

ТРАНСФОРМАЦИЯ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

К. мед. н. И.Б. ДАЦЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Показаны условия и закономерности формирования разных типов органического расстройства личности у детей и подростков с мозговой дисфункцией при наличии у них акцентуаций характера и расстройства поведения.

В структуре психической заболеваемости детей и подростков преобладают невротические расстройства, возникающие при явных акцентуациях характера, при этом их частота имеет тенденцию к дальнейшему росту. Так, при эпидемиологическом обследовании учеников 1–2 и 5–6 классов с нарушениями психического здоровья, проживающих в разных регионах Украины, пограничные нервно-психические нарушения были выявлены у подавляющего большинства из них — от 72 до 89% [1].

У всех этих детей имелись явно выраженные акцентуации характера, которые, как известно, являются фактором, предрасполагающим к формированию невротических расстройств, и, в свою очередь, во многом зависят от полученного воспитания [2]. Особенно легко акцентуации возникают у детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью — так называемой минимальной мозговой дисфункцией. Признаки энцефалопатии имеются, по разным данным, у 25 — 93% детей с невротическими расстройствами [3, 4]. Проявлениями этой патологии являются невропатия, в основе которой лежат врожденное или приобретенное снижение порога возбудимости ЦНС, недостаточность вегетативной регуляции гомеостаза и адаптационных возможностей организма, а также различные формы психического дизонтогенеза (ретардация, асинхронии и др.), обнаруживаемые у многих детей и подростков с невротическими расстройствами. Эти нарушения принимают участие в развитии тех или иных клинических форм невротического расстройства. Так, ретардации и асинхронии психического развития способствуют формированию диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройств, фиксация ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования характерна для развития неврастении и соматоформных расстройств [5, 6].

В целом невротические расстройства у детей и подростков хорошо изучены и освещены в литературе. Однако трансформация приводящих к этим расстройствам акцентуаций характера в органическое расстройство личности не было предметом специального исследования.

Цель настоящего исследования — выявить имеющиеся у детей и подростков с мозговой дисфункцией типы акцентуации характера и механизмы их трансформации в органическое расстройство личности.

С этой целью было проведено обследование 209 детей и подростков с минимальной мозговой дис-

функцией. Обследование проводилось с помощью патохарактерологического опросника, разработанного А.Е. Личко [3].

Дети и подростки мужского пола в возрасте от 7 до 18 лет находились под нашим постоянным наблюдением в период 1990–2005 гг. Обследование проводили в психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы №5 г. Харькова. Средняя продолжительность наблюдения составляла 12 лет.

Во всех случаях у матерей обследованных имела место патология родов и асфиксия при рождении. Кроме того, у 30 матерей был токсикоз беременности. В возрасте 3 с половиной лет подавляющее большинство детей перенесло различные соматические заболевания (воспаление легких, корь, дизентерия, коклюш и т.п.), которые сопровождались мозговыми явлениями, и в последующем у них появились расстройства поведения. 27 больных перенесли в раннем возрасте менингит и 24 — травму головы в первые годы жизни.

В процессе обследования у всех пациентов были выделены акцентуации характера, расстройства поведения и, по достижении 18 лет, различные типы органического расстройства личности. Органическое расстройство личности (F07.0) характеризуется существенными изменениями привычного паттерна преморбидного поведения, которые затрагивают выражение эмоций, потребностей и влечений. У больного с органическим расстройством могут иметь место и интеллектуальные расстройства, и нарушения в сексуальной сфере. Могут наблюдаться расторможенность проявления потребностей и влечений, когда больной не учитывает возможных последствий своих действий, не соблюдает элементарных социальных норм, что может приводить к антисоциальным действиям (воровству, демонстрации неадекватных сексуальных притязаний) или к крайнему пренебрежению личной гигиеной; когнитивные нарушения, которые обычно выражаются в чрезмерной подозрительности и параноидных идеях, сосредоточенности на какой-либо одной теме (например, религии), жесткой категоричности в оценке поведения других людей как «правильного» или «неправильного».

