

ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ТОРМОЗНОГО КРУГА

Канд. мед. наук И. Б. ДАЦЕНКО

SEXUAL DEVELOPMENT OF TEENAGERS WITH CEREBRAL DYSFUNCTION AND FORMATION OF ORGANIC PERSONALITY DISORDERS OF DECELERATION TYPE

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

У подростков с мозговой дисфункцией и формированием органического расстройства личности по тормозному типу установлена сопутствующая этим нарушениям ретардация полового развития, что требует своевременной диагностики и психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, формирование органического расстройства личности по тормозному типу, ретардация полового развития.

An accompanying retardation of sexual development was revealed in teenagers with cerebral dysfunction and personality disorders of deceleration type. This requires timely diagnosis and psychotherapeutic correction.

Key words: teenagers, cerebral dysfunction, organic personality disorders of deceleration type, sexual development retardation.

Сложный процесс полового развития человека тесно связан с соматическим и не менее тесно — с психическим его развитием. Закономерности этих связей изучены и освещены в ряде работ [1–6]. Привлекали внимание исследователей и нарушения сомато- и психосексуального развития при различных неврологических и психических заболеваниях, в том числе при специфических и органических расстройствах личности [7–11 и др.]. Однако проблема отклонений в половом развитии подростков с мозговой дисфункцией, у которых имеют место нарушения формирования личности, остается не исследованной, несмотря на ее очевидную важность и актуальность. Врач, курирующий таких детей и подростков, не располагая достаточными сведениями о патогенетических механизмах и клинических проявлениях имеющихся в этих случаях нарушениях полового созревания и их связи с формирующимся типом расстройства личности, резко ограничен в своих возможностях оказания помощи пациентам. Это касается, в частности, и подростков с мозговой дисфункцией и формированием расстройств личности тормозного круга, нарушение полового развития которых является темой настоящей статьи.

Нами было проведено с позиций системного подхода комплексное обследование 34 подростков мужского пола в возрасте от 10 до 19 лет с мозговой дисфункцией, обусловленной различными пре- и/или перинатальными поражениями центральной нервной системы (хроническая внутриутробная гипоксия, недоношенность, асфиксия при

рождении, внутричерепная родовая травма) и нарушением формирования личности по шизоидному (13 человек), апатическому (12) и параноидному (9 пациентов) типам. В качестве контрольной группы были обследованы 30 подростков соответствующего возраста, которые также перенесли подобные травмы, но у которых не наблюдалось нарушения формирования личности.

В комплекс обследования входили клинические наблюдения, клинико-неврологическое, сексологическое и психопатологическое исследования. Сексологическое обследование имело целью изучение сомато- и психосексуального развития пациентов, психопатологическое было направлено на выявление особенностей их личности.

При исследовании нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза [1]. 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 [12, 13]. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W. A. Marshal, J. M. Tanner [14]. Для изучения полоролевого поведения подростков использовали полоролевою шкалу Dur-Moll L. Szondi [15] и полоролевою шкалу ACL A. B. Heilbrun [16]. Первую применяли для определения маскулинности на биогенном уровне, вторую — для характеристики маскулинных и фемининных черт личности на уровне Я-концепции (социогенном).

Полученные в исследованиях данные были обработаны методом математической статистики критериев знаков по таблицам процентов и их ошибок.

Все больные отличались характерными для тормозного круга расстройств личности чертами — выраженной робостью, застенчивостью, мнительностью, замкнутостью, преобладанием реакций ухода. Результаты изучения их сомато- и психосексуального развития обобщены в приводимой ниже таблице.

Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией и формированием расстройств личности тормозного круга (данные в %)

Критерии полового развития	Типы формирования личности		
	шизоидный, <i>n</i> = 13	апатический, <i>n</i> = 12	параноидный, <i>n</i> = 9
<i>Соматосексуальное развитие</i>			
ускоренное	15±10	—	22±14
замедленное	62±14	75±13	44±18
своевременное	23±12	25±13	33±9
<i>Психосексуальное развитие</i>			
преждевременное	15±10	—	—
задержанное	77±12	100–8	89±11
своевременное	8±8	—	11±11
<i>Асинхронии полового развития</i>			
простые	8±8	—	44±18
сочетанные	85±10	75±13	56±18
<i>Полоролевое поведение</i>			
гиперролевое	15±10	—	100–11
трансформированное	85±10	100–8	—

Как видно из представленных данных, те или иные нарушения полового развития имелись у всех обследованных. Правильными были лишь половое самосознание и психосексуальная ориентация, хотя у 13±9% подростков с нарушением формирования личности по шизоидному типу наблюдались гомосексуальные и перверсные элементы в сексуальных фантазиях. Ни у кого из обследованных не было правильной и достаточной для своего возраста информированности в области секса (представлений о нем).

