

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ

Доц. И. Б. ДАЦЕНКО

MINOR CEREBRAL DYSFUNCTION AND EMOTIONAL-BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN AND PRINCIPLES OF THEIR DIFFERENTIATED CORRECTION

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Рассмотрены диагностика, клинические проявления и система коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей с минимальной мозговой дисфункцией. Показана возможность трансформации этих расстройств в нарушение формирования личности по органическому типу.

Ключевые слова: дети, минимальная мозговая дисфункция, эмоционально-поведенческие расстройства, коррекция.

The diagnosis, clinical manifestations and correction system in emotional-behavior disorders in children with minimal cerebral dysfunction are discussed. The possibility of their transformation into disorders of personality formation of organic type is shown.

Key words: children, minor cerebral dysfunction, emotional-behavioral disorders, correction.

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) — термин, широко используемый за рубежом применительно к детям без выраженных интеллектуальных нарушений, но с различными легкими расстройствами поведения и затруднениями при обучении вследствие биологически обусловленной недостаточности функции нервной системы, чаще резидуально-органического генеза [1–3]. В настоящее время ММД рассматривается как последствие ранних локальных повреждений головного мозга, а также как особая форма дизонтогенеза и характеризуется возрастной незрелостью отдельных высших психических функций [2, 3]. Этиология ММД определяется отягощенным перинатальным анамнезом в виде повреждающего воздействия на развивающийся мозг как в период внутриутробного развития, так и в период родов. Согласно литературным данным, темпы роста и развития мозга человека наиболее высоки в период позднего пренатального онтогенеза (вторая половина беременности) и продолжают до 20-й недели постнатального возраста, причем пик интенсивности этих процессов совпадает с физиологическими сроками родов [3]. Период, когда происходит процесс созревания и формирования тонкой структурной организации мозга, является одним из критических в развитии ребенка. Именно в этот период онтогенеза развивающийся мозг особенно чувствителен к влияниям, которые могут вызвать нарушение или задержку его нормального развития.

Установлено [3–6], что определенную роль в формировании ММД у детей раннего возраста, помимо причин биологического характера — органические поражения ЦНС и генетическая предрасположенность, — играют неблагоприятные психологические и социально-экономические факторы. Несомненно, что поражение ЦНС в период внутриутробного периода, интранатальный или ранний постнатальный период оказывают отдаленное воздействие на интеллектуальное развитие ребенка наряду с влиянием внесемейных и внутрисемейных условий. Следует полагать, что биологические факторы имеют решающее значение в первые годы жизни ребенка, после чего, особенно в препубертатный и пубертатный периоды, все возрастающую роль приобретают социально-психологические факторы, прежде всего особенности внутрисемейной обстановки и воспитания.

ММД представляет собой недифференцированный синдром с большой вариабельностью симптомов у разных пациентов. К ним относятся: неврологическая микросимптоматика, задержка моторного развития в виде неуклюжести, тиков, гипер- или гипоактивности, неравномерная интеллектуальная работоспособность, нарушение внимания, пространственных представлений, снижение памяти, взрывчатость, возбудимость, агрессивность, неуправляемость и лабильность поведения, нарушения сна.

Актуальность проблемы ММД во многом определяется большой распространенностью этого

Таблица 1

Перечень нозологических форм, рассматриваемых по МКБ-10 в рамках ММД

Шифр МКБ-10	Нозологическая форма заболевания
Раздел F8	Нарушения психологического развития
F80	Расстройства развития речи
F81	Расстройства развития школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия
F82	Расстройства развития двигательных функций — диспраксия
Раздел F90-F98	Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте
F90	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
F91	Расстройства поведения

патологического состояния: в различной степени выраженности оно обнаруживается у 21–40% детского населения [7, 8]. Случаи с маловыраженной симптоматикой ММД целесообразно трактовать как группу риска развития более тяжелых форм этой патологии, прогрессирование которой может привести к развитию нервно-психического заболевания. Однако и в легких случаях начальные формы заболевания определяют трудности в обучении детей. Таким образом, высокая частота ММД и неблагоприятный прогноз определяют важность этой проблемы как с медицинской, так и с социальной позиций [1, 3, 5, 7, 8].