Проявлением органического расстройства личности, по нашим наблюдениям, нередко являются изменения сексуального поведения, а именно гиперсексуальность или изменение полового предпочтения

Зависимость формирования органического расстройства личности от акцентуаций характера и расстройств поведения и эмоций у обследованных детей и подростков

Типы акцентуаций	Количество обследованных		Поведенческие и эмоциональные расстройства	Типы органического расстройства личности
	абс. ч.	%		
Эпилептоидный	19	46±8	Несоциализированное расстройство поведения	Агрессивный Сексуальный, расторможенный, смешанный
Эпилептоидно-истероидный	14	34±8		
Эпилептоидно-неустойчивый	8	20±6		
Всего	41	21±3	Социализированное расстройство поведения	Расторможенный, сексуальный, смешанный
Гипертимный	3	20±11		
Гипертимно-неустойчивый	6	40±13		
Гипертимно-лабильный	4	27±12		
Гипертимно-истероидный	2	13±9	Расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением	Лабильный, смешанный
Всего	15	7±3		
Лабильный	32	20±5		
Лабильно-истероидный	6	10±4	Энурез, заикание	
Лабильно-аффективный	11	18±5		
Лабильно-неустойчивый	20	33±6		
Всего	69	48±3	Тревожное расстройство в связи с боязнью разлуки, тик	Психастенический, сексуальный
Психастенический	19	9±3		
Астеноневротический	30	15±3	Социально-тревожное расстройство	Астенический
			Тревожно-фобическое расстройство	
Шизоидный	30	15±3	Транзиторное тикозное расстройство	Параноидный
Истероидный	5	3±3		

(F65). Последнее обстоятельство побудило нас выделить у своих пациентов сексуальный тип органического расстройства личности, в большинстве случаев сочетающийся с другими его типами.

Зависимость между этими характеристиками иллюстрируется данными приводимой ниже таблицы.

Следует отметить, что зависимость характера расстройства поведения и эмоций от акцентуаций характера является в определенной степени условной, однако клинический опыт и в том числе наши наблюдения свидетельствуют о том, что в большинстве случаев наблюдается их соответствие, показанное в таблице.

У наших пациентов с эпилептоидным типом акцентуации характера в анамнезе имелись пренатальные, натальные и ранние постнатальные вредности, оставившие след в виде неврологической микросимптоматики. Уже с 5–6 лет у детей начинали проявляться первые эпилептоидные черты — склонность к длительным дисфориям со злобно-тоскливым настроением и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда вплоть до аномалии влечений, а также вяз-

кость, тугоподвижность, инертность мышления. Подростки с этими чертами были конфликтны, неуживчивы, агрессивны. Но в полной мере эпилептоидная акцентуация проявлялась в большинстве случаев лишь в период полового созревания — от 12 до 16 лет, когда, по нашим наблюдениям, на первый план обычно выступала дисфория.

Особенно напряженной в этот период оказывалась инстинктивная жизнь подростков. С большой силой пробуждалось сексуальное влечение, в то же время свойственная эпилептоидам повышенная забота о своем здоровье, страх заразиться венерической болезнью несколько сдерживали их, заставляя предпочитать случайным связям более или менее постоянных партнеров. Их увлечения всегда сопровождалась ревностью, причем даже флирт объекта увлечения с кем-либо посторонним воспринимался как предательство. Подростки были склонны к сексуальным эксцессам, обычно с садистическими, а иногда и с мазохистскими элементами. У некоторых из них наблюдались гомосексуальные контакты, в которых они выступали в активной роли, часто побуждая партнера к грубым половым извращениям. В дальнейшем они,

однако, часто совмещали эти отношения с гетеросексуальными.

Чаще всего, как видно из таблицы, эпилептоидный тип акцентуации проявлялся у наших подростков в чистом виде, но нередко сочетался с истероидностью или неустойчивыми чертами.

