

## ДИНАМИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛАБИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Канд. мед. наук И. Б. ДАЦЕНКО

### DYNAMICS AND CLINICAL REGULARITIES OF FORMING LABILE PERSONALITY DISORDER IN TEEN-AGERS WITH CEREBRAL DYSFUNCTION

I. B. DATSENKO

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Показаны личностные и поведенческие особенности подростков с мозговой дисфункцией и формированием расстройства личности по лабильному типу. Отмечена необходимость учитывать выявленные закономерности в психотерапевтических подходах к этим больным.**

*Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, нарушение формирования личности, лабильный тип.*

**Personality and behavior peculiarities of teen-agers with cerebral dysfunction and formation of labile personality disorders are shown. The necessity to consider the revealed regularities in psychotherapeutic approaches to these patients is emphasized.**

*Key words: teen-agers, cerebral dysfunction, personality formation disorders, labile type.*

Нарушения формирования личности и расстройства поведения подростков с резидуально-органической патологией головного мозга приобретают в настоящее время особую актуальность в связи с тем, что частота поражений нервной системы среди новорожденных и детей первого года жизни, которые формируют эту категорию больных, имеет тенденцию к росту [1–3]. В изучении этой проблемы все большее значение придается роли экзогенных факторов в происхождении рассматриваемой патологии, причем современные исследователи склоняются к мнению, что в ее генезе основную роль играют органические повреждения головного мозга и/или семейные психологические стрессы [4].

В наших предыдущих исследованиях проблемы нарушения формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией было показано патологизирующее влияние на формирование эмоционально-поведенческих расстройств таких факторов, как неправильное воспитание при различных акцентуациях характера, нарушения сомато- и психосексуального развития, некоторые индивидуально-психологические характеристики личности и т. д. [5, 6]. Анализ и обобщение накопленных нами данных определили возможность оценить влияние каждого из выделенных факторов на формирование определенного типа расстройства личности.

Целью настоящего исследования явилось изучение индивидуально-психологических особенностей подростков с мозговой дисфункцией и нару-

шением формирования личности по лабильному типу, причин, условий развития и клинических проявлений у них различных эмоционально-поведенческих расстройств.

В соответствии с поставленной целью было проведено комплексное обследование 57 подростков мужского пола с мозговой дисфункцией в возрасте от 10 до 19 лет (сроки наблюдения 5–7 лет). Мозговая дисфункция была обусловлена различными пре- и/или перинатальными факторами — хронической внутриутробной гипоксией плода, недоношенностью, асфиксией различной степени при рождении, внутричерепной родовой травмой с формированием перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга.

Всем подросткам были проведены клинико-неврологическое, психопатологическое, сексологическое (изучение сомато- и психосексуального развития) и психодиагностическое исследования.

При изучении нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза [7]. Для комплексной клинической оценки уровня полового созревания использовали индекс маскулинизации, предложенный А. Н. Демченко и соавт. [8], в сопоставлении с нормативными показателями полового развития подростков Северо-Восточного региона Украины. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W. F. Marshal, J. M. Tanner [9]. Для изучения полоролевого поведения подростков использовали полоролевою шкалу Dur-Moll L. Szondi [10] и полоролевою шкалу

ACL A. В. Neilburn [11]. Первую применяли для определения маскулинности на биогенном уровне, вторую — для характеристики маскулинных и фемининных черт личности на социогенном уровне (уровне Я-концепции).

Психодиагностическое обследование было направлено на выявление личностных особенностей подростков и типа их отношения к болезни. Акцентуации характера изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), позволяющего определить 12 типов акцентуаций характера [4]. Изменение структуры психоэмоционального состояния испытуемых определяли по результатам выполнения теста Люшера [12] — методики цветового выбора (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 символическое значение цветов (особенно предпочитаемых и отвергаемых), показатели интенсивности уровня тревоги, наличие внутриличностного конфликта.

Все полученные в результате психологических исследований данные были обработаны по таблицам процентов и их ошибок [13].

