

СИСТЕМА АБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ПО ОРГАНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Доц. И. Б. Даценко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлена обоснованная система абилитации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу. Предложенная система абилитации состоит, с одной стороны, из психотерапевтически потенцируемых медикаментозного и других видов лечения, направленных на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии, с другой — из психотерапевтической коррекции, задачей которой является нормализация эмоционального состояния и межличностных отношений, адаптация подростков в семье и социуме. Показан достаточно высокий терапевтический эффект использования системы.

СИСТЕМА АБИЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ЗА ОРГАНІЧНИМ ТИПОМ

Доц. І. Б. Даценко

Представлено обґрунтовану систему абілітації підлітків із мозковою дисфункцією та порушенням формування особистості за органічним типом. Запропонована система абілітації складається, з одного боку, з психотерапевтично потенційованого медикаментозного та інших видів лікування, що спрямовані на компенсацію наявної у підлітків резидуальної патології, з іншого — із психотерапевтичної корекції, завданням якої є нормалізація емоційного стану та міжособистісних стосунків, адаптація підлітка в родині й соціумі. Показано достатньо високий терапевтичний ефект застосування системи.

ADOLESCENT WITH BRAIN DYSFUNCTION AND PERSONALITY FORMATION DISORDER ACCORDING TO ORGANIC TYPE HABILITATION SYSTEM

I. B. Datsenko

A validated adolescent with brain dysfunction and personality disorder according to organic type habilitation system is presented. The suggested habilitation system consists, on one side, of psychotherapeutically potentiated drug and other types of treatment, directed on compensation of residual pathology present in adolescents and on the other side of psychotherapeutic correction the aim of which is normalization of emotional state and interpersonality relations, adaptation of adolescents in family and society. Rather high therapeutic effect of the system application is shown.

Согласно современным представлениям [7, 8] медицинская реабилитация должна быть направлена на скорейшее восстановление здоровья пациентов, а у детей и подростков должна также обеспечивать их всестороннее развитие. При врожденных или приобретенных в раннем детстве заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) реабилитация автоматически трансформируется в абилитацию, целью которой является становление, а не восстановление, психоэмоциональных и физических функций организма ребенка и подростка.

Абилитация, которую необходимо начинать с момента возникновения заболевания, травмы

или дефекта развития, должна приводить к стойкой компенсации имеющихся у пациента патологических отклонений. При необратимых изменениях ЦНС медицинская абилитация направлена на обеспечение ребенку уровня качества жизни, соответствующего его возрасту или способности адаптироваться к окружающим условиям, используя пластические и компенсаторные возможности растущего организма. Целью абилитации является обеспечение возможности развития физических и умственных способностей ребенка до оптимально возможного уровня и подготовка его резервов адаптации к окружающей жизни и социальной адаптации.

Цель работы — улучшение результатов абилитации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено изучение 259-ти подростков мужского пола с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческим расстройством в возрасте от 10-ти до 16-ти лет, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы УЗ.

Обследуемые были распределены на две группы. Первую составили 209 подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу, в анамнезе которых имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы. Контрольную группу составили 50 подростков того же возраста, которые не имели эмоционально-поведенческих расстройств.

Использовались диагностические критерии МКБ-10. Обследование включало в себя клиническое исследование, изучение психологических, социально-психологических и биологических аспектов психического здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование психического состояния подростков с мозговой дисфункцией позволило выделить два основных варианта типов нарушения личности:

I. Типы нарушения формирования личности возбуждаемого круга ($67 \pm 1,1\%$): 1) лабильный ($42 \pm 3\%$); 2) агрессивный ($30 \pm 3\%$); 3) сексуально-фиксированный ($14 \pm 3\%$); 4) расторможенный ($10 \pm 3\%$); 5) истероидный ($4 \pm 2\%$).

II. Типы нарушения формирования личности тормозного круга ($33 \pm 1,1\%$): 1) апатический ($69 \pm 6\%$); 2) шизоидный ($18 \pm 5\%$); 3) параноидный ($13 \pm 4\%$).

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.

Нами обнаружена четкая зависимость типа формирующегося у больного расстройства личности от типа имеющейся у него акцентуации характера. Эпилептоидная акцентуация во всех случаях трансформируется в агрессивное, астено-невротическое 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 сексуально-фиксированный, истероидная во всех случаях — в истероидный тип расстройства личности.

