

НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ПО РАСТОРМОЖЕННОМУ И СЕКСУАЛЬНОМУ ТИПУ У ГИПЕРТИМНЫХ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Доц. И. Б. ДАЦЕНКО

DISORDERS OF PERSONALITY FORMATION OF DISINHIBITED AND SEXUAL TYPE IN HYPERTHYMIC TEEN-AGERS WITH CEREBRAL DYSFUNCTION

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлены результаты исследования нарушений формирования личности по расторможенному и сексуальному типам у подростков с гипертимной акцентуацией характера и мозговой дисфункцией. Показаны причины и условия трансформации акцентуации в органическое расстройство личности. Приведены подходы к психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у таких подростков.

Ключевые слова: подростки, гипертимная акцентуация, мозговая дисфункция, формирование личности, расторможенный, сексуальный типы нарушений.

The author reports the finding of the investigation of personality formation disorders of disinhibited and sexual type in teenagers with hyperthymic character accentuation and cerebral dysfunction. The causes and conditions of accentuation transformation to organic personality disorder were shown. The approaches to psychotherapy of the emotional and behavioral disorders are described.

Key words: teen-agers, hyperthymic accentuation, cerebral dysfunction, personality formation, disinhibited and sexual types of disorders.

Проблемы, связанные с психическим здоровьем подростков в последние годы приобретают особую актуальность, поскольку распространенность нервно-психических расстройств у детей и подростков достигает 50% и их частота имеет тенденцию к дальнейшему росту [1, 2]. Это связано с кардинальными социально-экономическими изменениями в масштабах государства, которые воздействуют на состояние здоровья именно данной категории населения вследствие известных психологических особенностей несформированной личности [3, 4]. Личностные нарушения развиваются чаще, если в преморбиде у индивида имелись акцентуации характера, которые представляют наиболее подходящую почву для формирования расстройств личности [5].

Изучение проблемы органического расстройства личности в последнее десятилетие направлено на выяснение этиологии неправильного формирования характера и поведения подростка, роли экзогенных факторов в его нарушении. В современных работах указывается, в частности, на значение в развитии нарушений поведения ребенка и подростка таких патогенных факторов, как экзогенное органическое поражение головного мозга и семейные психологические стрессы. Данные литературы свидетельствуют о том, что в основе развития эмоционально-поведенческих расстройств у детей

и подростков лежат дисфункции головного мозга, обусловленные преимущественно его экзогенным повреждением в перинатальном периоде [6, 7].

К органическим расстройствам личности (по старой терминологии — органическим психопатиям) относят изменения характера, обусловленные пренатальными, интранатальными и ранними (в первые 2–3 года жизни) постнатальными поражениями головного мозга. В этот возрастной период молодые в эволюционном отношении отделы головного мозга еще не сформированы, в связи с чем дальнейшее развитие мозговых структур, а также становление характера и личности в целом может оказаться нарушенным, искаженным, диспропорциональным. При этом незначительные ранние резидуально-органические повреждения головного мозга могут быть компенсированными и не вызывать развития органического расстройства личности [5]. Однако при наличии имеющегося пагубного экзогенного влияния (неправильное воспитание, хроническая психотравмирующая ситуация и т. п.) возможно формирование устойчивых психопатологических черт («патохарактерологическое формирование личности» по В. В. Ковалеву) [7].

Ряд исследователей [5–7 и др.] выявили значительную возрастную изменчивость симптоматики «органической психопатии»: сглаживание,

а иногда и исчезновение ее проявлений в пубертатном периоде. Эти наблюдения подтверждают высказывание П. Б. Ганнушкина о роли пубертатного периода в динамике расстройства поведения у подростков. Но, как показали многие разработки по проблеме «органической психопатии», наличия одного фактора органического повреждения мозга еще не достаточно для формирования расстройства личности по органическому типу. Огромное значение в этом отношении имеет воздействие социальной среды. Поэтому для понимания причин и механизмов развития органического расстройства личности необходимо исследование не только биологических, психологических, но и социальных факторов.

У детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью, клинически проявляющейся в виде минимальной мозговой дисфункции, акцентуации характера легко заостряются. Признаки церебральной органической недостаточности имеются, по разным данным, у 25–93% детей с невротическими расстройствами [5, 8]. Наши наблюдения показали, в частности, влияние на формирование у подростков эмоционально-поведенческих расстройств таких факторов, как неправильные типы воспитания, нарушения сомато- и психосексуального развития, некоторые индивидуально-психологические характеристики личности и др. [9, 10]. Органическое поражение головного мозга, оказывающие влияние на сроки завершения формирования мозговых структур и основных механизмов регуляции мозговых функций, приводит к нарушению формирования личности и к другим расстройствам эмоциональной, поведенческой и когнитивной сфер [6, 7, 11]. Кроме того, поскольку формирование личности тесно связано с половым развитием человека, и нарушение одного из этих процессов не может не сказаться на протекании второго, а значит, и на становлении психического и сексуального здоровья [12–15]. Однако этот важный аспект становления личности изучен недостаточно, несмотря на его бесспорную актуальность. Не исследована, в частности, зависимость между нарушениями полового развития и типом формирующегося органического расстройства личности (возбудимого или тормозного), и отсутствие сведений о механизмах и клинических проявлениях этой зависимости резко ограничивает возможности оказания помощи больным.

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

Под нашим наблюдением находились 29 подростков мужского пола в возрасте от 10 до 19 лет (сроки наблюдения 5–7 лет) с мозговой дисфунк-

цией, обусловленной 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.

Было проведено комплексное клинико-неврологическое, психопатологическое, сексологическое (изучение сомато- и психосексуального развития) обследование и психодиагностическое исследование, направленное на выявление особенностей личности и отношения подростков к своей болезни.

При исследовании нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза [12]. Для комплексной клинической оценки уровня полового созревания использовали индекс маскулинизации, предложенный А. Н. Демченко с соавт., в сопоставлении с нормативными показателями полового развития подростков Северо-Восточного региона Украины [16]. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W. F. Marshal, J. M. Tanner [17]. Для изучения полоролевого поведения подростков использовали полоролевою шкалу Dur-Moll L. Szondi [18] и для определения маскулинности на биогенном уровне полоролевою шкалу ACL A. V. Neilburn [19] для характеристики маскулинных и фемининных черт личности на уровне Я-концепции.

Акцентуации характера изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) [5]. Изменение структуры психоэмоционального состояния испытуемых определяли с помощью теста Люшера — методики цветового выбора [20], применение которого позволило следить за динамикой эмоциональных и мотивационных изменений в их состоянии, а также выявить отдельные устойчивые черты личности.

Особенности личности исследовали с помощью проективных методик «Несуществующее животное», «Дом. Дерево. Человек» [21, 22], отношение к болезни — с помощью Ленинградского опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [23]. Для выявления интеллектуально-мнестических особенностей больных применяли комплекс психологических методик [24].

Психодиагностическое исследование было дополнено использованием методики Тулуз-Пьерона, позволяющей изучить свойства внимания пациента и психомоторного темпа, также оценить точность и надежность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени [24].

У всех больных при неврологическом исследовании была выявлена легкая резидуальная органическая микросимптоматика с различным сочетанием клинических симптомов. У 66±9% обследованных было отмечено нарушение акта

конвергенции (преимущественно с двух сторон); горизонтальный мелкоразмашистый постоянный или непостоянный нистагм в обе стороны (иногда с элементами тоничности и монокулярности) был выявлен у $83\pm 7\%$ обследованных. 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 мышечного тонуса. У большинства обследованных ($72\pm 8\%$) имели место вестибуло-атактические явления в виде нарушения статики и координации — интенционный тремор и мимоподражание при выполнении координаторных проб, пошатывание в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук.

У подростков с гипертимным типом акцентуации характера практически всегда можно было отметить хорошее настроение и самочувствие, высокий жизненный тонус. Анамнестические данные свидетельствовали, что они с раннего детства отличались гипердинамичностью, неусидчивостью, чрезмерной общительностью, стремлением к самостоятельности. Эти дети не чувствовали дистанции при общении со взрослыми, были склонны к озорству, а в компании сверстников стремились быть лидерами. С началом занятий в школе повышенная отвлекаемость, неусидчивость, неспособность подчиниться школьной дисциплине, двигательная расторможенность становились причиной конфликтов детей с преподавателями и нестабильной успеваемости. Редкие вспышки раздражения, гнева или агрессии возникали чаще либо в ситуации строгой регламентации режима дня и дисциплинарного подчинения, либо в одиночестве при невозможности реализовать свою энергию.

