

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Проф. И. Б. ДАЦЕНКО, И. В. ХАРЧЕНКО*, Т. В. МАРКОВА*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
* Центральная клиническая больница «Укрзалізниці», Харьков*

Определены основные причины, механизмы и клинические проявления нарушений формирования личности у подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами. Разработана комплексная система реабилитации пациентов с данной патологией, позволяющая улучшить результаты их лечения.

Ключевые слова: мозговая дисфункция, реабилитация, расстройство личности.

Укрепление психического здоровья и обеспечение гармоничного формирования личности подростков представляет собой одну из наиболее важных задач цивилизованного общества. Нарушение процессов формирования личности подростков влечет за собой развитие их социальной и микросоциальной дезадаптации, повышает риск возникновения у них невротических расстройств и расстройств личности, а также ведет к задержке их психического развития [1–5].

Наиболее распространенной формой нервно-психических нарушений детского и подросткового возраста является минимальная мозговая дисфункция [6–8].

При наличии данной патологии значительно возрастает риск формирования в подростковом возрасте стойких нарушений поведения, агрессивности, трудностей во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшение школьной успеваемости [9–12].

Несмотря на большое медико-социальное значение проблемы трансформации эмоционально-поведенческих нарушений у подростков с мозговой дисфункцией в органическое расстройство личности, она до настоящего времени остается практически не разработанной. Недостаточно изучены причины, механизмы развития и клинические проявления нарушения формирования личности у подростков с мозговой дисфункцией. Вне внимания исследователей остается семейный аспект рассматриваемой проблемы, а именно роль воспитания при нарушении формирования личности подростка с таким заболеванием. До последнего времени не подвергалась серьезному научному анализу патология сексуальной сферы в подростковом возрасте при наличии эмоционально-поведенческих расстройств. Между тем отклонения в половом развитии, особенно его асинхронии у мальчиков могут не только привести к глубоким нарушениям сексуального здоровья в будущем, но и отрицательно сказаться на деятельности

различных органов и систем, способствуя развитию и усугубляя психологическую и социальную дезадаптацию этих лиц [13–16].

Среди большого количества работ по медицинской психологии отсутствуют материалы, касающиеся вопросов психодиагностики, психокоррекции нарушения формирования личности подростков по органическому типу. Недостаточно освещены вопросы комплексного (медикаментозного и психотерапевтического) лечения данной патологии [17, 18]. Это свидетельствует об актуальности проблемы нарушения формирования личности подростков при мозговой дисфункции и определяет необходимость разработки более эффективных путей его диагностики и реабилитации.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения пациентов подросткового возраста с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами путем установления причин, механизмов развития и клинических проявлений нарушений формирования их личности, что позволило разработать программу своевременной диагностики и системы реабилитации.

Предметом многофакторного анализа явились материалы клинических наблюдений по обследованию и лечению 259 подростков мужского пола с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческим расстройством в возрасте от 10 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы «Укрзалізниці» (ЦКБ УЗ).

Обследуемые пациенты были распределены на две группы, первую из них (основную группу) составили 209 подростков, в анамнезе которых имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы: иммуноконфликт между матерью и плодом, маточно-плацентарная инфекция, хроническая внутриутробная гипоксия плода, недоношенность, асфиксия различной степени тяжести при рождении, внутричерепная

родовая травма и др., которые привели к перинатальному гипоксически-ишемическому поражению головного мозга.

Контрольную группу составили 50 подростков того же возраста, находившихся в летнем оздоровительном лагере ЦКБ УЗ, которые не имели эмоционально-поведенческих расстройств.

С позиций системного подхода к изучаемой патологии с учетом многомерности обеспечения психического здоровья и особенностей поведения подростков их всестороннее комплексное обследование включало в себя традиционное клиническое исследование, а также дополнительное изучение психологических, социально-психологических и биологических аспектов их психического здоровья, а именно:

клинико-психопатологический метод;
общеклиническое, неврологическое обследование;

психодиагностические методы исследования характера и личности подростков;

вспомогательные методы обследования — электроэнцефалографию (ЭЭГ), магниторезонансную томографию (МРТ) головного мозга, компьютерную томографию (КТ) головного мозга, методы математической статистики.