Важной задачей следует считать не только обеспечение профилактики развития тяжелых форм нервно-психических заболеваний у детей с ММД, но и повышенное постоянное внимание к их успеваемости и уровню адаптации в школе. При ранней, полноценной и пролонгированной реабилитации детей с ММД возможна компенсация имеющихся у них эмоционально-поведенческих нарушений и полноценная социальная адаптация. К сожалению, в существующей в нашей стране структуре неврологической помощи детям с перинатальными поражениями ЦНС не предусмотрено систематическое внимание к ним врачей и родителей, поэтому помощь они получают эпизодически, как правило, лишь в периоды обострения болезни.

Диагностика клинически выраженных форм ММД в большинстве случаев не вызывает затруднений. При этом учитываются: 1) отягощенность пренатального и перинатального периодов; 2) признаки изменения развития высших мозговых функций; 3) поведенческие и эмоциональные нарушения; 4) разнообразные неврозоподобные проявления; 5) рассеянная очаговая микросимптоматика в неврологическом статусе.

Эта клиника синдрома ММД соответствует ряду дифференцированных синдромов резидуально-органических нервнопсихических расстройств непсихотического характера. Углубленное изучение данного синдрома заставило усомниться в правильности его трактовки как единой нозологической формы. Этому противоречит не только клиническая симптоматика ММД, характеризующаяся многообразием проявлений разной степени выраженности, но и широкий диапазон различий в факторах этиологии и патогенеза заболеваний. Отсюда возникла необходимость в разработке четких диагностических критериев, позволяющих проводить дифференциальную диагностику отдельных клинических состояний, ранее рассматривавшихся в единых рамках ММД.

Таким образом, одним из главных результатов углубленного изучения проблемы ММД явилась научно обоснованная тенденция к выделению отдельных форм этого заболевания. Нозологические формы заболеваний, рассматриваемых по МКБ-10 в рамках ММД, представлены в табл. 1.

Клинические проявления ММД характеризуются определенной возрастной динамикой симптомов, на что указывают ряд авторов [3, 4, 7 и др.]. Клинический опыт свидетельствует о том, что выраженность проявлений ММД у детей не носит плавного характера, а имеет волнообразное течение, максимальные пики которого чаще всего совпадают с критическими периодами психоречевого развития ребенка.

Кооперативный клинический опыт отечественных и зарубежных ученых [2, 3, 6], а также результаты проведенных нами исследований позволили выделить в течении ММД у ребенка и затем эмоционально-поведенчески-личностных расстройств у подростка несколько периодов. Выяснилось, что первый критический период проявлений ММД относится к возрасту одного года — периоду интенсивного развития корковых речевых зон с формированием речевых навыков. Второй период соответствует возрасту 3–4 лет, когда у ребенка совершенствуется процесс фразовой речи с увеличением словарного запаса, и активно развивается память. Третий критический период совпадает с возрастом 6–7 лет и, как правило, связан с формированием навыков чтения и письма. Характерными признаками ММД в этом возрастном периоде являются школьная дезадаптация, расстройства поведения и эмоциональные расстройства. Четвертый критический период обусловлен напряженностью пубертатного развития как в плане соматических (эндокринных) перестроек, так и в плане личностных особенностей подростка (нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер), что приводит к нарушению формирования личности по органическому типу.

Таким образом, если в дошкольном возрасте у детей с ММД преобладают моторная нелов-

кость, явления гипертормозимости, двигательной расторможенности или, наоборот, медлительность и рассеянность, то у школьников начинают превалировать проблемы поведения и трудности обучения. У больных наблюдаются психоэмоциональная неустойчивость, отсутствие уверенности в себе, недооценка собственных возможностей, а также разного рода поведенческие расстройства — вспыльчивость, задиристость, разнообразные, в том числе социальные, фобии, оппозиционное и агрессивное поведение. Именно в подростковом возрасте у части детей с ММД прогрессируют поведенческие расстройства, усугубляются проблемы межличностных отношений в семье и школе, падает успеваемость, появляется тяга к алкоголю и наркотикам.

