровне, без существенных диспропорций по отдельным видам памяти. Снижение продуктивности зрительного запоминания в тесте Бентона сочеталось с «органическим» характером допущенных ошибок (полный или частичный пропуск малых фигур, повторение малых фигур, дубликация основной фигуры на рисунке на 90°) и с соответствующими изменениями линий (дрожание, несовпадение, дублирование). Аналогичные нарушения линий были выявлены и при исследовании по методике Бендер-гештальт-теста. Наблюдалось также снижение способности планировать свою деятельность в ситуации обследования, часто у пациентов возникало выраженное эмоциональ-

Таблица 1

Характеристика эмоционально-поведенческих расстройств при разных типах акцентуации характера обследованных

Типы акцентуации	Количество обследованных	Поведенческие и эмоциональные расстройства
Эпилептоидный, $n = 41$	15±4	Несоциализированное расстройство поведения, F91.1
Астено-невротический, $n = 30$	12±3	Социально-тревожное расстройство, F93.2; тревожно-фобическое расстройство, F93.1
Психастенический, $n = 19$	9±2	Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки, F93.0
Шизоидный, $n = 30$	12±3	Расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением, F91.0
Лабильный, $n = 69$	37±3	То же
Истероидный, $n = 15$	4±4	То же
Гипертимный, $n = 15$	12±3	Социализированное расстройство поведения, F91.2

Примечание. Данные в %. То же в табл. 2.

ное возбуждение с демонстративным отказом от выполнения теста.

При выполнении заданий по методикам «Классификация», «Исключение понятий», «Четвертый лишний» у большинства пациентов было выявлено снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. В ходе обследования обнаружилась также повышенная истощаемость подростков.

Указанные изменения, выявленные у подавляющего большинства — $86 \pm 3\%$ пациентов, отражают наличие у них органического патопсихологического симптомокомплекса.

Результаты обследования больных с помощью теста Люшера отражают неблагоприятное состояние больных в момент обследования. Стандартное отклонение от аутогенной нормы (СО) — показатель, характеризующий степень общего психофизиологического напряжения, достигало у $70 \pm 3\%$ обследуемых высоких значений (в среднем СО = $20,6 \pm 1,65$ балла при норме 12–14 баллов), что является признаком истощения психофизиологических ресурсов. Среди негативных компонентов эмоционального состояния были наиболее выражены тревога и психическое утомление (соответственно $-0,6 \pm 0,93$ и $-5,41 \pm 0,74$ балла), самые значимые у больных с лабильным и астено-невротическим типами акцентуации характера. Соответственно у этих же больных при выполнении субтестов «Несуществующее животное» и «Дом. Дерево. Человек» наблюдались незавершенность рисунка, примитивные контуры изображаемого объекта и малое количество второстепенных деталей, что объективно свидетельствовало о наличии у обследуемых общей астении. У пациентов с гипертимным типом акцентуации и, соответственно, социализированным расстройством поведения достаточно часто выявлялись резкие повторные штрихи с выраженным нажимом карандаша, что подтверждает аффективную напряженность обследуемого. Подростки с шизоидной и астено-невротической акцентуацией, как правило, изображали дерево без листвы, с голыми корнями, со склоненным стволом, что свидетельствует о состоянии депрессии. Человеческую фигуру эти подростки изображали фрагментарно, иногда в рисунке присутствовало только лицо (чаще с закрытыми глазами); на рисунке дома часто отсутствовали отдельные детали — окна, двери, дом мог быть изображен «без земли».

По алгоритмам оценки теста наиболее характерными (у $90 \pm 3\%$ обследованных) были следующие особенности: погруженность в себя, чувство отвергнутости, желание отойти от окружения, скрытность, недоверчивость, эмоциональная лабильность, зависимость состояния от времени суток, компенсация депрессии возбуждением. Среди других характеристик, полученных при интерпретации теста, были выявлены амбивалентное желание покровительства и независимость, жизнь настоящим моментом, грубость, черствость, плохая ориентировка во времени, повышенная субъек-

тивная чувствительность к давлению среды, субъективное ощущение недостижимости целей, скрытая агрессивность (у $62 \pm 3\%$); сохранение самообладания инфантильным способом, желание сохранить «то, что имеешь», нехватка психологической теплоты дома ($48 \pm 4\%$); желание быть замеченным, значимым для близких, затруднения в межличностном общении, импульсивность, признание того, что собственные поступки вышли из-под контроля ($37 \pm 4\%$); трудность раскрытия своих переживаний перед другими ($47 \pm 4\%$), реже — переживание интеллектуальной недостаточности ($18 \pm 5\%$).