С целью изучения личностных особенностей подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими нарушениями нами использован многофакторный личностный опросник Кеттелла для подростков.

Акцентуации характера изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО), позволяющего определить 12 типов акцентуаций.

Для исследования воспитания пациентов был использован опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ).

При исследовании психического состояния подростков с мозговой дисфункцией был выявлен ряд имеющихся у них нарушения формирования личности, классифицированный нами следующим образом:

типы нарушения формирования личности возбуждаемого круга ($67 \pm 3\%$): лабильный ($42 \pm 3\%$); агрессивный ($30 \pm 3\%$); сексуально-фиксированный ($14 \pm 3\%$); расторможенный ($10 \pm 3\%$); истероидный ($4 \pm 2\%$);

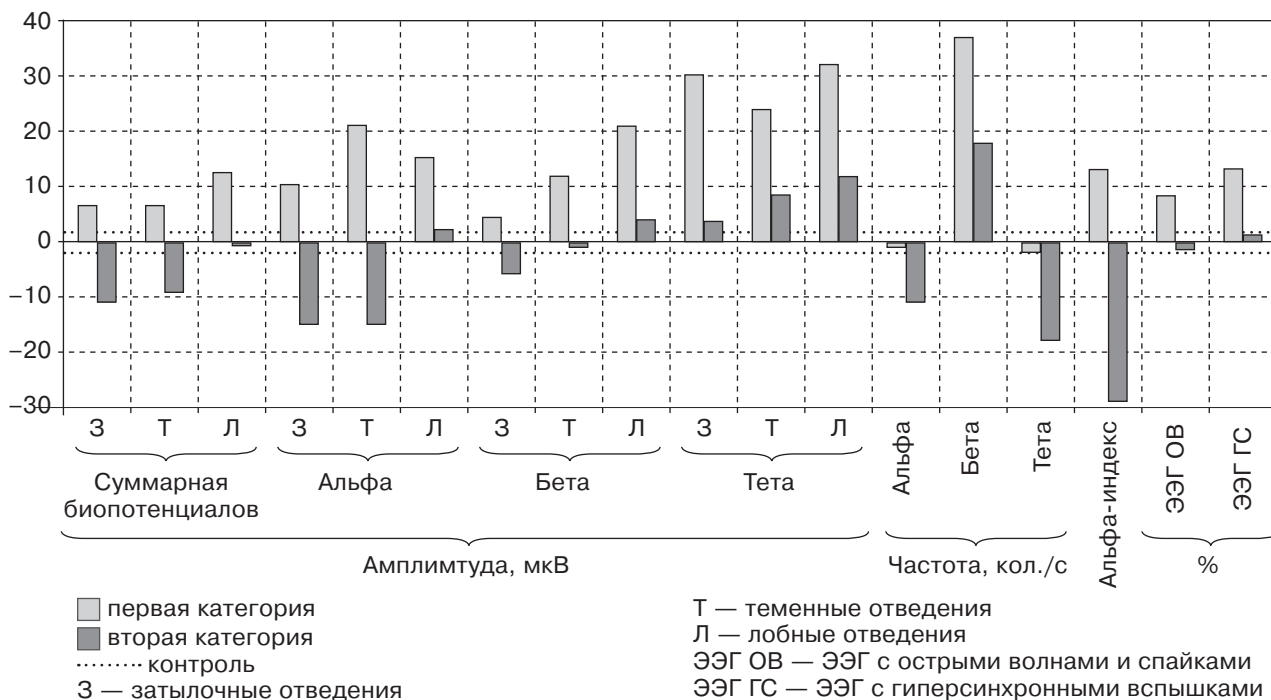
типы нарушения формирования личности тормозного круга ($33 \pm 5\%$): апатический ($69 \pm 6\%$); шизоидный ($18 \pm 5\%$); параноидный ($13 \pm 4\%$).