Нами были проанализированы клинические особенности эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с ММД в анамнезе и исследованы возможности комплексного дифференцированного лечения этих расстройств на этапе подросткового развития.

Целью исследования явилась разработка диагностики и принципов лечения этих состояний как меры профилактики более серьезных поведенческих и личностных расстройств.

Было проведено комплексное лечение 141 подростка мужского пола в возрасте от 10 до 15 лет с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по возбудимому или тормозному органическому типу (табл. 2). Сроки наблюдения составляли 5–7 лет. Органическое поражение головного мозга было обусловлено различными пре- и/или перинатальными факторами — иммуноконфликтом между матерью и плодом, маточно-плодовой инфекцией, хронической внутриутробной гипоксией плода, недоношенностью, асфиксией различной степени тяжести при рождении, внутричерепной родовой травмой и т. д. с формированием перинатального гипоксически-ишемического поражения мозга.

При обращении в медицинское учреждение все родители предъявляли жалобы на имеющиеся у ребенка эмоциональные и поведенческие нарушения, частые головные боли различного характера и выраженности, нередко отмечали наличие тиков, заикания в анамнезе. Неврологическое исследование выявило у всех пациентов рас-

сеянную очаговую микросимптоматику, а у 38% из них неврологические нарушения сочетались с дизэмбриогенетическими стигмами, что также косвенно свидетельствует о негативном влиянии на организм плода в процессе онтогенеза пренатальных вредностей.

При анализе анамнестических данных мы обнаружили имевшиеся у детей в возрасте после 3–5 лет нарушения поведения — выраженную гиперактивность, двигательную расторможенность, беспокойство, нарушение концентрации внимания, агрессивность, нарушений работоспособности, режю влостью, апатию, негативизм, что можно было квалифицировать как нарушения поведения по гипердинамическому или гиподинамическому типу.

У пациентов, находившихся под нашим наблюдением, мы прослеживали и оценивали четвертый критический период их эмоционально-поведенческого становления, когда таким подросткам свойственны нарушение микросоциальных и социальных правил, незрелое, инфантильное поведение, когда у них появляются проблемы в освоении профессии или в ее выборе.

Анализ данных литературы и собственных наблюдений показал, что у детей с ММД в анамнезе и эмоционально-поведенческими расстройствами в возрастном периоде от 10 до 15 лет в последующем (в возрасте 16–20 лет) выявлялось нарушение формирования личности по органическому типу. Задачей нашего исследования было раннее выявление этих нарушений. По нашему мнению, такие дети потенциально являются заложниками возникновения нарушений формирования личности по органическому типу. При отсутствии соответствующего комплексного лечения в старшем подростковом возрасте у них возникают различные варианты нарушения формирования личности.

Проведенное нами всестороннее комплексное обследование пациентов включало анализ жалоб больного, данных психоанамнеза, стандартное психопатологическое исследование, дополненное выявлением признаков ММД с использованием методики Тулуз-Пьерона [8]. Тест Тулуз-Пьерона позволяет изучить свойства внимания пациента (концентрация, устойчивость, переключаемость) и психомоторного темпа, оценить точность и надежность переработки информации, волевою регуляцию, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени.

Нами была проанализирована связь эмоционально-поведенческих расстройств обследованных детей с имеющимися у них акцентуациями характера (табл. 3).

Из представленных данных видно, что чаще всего при лабильном типе акцентуации характера наблюдалось расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи, при астено-невротическом типе — социально-тревожное или тревожно-

Таблица 2

Распределение больных по возрасту

Возраст, лет	Тип расстройства				Всего больных, n = 141	
	возбудимый, n = 123		тормозной, n = 18		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
10–12	17	14±3	10	56±12	27	17±3
13–15	106	86±3	8	44±12	11	83±3

Таблица 3

Зависимость между эмоционально-поведенческими расстройствами и акцентуациями характера обследованных

Тип акцентуации	Количество обследованных		Поведенческое и эмоциональное расстройство
	абс.	%	
Эпилептоидный	20	14±3	Несоциализированное расстройство поведения
Астено-невротический	18	15±3	Социально-тревожное расстройство, тревожно-фобическое расстройство
Психастенический	12	8±3	Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки
Шизоидный	16	11±3	—
Гипертимный	20	14±3	Социализированное расстройство поведения
Лабильный	50	36±3	Расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи

фобическое, при эпилептоидном — несоциализированное, а при гипертимном типе акцентуации — социализированное расстройство поведения.