У подростков с описанными выше чертами большей частью наблюдалось несоциализированное расстройство поведения (F91.1), которое характеризуется сочетанием не просто оппозиционного, вызывающего или конфликтного, но упорного диссоциального или агрессивного поведения с общим нарушением взаимоотношений с другими детьми. К 18 годам у них сформировалось органическое расстройство личности агрессивного типа.

У подростков с гипертимным типом акцентуации характера почти всегда можно было наблюдать хорошее настроение и самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий внешний вид. Соматосексуальное развитие их обычно было ускоренным: к 15–16 годам вторичные половые признаки часто уже были вполне сформированными.

У гипертимных подростков четко выражалась реакция группирования, причем они стремились к лидерству в компаниях сверстников. Они были склонны к групповым формам делинквентного поведения, а иногда и сами становились вдохновителями правонарушений, в основном из-за жажды развлечений; с удовольствием приобщались к выпивкам в компаниях.

Для наблюдавшихся нами подростков были характерны крайнее непостоянство увлечений, необязательность, неспособность и нежелание предвидеть последствия своих поступков. Непродолжительными были и их романтические увлечения.

Сексуальное влечение у гипертимных подростков пробуждается рано и бывает сильным, это толкает их на ранние сексуальные связи.

Среди обследованных нами гипертимных подростков чаще встречались лица со смешанными типами акцентуации характера — гипертимно-неустойчивым и гипертимно-лабильным (см. таблицу). Характерные для этих акцентуаций черты позволяют говорить о формировании у подростков расстройства личности расторможенного или смешанного типа.

Подростки с лабильным типом акцентуации отличались непослушанием, непоседливостью, назойливостью, при этом были трусливы, боялись наказаний, охотно подчинялись другим детям и легко поддавались дурным влияниям. Более чем у 1/3 из них имели место заикание, ночной энурез и другие симптомы невропатии. Наблюдавшиеся нами подростки были ленивы, не хотели учиться, убегали с уроков, а иногда и из дому, с большим трудом усваивали даже элементарные правила поведения, но охотно следовали тем моделям поведения, которые сулили им удовольствия, развлечения, смену впечатлений. Все они еще детьми начали курить, многие совершали мелкие кражи и не питали не только любви, но даже привязанности к родителям, относясь к ним только как к источнику средств для получения удовольствий. Они рано начинали тянуться к уличным подростковым группам, но никогда не были в них лидерами. Раннее пребывание

в асоциальных группах приводило и к раннему сексуальному опыту, хотя сексуальное влечение у них не отличалось силой. Сексуальные контакты были для этих подростков таким же развлечением, как постоянные выпивки.

Чаще всего среди наших пациентов встречался лабильно-неустойчивый тип акцентуации характера, который со временем трансформировался в расстройство личности смешанного типа.

Следует отметить, что этот тип акцентуации и расстройства личности — один из самых частых среди подростков мужского пола, попадающих под наблюдение психиатра, и в литературе высказывается предположение, что именно они, повзрослев, чаще всего становятся алкоголиками и наркоманами [3].

Нашим пациентам с гипертимными, гипертимно-лабильными и гипертимно-истероидными чертами было свойственно социализированное расстройство поведения (F91.2), которое носит упорный характер и возникает у детей или подростков, хорошо интегрированных в общем в группу сверстников. К 18 годам у этих подростков формируется расстройство личности расторможенного, сексуального или смешанного типа.

У находившихся под нашим наблюдением подростков с лабильным типом акцентуации все детство было отмечено инфекционными заболеваниями, обусловленными условно-патогенной флорой (ангины, непрерывные «простуды», хроническая пневмония, ревматизм, пиелостит, холецистит и др.), которые в большинстве случаев принимали затяжное и рецидивирующее течение. Можно полагать, что фактор «соматической инфантилизации» [3] играет важную роль в формировании лабильного типа расстройства личности.