Таким образом, патопсихологическое обследование подростков с мозговой дисфункцией показало имеющиеся у них глубинные эмоциональные и личностные нарушения.

При изучении у наших пациентов отношения к своей болезни были получены данные, представленные в табл. 2.

Следует отметить, что из предусмотренных методикой 13 типов отношения к болезни у обследованных были выявлены только девять, приведенных в таблице. Тревожный, меланхолический и паранойяльный типы, так же как и гармоничный, у наших пациентов не встречались. Чаще всего, как видно из представленных данных, наблюдались апатический, неврастенический и анозогностический типы реагирования на болезнь.

Пациенты с апатическим типом отношения к своей болезни характеризовались полным безразличием к своей судьбе, к болезни, к результативности лечения, полной утратой интереса ко всему, что раньше их волновало или интересовало. Среди пациентов этой группы наблюдалось пассивное подчинение требованиям лечебного процесса при настойчивом побуждении со стороны. Подобный тип реагирования отмечался преимущественно среди подростков с шизоидной акцентуацией характера.

Основным проявлением неврастенического реагирования на болезнь была выраженная нетерпеливость, несдержанность пациентов в отношении клинической динамики своего состояния, неспособность ждать облегчения, непереносимость болевых ощущений. Неврастенический тип отношения к болезни характеризовался поведением больных по типу «раздражительной слабости» — вспышки гнева, раздражения возникали у них в ответ на появление неприятных или болевых ощущений, на необходимость длительного многостороннего обследования или лечения, при получении недостаточно благоприятных результатов дополнительных исследований. Возникший гнев эти пациенты «срывали» на ком-либо из окружающих, нередко в грубой форме, но затем практически всегда раскаивались в этом и приносили свои извинения, даже со слезами. Описанный тип реагирования на болезнь наблюдался преимущественно у подростков с лабильной или астено-невротической акцентуацией характера.

Таблица 2

Отношение подростков с разными типами акцентуации характера к своему заболеванию

Тип отношения к болезни	Типы акцентуации характера							Всего, n = 209
	эпилептоидный, n = 41	астено-невротический, n = 30	психастенический, n = 19	шизоидный, n = 30	гипертимный, n = 15	лабильный, n = 69	истероидный, n = 15	
Апатический	7±4	—	—	83±7	—	20±5	—	20±3
Неврастенический	—	40±9	16±9	—	—	33±6	—	17±3
Сенситивный	—	30±9	10±7	—	—	19±5	27±12	12±3
Эгоцентрический	39±8	—	—	—	—	—	60±13	12±3
Эйфорический	—	—	—	—	34±13	28±5	13±9	13±3
Анозогнозический	54±8	—	—	17±7	34±13	—	—	15±3
Эргопатический	—	—	—	—	34±13	—	—	3±3
Обсессивно-фобический	—	7±5	58±12	—	—	—	—	6±3
Ипохондрический	—	24±8	16±9	—	—	—	—	5±3

При анозогнозическом типе отношения к своему заболеванию подростки отбрасывали мысль о болезни, о возможных ее последствиях, отрицали очевидные проявления болезни, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Подростки с таким типом реагирования отказывались от обследования и лечения, считая, что ситуация связана с «наговорами» родителей и близких. Анозогнозическое реагирование на болезнь выявлялось преимущественно у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера.

Эйфорический тип отношения к болезни имел место среди лабильных, гипертимных, реже — истероидных подростков. Он отличался необоснованно повышенным, иногда наигранным, настроением, пренебрежительным и легкомысленным восприятием своего заболевания и необходимости лечения. Больные этой группы продолжали пытаться «получать от жизни все», нарушали режим лечения и считали, что «все само обойдется».