У всех обследованных в возрастном диапазоне от 10 лет до 15 лет уже наблюдались поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте. У большинства из них в раннем возрасте (3–5–7 лет) выявлялись признаки гиперкинетического расстройства поведения, а также синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Расстройства, относящиеся к группе гиперкинетических, характеризовались ранним началом (обычно в первые 5 лет жизни), отсутствием у детей настойчивости при выполнении заданий с когнитивным напряжением, неумением завершить начатое дело. Для этих детей была характерна чрезмерная, дезорганизованная, почти нерегулируемая активность, иногда приводящая к травмам и несчастным случаям. Отличительными чертами общения таких детей со взрослыми были расторможенность, несоблюдение дистанции, излишняя развязность и несдержанность. Достаточно часто у этих детей имели место когнитивные нарушения, специфические задержки как в речевом, так и в моторном развитии. В дальнейшем, в подростковом возрасте, у них возможно формирование заниженной самооценки и диссоциального поведения, что и явилось предметом нашего углубленного исследования.

Кардинальными признаками синдрома гипе-

рактивности с дефицитом внимания были раннее начало, выраженные нарушения внимания и гиперактивность, которые наблюдались у наших пациентов в любой ситуации (дома, в детском саду, школе, на приеме у врача). Особенно усугублялись эти проявления в ситуациях, требующих относительного спокойствия и усидчивости. Иногда нарушения поведения проявлялись избирательно (только в условиях семьи и на прогулке), наблюдались повышенная отвлекаемость, частая смена одного вида деятельности другим. Важно дифференцированно подходить к верификации нарушений внимания и настойчивости у ребенка: подобные нарушения следует диагностировать в том случае, когда они чрезмерны для возраста ребенка и коэффициента его умственного развития.

Расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи, в виде диссоциального или агрессивного поведения проявлялось в условиях семьи или в отношении близких родственников, иногда с определенным фокусированием на ком-то из домочадцев.

Пациенты с тревожным расстройством, вызванным болезнью разлуки, испытывали страх, что родные покинут их и не вернуться. Для социально-тревожного, тревожно-фобического расстройства были характерны устойчивые чрезмерно выраженные страхи, берущие начало в детском возрасте и сохраняющиеся более 4 лет. Подростки боялись незнакомых людей, новых лиц или ситуаций, которые казались им угрожающими; характерной для них была патологическая застенчивость, препятствующая социальному общению. При несоциализированном расстройстве поведения у детей были нарушены отношения с другими детьми, и они оказывались в изоляции, что четко проявлялось в школе; со взрослыми при этом могли быть нормальные отношения. При социализированном расстройстве, напротив, имели место адекватные отношения со сверстниками, но, как правило, с группой, отличающейся делинквентной или диссоциальной активностью.

Одним из вариантов эмоционально-поведенческого нарушения, которое мы наблюдали у 11 наших пациентов, был органический (осложненный) инфантилизм (по МКБ-10 — F07.07) — психический и психофизический вариант частичного резидуально-органического дизонтогенеза. Он возникает под влиянием различных вредностей экзогенного характера, воздействующих на мозг в пренатальный, перинатальный или ранний постнатальный периоды [9]. Клинически это нарушение характеризуется частичным недоразвитием эмоционально-волевой сферы и нарушением формирования личности.

