

ДИНАМИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

К. мед. н. И.Б. ДАЦЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Установлены роль пубертатного периода и значение социальных и микросоциальных факторов в формировании органического расстройства личности.

Изучение проблемы органического расстройства личности в последнее десятилетие характеризуется возрастающим интересом к роли экзогенных факторов в происхождении этой патологии. Современные исследователи все более склоняются к мнению, что в ее генезе основную роль играют органические повреждения головного мозга или семейные психологические стрессы [1]. Особое внимание психиатров [2, 3] привлекли нарушения поведения, обусловленные расстройствами влечений и отличающиеся антисоциальной направленностью. По их наблюдениям, антисоциальное поведение детей и подростков характеризуется лживостью, склонностью к садизму, особой злобностью, повышенной сексуальностью. Было показано, что похожие формы поведения могут возникать как в результате черепно-мозговых травм [4], так и вследствие психогений, связанных с неправильным воспитанием, а также после повторной психической травматизации. При этом среди нарушений поведения детей значительное место по частоте занимают формы, обусловленные различными поражениями головного мозга во внутриутробном периоде, при родах или в раннем детстве [4 — 6]. В отечественной литературе эти формы по старой терминологии обозначались как «органические психопатии» [1 — 5].

В исследованиях клиники органических расстройств личности была обнаружена значительная возрастная изменчивость их симптоматики [1, 3]. Отмечено заметное сглаживание, а нередко и исчезновение проявлений «органической психопатии» в пубертатном периоде, что подтверждало мысль П.Б. Ганнушкина о большой роли изменений, происходящих в этот период в динамике расстройств поведения. Вместе с тем наблюдения за больными с «органической психопатией» дали основание сделать вывод, что наличия одного фактора, а именно органического повреждения мозга, еще недостаточно для формирования психопатического характера; другим весьма важным фактором возникновения расстройств поведения является воздействие социальной среды [1, 7 — 9], неблагоприятной обстановки в семье и детском коллективе.

Для понимания сущности генеза органического расстройства личности необходимо, следовательно, учитывать не только биологические, но и социальные (микросоциальные) факторы в их совокупности и взаимодействии. Однако динамика «органических психопатий», изучавшаяся преимущественно детскими психиатрами, как правило, не прослеживалась да-

лее пубертатного возраста. В связи с этим до настоящего времени остается неясным вопрос о том, какую роль экзогенные повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза играют в формировании органического расстройства личности у взрослых.

Целью настоящего исследования было изучение динамики и клинических закономерностей формирования органического расстройства личности при поражении головного мозга на ранних этапах онтогенеза и связи развития этого расстройства с изменениями поведения и характера в пубертатном и постпубертатном возрасте.

Под нашим наблюдением в период 1990 — 2005 гг. в психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы № 5 г. Харькова находились 170 детей и подростков (мальчиков) с мозговой дисфункцией. Средняя продолжительность наблюдения составила 12 лет.

В возрасте до 3 с половиной лет подавляющее большинство детей перенесло разнообразные соматические заболевания (воспаление легких, корь, дизентерия, коклюш и т.п.), которые сопровождались мозговыми явлениями, а в последующем — расстройством поведения. У 30 матерей был токсикоз беременности. Во всех случаях имела место патология родов и асфиксия у детей при рождении. 27 детей перенесли менингит в раннем возрасте и 24 — черепно-мозговую травму в первые годы жизни.

В период наблюдения поведение всех детей как дома, так и в детском коллективе, школе было резко нарушено.

Статика патологических состояний у разных детей характеризовалась рядом общих черт. У всех наблюдалась выраженная двигательная расторможенность. В эмоциональной сфере в одних случаях отмечалась поверхностность и лабильность аффекта, в других — крайняя возбудимость и взрывчатость. В области интеллектуальных функций можно было констатировать быструю истощаемость внимания и малую продуктивность. Почти у всех детей выявлялись слабо выраженные неврологические симптомы и более позднее развитие ходьбы и речи, т.е. имела место задержка развития в период раннего детства.