Анализ и обобщение полученных клинических данных позволили выделить у наших пациентов ряд неврологических синдромов и дать их клиническую характеристику:

цефалгический синдром (у 129 пациентов, $62 \pm 3\%$);

гидроцефальный синдром, имеющий несколько вариантов: умеренная наружная или наружно-внутренняя гидроцефалия, внутренняя умеренная гидроцефалия симметричная или асимметричная (у 143, или $68 \pm 3\%$);

Преобразованные показатели, абс. ч.



Графическое изображение математически преобразованных показателей биоэлектрической активности головного мозга пациентов с нарушениями формирования личности возбуждаемого и тормозного круга

синдром вегетативной дистонии с перманентным или пароксизмальным течением (112, $53 \pm 3\%$);

синдром пирамидной недостаточности, одно- или двусторонний (у 136, $65 \pm 3\%$);

легкий вестибуло-атактический синдром (у 98, $47 \pm 3\%$);

астенический синдром (у 84, $40 \pm 3\%$);

синдром сенсорной недостаточности: по полиневритическому типу, в дистальных отделах конечностей (у 19, $8 \pm 3\%$), по гемитипу (у 24 пациентов, $12 \pm 3\%$).

Для объективизации показателей электрической активности головного мозга проведен в сравнительном аспекте углубленный анализ основных параметров ЭЭГ, таких как амплитуда биопотенциалов, частота ритмов, альфа-индекс, а также частота ЭЭГ с острыми волнами и гиперсинхронными вспышками. Клинико-нейрофизиологические параллели между проявлениями у пациентов эмоционально-личностных нарушений и показателями функциональной активности головного мозга, позволяющие объективно судить о характере и степени нарушения таламо-ретикуло-кортикальных взаимодействий и выраженности мозговой дисфункции, подтвердили клинически выявленные закономерности формирования разных типов органического расстройства личности у наших пациентов. С их формированием коррелировали особенности частотного спектра ЭЭГ, распределение мощности спектров ритмов биоэлектрической активности мозга, ЭЭГ реакции на внешние раздражители и степень несбалансированности синхронизирующих и десинхронизирующих систем головного мозга.

Разнонаправленность достоверных отличий от нормы ($p < 0,05$) основных показателей ЭЭГ наглядно представлена на рисунке.

Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы подростков с мозговой дисфункцией в соответствии с типом нарушения формирования их личности показало, что у 2/3 подростков с нарушением формирования личности возбудимого круга существенно ($p < 0,05$) преобладали симпатикотонические реакции, парасимпатикотония наблюдалась у подростков этой группы значительно реже — у $29 \pm 4\%$; парасимпатикотония была выявлена у подростков с нарушениями формирования личности тормозного круга достоверно чаще ($p < 0,05$), чем при нарушениях возбудимого круга ($63 \pm 6\%$), нормотония наблюдалась значительно реже (всего у $8 \pm 4\%$ и $6 \pm 3\%$ пациентов указанных групп соответственно).

Психодиагностическое обследование показало, что у всех подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими расстройствами имеются явно выраженные акцентуации характера, чаще всего лабильного, астено-невротического и эпилептоидного, реже гипертимного, шизоидного и истероидного типов. При этом выявляется определенная связь между типом акцентуации и формой расстройства эмоций и поведения. При

эпилептоидной акцентуации наблюдается несоциализированное расстройство, при астено-невротической — социально-тревожное и тревожно-фобическое, при гипертимной — гиперкинетическое, социализированное расстройство поведения, при лабильной — нарушение активности и внимания, при лабильной и истероидной — расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением, при шизоидной акцентуации — социально-тревожное и тревожно-фобическое расстройство.