У своих пациентов с органическим инфантилизмом мы наблюдали эмоционально-волевою незрелость, проявляющуюся детскостью поведения, наивностью, повышенной внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью

к занятиям, требующим волевого усилия. Эти клинические симптомы сочетались с отсутствием эмоциональной живости и яркости эмоций, бедностью воображения и творческого элемента в игровой деятельности, ее однообразием, малой заинтересованностью в оценке своих действий, низким уровнем притязаний, внушаемостью с элементами не критичности, выраженной двигательной расторможенностью и элементами психопатоподобного поведения. Пациенты отличались эйфоричностью и благодушием, однако привязанностью к близким и эмоциональные проявления по отношению к родным были у них поверхностными и недостаточно дифференцированными. При этом у подростков выявлялась пограничная интеллектуальная недостаточность, обусловленная снижением памяти и внимания, психической работоспособности, а также инертностью, плохой переключаемостью мыслительных процессов, недостаточностью некоторых высших корковых функций.

В литературе выделяют [10] неустойчивый и тормозной варианты органического инфантилизма. Первый характеризуется психомоторной расторможенностью, преобладанием эйфорического фона настроения и импульсивностью, что создает внешнее впечатление детской жизнерадостности и непосредственности. Второму варианту свойственны тормозимость, пониженная инициатива, нерешительность, боязливость, преобладание сниженного фона настроения.

У большей части детей с возрастом более отчетливой становится интеллектуальная недостаточность, что обуславливает нарастание школьной неуспеваемости и педагогической запущенности при обучении в массовой школе. У части детей усиливаются психопатоподобные расстройства поведения, связанные с повышенной аффективной возбудимостью, агрессивностью, колебаниями настроения, патологией влечений. Стойко сохраняются неврозоподобные явления. Группа детей с органическим инфантилизмом была клинически и прогностически неоднородна. Часть случаев можно было отнести к задержкам психического развития с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Более точная клинко-патогенетическая дифференцировка органического инфантилизма возможна только на основании дальнейших клинко-динамических, психолого-педагогических и эпидемиологических исследований.

К осложненному психическому инфантилизму относится церебрастенический его вариант [11]. При таком варианте психический инфантилизм сочетается с церебрастеническим синдромом, который проявляется повышенной возбудимостью в сочетании с истощаемостью, выраженной неустойчивостью внимания, капризностью, двигательной расторможенностью и разнообразными мено-вегетативными нарушениями. К 10 годам явления психического инфантилизма и церебрастенические нарушения значительно сглаживаются

или полностью исчезают, а школьная неуспеваемость ликвидируется. Отдаленный катамнез таких детей [11] показывает, что у части из них формируются астенические черты личности в рамках акцентуаций характера или расстройств личности астенического круга.

На основе системного подхода к диагностике нарушения формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией нами была разработана система их психотерапевтической коррекции. Она состоит из трех компонентов: социокультурного, психологического и социально-психологического. Социокультурный компонент включает информацию о культуре общения и поведения. Психологический компонент состоит из информации о чертах характера подростка и направлен на выработку правильной установки в отношении к окружающим его родным и близким, товарищам, одноклассникам, а также на формирование критического отношения к своему поведению. Социально-психологический компонент, отражающий уровень общения и взаимоотношений подростка в социуме, направлен на их нормализацию.

В соответствии с трехкомпонентной структурой межличностного взаимодействия каждый компонент коррекции строится из четырех последовательных этапов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого), закрепительного и адресуется к трем подсистемам личности — интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

Задачей когнитивного этапа является повышение уровня знаний в области общения, культуры межличностных отношений для формирования и воспитания взаимопонимания между подростками, членами их семей, одноклассниками. Этот этап предполагает также ознакомление подростков с информацией о характере и тактике проведения занятий, структуре группы, длительности занятий и т. д.

Задача аффективного этапа — снижение напряженности переживаний подростка, связанных с конфликтной ситуацией в семье или школе, поиск правильного разрешения подростком сложившейся ситуации, снятие его неадекватных эмоциональных реакций и негативного отношения к сверстникам или родным. На данном этапе, согласно выделенным основным психотерапевтическим механизмам [12, 13], срабатывает механизм эмоционального отреагирования, катарсиса, раскрытия затаенных переживаний. Для подростка важна возможность рассказать о том, что наболело, и почувствовать, что его понимают. В момент ответной эмоциональной реакции подросток становится особенно восприимчивым к психотерапевтическим воздействиям. Второй этап направлен на изменение эмоционального отношения к родным, сверстникам, своему месту в жизни и обществе.