Для подростков с нарушением формирования личности по шизоидному типу типичными чертами были замкнутость, «странность» для окружающих, вялость, пассивность в сочетании с аффективной раздражительностью в отношении отдельных членов семьи или близких родственников. Эти подгруппы отличались легкой общей моторной неловкостью, избирательной недостаточностью ориентировки во времени и пространстве, инфантиль-

ностью интересов и увлечений. С раннего детства, по словам родителей, они предпочитали играть в одиночестве, не любили участвовать в коллективных играх, были склонны к фантазированию и погружению в свой собственный внутренний мир. Мы наблюдали у пациентов этой группы избирательную коммуникабельность и ограничение контактов узким кругом родных или нескольких друзей. Они увлекались чтением, любили рыбную ловлю и другие «аутистические» занятия. Чаще всего их увлечения были одноплановыми, иногда малопонятными для окружающих, но не отрываемыми от реальности. Эти подростки могли быть очень напористыми в достижении особенно необходимой для них цели. Внешне сексуальной жизнью они интересовались мало.

Соматосексуальное развитие подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по шизоидному типу в большинстве случаев (62±14%) было замедленным, наблюдалась и ретардация психосексуального развития — у 77±12%. У подавляющего большинства из них имели место сочетанные асинхронии полового созревания. Осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило у подростков этой группы в срок (в 2–4 года), тогда как фаза реализации этапа формирования полового самосознания в большинстве случаев запаздывала на 4–5 лет. Это проявлялось в позднем развитии интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим различения своей принадлежности к соответствующему полу. В некоторых случаях интерес к половым различиям проявлялся рано, но затруднение в выражении своих чувств при отсутствии необходимых навыков общения придавали интересам этих детей вычурный характер.

В задержке психосексуального развития обследованных основную роль играли имеющиеся у них психопатологические особенности личности. Уже в возрасте 2–4 лет у этих детей можно было заметить нарушение игровой коммуникации со сверстниками, черты аутентичности, сочетающиеся с застенчивостью, обидчивостью. Помимо уже упоминавшейся выраженной избирательности контактов, у детей отмечались отсутствие или нарушение эмоциональной связи с родителями. Их собственные и непонятные окружающим игры сопровождались патологическим игровым перевоплощением (в окружающие предметы, животных, сказочных или фантастических героев). Сверстники в этих играх участия не принимали. В возрасте примерно 8–9 лет у 4 мальчиков наблюдался транзиторно возникающий феномен утраты собственного пола. В течение короткого времени (от нескольких дней до нескольких недель) они ощущали себя девочками, вели себя как девочки, отзывались лишь на женские имена.

Отгороженность от внешнего мира, слабость эмоциональных реакций по отношению к близким

и сверстникам, сниженная потребность в контактах с окружающими, характерные для шизоидного типа нарушения формирования личности, уже на этапе формирования полового самосознания оказывали блокирующее или искажающее действие на становление сексуальности подростка.

Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у всех обследованных данной группы отличался структурной сложностью. Полоролевое поведение у $85 \pm 10\%$ из них было трансформированным (фемининным), а у остальных — гипермаскулинным. Нормативное полоролевое поведение практически все эти подростки интериоризировали фрагментарно или формально. Типологические личностные характеристики и формы поведения, затрудняющие ролевую и статусную адаптацию подростков в среде сверстников, доминирование в структуре формирующейся личности аутистических радикалов, отсутствие подлинной заинтересованности в общении обуславливали нарушение процесса социализации, в том числе и ее полоролевых аспектов. В результате подростки воспринимались окружающими как «странные», что еще более усиливало их аутичность и затрудняло реализацию установок, свойственных данному этапу психосексуального развития. У большинства шизоидных подростков условно-полоролевые игры наблюдались в более старшем возрасте при качественно ином уровне гормонального обеспечения, что приводило к фиксации неадекватных форм реализации либидо.

Нарушения психосексуального развития на указанных этапах особенно отчетливо проявлялись на этапе формирования психосексуальной ориентации. Отсутствие практических навыков общения и выражения собственных чувств, некоммуникабельность, эмоциональная неадекватность, особенно с лицами противоположного пола, в большинстве случаев влекли за собой длительную задержку на фазе выработки установки этапа формирования сексуального либидо. У подростков наблюдалась мастурбация с характерным для шизоидного типа нарушения формирования личности ярким, образным фантазированием; у части из них отмечались элементы визионизма.