У всех больных при неврологическом исследовании была выявлена легкая резидуальная органическая микросимптоматика с различным сочетанием клинических симптомов. У  $66 \pm 9\%$  обследованных отмечено нарушение акта конвергенции (преимущественно с двух сторон); горизонтальный мелкокоразмашистый постоянный или непостоянный нистагм в обе стороны (иногда с элементами тоничности и монокулярности) был выявлен у  $83 \pm 7\%$  больных. У  $52 \pm 9\%$  из них наблюдалась недостаточность функции седьмой и двенадцатой пар черепных нервов по центральному типу, у  $86 \pm 7\%$  — повышение сухожильных рефлексов с расширением рефлекторных зон или анизорефлексия по продольной оси тела, легкая асимметрия брюшных рефлексов, наличие двусторонних патологических стопных знаков (преимущественно экстензорной группы).

У  $52 \pm 9\%$  пациентов определялись изменения мышечного тонуса по типу диффузной мышечной гипотонии и легкой асимметрии. У большинства обследованных ( $72 \pm 8\%$ ) имели место вестибулоатактические явления в виде нарушения статики и координации: интенционный тремор и мимопадание при выполнении координаторных проб, пошатывание в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук.

Проведенное психодиагностическое обследование позволило выявить у подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами существенные изменения позна-

вательных процессов и аффективно-личностной сферы.

Подростки с лабильным типом акцентуации характера отличались непослушанием, непоседливостью, назойливостью, при этом были трусливы, боялись наказаний, охотно подчинялись другим детям и легко поддавались дурным влияниям. Более чем у половины пациентов этой группы в анамнезе имели место невропатия раннего детского возраста, аффективно-респираторные припадки, заикание, ночной и дневной энурез. В большинстве случаев подростки были ленивы, не старались и не хотели учиться, убегали с уроков, а иногда из дома, с огромным трудом привыкали соблюдать элементарные правила поведения, но быстро усваивали те модели поведения, которые реализовывали их стремление к получению удовольствий, развлечений и смене впечатлений. Большинство из них начали курить до 10-летнего возраста, некоторые совершали мелкие кражи (чаще у сверстников в школе). Эти дети рано начинали втягиваться в уличные подростковые группировки, но лидерства в них они не приобретали. Ранее пребывание в асоциальных группах приводило и к раннему сексуальному опыту. Однако сексуальное влечение у этих подростков значимой силой и проявлениями не отличалось. Сексуальные контакты для них были таким же развлечением, как и постоянные компании с алкоголем.

Согласно нашим данным и данным литературы [4–6], этот тип акцентуации характера и формирующегося расстройства личности — один из самых частых среди подростков мужского пола, которые попадают под наблюдение психиатра, и в литературе высказывается предположение, что именно они, повзрослев, чаще всего становятся алкоголиками и наркоманами.

Находившиеся под нашим наблюдением подростки с лабильным типом акцентуации характера с раннего детства отличались болезненностью, переносили многочисленные острые респираторные вирусные инфекции, ангины, пневмонии, отиты и т. д., страдали хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (холециститы, дискинезии желчевыводящих путей) или почек. В большинстве случаев течение заболевания принимало у них затяжной характер. Можно полагать, что фактор «соматической инфантилизации» [4] играет важную роль в формировании лабильного типа расстройства личности.

У пациентов с акцентуацией характера лабильного типа наблюдалась крайняя изменчивость настроения, которому были присущи не только частые и резкие перемены, но и выраженная глубина проявлений. У этих пациентов от настроения зависели как физическое самочувствие, так и интеллектуальная продуктивность, что в полном смысле соответствует понятию человек настроения.

Согласно нашим исследованиям, данный тип акцентуации характера трансформируется в нарушение формирования личности лабильного типа.

При этом у подростков с лабильно-истероидной акцентуацией характера обычно ярко выражена склонность к фантазированию, а под воздействием психотравм и в трудных ситуациях их аффективные реакции и реактивные состояния приобретают истерический оттенок. При наличии у подростка лабильно-аффективной акцентуации эмоциональная лабильность может достигать степени аффективной взрывчатости. В таких случаях высока вероятность развития расстройства личности смешанного типа.

Расстройства поведения, которые мы выявляли при обследовании этой категории подростков, укладывались в симптомокомплекс поведенческих расстройств, ограничивающихся рамками семьи (F91.0), когда агрессивные или диссоциальные проявления их поведения ограничивались контактами с самыми близкими родственниками или непосредственным домашним окружением.

При изучении типов реагирования обследованных подростков на болезнь нами было выявлено несколько встречающихся вариантов: неврастенический (33±6%), эйфорический (28±5%), апатический (20±5%) и сенситивный (19±5%).