Задача конативного (реконструктивно-

поведенческого) этапа психотерапевтической коррекции состоит в оптимизации межличностных отношений пациента и его поведенческих реакций. В реализации этого этапа наиболее адекватными и эффективными являются механизмы неосознанной и активной осознанной перестройки личностных отношений. На этом этапе мы проводим реконструкцию поведения подростков.

Последний, закрепительный этап психотерапии используется для закрепления приобретенных навыков общения.

Лечение эмоционально-поведенческих расстройств детей и подростков с ММД мы проводили всегда комплексно, используя различные методы модификации поведения, психотерапию, психолого-педагогическую коррекцию, а также медикаментозное лечение. К процессу лечения обязательно привлекали родителей подростка и членов его семьи.

Каждый из указанных выше трех компонентов системы психотерапии осуществлялся в описанные выше этапы с использованием как индивидуальной, так и групповой психотерапии.

На когнитивном этапе социокультурного компонента в рамках информации о культуре общения, об общей культуре пациентам объясняли, что помимо определенных предметных результатов деятельности людей понятие «культура» включает в себя также и человеческие способности — знания, умения, навыки, уровень интеллектуального, нравственного и эстетического развития, мировоззрение, способы и формы общения людей. Затем на этой основе у подростков вырабатывали правильные установки в общении. На аффективном этапе снятия негативных невротических реакций на микросоциальные конфликты (в семье, в школе) проводили рациональную психотерапию и внушение наяву. На конативном этапе проводили групповую психотерапию, включающую поведенческий тренинг, направленный на формирование адекватного поведения подростка в различных негативных ситуациях на уровне микросоциума.

При реализации психологического компонента коррекции на первом этапе давали информацию о существующих негативных чертах (акцентуациях) характера, о гармоничных и дисгармоничных чертах личности. На втором этапе формировали у подростков правильное представление о взаимосвязи эмоциональных и поведенческих расстройств с акцентуациями характера, на третьем этапе проводили поведенческий тренинг.

Социально-психологический компонент психотерапии заключался в выработке и закреплении культуры общения. На информационном этапе мы знакомили пациентов с основными понятиями культуры общения в социуме. Задачами эмоционального этапа были снятие негативных эмоциональных реакций подростка на общество и выработка адекватных реакций на коммуникацию в нем, а также формирование правильного эмоционального реагирования на сложные кон-

фликтные ситуации. На конативном этапе проводили поведенческий тренинг с целью выработки навыков правильного общения и поведения в сложных конфликтных ситуациях и ролевой тренинг с разыгрыванием определенных жизненных ситуаций.

Каждый компонент предлагаемой системы психотерапии включал 4–5 занятий продолжительностью до 60 мин.

В процессе психотерапевтических занятий мы использовали пятифазную методику групповой психотерапии [14].

В нулевой фазе — фазе предгрупповой ситуации — у подростков формировали мотивацию на групповую психотерапию, создавали условия для их привыкания к стилю поведения психотерапевта, знакомили с помещением, где будут проводиться занятия. На первой фазе — фазе ориентации — происходило образование группы как целого, пациенты принимали правила работы, предлагаемые психотерапевтом.

Вторую фазу — негативно-агрессивную [15] — Э. Г. Эйдемиллер с соавт. [14] выделяют как стадию переформулирования целей и перераспределения ответственности. Поскольку достижения каждого участника группы зависят от его внутренней мотивации осознания проблемы и ее решения, мы с помощью опроса выясняли, какую долю ответственности каждый подросток берет на себя, а что оставляет группе или психотерапевту, стремились уточнить цели, которые хотел бы достигнуть каждый участник и группа в целом.

В третьей фазе — фазе решения индивидуальных проблем — с помощью приемов аналитической психодрамы, гештальт-экспериментов пациенты осознавали свои проблемы, выделяли свои конфликтные ситуации, а затем пытались их разрешить. Участники группы, как правило, углубленно прорабатывали проблемы полоролевой идентичности и эффективности в семейных ролях и в роли «какой я есть на самом деле».