Проводившийся нами анализ связи между проявлениями заболевания в прошлом и в более позднем периоде наблюдений дал возможность, с одной стороны, воссоздать общую психопатологическую картину поведения детей на протяжении более или менее длительного отрезка жизненного пути, а с другой —

определить, за счет каких основных факторов и в каком направлении происходило изменение поведения и черт характера. Результаты наблюдений и обследования детей свидетельствуют о том, что внешние факторы могут модифицировать течение расстройств поведения и что клиническая их картина на разных этапах не является устойчивой. Под влиянием среды и внешних воздействий обнаруживались заметные колебания в степени выраженности поведенческих расстройств. Важное значение в этом отношении имели соматогенные влияния (повторные инфекции, травмы, другие астенизирующие воздействия), которые углубляли органическую недостаточность головного мозга и в то же время усиливали расстройства поведения. Однако эти нарушения носили временный, нестойкий характер.

Сопоставление динамики становления поведения с динамикой их дальнейшего развития показало, что существует значительная качественная разница между симптоматикой детского возраста и пубертатного периода. В детстве поведение в основном определялось органической церебральной патологией. Реакции на психические травмы были неглубоки и носили характер примитивных ответов на внешние раздражители. В пубертатном же возрасте поведение больных в гораздо большей мере определялось психогенными воздействиями, усиливалось влияние среды.

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии определенной последовательности смены доминирующих психопатологических проявлений. В дошкольном возрасте в поведении детей преобладало выраженное двигательное беспокойство. У школьников наряду с двигательной расторможенностью на передний план в клинической картине выступало усиление влечений и склонность к примитивным аффективным разрядам. Поведение в этот период обнаруживало все существенные черты возбудимого типа. По мере приближения к пубертатному возрасту гипердинамический синдром становился все менее выраженным. Двигательное возбуждение и примитивные эмоциональные реакции постепенно переставали доминировать в общей картине поведения, и на первый план выступали астенические его компоненты (раздражительная слабость, головные боли, быстрая утомляемость). Для пубертатного периода были характерны резкие эмоциональные колебания, выражавшиеся в переходе от гипоманиакальной экзальтации к субдепрессивному и одновременно астеническому состоянию с синдромом раздражительной слабости.

В дальнейшем, параллельно биологическому созреванию организма, периодические колебания настроения постепенно нивелировались. Симптоматика, непосредственно отражающая церебральную патологию, к концу пубертатного периода все более тускнела и наконец исчезала. Все большее место начинали занимать различные психогенные наслоения: истерические реакции, склонность к паранойяльности, навязчивое мудрствование, «уход в себя» после столкновения с трудностями и т.п. Переплетаясь с астеническими компонентами и аффективными колебаниями, эти симптомы образовывали причудливую смесь

различных невротических и психопатологических проявлений. Поведение подростков в конце пубертата приобретало черты, свойственные поведению при органическом расстройстве личности неустойчивого типа. В ряде случаев в этот период происходили и изменения характера — как в сторону дальнейшего заострения негативных черт, так и в сторону их нормализации. Дальнейшая динамика процесса шла в двух направлениях: прогностически неблагоприятном — у 127 (73±3%) — и прогностически благоприятном — у 43 (27±3%) больных.

При неблагоприятном течении заболевания в клинической картине все более отчетливо выступали повышенное внимание больных к состоянию своего здоровья, ипохондричность и другие невротические расстройства. Эти пациенты отличались узостью и неустойчивостью интересов, не проявляли интереса к учебе, постоянно были всем недовольны, замкнуты, кроме того, у них отмечалась эмоциональная лабильность, склонность к эксцентричным поступкам. Нередко больные в конце пубертатного и в постпубертатном периоде злоупотребляли алкоголем.

У 53 (38±3%) подростков наблюдался стойкий паттерн диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Они проявляли чрезмерную драчливость или хулиганство, жестокость по отношению к другим людям или животным, нередко причиняли значительный ущерб чьей-либо собственности, совершали поджоги, воровство, прогулы занятий в школе и побеги из дому. Для них были характерны лживость, частые тяжелые вспышки гнева, открытое непослушание, отказ от выполнения требований взрослых и каких бы то ни было правил. Они преднамеренно совершали действия, досаждающие другим людям, систематически пытались переложить на других вину за свои собственные ошибки или проступки, проявляли злопамятность, мстительность.

У 15 человек из данной группы расстройства поведения ограничивались семейным окружением. Их аномальное поведение было не просто оппозиционным, вызывающим или конфликтным, а носило диссоциальный или агрессивный характер, но только в отношениях с близкими родственниками или непосредственным домашним окружением.