В подростковый период поведенческие реакции гипертимных пациентов, характерные для этого возрастного периода (возрастного криза), проявлялись у наших пациентов достаточно сильно. Их гипертрофированные реакции эмансипации приводили к легко возникающим конфликтам с родителями и педагогами, что в свою очередь влекло самовольные уходы из дома, из-под опеки родных или преподавателей. Четко была выражена у этих подростков реакция группирования, причем они стремились к лидерству в компаниях сверстников. Опасной чертой характера была их жажда удовольствий, склонность к риску, которая нередко приводила к групповым формам делинквентного поведения (иногда они сами становились вдохновителями правонарушений), а также к алкоголизации, токсикомании, наркомании, с удовольствием приобщались подростки к выпивкам в компаниях.

У подростков наблюдалась расторможенность потребностей и влечения, они не учитывали возможных последствий своих поступков и не принимали во внимание социальные нормы, что также способствовало асоциальному поведению.

Для наблюдавшихся нами подростков были характерны крайнее непостоянство увлечений, необязательность, неспособность и нежелание предвидеть последствия своих поступков. Их романтические увлечения были кратковременными. Сексуальное влечение пробуждалось рано и было достаточно сильным, что толкало гипертимных подростков на ранние сексуальные контакты.

Следует отметить, что хотя базисной чертой характера обследованных подростков была гипертимность, она нередко сочеталась с истероидными и неустойчивыми чертами.

Полученные данные клинических наблюдений дают основание считать наличие гипертимной акцентуации характера у подростков с мозговой дисфункцией фактором риска развития у них девиантного поведения социализированного типа.

Обследование с помощью комплекса традиционных психологических методик позволило установить у находившихся под наблюдением пациентов с гипертимной акцентуацией характера 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, дубликация основной фигуры на рисунке на 90°) и с соответствующими изменениями линий (дрожание, несовпадение, дублирование). Аналогичные нарушения линий были выявлены и при обследовании подростков по методике Бендер-гештальт-теста. Наблюдалось также снижение у них способности планировать свою деятельность в ситуации обследования, часто возникало выраженное эмоциональное возбуждение с демонстративным отказом от выполнения теста. У большинства пациентов было выявлено снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. В ходе обследования обнаружилась также повышенная истощаемость подростков.

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 $CO = 20,6 \pm 1,65$ балла при норме 12–14 баллов), что явилось 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), а при выполнении субтестов «Несуществующее животное» и «Дом. Дерево. Человек» наблюдались незавершенность рисунка, примитивные контуры изображаемого объекта и малое количество второстепенных деталей, что объективно свидетельствует о наличии у обследуемых общей астении.

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

При изучении отношения к своему состоянию, своей болезни у подростков с гипертимной акцентуацией характера были выявлены эйфорический (у 16 человек) и эргопатический (у 13) его типы. Эйфорический тип отношения к болезни отличался необоснованно повышенным, иногда наигранным, настроением, пренебрежительным и легкомысленным восприятием своего заболевания и необходимости лечения. Эти больные продолжали пытаться «получать от жизни все», нарушали режим лечения и считали, что «все само обойдется». При эргопатическом типе отношения к заболеванию наблюдается «уход от болезни в работу». Подростки старались, независимо от состояния здоровья, продолжать учебу, занимались с еще большим рвением, пытались распределить время таким образом, чтобы обследование и лечение оставляли возможность для активных занятий в школе или техникуме.

Изучение воспитания находившихся под наблюдением гипертимных подростков показало, что большинство из них воспитывались по типам эмоционального отвержения ($40 \pm 13\%$) и гипопротекции ($34 \pm 13\%$). Это способствовало заострению у подростков гипертимных черт, поскольку они склонны к поиску компаний для общения и потому им особенно необходим контроль со стороны родных и старших. При изучении полового воспитания наших пациентов выяснилось, что у них преобладал гипергендерный и значительно реже встречался игнорирующий его тип.

