**Даценко Ірина Борисівна. Порушення формування особистості за органічним типом у підлітків із мозковою дисфункцією. Причини, механізми розвитку, клініка та абілітація : Дис... д-ра наук: 19.00.04 – 2009**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | І.Б. Даценко. Порушення формування особистості за органічним типом у підлітків із мозковою дисфункцією. Причини, механізми розвитку, клініка та абілітація. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальностями: 19.00.14 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2008.  На основі системного міждисциплінарного підходу до вивчення порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією визначено його причини, умови й механізми розвитку. Виявлено різні клінічні типи порушення формування особистості й порушення статевого розвитку в підлітків із мозковою дисфункцією. Показано механізми трансформації акцентуацій характеру в розлади особистості за органічним типом, зв’язки особистісних відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Доведено взаємозв’язок психологічних, клініко-неврологічних, електроенцефалографічних та нейровізуалізаційних змін головного мозку у підлітків із мозковою дисфункцією за різних типів порушення формування особистості й визначено взаємозв’язок між наявними в підлітків психологічними та електроенцефалографічними змінами залежно від типу порушення формування особистості. Показано роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.  На основі виявлених у дослідженні кореляцій розроблено систему патогенетичної комплексної психотерапевтичної корекції емоційно-поведінкових розладів, порушень статевого розвитку й порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією. | |
| |  | | --- | | 1. Дисертаційна робота містить теоретичне обґрунтування і нове рішення проблеми порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією резидуально-органічного генезу і розробку програми їх комплексної абілітації з позицій системного міждисциплінарного підходу до дослідження причин, механізмів розвитку, перебігу й проявів даної патології як біопсихосоціального комплексу, що забезпечує поліпшення результатів лікування. 2. Основним підгрунтям порушення формування особистості у підлітків із мозковою дисфункцією є патологія вагітності матерів та пологів, що зумовлює перинатальне ураження головного мозку, раннє виникнення дисфункції лімбіко-ретикулярних структур, яке у свою чергу спричиняє емоційно-поведінкові розлади й тісно пов'язані з ними порушення вегетативних функцій. За несприятливого психологічного клімату в родині і школі це призводить до виникнення у дітей емоційно-поведінкових розладів, а згодом – і до порушення формування особистості. 3. У підлітковому віці психічний стан пацієнтів з мозковою дисфункцією визначається характером наявних у них розладів емоцій, поведінки і типом формування органічного розладу особистості.   Під впливом комплексу біогенних, соціогенних, психогенних та негативних соціально-психологічних чинників у підлітків розвиваються порушення формування особистості як збудливого кола – лабільний (42%), агресивний (30%), сексуально-фіксований (14%), розгальмований (10%), істероїдний (4%) типи, так і гальмівного кола – апатичний (69%), шизоїдний (18%) та параноїдний (13%).  4. Основними клініко-неврологічними синдромами ураження ЦНС у підлітків із мозковою дисфункцією є цефалгічний, гідроцефальний, вегетативної дистонії, пірамідної недостатності, вестибуло-атактичний, астенічний, а також синдром сенсорної недостатності.  Особливості стану вегетативної нервової системи пацієнтів корелюють із типом порушення формування їхньої особистості: у разі порушень збудливого кола вірогідно переважають симпатикотонічні, гальмівного кола – парасимпатикотонічні реакції, а також відповідно перекручена й недостатня вегетативна реактивність; у разі порушення формування особистості агресивного й розгальмованого типів вірогідно частіше мають місце парасимпатикотонічні реакції.  5. Клінічні прояви порушення формування особистості у підлітків із мозковою дисфункцією корелюють із особливостями церебральної нейродинаміки, розподілом потужності спектрів ритмів біоелектричної активності мозку, реакцією ЕЕГ на зовнішні подразники та, відповідно до цього, ступенем незбалансованості синхронізуючих та десинхронізуючих систем мозку.  Особливістю впливу функціональної активності мозку на формування його нейродинаміки та нейрофізіологічні механізми забезпечення вищих психічних функцій підлітків із мозковою дисфункцією є для пацієнтів із порушенням формування особистості збудливого кола наявність статистично значущої міжпівкулевої амплітудної асиметрії із правопівкулевою перевагою в альфа- і тета-діапазонах у скроневих відведеннях, достовірне зниження міжпівкулевої асиметрії по альфа-діапазону в потиличних відведеннях; для пацієнтів з порушенням формування особистості гальмівного кола – вірогідне зниження міжпівкулевої асиметрії по альфа-діапазону в потиличних відведеннях.  Виявлену амплітудну правосторонню латералізацію альфа- і тета-активності в скроневій ділянці варто вважати одним з об'єктивних критеріїв емоційно-поведінкових розладів збудливого кола.  6. В емоційному стані підлітків із мозковою дисфункцією виснаження психофізіологічних ресурсів проявляється у відчутті загального неблагополуччя і стану стресу (77%), причому спостерігаються три варіанти органічних емоційних розладів: астенічний – 45% (найчастіше у розгальмованих підлітків), тривожний – 32% (переважав у шизоїдних), депресивний – 22% (частіше у лабільних).  7. Тип розладу особистості, що формується у хворого, залежить від наявної в нього акцентуації характеру. Епілептоїдна акцентуація трансформується в агресивний (100%), астено-невротична – в апатичний (100%), гіпертимна – у розгальмований (50%), рідше сексуально-фіксований (47%), лабільна – у лабільний (96%), шизоїдна – у шизоїдний (48%), рідше параноїдний (33%), в окремих випадках (18%) – сексуально-фіксований, істероїдна – в істероїдний розлад особистості (100%).  