Подростки с эгоцентрическим типом отношения к болезни отличались демонстративным проявлением своих страданий и переживаний, стремясь привлечь внимание близких и окружающих, требованием исключительной заботы о себе. Любые разговоры окружающих они старались перевести «на себя», подчеркивали свою исключительность как больного. Все другие, нуждающиеся во внимании и заботе, вызывали у них неприязнь и негативизм. Эгоцентрический вариант отношения к своему состоянию выявлялся у пациентов с истероидной и эпилептоидной акцентуациями характера.

Особенностью поведения подростков с сенситивным типом реагирования на болезнь, по нашим наблюдениям, является чрезмерная тревога относительно неблагоприятных реакций окружающих на их заболевание. Основной причиной такого реагирования являлась, как было установлено, боязнь

пациентов распространения молвы об их заболевании. Они страдали от опасений, что окружающие будут считать их неполноценными, избегать их, относиться к ним пренебрежительно. Больше всего эти больные боялись стать обузой для близких в связи с их болезнью, опасались неблагоприятного отношения с их стороны. Сенситивный тип отношения к своей болезни был характерен для подростков с астено-невротической, истероидной и лабильной акцентуациями характера.

Обсессивно-фобический и ипохондрический типы реагирования на болезнь были отмечены нами у подростков с психастенической и астено-невротической акцентуациями характера. Их отличали тревожная мнительность в отношении возможных (обычно маловероятных) осложнений болезни, неудач лечения, и также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, в учебе, в отношениях со сверстниками и друзьями в связи с болезнью. Особенностью такого реагирования было более выраженное волнение и переживания в отношении воображаемых опасностей, нежели в связи с реальными ситуациями.

Эргопатический тип реагирования на болезнь, который характеризуется «уходом от болезни в работу», был отмечен нами только в группе гипертимных подростков. Они старались, вне зависимости от состояния здоровья, продолжать учебу, занимались с еще большим рвением, пытались распределить время таким образом, чтобы обследования и лечение оставляли возможность для активных занятий в школе или техникуме.

Таким образом, индивидуально-психологические характеристики подростков с эмоционально-поведенческим расстройством и нарушением формирования личности по органическому типу и их отношение к болезни имеют свои особенности, которые должны учитываться при диагностике и проведении лечения этих больных.

Литература

1. *Моїсеєнко Р. О., Мартинюк В. Ю.* Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я // Соц. педіатрія: Зб. наук. праць.— Київ: Інтермед, 2003.— С. 4–11.
2. *Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера.*— СПб.: Питер, 2005.— 1120 с.
3. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руков. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
4. *Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта.*— М.: Мир, 2000.— 656 с.
5. *Шевченко Ю. С., Северный А. А., Иовчук Н. М.* Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр.— 1988.— № 9.— С. 37–40.
6. *Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Кукуруза А. В.* Роль социальной психиатрии в проблеме охраны психического здоровья подрастающего поколения // Матеріали 11-го з'їзду педіатрів України.— Київ, 2004.— С. 27–28.
7. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
8. *Джос В. В.* Практическое руководство по тесту Люшера.— Кишинев: Периодика, 1990.— 174 с.
9. *Венгер А. Л.* Психологические рисуночные тесты: Иллюстр. руков.— М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003.— 160 с.
10. *Бук Дж. (BOOKJ.) «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ) // Проективная психология.*— М.: Мир, 2000.— 13 с.
11. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология.— М.: МЕД-пресс, 1998.— 588 с.
12. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Справочник по психологической диагностике.— Київ: Здоров'я, 1989.— 215 с.
13. *Вимірювання інтелекту у дітей: Посібник для психолога-практика. Ч. 1. Людський інтелект і його вимірювання: теорія і практика / За ред. Ю. З. Гільбуха.*— Київ: Укрвузполіграф, 1992.— 133 с.
14. *Книга практического психолога / А. Б. Беседин, И. И. Липатов, А. В. Тимченко, В. Б. Шапарь.*— Харьков: Оригинал, Фортуна-пресс, 1996.— 302 с.
15. *Лови О. В., Белопольский В. И.* Руководство по использованию зрительно-моторного гештальт-теста Бендер.— М.: Фолиум-Когито, 1996.— 40 с.
16. *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Практическая патопсихология.— Ростов-н/Д.: Феникс, 1996.— 448 с.

Поступила 31.07.2006