

НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПО АПАТИЧЕСКОМУ ТИПУ

Канд. мед. наук И. Б. ДАЦЕНКО

APATHY-TYPE DISTURBANCE OF PERSONALITY FORMATION IN JUVENILES WITH CEREBRAL DYSFUNCTION

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Описаны механизмы, динамика развития и проявления нарушения формирования личности по апатическому типу подростков с мозговой дисфункцией, астено-невротической акцентуацией характера. Предложена система комплексной медикаментозной и психотерапевтической коррекции состояния подростков.

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, астено-невротическая акцентуация, нарушение формирования личности, апатический тип.

The mechanisms, dynamics of development and manifestations of apathy-type disturbances of personality formation in juveniles with cerebral dysfunction and asthenic-neurotic character accentuation were described. A system of complex medical and psychotherapeutic correction of the juvenile state was suggested.

Key words: juveniles, cerebral dysfunction, asthenic-neurotic accentuation, disturbance of personality formation, apathy type.

Основным проявлением нарушения формирования личности служат отклонения в поведении подростков. Особенно выражены эти отклонения у детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью, причем, как правило, при заострении имеющихся у больных акцентуаций характера. Последние представляют собой благоприятную почву для развития у подростков психопатологических черт [1].

Резидуальная церебрально-органическая недостаточность клинически проявляется в виде минимальной мозговой дисфункции и встречается достаточно часто: по разным данным, у 25–93% детей с невротическими расстройствами [1, 2]. Для этих больных характерна невропатия, в основе которой лежат снижение порога возбудимости ЦНС, недостаточность вегетативной регуляции гомеостаза и адаптационных возможностей организма, а также нередко наблюдаются различные формы психического дизонтогенеза, в частности, ретардации и асинхронии психического развития, способствующие формированию диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройств, фиксация ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования, характерная для развития неврастении и соматоформных расстройств [3]. Важнейшим патологизирующим и провоцирующим фактором психопатического развития при этом является

подростковый возраст — критический период формирования характера [1].

Акцентуация характера определяет также повышение чувствительности ребенка с мозговой дисфункцией к неблагоприятным внешним воздействиям, одним из которых может быть неправильное общее и половое воспитание.

Проблема расстройства поведения и нарушения формирования личности подростков с резидуально-органическим поражением головного мозга приобретает особую актуальность в связи с ростом его распространенности среди новорожденных и детей первого года жизни [4–6]. Эта патология, оказывающая влияние на сроки завершения формирования мозговых структур и основных механизмов регуляции мозговых функций, приводит к нарушению формирования личности и расстройствам эмоциональной, поведенческой и когнитивной сфер [5–7]. В пубертатный период в сознании и поведении подростка значительную роль начинают играть сексуальные интересы: у подростков появляется повышенное внимание к своей внешности, они интенсивно усваивают стереотипы поведения, связанные с осознанием своей половой принадлежности, происходит закрепление особенностей половых различий эмоциональной сферы и личностных установок, которые существенно различаются у противоположных полов.

Однако влияние всех указанных выше условий нарушения формирования личности у подростков с мозговой дисфункцией изучено недостаточно, что отрицательно сказывается на проводимом лечении.

В настоящем исследовании нами были изучены механизмы и динамика нарушения формирования личности у подростков с мозговой дисфункцией и астено-невротической акцентуацией характера с целью разработки системы его дифференцированной медикаментозной и психотерапевтической коррекции.

Было проведено комплексное обследование 30 подростков мужского пола в возрасте от 10 до 19 лет (сроки наблюдения 5–7 лет) с мозговой дисфункцией, 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. У всех подростков наблюдалась также невротическая акцентуация характера.

Проводилось анамнестическое клинико-неврологическое, психопатологическое, сексологическое (изучение сомато- и психосексуального развития), а также психодиагностическое обследование, направленное на выявление индивидуально-психологических особенностей личности подростков.

При изучении нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза [8]. Для комплексной клинической оценки уровня полового созревания использовали индекс маскулинизации, предложенный А. Н. Демченко с соавт. [9], в сопоставлении с нормативными показателями полового развития подростков Северо-Восточного региона Украины. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W. F. Marshall, J. M. Tanner [10]. Отношение к болезни определяли с помощью опросника ЛОБИ [11].