Нами выявлена четкая зависимость типа формирующегося у больного расстройства личности от типа имеющейся у него акцентуации характера. Эпилептоидная акцентуация во всех случаях трансформируется в агрессивное, астено-невротическая у всех обследованных — в апатическое, гипертимная — в расторможенное ($50 \pm 9\%$), реже сексуально-фиксированное ($47 \pm 9\%$) и в единичных случаях — лабильное расстройство личности. Лабильная акцентуация характера почти всегда ($96 \pm 3\%$) трансформируется в лабильный, шизоидная — в шизоидный ($48 \pm 10\%$), реже ($33 \pm 9\%$) в параноидный, в ряде случаев ($18 \pm 8\%$) — в диссексуальный, истероидная во всех случаях — в истероидный тип расстройства личности.

Заострению характерологических черт и формированию расстройств личности способствовало получаемое подростками с мозговой дисфункцией неправильное воспитание. Чаще всего пациенты с чертами возбудимого круга воспитывались в условиях жестоких взаимоотношений, эмоционального отвержения и гипопротекции, подростки с чертами тормозного круга получали воспитание по типам доминирующей гиперпротекции и повышенной моральной ответственности, а все истероидные подростки — по типу потворствующей гиперпротекции. 3/4 пациентов получали неправильное половое воспитание (гипергендерное, примитивное, либеральное и др.), а остальные — игнорирующее, т. е. не получали никакого полового воспитания.

Неправильное общее и половое воспитание снижало перспективы лечения больных подростков и препятствовало их адаптации в семье и обществе.

Изучение отношения подростков с мозговой дисфункцией к своей болезни показало, что оно в основном зависит от имеющегося у них типа акцентуации характера. При эпилептоидной акцентуации чаще всего отмечался анозогностический ($54 \pm 8\%$), реже эгоцентрический ($39 \pm 8\%$), при астено-невротической — неврастенический ($41 \pm 7\%$), при шизоидной — апатический ($82 \pm 8\%$), при гипертимной — одинаково часто эйфорический, анозогностический и эргопатический, при лабильной — неврастенический и эйфорический (32 ± 6 и $28 \pm 6\%$ соответственно), при истероидной — эгоцентрический типы отношения к болезни ($60 \pm 24\%$).

Изучение полового развития и характера сексуальности подростков с мозговой дисфункцией позволило установить, что соматосексуальное

развитие их в большинстве случаев было нарушено. При этом у пациентов с формированием расстройства личности тормозного круга (апатического, шизоидного, параноидного) достоверно преобладал замедленный темп полового созревания ($p < 0,05$), а при нарушениях возбудимого круга (агрессивном, расторможенном, сексуально-фиксированном, истероидном) он чаще был ускорен; исключение составлял лишь лабильный тип нарушения формирования личности, при котором преобладал своевременный темп полового созревания. В нарушениях темпа психосексуального развития подростков наблюдались те же закономерности: оно чаще всего было преждевременным при нарушениях формирования личности возбудимого круга и замедленным — при нарушениях тормозного круга. При этом асинхронии полового развития, преимущественно сочетанные, обусловленные психогенными и социогенными факторами, отмечались у подавляющего большинства истероидных, шизоидных, апатичных, а сочетанные и сложные асинхронии — у всех параноидных подростков.

Таким образом, формирование органического расстройства личности у подростков с резидуально обусловленной мозговой дисфункцией имеет сложный патогенез, в который вносят свой вклад биогенные, психогенные, социогенные, негативные социально-психологические и личностные факторы.

Каждый из типов нарушения формирования личности характеризуется своими специфическими проявлениями: клиническими — психическими, неврологическими, психологическими, сексологическими и нейрофизиологическими.

Выявленные в проведенном исследовании закономерности процесса формирования у подростков с мозговой дисфункцией расстройства личности и его проявлений были положены нами в основу системы абилитации больных с данной патологией и служили прогностическими критериями эффективности ее коррекции.

Абилитация этих пациентов базируется на принципах системности, комплексности, дифференцированности, индивидуализации, этапности, последовательности, преемственности и достаточной продолжительности проводимых мероприятий. В дополнение к этим, принятым в современной медицинской психологии принципам, разработанная система включает принцип семейного характера психотерапии, поскольку коррекция эмоционально-поведенческих расстройств и нарушений формирования личности у подростков по определению может быть успешной лишь при условии ее проведения пациентам и их родителям или близким родственникам.