Были выделены основные патогенетические механизмы развития нарушения формирования личности по органическому типу и проведена их уровневая стратификация по следующим уровням:

I. Нейробиологический, детерминированный неспецифической органической предрасположенностью.

II. Социальный, представленный микросоциальными и макросоциальными факторами.

III. Психологический, отражающий индивидуально-психологические характеристики, эмоциональное состояние, отношение к своей болезни, полоролевое поведение, особенности психосексуального развития.

Уровневая стратификация механизмов нарушения формирования личности подростков с мозговой дисфункцией явилась обоснованием разработанной нами, и соответственно, организованной системы абилитации таких пациентов, которая адресуется к каждому выделенному уровню.

Разработанная система предусматривает, что абилитация подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности базируется на принятых в современной медицинской психологии принципах системности, комплексности, дифференцированности, индивидуализации, этапности, последовательности, преемственности и достаточной продолжительности проводимых лечебных мероприятий. В дополнение к этим принципам, принятым в современной медицинской психологии, 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 [2, 3].

Мы полностью разделяем мнение ведущих детских психотерапевтов о том, что детский и подростковый психотерапевт — всегда врач системный, семейный, групповой [1, 2, 9, 11].

Принцип семейного характера предполагает работу с родителями и ближайшими родственниками пациентов и их участие в лечебном процессе.

Чрезвычайно важное значение имеет принцип этапности проводимой абилитации подростков с мозговой дисфункцией и формированием расстройства личности по органическому типу [4–6].

Мы выделяем три ее основных этапа.

Первый этап — формирование здоровых психологических установок. В цикле психотерапевтических бесед проводится иррациональная и информационная психотерапия, направленная на ликвидацию неправильных представлений больных о нормальном и патологическом поведении

в обществе и семье, об адекватности взаимоотношений и соответствующих этому поведенческих тенденциях.

Второй этап направлен на преодоление имеющихся у подростков эмоционально-поведенческих расстройств. На данном этапе учитываются, помимо упоминавшихся выше характерологических, типологических особенностей подростков, уровня их социально-психологической адаптации, наличие и характер внутрличностных и межличностных конфликтов, ауто- и гетеровнушаемость, клинические проявления, степень выраженности и характер течения эмоциональных и поведенческих расстройств.

Третий этап психотерапии имеет целью непосредственно научение подростков правильному поведению, выработку его навыков.

В свою очередь, каждый из этих этапов включает обусловленные состоянием больного следующие этапы коррекции: 1) больничный, в специализированном стационаре; 2) послебольничный, местном санатории (оздоровительном лагере) или в домашних условиях; 3) адаптационный, восстановительный, амбулаторно-поликлинический этап, который проходит в коллективе школы и дома под наблюдением врача поликлиники в тесном контакте с родителями, воспитателями, педагогами, чтобы обеспечить единство тактики, сохранение достигнутых результатов и улучшение параметров здоровья по мере роста ребенка.

В целом система абилитационных мероприятий состоит, с одной стороны, из медикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК и т. д., потенцируемых психотерапевтическими методами и направленных на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии, с другой стороны — из психотерапевтической коррекции, задачей которой является нормализация эмоционального состояния и межличностных отношений, адаптация пациентов в семье и социуме.

Выбор методов психотерапии и конкретное содержание психотерапевтических занятий определяются типом нарушения формирования личности и его клиническими проявлениями. При этом индивидуализированный, личностно ориентированный выбор тактики психотерапевтической коррекции отнюдь не исключает унификации ее приемов. В то же время система коррекции должна быть достаточно гибкой, допускающей возможность замены одного приема другим при сохранении системности воздействий.

Для работы с подростками могут быть использованы все методы и виды психотерапии, которые практикуются у взрослых, однако при нарушении формирования личности подростка по органическому типу не все они эффективны. Поэтому в большинстве случаев следует комбинировать различные методы психотерапии или переходить от одного метода к другому.

Выбор методов лечебных воздействий, помимо указанных выше условий, зависит также от этапа абилитации.

На первом, больничном этапе, мы проводили диагностическое обследование подростков, затем мероприятия, направленные на нормализацию их эмоционального состояния, предупреждение эмоционально-поведенческих расстройств, связанных с ограниченными возможностями подростка в условиях пребывания в стационаре при необходимости регулярно принимать лечение.