У подростков с акцентуацией характера астено-невротического типа часто уже с детства обнаруживались признаки невропатии — беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, у некоторых — ночной энурез, заикание и т. д., с возрастом явления раздражительности и ипоходричности становились ярче и заметнее. Кроме того, эти дети отличались повышенной утомляемостью, особенно при умственных занятиях, психическом напряжении и даже умеренных физических нагрузках.

Результаты изучения общего и полового воспитания, представленные в табл. 1, свидетельствуют о его важной роли в нарушении формирования характера и личностных особенностей у подростков с мозговой дисфункцией и акцентуацией характера астено-невротического типа.

Как следует из данных таблицы, никто из обследованных не получал правильного, гармонич-

ного общего воспитания. Подавляющее большинство (84±7%) из них воспитывались в условиях доминирующей гиперпротекции или эмоционального отвержения.

Доминирующая гиперпротекция способствовала развитию у подростков астено-невротической акцентуации характера. При таком типе воспитания усиливались несамостоятельность ребенка, неуверенность в себе, неумение постоять за себя, и эти трудности возрастали в период, когда жизненные условия требовали от подростка самостоятельности и решительности. Эмоциональное отвержение также негативно влияло на подростков с астено-невротической акцентуацией характера, поскольку способствовало заострению уже имеющихся патопластических черт характера подростка.

Что касается полового воспитания, то среди его типов на первом месте по частоте было гипергендерное, а среди остальных преобладали пуританский и игнорирующий типы, не благоприятствующие адаптации в отношениях с противоположным полом.

При исследовании реагирования подростков с мозговой дисфункцией и астено-невротической акцентуацией характера на собственное состояние из предусмотренных методикой 13 типов отношения к болезни у них были выявлены только четыре — неврастенический, сенситивный, обсессивно-фобический и ипохондрический.

Таблица 1

Характеристика общего и полового воспитания обследованных подростков

Типы общего воспитания	Число обследованных, n = 30
<i>Общее воспитание</i>	
Гипопротекция	—
Патриархальное	7±5
Повышенная моральная ответственность	10±6
Условия жестоких взаимоотношений	—
Эмоциональное отвержение	40±9
Доминирующая гиперпротекция	44±9
Потворствующая гиперпротекция	—
Гармоничное воспитание	—
<i>Половое воспитание</i>	
Гипергендерное	37±9
Пуританское	17±7
Патриархальное	3±3
Примитивное	10±6
Репрессивное	17±7
Игнорирующее	17±7

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

Основным проявлением неврастенического типа реагирования на болезнь была выраженная нетерпеливость, несдержанность в отношении к проявлениям заболевания, непереносимость болевых ощущений. У подростков наблюдалось поведение по типу раздражительной слабости — вспышки гнева, раздражения возникали в ответ на появление любых неприятных или болевых ощущений, на необходимость длительного и многостороннего обследования и лечения, при получении недостаточно благоприятных результатов исследований. Возникающий гнев они срывали на ком-либо из окружающих, нередко в грубой форме, но затем практически всегда раскаивались в этом и приносили свои извинения, даже со слезами.

Особенностью поведения подростков с сенситивным типом реагирования на болезнь, по нашим наблюдениям, была чрезмерная тревога об отношении окружающих к их заболеванию, боязнь распространения слухов о нем. Они страдали от опасений, что окружающие будут считать их неполноценными, избегать их, относиться к ним пренебрежительно. Больше всего эти больные страшились стать обузой для близких из-за своей болезни.

Подростков с обсессивно-фобическим и ипохондрическим типами реагирования на болезнь отличала тревожная мнительность в отношении возможных (обычно маловероятных) осложнений болезни, неудач лечения, и также возможных (хотя также малообоснованных) неудач в жизни, в учебе, в отношениях со сверстниками и друзьями в связи с болезнью. Особенностью такого реагирования были более выраженные волнения и переживания по поводу воображаемых опасностей, нежели в связи с реальными ситуациями.

Изучение наблюдавшихся у наших пациентов расстройств поведения привело к заключению, что это были социально-тревожное (F93.2) или тревожно-фобическое (F93.2) расстройства. Для первого варианта нарушения поведения были характерны боязнь незнакомых людей, повышенная тревожность в непривычных или кажущихся угрожающими социальных ситуациях, что проявлялось чрезмерной застенчивостью и склонностью к социально уклоняющемуся поведению. Второй вариант поведенческих расстройств характеризовался чрезмерно выраженными и необычными для детей страхами (например, агорафобия).