В четвертой фазе — фазе экзистенциального выбора — пациенты обсуждали достигнутые результаты, способы их достижения, смысл своего бытия и индивидуального предназначения.

Уже с момента первого контакта с пациентом мы начинали вводить в общение элементы индивидуальной психотерапии. Наиболее эффективным и адекватным ее методом мы считаем рациональный подход. Однако классический вариант в форме убеждения и логических доводов может быть продуктивным лишь при наличии уважительного взаимопонимания и искреннего открытого контакта между подростком и врачом, что с нашими пациентами наблюдается далеко не всегда. Поэтому в ряде случаев мы прибегали к дискуссионному варианту рациональной терапии в виде открытых взаимных обсуждений, обмена мнениями, в основе действенности которых лежит механизм эмоционального отреагирования. Мы строили беседу на основе беспристрастной и всесторонней оценки

фактов или сложившихся конфликтных ситуаций. Важно учитывать, что для подростков с эпилептоидной акцентуацией характера и нарушением формирования личности по агрессивному типу безапелляционный и напористый темп ведения беседы не приводит к желаемым результатам.

К проведению психотерапии привлекали родителей пациентов, поскольку семейная психотерапия у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу является достаточно важным и трудным методом лечения. Большинство семей, в которых воспитывались наши пациенты, согласно классификации Э. Г. Эйдемиллера [14], были дисгармоничными или ригидными псевдосолидарными. В гармоничной семье, где имеется теплая привязанность ее членов друг к другу, они взаимно дополняют друг друга. Семьи наших пациентов были преимущественно негармоничны, и в них отсутствовало истинное партнерство между членами. В таких семьях наблюдается так называемый «семейный перекос», когда один из родителей властно доминирует, а другой — зависим и устраним от семейных дел. В ряде случаев родители наблюдавшихся нами пациентов недостаточно представляли или не принимали особенности характера больного ребенка и зачастую предъявляли к нему неадекватные требования, а их воспитательные меры не учитывали имеющихся у подростка характерологических нарушений и приводили к отягощению и декомпенсации поведенческих расстройств.

Мы определяли тип семьи, выясняли особенности внутрисемейных отношений, наличие и причины конфликтов, отношения между членами семьи и подростком. Чем менее гармонична семья, тем тяжелее адаптироваться в ней подростку с нарушенным поведением. Особенности поведения и адаптации в семье зависели от типа акцентуации характера подростка и типа формирующегося у него нарушения личности. Подростки с нарушением формирования личности по возбудимому типу реагируют на диктаторские внутрисемейные отношения и жесткую регламентацию семейного уклада бурными негативными, протестными реакциями. Особенно тяжелые внутрисемейные конфликты с возможным последующим разрывом с семьей возникают у подростков с эпилептоидной и истероидной акцентуациями характера. Подростки с тормозными вариантами нарушения формирования личности могут относительно адаптироваться или смириться в таких семейных условиях.

Кроме определения типа семьи, мы оценивали тип семейного воспитания. Учитывать эту составляющую формирования личности подростка особенно важно, поскольку патологические изменения поведения и аномалии характера подростка с мозговой дисфункцией могут быть следствием неправильного воспитания, отрицательно и патологизирующе воздействующего при определенном

типе акцентуации характера.

На начальном этапе мы проводили индивидуальные беседы с отдельными членами семьи. После установления с ними контакта, выявления особенностей внутрисемейных конфликтов, особенностей воспитания подростка-пациента и установления «семейного диагноза», определяли и рекомендовали членам семьи, как вести себя в семье при имеющемся расстройстве поведения ребенка, как правильно относиться к его проблемам и т. д. Затем часть бесед проводили в кругу семьи с участием пациента-подростка для совместного обсуждения типичных конфликтных ситуаций и разработки модели разрешения противоречий, сближения позиций разных членов семьи. Мы старались изменить отношение членов семьи к подростку с учетом психопатических особенностей его характера и в тоже время научить подростка корректировать свое неправильное отношение к близким. Даже при достаточно успешном лечении мы рекомендовали в дальнейшем занятия в рамках «поддерживающей семейной психотерапии» [12], особенно при возникновении кризисных ситуаций.