Основным проявлением неврастенического реагирования на болезнь была выраженная нетерпеливость, несдержанность пациентов в восприятии клинической динамики своего состояния, неспособность ждать облегчения, непереносимость болевых ощущений. Неврастенический тип отношения к болезни характеризовался поведением больных по типу «раздражительной слабости», когда вспышки гнева и раздражения бурно развивались у них в ответ на неприятные или болевые ощущения, на необходимость длительного многостороннего обследования и лечения, а также после получения ожидаемых, но недостаточно благоприятных результатов дополнительных исследований. Возникший при этом гнев подростки «срывали» на ком-либо из окружающих (чаще родителей или родственников), нередко в грубой, нетерпимой форме, однако затем достаточно быстро раскаивались в своих словах, приносили извинения, переживали о принесенных родным огорчениях.

Эйфорический тип отношения подростков к болезни отличался необоснованно повышенным, иногда даже наигранным, настроением, пренебрежительным и легкомысленным восприятием своего заболевания и необходимости лечения, как медикаментозного, так и психотерапевтического. Подростки с таким отношением к своему состоянию пытались продолжать вести прежний образ жизни, «получать от жизни все», нарушали режим лечения или прерывали его, поскольку «не видели в нем необходимости».

Особенностью поведения подростков с сенситивным типом реагирования на болезнь, согласно нашим наблюдениям, являлась чрезмерная тревога по поводу неблагоприятных реакций окружающих на их заболевание. Основной причиной такого реагирования, как показали наши исследова-

ния, стали опасения пациентов относительно распространения сведений об их заболевании среди сверстников и знакомых. Они боялись, что окружающие, посчитав их «неполноценными», будут относиться к ним пренебрежительно или избегать общения с ними. Больше всего эти пациенты страшились стать обузой для близких в связи с их болезнью, опасались неблагоприятного отношения к себе.

Пациенты с апатическим типом отношения к болезни отличались полным безразличием к своей судьбе, состоянию своего здоровья, к имеющейся болезни и результатам лечения. Они пассивно подчинялись требованиям лечебного режима, постепенно утрачивая интерес ко всему, что их волновало и интересовало раньше.

Подросткам с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по лабильному типу была свойственна крайняя неустойчивость настроения, проявлявшаяся в непредсказуемых его изменениях и колебаниях. Настроение у них менялось слишком часто и слишком резко, хотя поводы для подобных коренных перемен настроения были ничтожными. Эти перемены оказывались достаточно глубокими, и от сиюминутного настроения зависели и общее самочувствие, и сон, и аппетит, и трудоспособность пациентов, желание учиться, общаться в шумной компании или уединяться. Отношение к окружающим также зависело от настроения: одни и те же люди воспринимались то как милые и удивительные, то как скучные, некрасивые, с массой недостатков. В то же время подростки были способны на глубокие чувства, на большую и преданную дружбу, искреннюю привязанность к родным. Истинные неприязни и утраты они переносили очень тяжело, у них возникали острые аффективные реакции, реактивные депрессии, тяжелые невротические срывы. Сама эмоциональная лабильность у подростков может достигать такой степени, что становится аффективной взрывчатостью. Мы наблюдали у своих пациентов подобные эмоциональные вспышки, иногда с неспособностью их контролировать.

Результаты изучения особенностей психосексуального развития находившихся под нашим наблюдением подростков представлены в приводимой ниже таблице.

Как свидетельствуют данные таблицы, при лабильном типе нарушения формирования личности соматосексуальное и психосексуальное развитие подростков чаще было своевременным, но почти у половины обследованных наблюдались асинхронии полового созревания, в большинстве случаев сочетанные.

Сексуальная активность подростков обычно ограничивалась легким многонаправленным флиртом и яркими ухаживаниями. Сексуальные эксцессы не наблюдались, а влечение чаще всего оставалось малодифференцированным, что вообще способствует такому отклонению, как транзитор-

**Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией, лабильной акцентуацией характера и нарушением формирования личности по лабильному типу (данные в %)**

Критерии полового развития	Лабильный тип нарушения формирования личности, n = 57
<i>Соматосексуальное развитие</i>	
ускоренное	26±8
замедленное	28±8
своевременное	46±8
<i>Психосексуальное развитие</i>	
преждевременное	23±8
ретардация	17±8
своевременное	59±8
<i>Асинхронии полового развития</i>	
простые	13±8
сочетанные	32±4
<i>Полоролевое поведение</i>	
гиперролевое	55±4
трансформированное	20±4
<i>Психосексуальная ориентация</i>	
гетеросексуальная	100±2

ный подростковый гомосексуализм. Однако среди подростков, находившихся под нашим наблюдением, нарушений психосексуальной ориентации мы не выявили.