У 21 подростка отмечалось несоциализированное расстройство поведения, характеризовавшееся сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений с другими детьми. У 17 обследованных данной группы имело место социализированное расстройство поведения, при котором упорное диссоциальное и агрессивное поведение возникало при хорошей интеграции в группу сверстников с делинквентным поведением.

При неблагоприятной динамике в поведении подростков господствовали, как указывалось, импульсивность, несдержанность, неуравновешенность, сохранялись резкие колебания аффекта. От повышенного настроения, носящего характер экзальтации, они внезапно могли переходить к пониженному настроению с апатией и раздражительной слабостью. В период аффективных сдвигов у них появлялось чувство беспо-

мощности, нарушалась работоспособность, усиливалась склонность к истерическим реакциям, нарастала ипохондричность, оставалась реактивная лабильность с отдельными астеническими эпизодами; поведение было лишено цельности и определенности. Большинство обследованных из данной группы к 14 – 15 годам обнаруживали черты, свойственные расстройству личности неустойчивого типа: отсутствие прочных интересов и привязанностей, внушаемость, податливость дурным влияниям. При нормальном интеллектуальном развитии успеваемость в школе часто была низкой из-за слабого интереса к занятиям.

Таким образом, у больных данной группы, несмотря на сглаживание к концу пубертатного периода признаков церебральной недостаточности, продолжали сохраняться поведенческие расстройства. Это обстоятельство дает основание считать выраженную ипохондричность и расстройства поведения прогностически неблагоприятным признаком в динамике органического расстройства личности.

Тот факт, что, несмотря на слабость нервной системы и выраженные поведенческие расстройства в детстве, проявления церебральной патологии с возрастом перестают доминировать в клинической картине, говорит о том, что дальнейшее поведение больных все более зависит от внешних, преимущественно психогенных влияний.

При неблагоприятном течении заболевания в его клинической картине присутствовали снижение когнитивного функционирования, расстройства мышления, нарушения в сексуальной сфере. У подавляющего большинства больных данной группы постоянно снижена способность поддерживать целенаправленную деятельность, у многих сохранялась эмоциональная лабильность, неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций; наблюдались эйфория и склонность к плоским, неуместным шуткам, раздражительность и/или вспышки гнева и агрессии, апатия. Сохранялись также неприятные физические ощущения – головокружение, головные боли. В ряде случаев отмечались нарушения памяти, трудности при обучении, снижение способности к длительному сосредоточению внимания на выполнении определенной задачи. При попытке выполнения заданий, требующих интеллектуальных усилий, у обследуемых возникало ощущение умственной усталости.

У значительной части обследованных отмечалась расторможенность потребностей и влечений, при которой они не учитывали возможных последствий своих поступков и не принимали во внимание социальных норм. Это нередко приводило к антисоциальным действиям (воровство, демонстрация неадекватных сексуальных притязаний), выражалось в крайнем пренебрежении к личной гигиене. Несколько реже встречались чрезмерная подозрительность и сверхценные параноидные идеи: жесткая категоричность в оценке поведения других людей как «правильного» или «неправильного», obstoyatel'nost', сверхвключаемость, вязкость и гиперграфия. У части подростков наблюдалось изменение сексуального поведения – появление гиперсексуальности или изменения полового предпочтения.

На основании полученных в этих исследованиях данных у обследованных с неблагоприятным течением мозговой дисфункции, достигших 18 лет, нами были выделены следующие типы расстройства личности: лабильный ($29\pm 3\%$), расторможенный ($25\pm 3\%$), агрессивный ($21\pm 3\%$), параноидный ($15\pm 3\%$) и апатический ($11\pm 3\%$).

При благоприятной динамике заболевания у наших пациентов происходила постепенная гармонизация личности в пубертатном и ближайшем постпубертатном периодах.

При различных особенностях характера, разном интеллектуальном уровне и неодинаковом месте в жизни все обследованные этой группы были полностью адаптированы к условиям социальной среды и не нуждались в помощи психиатра. Для них были характерны любознательность, живость и достаточная многосторонность интересов. Они были способны много и эффективно работать и, заинтересованные работой, проявляли длительное напряжение, забывая об усталости. Занимаясь многим, они сохраняли ведущий интерес к одному какому-либо любимому занятию. Их доброжелательное отношение к людям вызывало симпатию окружающих. В школе они пользовались авторитетом, как способные ученики, участвовали в художественной самодеятельности, обнаруживали организаторские способности.