Успех проведения психотерапии в созданных нами группах обеспечивался созданием определенного микроклимата в них путем доверительного стиля общения и взаимоуважения, искренности и откровенности. Важным моментом бесед была доверительность, обеспечиваемая обещанием врача сохранить полную конфиденциальность происходящего в группе. Положительных результатов удавалось достигнуть путем рационального выделения сильных сторон личности подростка. Но одновременно с этим следует избегать указания на негативные стороны его поведения.

Важное место в комплексном лечении эмоционально-поведенческих расстройств у детей с ММД занимает медикаментозная терапия. Лекарственная терапия проводилась нами строго индивидуально с учетом жалоб больного, синдрома комплекса неврологических проявлений заболевания, а также в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и проблемы поведения у ребенка не могли быть преодолены только с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции. Использовали препараты ноотропного ряда (ноофен, кальция гопантенат, глицин, ноотропил, энцефабол, семакс, цитиколин), нейролептики (сонапакс), антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин), транквилизаторы (гидазепам), фитотерапию (персен, деприм), антигомотоксическую терапию (игнация-гомаккорд, нервохеель, коэнзим-композитум) курсами 2–3 раза в год.

В результате проведения описанной системы психотерапевтической коррекции значительное улучшение и длительная (в течение двух лет) компенсация заболевания были достигнуты у $70 \pm 3\%$ подростков.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о необходимости длительной

диспансеризации и динамической реабилитации детей с ММД и эмоционально-поведенческими расстройствами. Реабилитация их должна быть ранней, когда пластичность мозга ребенка и его компенсаторные возможности еще потенциально велики и не успел сформироваться стойкий патологический поведенческий стереотип.

Результаты проведенного нами исследования в целом приводят к заключению, что возможная трансформация у детей и подростков с мозговой дисфункцией эмоционально-поведенческих расстройств в нарушение формирования личности

по органическому типу требует своевременного выявления и коррекции как ММД, так и проявлений этого нарушения. Важно при этом максимально нивелировать действие негативных микросоциальных факторов, которые могут усугублять проявления ММД, особенно в критические возрастные периоды.

Лечение эмоционально-поведенческих расстройств подростков с мозговой дисфункцией должно быть комплексным, дифференцированным, достаточно продолжительным и определяться клиническим вариантом нарушения поведения и эмоций.

Литература

1. Детская психоневрология / Л. О. Булахова, О. М. Саган, С. М. Зинченко и др.; Под ред. Л. А. Булаховой.— Киев: Здоров'я, 2001.— 496 с.
2. Руководство по детской неврологии / Под ред. проф. В. И. Гузевой.— СПб.: ГПМА, 1998.— 494 с.
3. Современные подходы к лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: Метод. рекоменд. / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, Н. Ю. Суворинова и др.— М.: Изд. Е. Разумова, 2003.— 39 с.
4. *Петрухин А. С.* Неврология детского возраста: Учебник.— М.: Медицина, 2004.— 784 с.
5. *Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б.* Минимальные мозговые дисфункции головного мозга у детей.— СПб.: Деан, 1999.— 128 с.
6. *Тржесоглава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте.— М.: Медицина, 1986.— 198 с.
7. *Халецкая О. В., Трошин В. М.* Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.— 1998.— Т. 98, № 9.— С. 4–8.
8. *Ясюкова Л. А.* Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: Метод. руков.— СПб.: ИМАТОН, 1997.— 78 с.
9. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1985.— 288 с.
10. *Лебединская К. С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития детей.— М., 1982.— С. 5–21.
11. *Ковалев В. В.* К клинической дифференциации психического инфантилизма у детей и подростков // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста.— М., 1973.— 157–162 с.
12. *Личко А. Е.* Психотерапия при психопатиях у подростков: Руков. по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова.— 3-е изд., доп. и перераб.— Ташкент: Медицина, 1985.— 719 с.
13. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
14. *Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера.— СПб.: Питер, 2005.— 1120 с.*
15. *Психотерапия: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2000.— 544 с.*

Поступила 07.03.2007