У подростков с акцентуацией характера лабильного типа наблюдалась крайняя изменчивость настроения, и это, по нашим наблюдениям, отличало их от подростков с лабильно-неустойчивой акцентуацией, у которых, как видно из перечисленных выше личностных черт, в основе поведения лежала слабость волевой сферы. Настроению у лабильных подростков присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная глубина, от него зависят и физическое самочувствие и интеллектуальная продуктивность, это в полном смысле слова «люди настроения». Как правило, данный тип акцентуации трансформируется в расстройство личности лабильного типа.

У подростков с лабильно-истероидной акцентуацией характера ярко выражена склонность к фантазированию, а под воздействием психотравм и в трудных ситуациях их аффективные реакции и реактивные состояния приобретают истерический оттенок. При наличии у подростка лабильно-аффективной акцентуации их эмоциональная лабильность может достигать степени аффективной взрывчатости. Во всех этих случаях высока вероятность развития расстройства личности смешанного типа.

У всех этих подростков расстройства поведения ограничивались семейным окружением (F91.0), т.е. диссоциальные или агрессивные их проявления ограничивались контактами с самыми близкими

родственниками либо непосредственным домашним окружением.

У находившихся под нашим наблюдением подростков с психастеническим типом акцентуации характера его проявления в детстве ограничивались робостью, пугливостью, моторной неловкостью, склонностью к рассуждениям и ранними «интеллектуальными интересами». Однако нередко уже в детском возрасте у них наблюдались навязчивости и фобии (боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, боязнь оказаться за закрытой дверью и т.п.), реже — навязчивые действия и невротические тики. В первые школьные годы, когда дети сталкивались с требованиями к чувству ответственности, психастенический характер проявлялся почти во всей своей полноте, особенно при воспитании в условиях повышенной моральной ответственности.

Подростки были нерешительны, тревожно-мнительны, у них легко возникали obsessions — навязчивые страхи, действия, ритуалы, мысли и рассуждения. Психологической защитой становился специально выработанный педантизм и формализм. В физическом развитии подростки с психастенической акцентуацией обычно отставали от сверстников, тогда как сексуальное их развитие было преждевременным. Нередко наблюдалась интенсивная мастурбация, сопровождавшаяся угрызениями совести и символическими запретами.

У подростков с психастеническими чертами наблюдалось тревожное расстройство поведения в связи с боязнью разлуки (F93.0), которое отличалось патологической устойчивостью и приводило к проблемам в социальном функционировании, причем тревога (например, беспокойство из-за боязни смерти близких) не имела под собой никаких реальных оснований. Со временем у этих подростков развивалось расстройство личности психастенического и/или сексуального типа.

У подростков с акцентуацией астеноневротического типа часто уже с детства обнаруживались признаки невропатии — беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, ночной энурез, заикание и т.п. Подрастая, они становились раздражительными и ипохондричными. Характерной была повышенная утомляемость, особенно при умственных занятиях, но и физические нагрузки, даже умеренные, в частности при спортивных соревнованиях, были для них невыносимыми.

У наших пациентов с данным типом акцентуации характера наблюдалось социально-тревожное (F93.2) или тревожно-фобическое (F93.1) расстройство поведения. Первое характеризуется боязнью незнакомых людей и тревогой, возникающей у ребенка в новых, непривычных или угрожающих социальных ситуациях, что проявляется чрезмерной застенчивостью либо склонностью к социально-уклоняющемуся поведению. Для второго характерны страхи, присущие определенной фазе развития и в той или иной степени имеющиеся у детей, но чрезмерно выраженные, либо страхи, не являющиеся частью нормального психосоциального развития (например, агорафобия).

У подростков с такими расстройствами поведения акцентуация характера в конечном счете трансформируется в расстройство личности астенического типа.