Исследование особенностей полового развития подростков с гипертимной акцентуацией характера позволило получить данные, представленные в приводимой таблице.

Из приведенных в таблице данных следует, что замедленного темпа соматосексуального развития не было ни у кого из обследованных подростков. При расторможенном типе нарушения формирования личности чаще имело место ускоренное развитие. У обследованных с ускоренным развитием вторичные половые признаки появлялись с некоторым опережением — на 1,5–2 года раньше по сравнению со сверстниками. Психосексу-

Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности (данные в %)

| Критерии полового развития | Тип нарушения формирования личности | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| | растор- можен- ный, $n = 16$ | сексу- альный, $n = 13$ |
| Соматосексуальное развитие | | |
| ускоренное | 62 ± 12 | 69 ± 14 |
| замедленное | — | — |
| своевременное | 38 ± 12 | 31 ± 13 |
| Психосексуальное развитие | | |
| преждевременное | 6 ± 6 | 62 ± 14 |
| ретардация | 6 ± 6 | — |
| своевременное | 88 ± 8 | 38 ± 14 |
| Асинхронии полового развития | | |
| простые | — | — |
| сочетанные | 6 ± 6 | — |
| Полоролевое поведение | | |
| гиперролевое | 81 ± 10 | $100 - 8$ |
| трансформированное | 19 ± 10 | — |
| Психосексуальная ориентация | | |
| гетеросексуальная | $100 - 6$ | 62 ± 14 |
| нарушенная | — | 38 ± 14 |

альное развитие этих подростков в подавляющем большинстве случаев было преждевременным, что проявлялось в раннем становлении сексуальности, опережающем средние возрастные нормы. Асинхронии полового созревания встречались в единичных случаях и были сочетанными. Этапы формирования у них полового самосознания и стереотипа полоролевого поведения протекали без нарушений темпа. В то же время склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков и сниженная критичность обуславливали у подростков частичное и формальное усвоение половой роли. У подавляющего большинства из них формировался гипермаскулинный стереотип полоролевого поведения, который способствовал микросоциальной и социальной дезадаптации и приводил к усвоению неадекватных способов коммуникации, особенно с лицами противоположного пола.

Лишь у незначительной части подростков этой группы мы выявили трансформированное полоролевое поведение. Мальчики с трансформированным полоролевым поведением отмечались мягкостью характера, были ласковы с родителями, послушны и аккуратны, не склонны были вступать в конфликты и драки.

Формирование полоролевого поведения как одна из составляющих психосексуального развития тесно связано со становлением характера и личности. Поэтому изучение полоролевого поведения подростков с мозговой дисфункцией с учетом их индивидуально-характерологических характеристик важно для ранней диагностики нарушений поведения и эмоций, необходимой для их предупреждения и своевременной коррекции. Гипермаскулинное поведение у наших пациентов характеризовалось чрезмерной акцентуацией мужской половой роли (гипертрофированные мужские черты, жестокость и т. п.). Для подростков с тенденцией к формированию расторможенного типа расстройства личности характерна высокая маскулинность на биогенном уровне.

Половое самосознание у всех обследованных было правильным, психосексуальная ориентация была гетеросексуальной.

Осведомленность в области секса была недостаточной или неправильной даже с учетом возраста обследованных. Лишь несколько подростков 17–19 лет с расторможенным типом нарушения формирования личности более или менее правильно ориентировались в вопросах секса.

На этапе формирования психосексуальной ориентации у большинства обследованных редуцировалась платоническая стадия либидо. Первый половой акт они совершали в возрасте 13–14 лет, часто с лицами из асоциальных групп.

Отдельную группу среди пациентов с гипертимной акцентуацией характера составили подростки с нарушенным сексуальным поведением в виде гиперсексуальности или изменения сексуального предпочтения. Эти отклонения мы квалифицировали как нарушение формирования личности по сексуальному типу. Проявлением повышенного сексуального влечения в допубертатном возрасте была гетеросексуальная влюбленность. Мальчики интересовались более старшими женщинами, старались прикоснуться или прижаться к телу родственниц или посторонних женщин. Наиболее ярко гиперсексуальность проявлялась у них в подростковом периоде, когда наиболее напряженной становится инстинктивная жизнь подростка. Половое влечение пробуждалось у них с большой силой. Повышенное сексуальное влечение сопровождалось гетеро- или гомосексуальным фантазированием и эротическими переживаниями. В пубертатном возрасте характерным проявлением сексуального поведения этих подростков были мастурбация с эротическим фантазированием, взаимный онанизм, рассматривание картинок эротического содержания, определенные жесты и высказывания, стремление наблюдать половые отношения взрослых.