С самого начала поступления больных в стационар им проводилась информационная и рациональная — императивная психотерапия, целью которой является убеждение их в необходимости и неизбежности строгого подчинения режиму обследований и лечения. В то же время проводились мероприятия, включающие и директивную психотерапию, групповую терапию с поведенческим и коммуникативным тренингом, которые давали возможность достигнуть положительной динамики нервно-психического и эмоционального состояния подростка, нивелировать поведенческие расстройства.

Второй этап абилитации — послебольничный, санаторный — имеет своей задачей улучшить и закрепить результаты психотерапии, полученные в стационаре. На этом этапе должна быть достигнута нормализация психоэмоциональной сферы и физической работоспособности пациентов, что является интегральным показателем нормализации их состояния в целом. В условиях санатория возможно осуществление, помимо рационального двигательного режима, питания, лечебной физкультуры и массажа, электро-, бальнеолечения, психотерапии и учебно-воспитательных мероприятий, т. е. комплекса воздействий, обеспечивающих успешную подготовку к возвращению в коллектив здоровых сверстников.

На этом этапе следует отдавать предпочтение тренинговым воздействиям. Рекомендуется направлять подростков в местный санаторий (оздоровительный лагерь) или на санаторно-курортное лечение, в профсоюзный санаторий для лечения детей с родителями, санаторий-профилакторий, пансионат семейного отдыха. Мы направляли подростков преимущественно в оздоровительный лагерь для детей с психоневрологическими нарушениями на базе ЦКБ УЗ, поскольку продолжение абилитации не требует дальних переездов, изменения привычных временных и климатических условий, что уменьшает вероятность реактивных сдвигов в период адаптации и реадaptации.

Третий этап абилитации — амбулаторно-поликлинический — осуществлялся под наблюдением врача поликлиники в тесном контакте с родителями и педагогами. Он призван обеспечить сохранение достигнутых результатов в период адаптации к привычным условиям жизни и деятельности. При

этом мы рекомендовали строгое соблюдение подростками режима дня, активное проведение лечебной физкультуры, участие в спортивных секциях. Основная задача этого периода — предупреждение рецидивов или прогрессирования эмоционально-личностных расстройств. Наши пациенты находились под диспансерным наблюдением по месту жительства и в соответствии с индивидуальной программой абилитации в случае необходимости проходили курсы поддерживающей или базисной терапии в поликлинике, санатории, реабилитационном центре, на курорте.

Разработанная нами индивидуальная программа абилитации содержит сведения о семье, перинатальном периоде и последующем развитии ребенка, данные из истории болезни о психическом статусе больного, результаты дополнительных исследований, уточняющие диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, степень компенсации (декомпенсации) функций, индивидуальные особенности (аллергические, невротические реакции, ретардация развития и др.). На основании этих сведений даются конкретные указания по использованию методов, сроков и других условий лечения на разных его этапах.

Проведение описанной системы психотерапии, потенцирующей медикаментозное лечение, и психотерапевтической коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу позволило достигнуть терапевтического эффекта, достаточно высокого, если учесть тяжесть имеющейся у наших пациентов патологии.

Исследованы динамика расстройств и общий эффект от проведенного лечения (табл.). Значительным улучшением считали компенсацию психического состояния больных, улучшением — частичную компенсацию эмоционально-поведенческих расстройств, улучшение адаптации подростка в семье и школе.

Из представленных данных следует, что наиболее высокие непосредственные результаты лечения были достигнуты у пациентов с лабильным, апатическим, несколько реже — с сексуально-фиксированным и агрессивным типами нарушения формирования личности. Более низким был терапевтический эффект у расторможенных, истероидных, особенно — у шизоидных подростков, у которых чаще всего не удавалось достигнуть лечебного эффекта. У истероидных, сексуально-фиксированных и лабильных пациентов было и наибольшее количество рецидивов, потребовавших повторения курса лечения в условиях стационара. Столь же нестойкими оказались результаты абилитации у агрессивных и параноидных подростков, у которых непосредственный терапевтический эффект был достаточно высоким.

Катамнестическое наблюдение в течение двух лет после проведенной системы абилитации показало, что у значительной части пациентов ($20 \pm 1,1\%$) наступили рецидивы эмоционально-поведенческих расстройств. Причинами декомпенсации служило главным образом возвращение подростков в неблагоприятную семейную и школьную среду.