Наши наблюдения показали, что у подростков с такими расстройствами поведения астено-невротическая акцентуация характера в конечном счете трансформировалась в расстройство личности апатического типа. Основными проявлениями нарушения формирования личности по апатическому типу у них были психическая вялость, безынициативность, бледность побуждений, в том числе и эротического плана, слабость волевых начал, склонность к депрессивным реакциям, а также робость, стыдливость, неумение общаться с пред-

ставительницами противоположного пола. Они постоянно испытывали психофизиологический дискомфорт, стремились избегать любых усилий и ситуаций, вызывающих напряжение.

Родители, воспитывающие детей по типу доминирующей гипопротекции, в связи с этим старались создать в семье щадящие условия, оберегая ребенка от травмирующих его внешних влияний. Известно [12], что в таких случаях между детьми и родителями устанавливается особый тип эмоциональной связи — чрезмерная привязанность ребенка к одному из родителей, способствующая формированию инфантильной личности и снижающая способность растущего человека к социальной адаптации. Наши подростки избегали игр с соревновательным началом, в которых неизбежно выявлялась их недостаточная выносливость, повышенная утомляемость и неловкость.

Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией и формированием расстройства личности по апатическому типу представлена в табл. 2.

Показательно, что у 3/4 подростков с нарушением формирования личности по апатическому типу было замедленное соматосексуальное и у всех — задержанное психосексуальное развитие. Становление полового самосознания у наших пациентов также запаздывало и происходило в возрасте 3–4 лет, причем уже в этом возрасте у детей можно было отметить аномальные черты, характерные для апатического органического расстройства личности и приводящие к затруднению общения.

При этом отставание в соматосексуальном и психосексуальном развитии часто сочеталось у обследованных подростков с социогенной ретар-

Таблица 2

Половое развитие обследованных подростков

Критерии развития	Количество обследованных, $n = 30$
Соматосексуальное развитие	
ускоренное	—
замедленное	75±13
своевременное	25±13
Психосексуальное развитие	
преждевременное	—
задержанное	100–8
своевременное	—
Асинхронии полового развития	
простые	—
сочетанные	75±13
Полорольное поведение	
гиперрольное	—
трансформированное	100–8

дацией, обусловленной неправильным воспитанием. В связи с этим у большинства из них имели место сочетанные асинхронии полового созревания, обусловленные воздействием социогенных, психогенных и биогенных факторов.

Формирование полоролевого поведения, как одна из составляющих психосексуального развития, тесно связано со становлением характера и личности. У подростков с астено-невротической акцентуацией характера и нарушением формирования личности по апатическому типу происходит трансформация полоролевого поведения, т. е. у мальчиков формируется фемининное поведение. Находившиеся под нашим наблюдением подростки отличались мягкостью характера, были ласковы и послушны с родителями, аккуратны, не склонны вступать в конфликты и драки. Воспитывавшиеся в описанных выше семейных условиях больные дети попадали в коллектив сверстников обычно уже в школьные годы и с трудом адаптировались к новому окружению. Их попытки перенести в новую среду навыки общения и поведения, усвоенные дома со взрослыми, обычно заканчиваются неудачей. Интериоризация нормативного полоролевого поведения в подростковом возрасте носила у больных фрагментарный или формальный характер, что создавало почву для его трансформации. На этапе формирования психосексуальной ориентации, который отличается у больных с мозговой дисфункцией структурной сложностью и значительной продолжительностью, происходило выпадение целых стадий и фаз развития, что в конечном итоге придавало данному этапу характер незавершенности.

На этапе формирования либидо общение, ограниченное семейным кругом, задерживало психосексуальное развитие уже на фазе платонического либидо. Больные были больше заняты собой, чем реализацией своих фантазий с противоположным полом. Мастурбация, которая у мальчиков с апатическим типом нарушения формирования личности часто представляет самостоятельную находку, редко сопровождалась эротическим фантазированием. В конечном счете у них формировалось избегательное поведение как следствие характерных для таких больных черт личности. В то же время дети, постоянно находясь среди взрослых, отставали в развитии моторики и навыков общения со сверстниками.

Первая влюбленность у обследованных нами подростков с нарушением формирования личности по апатическому типу наступала поздно — не ранее 19 лет — и была направлена на женщин более старшего возраста, чаще всего учителей с выраженной фемининной ролью. Влюбленность, как правило, останавливалась на платонической стадии, насыщаясь со временем элементами эротизма, но фаза реализации платонических и эротических установок часто не наступала.