У большинства пациентов с рассматриваемым типом нарушения формирования личности платоническая влюбленность отличалась стойкостью, становясь со временем оторванной от реальности, а реализация эротического фантазирования оказалась очень затрудненной. Неспособность к адекватному выражению своих чувств приводила к тому, что внешне подростки казались асексуальными. Отсутствие практических навыков перехода от платонического общения к эротическому и сексуальному, неадекватность самовосприятия в условиях эротического контакта, нарушение коммуникабельности, формальное усвоение половой роли, инфантильность сексуальных установок определяли нарушение их психосексуального развития.

У подростков с апатическим типом нарушения формирования личности основными чертами 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 представительницами противоположного пола. Они постоянно испытывали психофизиологический дискомфорт, стремились избегать любых усилий и ситуаций, вызывающих напряжение.

Показательно, что у $3/4$ подростков с данным типом нарушения формирования личности было замедленное соматосексуальное и у всех отмечалась ретардация психосексуального развития. Становление полового самосознания 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. Чаще всего родители в связи с этим старались создать в семье щадящие условия, оберегая ребенка от травмирующих его внешних влияний. Известно [17, 18], что в таких случаях между детьми и родителями устанавливался особый тип эмоциональной связи — чрезмерная привязанность ребенка к одному из родителей, способствующая формированию инфантильной личности и снижающая способность растущего человека к социальной адаптации.

Эти подростки избегали игр с соревновательным началом, в которых неизбежно выявлялась их недостаточная выносливость, повышенная утомляемость и неловкость. При этом отставание в соматосексуальном развитии часто считалось у них с ретардацией психосексуального развития, а также с социогенной ретардацией, обусловленной неправильным воспитанием. Таким образом, у больных с нарушением формирования личности по апатическому типу чаще всего имели место сочетанные асинхронии полового созревания, обусловленные воздействием социогенных, психогенных и биогенных факторов.

Воспитывавшиеся в описанных 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 заканчивались неудачей. Интериоризация нормативных полоролевых характеристик в подростковом возрасте у больных с апатическим расстройством личности обычно носила фрагментарный или формальный характер, что создавало почву для трансформации поведения подростка. На этапе формирования психосексуальной ориентации, который отличается у этих больных 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, ограничиваемое семейным кругом при фактической изоляции в мужском коллективе (отец, одноклассники), 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 них 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.

Пациентам с нарушением формирования личности по параноидному типу были свойственны когнитивные нарушения в форме подозрительности, параноидных мыслей, чрезмерной озабоченности какой-либо достаточно абстрактной темой. Характерной для них была упорная сосредоточенность на какой-либо одной теме (дружба со сверстниками, ревность, религия), а также жесткая категоричность в оценке поведения сверстников или взрослых как «правильного» или «неправильного».

У большинства из этих подростков имела место ретардация психосексуального развития.

Осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило правильно и в срок (2–4 года), тогда как фаза реализации этапа формирования полового самосознания в большинстве случаев запаздывала на 4–5 лет. Это проявлялось в позднем возникновении интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим различения своей принадлежности к соответствующему полу. В психосексуальном развитии обследованных очень рано, уже в возрасте 3–4 лет, можно было отметить нарушение игровой коммуникации со сверстниками и эмоциональной связи с родителями, черты аутичности, сочетавшиеся с робостью, застенчивостью, обидчивостью, избирательностью контактов, склонностью к собственным (иногда непонятым для окружающих) играм. Такие особенности формирования личности, как недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоциональных реакций по отношению к близким и к сверстникам, уже на этапе становления полового самосознания оказывали блокирующее или искажающее действие на формирование сексуальности. На этапе формирования стереотипа полоролевого поведения у всех больных отмечалась ретардация. У всех имели место асинхронии полового развития, чаще сочетанные.

Полоролевое поведение у всех подростков с параноидным типом нарушения формирования личности было гипермаскулинным. Типологические личностные характеристики и формы поведения больных, затрудняющие ролевую и статусную адаптацию в среде сверстников, доминирование в структуре личности больных подозрительности, отсутствие подлинной заинтересованности в общении приводили к нарушению процесса социализации, в том числе ее полоролевых аспектов, и это в еще большей степени затрудняло реализацию установок данного этапа психосексуального развития.