И соматосексуальное, и психосексуальное развитие этой группы гипертимных подростков, как видно из таблиц, было преимущественно ускоренным, полоролевого поведения — у всех гипермаскулиным.

В отличие от подростков с расторможенным типом нарушения формирования личности, у значительной части обследованных с сексуальным его типом имели место гомосексуальные тенденции и другие формы нарушения направленности либидо и его реализации. На фоне преждевременного психосексуального развития становление психосексуальной ориентации перемещалось у них на более ранние возрастные периоды (препубертатный и парапубертатный), что приводило к искажению сексуальных проявлений. Помимо наблюдавшихся у этих пациентов тенденций к гомосексуализму, эксгибиционизму, зоофилии, у них отмечалось увлечение порнофильмами и порнографическими изображениями.

Выявленные в проведенном исследовании закономерности стали основанием для разработки модифицированных методов психотерапевтической коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности.

Система психотерапевтической коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией предусматривала использование как индивидуальных, так и парных и групповых методов психотерапии. Выбор психотерапевтической тактики был индивидуализированным и личностноориентированным.

Находившиеся под нашим наблюдением гипертимные подростки обычно доброжелательно относились к первой беседе, адекватно реагировали на интерес со стороны врача к их проблемам. Мы стремились в беседах избегать чрезмерной директивности и напористости, поскольку такой тон разговора может обострять реакцию эмансипации. Учитывая нетерпеливость подростков с гипертимной акцентуацией характера, беседу вели в хорошем темпе, не допуская фамильярности во взаимоотношениях. Расположение к врачу лучше создается, когда такие пациенты чувствуют во враче самодостаточную, уверенную личность. После установления контакта проведение индивидуальной рациональной психотерапии наиболее адекватно, когда она имеет дискуссионную направленность в виде анализа примеров как из жизни самого пациента, так и из другого опыта. К определенным выводам подростков с расторможенным типом нарушения формирования личности должен прийти самостоятельно. Необходимо, чтобы он уяснил слабые стороны своего характера — невоздержанность реакций, непереносимость длительной скрупулезной, требующей внимания работы, неразборчивость в выборе приятелей, нетерпеливость, неумение обуздать свои желания. Неизбежные из-за этого неприятности и конфликты должны быть наглядно показаны пациенту на примерах из его собственной жизни.

При этом очень важно в рамках семейной психотерапии объяснить членам семьи, что когда сложившаяся конфликтная ситуация касается непосредственно слабых сторон характера подростка

ка, это может повлечь за собой тяжелые характерологические и поведенческие декомпенсации. Поэтому следует находить способы реализации его бурной энергии и удовлетворения потребности в лидерстве среди сверстников. С этой целью необходимо предложить увлекательное для него занятие и проводить групповую психотерапию с меняющимся составом группы, где он может быть неформальным лидером. Мы категорически не включали в группу эпилептоидных подростков, поскольку у гипертимных часто возникают конфликты с ними.

Среди психотерапевтических механизмов, определяющих эффективность психотерапии у подростков с нарушением формирования личности по расторможенному типу, важную роль играют механизмы перестройки отношений (неосознанной и сознательной) и механизм эмоционального консонанса.

Для уменьшения аффективной взрывчатости этой категории подростков мы использовали транквилизаторы и седативные нейролептики. Однако медикаментозное лечение всегда должно сочетаться с психотерапией. Целесообразно использовать, в частности, занятия аутотренингом.

У подростков с личностными изменениями в виде неадекватности сексуальных притязаний, расторможенности сексуальных влечений, с отсутствием чувства ответственности за свое сексуальное поведение мы включали в комплекс психотерапевтической коррекции занятия, посвященные информированию их по вопросам психогигиены половой жизни, тренинги, имеющие целью правильное формирование платонического, эротического и сексуального либидо, а также психотерапию, направленную на выработку ответственности за свое сексуальное поведение, нивелирование неадекватных сексуальных притязаний, умение сдерживать свое половое влечение в определенных ситуациях. При этом мы использовали методы рациональной психотерапии, групповой психоте-

рапии, внушения и самовнушения. Обязательной составляющей психокоррекции было информирование подростков об адекватных проявлениях сексуальной функции.