На первых двух этапах психосексуального развития его задержка и дисгармоничность были

не особенно выражены. Тем не менее нарушение коммуникативности с раннего детства и сохраняющийся много лет парциальный психический инфантилизм при почти постоянной апатии существенно тормозили становление сексуальности на важнейшем этапе — этапе формирования психосексуальной ориентации. Сочетание асинхроний полового созревания преимущественно с ретардацией психосексуального развития определяло продолжительную остановку на стадии формирования платонического либидо. В результате этих нарушений эротический компонент либидо был редуцирован у больных до элементарных проявлений, а сексуальный его компонент оказывался несформированным. Больные были инфантильны и внешне, вторичные половые признаки были у них слабо выражены. Психосексуальный инфантилизм представлял характерную черту всех пациентов данной группы. Половую жизнь они начинали поздно и, как правило, со старшими по возрасту женщинами.

Выявленные у наших пациентов особенности темпов психосексуального развития и полоролевого поведения в их взаимосвязи с личностными расстройствами дают возможность сформулировать клинические критерии для разработки программы комплексной дифференцированной системы их медикаментозной и психотерапевтической коррекции.

Один из важнейших принципов психокоррекции эмоционально-поведенческих нарушений подростка с мозговой дисфункцией — дифференцированность в зависимости от характера и клинических проявлений нарушений поведения, уровня социально-психологической адаптации подростков, характера их личностных реакций, которые обуславливаются типологическими особенностями пациентов, их возрастом, особенностями взаимоотношений в условиях семьи и уровнем информированности в области культуры взаимоотношений в семье, в школе, среди сверстников.

На основе системного подхода к диагностике нарушения формирования личности по апатическому типу у подростков с мозговой дисфункцией нами была разработана система психотерапевтической коррекции этих эмоционально-личностных нарушений. Предложенная система состоит из трех компонентов: социокультурного, психологического и социально-психологического. С учетом личностных, характерологических особенностей и особенностей поведения наших пациентов мы включили в психокоррекционный комплекс психотерапевтические методы — рациональную психотерапию, библиотерапию, эстетотерапию, направленные на пробуждение интереса к окружающему, жизненной активности, формирования мотиваций.

Достаточно важное место в комплексном лечении эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности занимает медикаментозная терапия. Она проводилась нами

строго индивидуально с учетом жалоб больного, неврологических синдромокомплексов, а также в тех случаях, когда когнитивные нарушения и проблемы поведения не могли быть преодолены только с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции. При этом использовали препараты ноотропного ряда (ноофен, кальция гопантенат, глицин, ноотропил, энцефабол, семакс, цитиколин), нейролептики (сонапакс), антидепрессанты (амитриптилин, ими-

прамин), транквилизаторы (гидазепам), фитотерапию (персен, деприм), антигомотоксическую терапию (игнация-гомаккорд, нервохеель, коэнзим-композитум). Лечение проводилось курсами 2–3 раза в год.

В результате проведенной терапии у 70% подростков было достигнуто значительное улучшение и длительная (в течение двух лет) компенсация мозговой дисфункции и эмоционально-поведенческих расстройств.

Литература

1. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е, доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.
2. Детская психоневрология / Под ред. Д. А. Булаховой.— К.: Здоров'я, 2001.— 496 с.
3. Бельдер М., Гэт Д., Мэйо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.— К.: Сфера, 1997.— Т. 1.— 297 с.
4. Моїсеєнко Р. О., Мартинюк В. Ю. Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я // Соціальна педіатрія: Зб. наук. праць.— К.: Інтермед, 2003.— С. 4–11.
5. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера.— СПб.: Питер, 2005.— 1120 с.
6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руков. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.— М.: Медицина, 1995.— 560 с.
7. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта.— М.: Мир, 2000.— 656 с.
8. 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.
9. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А. Н. Демченко, В. А. Бондаренко, Т. Е. Бурма и др. // Врач. практика.— 2000.— № 3.— С. 76–79.
10. Marshall W. A., Tanner J. M. Variations in the pattern of pubertat changes in boys // Arch. Dis. Child.— 1970.— Vol. 45, № 13.
11. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология.— М.: МЕД-пресс, 1998.— 588 с.
12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е, доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.

Поступила 03.03.2008