Эмоциональная неадекватность, неспособность и нежелание войти в мир другого, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, некоммуникабельность, особенно с лицами противоположного пола, в большинстве случаев влекли за собой длительную задержку на фазе выработки установки этапа формирования сексуального либидо. У больных наблюдалась мастурбация с характерным ярким, образным фантазированием, нередко с элементами визионизма. Реализация эротических фантазий оказывалась очень затрудненной. У большинства больных платоническая влюбленность отличалась стойкостью, приобретая со временем все более оторванный от реальности характер. Отсутствие практических навыков перехода от платонического общения к эротическому и сексуальному, неадекватность самовосприятия в условиях эротического контакта, нарушение коммуникативности, формальное усвоение роли взрослого сексуального партнера,

инфантильность сексуальных установок приводит к полной или частичной сексуальной неадекватности подростков.

Таким образом, изучение полового развития подростков с мозговой дисфункцией и формированием органического расстройства личности тормозного круга показало, что для них характерны замедленное половое развитие, сочетанные асинхронии полового созревания, для больных с нарушениями шизоидного и апатического типов трансформированное, с параноидным типом — гиперполовое поведение. Эти нарушения, сочетающиеся со свойственными таким больным чертами личности и характера, приводят к нарушению коммуникации.

Как известно, общество сверстников является главным посредником в приобщении ребенка к принятой в обществе (но скрываемой от детей) системе сексуального символизма — сексуально-эротическим стимулам [4, 5]. Поэтому отсутст-

вие общения со сверстниками, нарушение коммуникативных возможностей в препубертатном и особенно в подростковом возрасте у пациентов с нарушением формирования личности по разным типам тормозного круга существенно нарушает эту сторону психосексуального развития и оставляет их неподготовленными к адекватным сексуальным переживаниям периода взросления.

В целом результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что нарушения полового развития, сочетающиеся с формированием органического расстройства личности по тормозному типу у подростков с мозговой дисфункцией, становятся предиктором нарушения сексуального здоровья, усугубляющего имеющуюся у них невротическую патологию и дезадаптацию. Это диктует необходимость системной диагностики и разработки дифференцированной психокоррекции сексуальной сферы больных подростками параллельно с коррекцией их психического состояния.

Литература

1. 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.
2. Нарушения полового развития / А. М. Жуковский, Н. Б. Лебедев, Т. В. Семичева и др. / Под ред. М. А. Жуковского.— М.: Медицина, 1989.— 272 с.
3. Покровская Т. И., Наричина Р. М. Сомато-психическое развитие детей в зависимости от антенатального периода.— Л.: Медицина, Лен. отд., 1978.— 174 с.
4. Кон И. С. Введение в сексологию.— М.: Медицина, 1988.— 319 с.
5. Кон И. С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ.— Дубна: Феникс+, 2001.— 208 с.
6. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей: Руков. для врачей.— Л.: Медицина, 1986.— 214 с.
7. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
8. Григорян С. Р. Церебральный лептоменингит (арахноидит) у мужчин в генезе нарушений сексуального здоровья и их коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харьков, 1991.— 20 с.
9. Темин П. А., Мухин К. Ю. Сексуальные нарушения у страдающих эпилепсией мужчин // Журн. невропатол. и психиатр.— 1991.— Т. 91, № 10.— С. 47–50.
10. Марченко В. Г. Супружеская дезадаптация при органическом расстройстве у женщин // Междунар. мед. журн.— 2003.— Т. 9, №3.— С.46–48.
11. Романова І. В. Діагностика, корекція та профілактика порушень психічного розвитку підлітків, які зазнали закритої черепно-мозкової травми: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Київ, 2000.— 26 с.
12. Демченко А. Н., Черкасов И. А. Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата: Метод. рекомендации.— Харьков: НИИ эндокринологии и химии гормонов,— 1978.— 23 с.
13. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А. Н. Демченко, В. А. Бондаренко, Т. Е. Бурма и др. // Врачебная практика.— 2000.— № 3.— С. 76–79.
14. Marshall W. A., Tanner J. M. Variations in the pattern of pubertat changes in boys // Arch. Dis. Child.— 1970.— Vol. 45, № 13.
15. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik.— Stuttgart: H. Huber, 1960.— 269 s.
16. Heilbrun A. B. Human sex-role behavior.— N. Y.: Pergamon Press, 1981.— 2045 p.
17. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Об этиопатогенезе органических аутистических психопатий у детей // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста.— М., 1973.— С. 173–176.
18. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1983.— 256 с.

Поступила 04.12.2006