Проведение описанной системы психотерапевтической коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у гипертимных подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по расторможенному и сексуальному типам позволило достигнуть достаточно высокого терапевтического эффекта. В течение двух лет последующего наблюдения отмечалась компенсация состояния пациентов. Лишь у двух пациентов этой группы были отмечены рецидивы эмоциональных и поведенческих расстройств, обусловленные патогенной микросоциальной ситуацией (внутрисемейные конфликты, ссоры родителей и т. д.).

В целом результаты проведенного исследования позволяют заключить, что трансформация гипертимной акцентуации характера при мозговой дисфункции у подростков в органическое расстройство личности происходит при условии наличия у них поведенческих, эмоциональных расстройств и воздействия негативных микросоциальных факторов.

Возможность такого психопатологизирующего развития детей с отягощенным перинатальным анамнезом необходимо учитывать при организации диспансерного наблюдения и психологического сопровождения детей с перинатальными факторами риска и разработке системы психокоррекции, направленной на реабилитацию больных и их адаптацию в семье и обществе. Выявленные у наших пациентов особенности психосексуального развития и полоролевого поведения в их взаимосвязи с эмоционально-поведенческими и личностными расстройствами дают возможность сформулировать клинические критерии для разработки программы комплексной дифференцированной системы их психотерапевтической коррекции.

Литература

1. 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.
2. *Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Кукуруза А. В.* Роль социальной психиатрии в проблеме охраны психического здоровья подрастающего поколения // Матеріали ІІ з'їзду педіатрів України.— Київ, 2004.— С. 27–38.
3. *Чуркин А. А., Берсенев А. В.* Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи // Рос. психиатр. журн.— 2003.— № 5.— С. 21–24.
4. *Картавцев Р. Л., Слабкий Г. А.* Особенности личности современного подростка и условия ее формирования // Совр. педиатрия.— 2005.— № 7.— С. 29–31.
5. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е, доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
6. *Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера.*— СПб.: Питер, 2005.— 1120 с.
7. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руков. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
8. *Детская психоневрология / Под ред. Д. А. Булаховой.*— К.: Здоров'я, 2001.— 496 с.
9. *Даценко И. Б.* Диагностика и клинические закономерности формирования органического расстройства личности // Междунар. мед. журн.— 2005.— Т. 11, № 1.— С. 15–19.
10. *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.
11. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта.— М.: Мир, 2000.— 656 с.
 12. *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.
 13. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология.— М.: Рет Се, 2002.— 879 с.
 14. *Кон И. С.* Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ.— Дубна: Феникс, 2001.— 208 с.
 15. *Исаев Д. Н., Казан В. Е.* Психогигиена пола у детей: Руков. для врачей.— Л.: Медицина, 1986.— 214 с.
 16. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А. Н. Демченко, В. А. Бондаренко, Т. Е. Бурма и др. // Врач. практика.— 2000.— № 3.— С. 76–79.
 17. *Marshall W. A., Tanner J. M.* Variations in the pattern of pubertat changes in boys // Arch. Dis. Child.— 1970.— Vol. 45, № 13.— P. 31–40.
 18. *Szondi L.* Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik.— Stuttgart: H. Huber, 1960.— 269 p.
 19. *Heilbrun A. B.* Human sex-role behavior.— N. Y.: Pergamon Press, 1981.— 245 p.
 20. *Джос В. В.* Практическое руководство по тесту Люшера.— Кишнев: Периодика, 1990.— 174 с.
 21. *Венгер А. Л.* Психологические рисуночные тесты: Иллюстр. руков.— М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003.— 160 с.
 22. *Бук Дж (Book J.)* «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ) // Проективная психология.— М.: МЕД-пресс, 1998.— 588 с.
 23. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.
 24. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. 2-е междунар. изд.— СПб.: Питер, 2002.— 1312 с.

Поступила 16.07.2007