В целом разработанная система абилитации подростков с мозговой дисфункцией дала возможность получить хороший непосредственный

Таблица

Эффективность системы абилитации подростков с разными типами нарушения формирования личности

Тип нарушения формирования личности	Значительное улучшение	Улучшение	Без перемен	Необходимость повторения курса лечения в стационаре через	
				1 год	2 года
Агрессивный, n = 41	22 ± 7	64 ± 8	15 ± 6	15 ± 6	7 ± 4
Расторможенный, n = 15	47 ± 13	27 ± 2	27 ± 2	13 ± 9	7 ± 7
Лабильный, n = 56	80 ± 5	18 ± 5	2 ± 2	20 ± 5	7 ± 5
Сексуально-фиксированный, n = 21	76 ± 10	14 ± 8	10 ± 7	19 ± 10	14 ± 8
Истероидный, n = 5	40 ± 24	40 ± 24	20 ± 20	20 ± 20	20 ± 20
Апатический, n = 49	80 ± 6	18 ± 7	2 ± 2	10 ± 4	6 ± 3
Шизоидный, n = 13	38 ± 14	15 ± 10	46 ± 14	8 ± 8	8 ± 8
Параноидный, n = 9	21 ± 14	56 ± 18	22 ± 14	11 ± 11	11 ± 11
Всего, n = 209	50 ± 3	31 ± 3	18 ± 3	14 ± 3	6 ± 3

терапевтический эффект у подавляющего большинства из них ($81 \pm 0,8\%$), причем у $50 \pm 1,1\%$ — весьма высокий эффект. Однако отдаленные результаты абилитации оказались более низкими: через 2 года терапевтический эффект составил $61 \pm 1,1\%$, что было обусловлено отрицательным воздействием микросоциальных и социальных факторов.

ВЫВОДЫ

1. Система абилитации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности должна базироваться на принципах системности, комплексности, дифференцированности, индивидуализации, этапности, последовательности, преемственности и достаточной продолжительности проводимых лечебных мероприятий, а также включать принцип семейного характера психотерапии. Система абилитации состоит, с одной стороны, из психотерапевтически потенцируемых медикаментозного и других видов лечения, направленных на компенсацию имеющейся у подростков резидуальной патологии, с другой — из психотерапевтической коррекции, задачей которой является нормализация эмоционального со-

стояния и межличностных отношений, адаптация подростков в семье и социуме.

2. В системе абилитации должен использоваться широкий арсенал современных методов психотерапии, выбор и конкретное содержание которых определяются этапом лечения, типом нарушения формирования личности и индивидуальными особенностями пациента с мозговой дисфункцией.

3. Разработанная система абилитации подростков с эмоционально-поведенческим расстройством и нарушением формирования личности по органическому типу дает возможность получить стойкий терапевтический эффект, равный $61 \pm 3\%$, что, учитывая тяжесть имеющейся у пациентов патологии, следует считать достаточно высоким и *перспективным* результатом.

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. Бремс К. Полное руководство по детской психиатрии / К. Бремс: пер. с англ. А. Боричева. — М.: Эксмо-Пресс, 2002. — 640 с.
2. Даценко И. Б. Система психотерапии подростков с нарушением формирования личности по органическому типу / И. Б. Даценко // Медицинская психология. — 2006. — Т. 1, № 3. — С. 37–41.
3. Даценко И. Б. Стратегия и тактика психотерапии нарушений формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией / И. Б. Даценко // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2, № 1. — С. 30–37.
4. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.
5. Игумнов С. А. Основы психотерапии детей и подростков: справ. пособие / Под ред. В. Т. Кондратенко. — М.: изд. Ин-та психотерапии, 2001. — 176 с.
6. Каган В. Е. Детская и подростковая психотерапия: на перекрестках проблем / В. Е. Каган // Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. — Томский гос. университет, 2000. — С. 55–61.
7. Медицинская реабилитация / Под ред. акад. РАМН, проф. В. М. Боголюбова. — Москва-Пермь: ИПК Звезда, 1989. — Т. 3. — 594 с.
8. Пидаев А. В. Актуальные проблемы реабилитации и абилитации / А. В. Пидаев, И. И. Кутько, О. А. Панченко // Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии: сб. научн. работ / Под ред. В. Н. Казакова. — Киев: КВІЦ, 2004. — С. 8–18.
9. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. Пер. с нем. А. Копытина. — М.: Мир, 2000. — 656 с.
10. Шевченко Ю. С. Радостное взросление. Развитие личности ребенка: методика ИНТЭКС / Ю. С. Шевченко, В. П. Добридень. — СПб.: Речь, 2004. — 202 с.
11. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.