Системность психотерапии заключается в том, что она воздействует на каждую из трех составляющих структуры личности — когнитивную, аффективную и конативную, и состоит из трех соответствующих компонентов. Первый из них — выработка правильных установок на межличностные

отношения подростков и предотвращение деструктивных конфликтов; второй — изменение неадекватного эмоционального реагирования подростков на окружающих и условия пребывания в социуме; третий — обучение подростков правильным формам межличностного общения и сексуального поведения.

Широко использовался метод потенцирующей психотерапии медикаментозной коррекции эмоционально-поведенческих расстройств подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности. Мы придерживались схемы психотерапевтического потенцирования медикаментозных средств по А. Т. Филатову [18, 19].

Сложный, многокомпонентный патогенез эмоционально-поведенческих и личностных нарушений у подростков с мозговой дисфункцией и полиморфный характер их клинических проявлений определяли необходимость проведения комплексного лечения с учетом тяжести этих расстройств. Оно включало в себя ряд обязательных компонентов (ноотропная терапия, седативные средства, нейролептики, антидепрессанты и т. д.), причем по показаниям объем лечения мог быть расширен с учетом основного клинко-неврологического синдрома.

Учитывая имеющиеся у пациентов с мозговой дисфункцией цефалгический, гидроцефальный синдромы и синдром вегетативной дистонии, мы назначали в качестве обязательной составляющей проводимой терапии следующие группы ноотропных препаратов:

препараты с доминирующим мнестическим эффектом, или «истинные ноотропы»: пирролидиновые ноотропы (рацетамы) — пирацетам, луцетам; нейропептиды и их аналоги — семакс; вещества, влияющие на систему возбуждающих аминокислот, глицин, глутаминовая кислота;

ноотропные препараты смешанного типа (нейропротекторы): вещества, влияющие на систему гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), — ноофен, аминалон, пикамилон, производные гомопантеновой кислоты (пантогам, кальция гопантенат, пантокальцин);

антиоксиданты — приритинол (энцефабол); церебральные вазодилататоры или вазотропные средства — винпоцетин, кавинтон; антагонисты кальция — циннаризин.

Препараты этих групп назначали дифференцированно с учетом типа нарушения формирования личности и выраженности неврологического дефицита.

У подростков с проявлениями расторможенности, импульсивности, возбудимости, неустойчивостью настроения (138 пациентов, $66 \pm 3\%$) мы предпочитали использовать ноофен, кальция гопантенат или его аналоги — пикамилон, которые, помимо ноотропного действия (коррекции нарушений памяти и внимания), способствуют уменьшению моторной возбудимости, импульсивности и одновременно — упорядоченности поведения,

повышению работоспособности и умственной активности, сочетая умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом.

Подросткам с нарушением формирования личности тормозного круга (71 пациент, 34±3%) назначали преимущественно ноотропил, энцефабол, семакс, которые, по нашему мнению, эффективны при любых астенических и депрессивных состояниях. Однако у 5 человек из этой группы (15±6%) мы наблюдали побочные эффекты при приеме ноотропила, связанные с возбуждающим действием этого препарата или индивидуальной рефрактерностью к нему.

Таким образом, система абилитации состоит, с одной стороны, из психотерапевтически потенцируемого медикаментозного лечения, направленного на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии и поведенческих расстройств (ноотропные, седативные препараты, нейролептики и антидепрессанты), с другой — из психотерапевтической коррекции, задачей которой

является нормализация эмоционального состояния и межличностных отношений, адаптация подростков в семье и социуме.

Заключение о нарушении формирования личности у подростков с мозговой дисфункцией должно основываться на информации об их психическом статусе, психологических и социально-психологических характеристиках, семейной и социальной среде, анализе перинатального анамнеза, неврологического статуса, функционального состояния коры головного мозга, структурных изменений мозга.