В беседе с врачом эти подростки держались естественно, приветливо, подробно говорили о своей жизни. Рассказывая о себе, они не всегда могли вспомнить подробности, относящиеся к периоду детства, однако постепенно начинали последовательно излагать анамнез, вспоминая интересные детали. К своему прежнему поведению они относились с достаточной критикой, объясняя его детским легкомыслием.

Характерной чертой всех обследованных этой группы была их целеустремленность: в жизни у них имелось основное направление, они знали, к чему стремятся и чего хотят. Обычно это были планы, касающиеся учебы. Родственники, знакомые, учителя характеризовали этих подростков с самой лучшей стороны, отмечали их положительное отношение к учебе и внимание к окружающим. Иногда у обследованных данной группы возникали легкие явления эмоциональной неустойчивости и раздражительной слабости, не носящие, однако, болезненного характера. Сравнивая их поведение в 18 лет с тем, которое наблюдалось в детстве, нельзя было не отметить поразительного контраста.

Анализируя динамику прогностически благоприятного варианта течения заболевания, мы убедились, что нивелирование негативных черт поведения и характера не наступает неожиданно, вдруг, а представляет собой процесс, протекающий постепенно. Гармонизация личности является результатом сложной и многолетней перестройки. При этом отчетливо выступает роль пубертатного возраста: сглаживание поведенческих расстройств начиналось, как правило, в середине или к концу пубертатного периода. Этот процесс не был непрерывным, нередко прежняя симптоматика возвращалась и на некоторое время заострялась, но затем поведение вновь выравнивалось.

Учитывая указанное значение пубертатного периода в процессе нивелирования расстройств поведения, мы сделали попытку на основании полученных подробных сведений воссоздать психопатологическую картину, наблюдавшуюся у больных в тот период. Выяснилось, что в пубертатном возрасте (особенно в его начале) у обследованных обеих групп отмечались описанные выше симптомы — утомляемость, головные боли, различные неприятные ощущения, снижение работоспособности и противоречивость поведения: застенчивость, скромность сочетались с показной грубой развязностью, хвастовством и стремлением к насмешкам над окружающими. Одновременно проявлялись резкие аффективные вспышки, патологическая замкнутость и недоступность. Веселое настроение, болтливость нередко сменялись уходом в свой внутренний мир, в мечты, далекие от действительности. Патологическая замкнутость, ипохондрические установки, страх за свое здоровье, неуверенность в будущем сочетались с внешней бравадой и всеобъемлющим скепсисом. Отношение к окружающим в этот период зависело от эмоционального состояния. Одни и те же подростки, будучи чуткими и отзывчивыми к симпатичным им людям, проявляли грубость и нетерпимость к тем, кто им не нравился.

Постепенно, по мере нормализации эндокринных сдвигов в организме, выраженность аффективных колебаний уменьшалась, они становились более редкими.

При благоприятном течении заболевания поведенческие расстройства постепенно нивелировались, как правило, начиная с 16 лет. Возникающее в это время сексуальное влечение обуславливало повышенный интерес к своей внешности и вместе с тем болезненную реакцию на низкую оценку ее другими. Одновременно с пробуждением интереса к лицам другого пола появлялось стремление к общению с окружающими, исчезала замкнутость. На смену прежнему отсутствию собственных взглядов приходило стремление выработать свое личное отношение к жизни. Подростки, чувствуя, что «стали взрослыми», стремились к самостоятельности в суждениях и действиях, в яркой эмоциональной форме отстаивали свою независимость. Особо следует подчеркнуть, что у всех обследованных этой группы в середине, а иногда и к концу пубертатного периода появлялось отчетливо выраженное стремление к деятельности, по их собственным словам, их «тянет» к труду. В связи с этим менялось и поведение подростков: заинтересованные и удовлетворенные какой-либо работой, они уже не проявляли столь выраженных поведенческих расстройств, как прежде. Ведущими стимулами их поведения в этот период было стремление к самостоятельности, к отстаиванию своих прав, желание найти свое место в жизни сочеталось с большой жадностью деятельности.