Более чем у половины обследованных отмечалось гиперролевое (гипермаскулинное) поведение, трансформация — фемининное поведение — встречалась почти втрое реже, и лишь у 25±8% подростков полоролевое поведение было нормативным.

Это обстоятельство свидетельствует о том, что полоролевые характеристики обследованных подростков с лабильным типом нарушения формирования личности в определенной мере сопряжены с типом акцентуации характера и формирующимся нарушением личности. У пациентов с гиперма-

скулинным поведением характерными его проявлениями были гипертрофированные проявления мужской роли, гипертрофированность, необъяснимое упрямство, необоснованная настойчивость.

При этом обследование по указанным выше методикам показало, что при лабильном типе нарушения формирования личности наблюдается низкая маскулинность на социогенном и биогенном уровнях и высокая биогенная фемининность.

Выявленные особенности нарушения формирования личности по лабильному типу и особенности поведения подростков с мозговой дисфункцией диктуют определенную специфику психотерапевтических подходов к этим пациентам. Во-первых, адекватным для них психотерапевтическим механизмом является механизм эмоционального отреагирования, которого необходимо добиться для полного раскрытия переживаний подростка и его душевного расслабления. Кроме того, мы при работе с этой категорией пациентов используем механизм эмоционального консонанса, поскольку положительное «эмоциональное заражение» в группе [14] может оказывать успокаивающее воздействие. Однако необходимо помнить, что вследствие эмоционального консонанса могут сформироваться и отрицательные эмоции в группе — страх, тревожность, неуверенность.

Подросткам с лабильным типом нарушения формирования личности необходима постоянная эмоциональная поддержка, сопереживание. Поэтому в комплекс используемых отдельных видов психотерапии мы рано включаем семейную психотерапию с целью обеспечения поддержки в семье. Важно объяснить членам семьи больного подростка, что самой тяжелой травмой для него является эмоциональное отвержение со стороны эмоционально значимых лиц — родных, близких, сверстников, с которыми его связывают привязанность и доверие.

Семейная психотерапия, проводимая с учетом особенностей личности и поведения подростков и направленная на создание благоприятного психологического климата в семье, будет способствовать компенсации состояния больных и их социальной и микросоциальной адаптации, а следовательно, окажет положительное влияние на динамику формирования личности.

#### Литература

1. *Моїсєєнко 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. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е, доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
5. *Даценко И. Б.* Диагностика и клинические закономерности формирования органического расстройства личности // Междунар. мед. журн.— 2005.— Т. 11, № 1.— С. 15–19.
6. *Даценко И. Б.* Влияние воспитания на формирование личностных и поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией // Мед. психология.— 2006.— Т. 1, № 2.— С. 87–91.
7. *Маслов В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С.*

- Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология: Руков. для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— С. 27–115.
8. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А. Н. Демченко, В. А. Бондаренко, Т. Е. Бурма и др. // Врач. практика.— 2000.— № 3.— С.76–79.
  9. *Marshall W. A., Tanner J. M.* Variations in the pattern of pubertat changes in boys // *Arch. Dis. Child.*— 1970.— Vol. 45, № 13.— P. 41–45.
  10. *Szondi L.* Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostic.— Stuttgart: H. Huber, 1960.— 269 p.
  11. *Heilbrun A. B.* Human sex-role behavior.— N. Y.: Pergamon Press, 1981.— 245 p.
  12. *Джос В. В.* Практическое руководство по тесту Люшера.— Кишинев: Периодика, 1990.— 174 с.
  13. *Генес В. С.* Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и функциональных исследований.— М.: Наука, 1967.— 208 с.
  14. *Личко А. Е.* Психотерапия при психопатиях у подростков. Руков. по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Изд. 3-е, доп. и перераб.— Ташкент: Медицина, 1985.— 719 с.

Поступила 18.09.2007