Социальная, психологическая и социально-психологическая адаптация подростка с мозговой дисфункцией и нарушениями в эмоционально-личностной сфере может быть достигнута только при условии сотрудничества, взаимопонимания и обоюдной заинтересованности семьи подростка, лечащих врачей (детского невролога, детского психиатра и медицинского психолога), школы и общества в целом.

Литература

1. Подкорытов В. С., Шестопалова Л. Ф. Невротические расстройства у детей и подростков «чернобыльцев». — К.: Центр соц. экспертиз и прогнозов Ин-та социологии НАНУ, 1999. — 264 с.
2. Психіатрія / О. К. Напреенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков; за ред. проф. О. К. Напреенка. — К.: Здоров'я, 2001. — 584 с.
3. Організаційно-методичні основи медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Р. О. Моїсеєнко, В. Б. Педан, В. В. Бережний та ін. // Соц. педіатрія. — 2005. — Вип. III. — С. 24–29.
4. Детская психиатрия: учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2005. — 1120 с.
5. Bllom B., Dey A. N., Freeman G. Summary health statistics for U. S. children: National Health Interview Survey, 2005 // Vital Health. — 2006. — Vol. 10. — P. 1–84.
6. Белоусова Е. Д., Никанорова М. Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 2000. — № 3. — С. 39–42.
7. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // Pediatrics. — 2000. — Vol. 105. — P. 1158–1170.
8. Manos M. J. Фармакологическое лечение гиперактивного расстройства с дефицитом внимания: на пути к успешному результату // НейроNEWS. — 2008. — № 2 (07). — С. 46–50.
9. Кузнецов В. М. Терапія, медико-соціальна корекція та профілактика афективних психічних розладів у дітей і підлітків з церебральною резидуально-органічною недостатністю // Арх. психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 1 (32). — С. 107–108.
10. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. — СПб.: Речь, 2004. — 384 с.
11. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова // Мед. психология. — 2006. — Т. 1, № 1. — С. 3–6.
12. Attention-deficit/hyperactivity disorders among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications / M. L. Wolraich, C. J. Wibbelsman, T. E. Brown et al. // Pediatrics. — 2005. — Vol. 115. — P. 1734–1746.
13. Маслов В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология: руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 27–115.
14. Луценко А. Г. Асинхронии психосексуального развития. — Харьков: Основа, 1996. — 208 с.
15. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексологія: навч. посібник в 4 ч. — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.
16. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин. — Харьков: Основа, 2001. — 274 с.
17. Михайлов Б. В. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги (XI Платонівські читання): матер. наук.-практ. конф., присвяч. 85-річчю Харківської мед. академії післядипломної освіти; 145-річчю санаторію «Березівські мінеральні води»; 45-річчю кафедри психотерапії ХМАПО; 90-річчю з дня народження К. І. Платонова. — Харків, 2008. — С. 96–97.
18. Психотерапія: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 672 с.
19. Малая психотерапія на курорте / Под ред. А. Т. Филатова. — К.: Здоров'я, 1983. — 56 с.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

I. Б. ДАЦЕНКО, I. В. ХАРЧЕНКО, Т. В. МАРКОВА

Визначено основні причини, механізми і клінічні прояви порушень формування особистості у підлітків із мозковою дисфункцією та емоційно-поведінковими розладами. Розроблено комплексну систему абілітації пацієнтів із зазначеною патологією, що дозволяє покращити результати їх лікування.

Ключові слова: мозкова дисфункція, абілітація, розлад особистості.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TACTICS OF TREATMENT OF EMOTIONAL-BEHAVIORAL DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH BRAIN DYSFUNCTION

I. B. DATSENKO, I. V. KHARCHENKO, T. V. MARKOVA

Main causes, mechanisms and clinical manifestations of disorders of personality formation in adolescents with cerebral dysfunction and emotional-behavioral disorders were determined. A complex system of habilitation of the patients with this pathology allowing improvement of their treatment was worked out.

Key words: cerebral dysfunction, habilitation, personality disorder.

Поступила 10.06.2011