При акцентуации характера шизоидного типа наиболее существенной его чертой является, как известно, отгороженность от окружающего мира, замкнутость, нежелание и неумение устанавливать контакты, сниженная потребность в общении. Эти черты явственно выступали в поведении наших пациентов с шизоидной акцентуацией. У них можно было наблюдать также сочетание упрямства и податливости, настороженности и легковерия, эмоциональной холодности и утонченной чувствительности, общительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений, т.е. противоречивое поведение, свидетельствующее об отсутствии «внутреннего единства», цельности личности.

Уже с раннего детства эти пациенты любили играть в одиночестве, сторонились сверстников и их шумных забав, охотно находились среди взрослых, молча слушая их разговоры. Внутренний мир шизоидного подростка закрыт для посторонних. Он может терпеть опеку близких, но отвергает любые их попытки проникнуть в его интересы и фантазии. Наши пациенты с этим типом акцентуации и расстройством поведения, как правило, имели ярко выраженные увлечения, особенно интеллектуально-эстетические, запоем читали, предпочитая чтение всем другим развлечениям, но некоторые из них увлекались и физическими упражнениями, возможно, стремясь преодолеть свойственную им неуклюжесть, неловкость.

Формирующееся сексуальное влечение подростки с рассматриваемым типом акцентуации характера внешне никак не проявляли, даже выражали презрение к сексу, но при этом очень активно мастурбировали с богатými, часто вычурными фантазиями, включающими перверстные элементы. Как и другие свои переживания, они глубоко таили свои сексуальные влечения, и раскрыть их было очень трудно.

У подростков с шизоидными чертами и расстройством поведения формировалось расстройство личности параноидного типа.

Подростков с истероидным типом акцентуации характера среди наших пациентов было немного — всего 5 человек. Они отличались эгоцентризмом, требовали постоянного внимания, совершенно не вынося равнодушного отношения к себе. Даже характерная для них внушаемость проявлялась только в тех случаях, когда при внушении или самовнушении использовались эти их черты — эгоцентризм, жажда восхищения, почитания. Истероидные подростки были лживы, причем ложь и фантазирование были полностью направлены на приукрашивание своей личности; их артистичность тоже проявлялась лишь в обстановке восхищения, на зрителях, и в учебе они могли достигать каких-то успехов только если их хвалили и ставили в пример другим. Эмоциональность этих подростков была кажущейся, экспрессия эмоций — позерской при отсутствии искренних чувств.

С наступлением пубертатного возраста, по нашим наблюдениям особенно часто в 14–15 лет, подростки совершали демонстративные суицидные попытки, которые носили несерьезный характер, как и частые побеги из дому, и всегда были обусловлены утратой или уменьшением внимания близких. Такими же демонстративными были алкоголизация и употребление наркотиков.

Все описанные расстройства поведения проявлялись в основном в семейной среде. В компаниях сверстников эти подростки всегда претендовали на исключительное положение, но никогда не были истинными лидерами.

Сексуальное влечение наших пациентов с исте-

роидной акцентуацией не отличалось ни силой, ни напряженностью, никто из них практически не жил половой жизнью, но они могли при случае хвастать перед сверстниками своей «мужской силой».

У всех этих подростков к 18 годам сформировалось расстройство личности истероидного типа.

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

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. *Даценко И.Б.* Динамика и клинические закономерности формирования органического расстройства личности // *Международ. мед. журн.*— 2005.— Т. 11, № 1.— С.15–19.
3. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.
4. *Детская психоневрология* / Под ред. Д.А. Булаховой.— К.: Здоров'я, 2001.— 496 с.
5. *Бельдер М., Гэт Д., Мэйо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.— К.: Сфера, 1997.— Т. 1.— 297 с.

Поступила 29.04.2005

TRANSFORMATION OF CHARACTER ACCENTUATION TO ORGANIC PERSONALITY DISORDER IN CHILDREN AND TEEN-AGERS WITH CEREBRA DYSFUNCTION

I.B. Datsenko

S u m m a r y

The conditions and regularities of forming different types of organic personality disorders in children and teen-agers with cerebral dysfunction and accentuation and behavior disorders are shown.