Таким образом, вначале стремление к деятельности, а затем и сама деятельность стали фактором, выравнивающим поведение подростков. В середине или к концу пубертатного периода общее стремление к деятельности вообще постепенно конкретизировалось и устанавливалось устойчивое эмоциональное отношение к определенному любимому делу. Это способствовало нивелированию неуравновешенности,

дисгармоничности, влиянию случайных раздражителей, т.е. черт, характерных для обследованных в начале пубертатного периода.

Одновременно наблюдалось возникновение положительно окрашенных эмоциональных реакций на производственные успехи. У пациентов данной группы появлялась потребность к общению с окружающими, им хотелось рассказать другим о том удовлетворении, которое они испытывают в связи с учебной и рабочей. Постепенно личностная установка на самого себя заменялась все более активной установкой на внешний мир, тускнела ипохондричность, исчезала неустойчивость поведения. Целенаправленная деятельность способствовала тому, что подростки вначале с некоторым напряжением, а затем почти без усилий могли воздерживаться от неадекватных форм реагирования. В результате к концу пубертатного периода их поведение становилось вполне упорядоченным.

Следует отметить, что описанная динамика, как правило, имела место при наличии благоприятного психосоциального окружения, хорошего психологического климата в семье и школе.

Известно, что возникающее в пубертатном возрасте стремление к активности, целенаправленной деятельности, особенно, если оно сопровождается положительным эмоциональным компонентом, воспитывает у возбужденных и импульсивных личностей способность к сдержанности и торможению непосредственных побуждений [9]. Надо думать, что повышенное стремление к целенаправленной продуктивной деятельности создает такую «систему возбуждения», которая благодаря своей силе подавляет механизмы патологического поведения. Возникает своеобразный динамический стереотип, способствующий более легкой адаптации к среде.

У наших обследованных стереотип целенаправленной деятельности обычно сочетался с устойчивой аффективно насыщенной доминантой. Можно предполагать, что именно с этим было связано нивелирование дисгармоничности, внушаемости, подверженности влиянию момента, характерных для обследованных в пубертатном периоде. Появление эмоционально насыщенной доминанты, связанной с выбором интересующей подростка деятельности, является прогностически благоприятным признаком в динамике формирования органического расстройства личности, точнее, в его обратном развитии.

Приведенные клинические факты убедительно говорят о возможности обратимости, исправления поведенческих расстройств, гармонизации поведения. Такая возможность делает закономерной постановку вопроса о профилактике и коррекции расстройства личности.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей с мозговой дисфункцией, возникшей в раннем детстве, в пубертатный период при благоприятном социальном и микросоциальном окружении и правильном воспитании возможно нивелирование поведенческих расстройств. Этому способствует возникновение потребности в самостоятельной деятельности, и одновременно с развитием трудовой доминанты происходит процесс дальнейшей гармонизации личности. В то же время направленность стрем-

лений на самого себя и невротические, в частности ипохондрические, проявления приводят к формированию тех или иных типов органического расстройства личности.

Полученные данные могут служить основой для разработки прогностических критериев, конкретных мер психопрофилактики формирования расстройства личности и психокоррекции его проявлений.

Литература

1. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.
2. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клін. посібник / В.С. Підкоритов, В.І. Букреев, В.Н. Кузьмінов та ін.— Харків: Фоліо, 2001.— 271 с.
3. Детская психоневрология / Под ред. Л.А. Булаховой.— К.: Здоров'я, 2001.— 496 с.
4. *Гиндикин В.Я.* Лексикон малой психиатрии.— М.: Крон-пресс, 1997.— 576 с.
5. *Гельдер М., Гэт Д., Мэйо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.— К.: Сфера, 1997.— Т. 1.— 297 с.
6. Там же.— Т. 2.— 433с.
7. *Снежневский А.В.* Общая психопатология.— М.: Мед-пресс-информ, 2001.— 208 с.
8. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского.— С.Пб.: Питер, 2002.— 960 с.
9. Возрастная психоневрология / Под ред. Л.А. Булаховой.— К.: Здоров'я, 2001.— 496 с.

Поступила 02.03.2005

DYNAMICS AND CLINICAL REGULARITIES OF FORMING ORGANIC PERSONALITY DISORDERS

I.B. Datsenko

Summary

The role of pubertal period and significance of social and microsocial factors in forming organic personality disorders were established.