8. Результати психодіагностичних досліджень свідчать про взаємозв'язок особистісних відмінностей підлітків з наявними в них типами порушення формування особистості. Агресивним, розгальмованим, сексуально-фіксованим підліткам притаманні напористість, безтурботність, домінування, відсутні в апатичних пацієнтів, для яких характерні протилежні якості – поступливість, підпорядкованість, залежність; практичність та самовпевненість властиві переважно сексуально-фіксованим, параноїдним і шизоїдним, тривожність – істероїдним, лабільним, параноїдним; найнижчий самоконтроль із поганим розумінням соціальних правил і норм спостерігається у розгальмованих та апатичних; напруженість, фрустрованість, дратівливість – у лабільних і сексуально-фіксованих осіб. Лише в істероїдних, шизоїдних та параноїдних підлітків високий рівень вербального інтелекту, в істероїдних, лабільних та параноїдних виражена залежність від емоційного стану. Практично для всіх підлітків із мозковою дисфункцією характерна недостатність емоційно-вольових якостей, що визначає високий ризик виникнення патохарактерологічних реакцій.  9. Визначені типи порушення формування особистості мають вплив на темпи статевого розвитку підлітків із мозковою дисфункцією: у разі апатичного, шизоїдного, параноїдного, істероїдного типів порушення темп соматосексуального й психосексуального розвитку уповільнений, у разі агресивного, розгальмованого, сексуально-фіксованого типів – прискорений; лише у лабільних підлітків переважає своєчасне статеве дозрівання. Асинхронії статевого розвитку, переважно сукупні, спостерігаються в середньому у 80% істероїдних, шизоїдних й апатичних підлітків, у агресивних мають місце тільки прості асинхронії.  10. Порушення статеворольової поведінки спостерігаються практично у всіх підлітків із мозковою дисфункцією, причому переважає маскулінний (48%), рідше зустрічаються фемінінний (26%), недиференційований (23%) і лише в поодиноких випадках – андрогінний (3%) статеворольовий тип, який визначає достатню рольову гнучкість у спілкуванні з однолітками. Для підлітків із сексуально-фіксованим, агресивним, параноїдним та розгальмованим типами порушення формування особистості є характерною гіпермаскулінна, а для пацієнтів з апатичним, істероїдним та шизоїдним – трансформована статеворольова поведінка.  Визначені порушення статевого розвитку збільшують психологічну й соціально-психологічну дезадаптацию підлітків із мозковою дисфункцією і можуть впливати на їхнє сексуальне здоров'я в майбутньому.  11. Типам наявних у підлітків акцентуацій характеру відповідають певні клініко-психологічні типи мозкової дисфункції: переважають в епілептоїдних підлітків реактивний, в астено-невротичних – астенічний і ригідний, у шизоїдных – астенічний, у гіпертимних – ригідний, у лабільних – активний і реактивний, в істероїдних – активний. Субнормальний тип мозкової дисфункції відзначається рідко, здебільшого в істероїдних пацієнтів.  12. Ставлення до хвороби у підлітків із мозковою дисфункцією визначається наявним у них типом акцентуації характеру. У разі епілептоїдної акцентуації відзначаються анозогнозичний (54%), рідше егоцентричний (39%), астено-невротичної – неврастенічний (41%), шизоїдної – апатичний (82%), гипертимної – ейфоричний (33%), анозогнозичний (33%) та ергопатичний (33%), лабільної – неврастенічний (32%) та ейфоричний (28%), істероїдної – егоцентричний (60%) типи ставлення до хвороби. Реагування батьків на хворобу своїх дітей у 84% випадків є неадекватним: у матерів воно демонстративно-героїчне й самообвинувальне, у батьків – ігноруюче; в 73% випадків у родині спостерігається неузгоджене сприйняття батьками хвороби сина, що негативно впливає як на перебіг захворювання, так і на ефективність лікування.  13. Органічний розлад особистості у підлітків із резидуально зумовленою мозковою дисфункцією має складний патогенез, у який додають свій внесок, поряд з біогенними, психогенні, соціогенні, негативні соціально-психологічні й особистісні чинники. Кожен із типів порушення формування особистості характеризується своїми диференційно-діагностичними критеріями – психічними, неврологічними (у тому числі вегетологічними), психологічними, сексологічними й нейрофізіологічними.  Стратифікація патогенетичних механізмів розвитку порушення формування особистості за органічним типом у підлітків із мозковою дисфункцією має такі рівні: нейробіологічний, детермінований неспецифічною органічною предиспозицією; соціальний, репрезентований мікросоціальними і макросоціальними чинниками; психологічний, який відображує індивідуально-психологічні характеристики, емоційний стан, відношення до своєї хвороби, статево-рольову поведінку, особливості психосексуального розвитку.  Провідними інформативними показниками конфліктності, що мають високий кореляційний зв'язок з механізмами порушення формування особистості, у більшості обстежених є невпевненість у собі, страхи, побоювання, негативне ставлення до соціально-середовищних чинників, наявність непереборних конфліктів у родині й громадському житті, свідомість провини щодо себе, свого минулого й майбутнього.  14. Виявлені закономірності формування розладу особистості та його клініко-психологічних проявів мають бути покладені в основу індивідуальної абілітації пацієнтів. Розроблена система абілітації складається з двох основних компонентів: психотерапевтично потенційованого медикаментозного лікування, спрямованого на компенсацію наявної в підлітків резидуальної неврологічної патології, і психотерапевтичної корекції, яка має ціллю нормалізацію емоційного стану й міжособистісних стосунків підлітків, їхньої адаптації в родині й соціумі. Проведення системи абілітації дало змогу досягти стійкого терапевтичного ефекту в 68% випадків.  Соціальна, психологічна і соціально-психологічна адаптація підлітка з мозковою дисфункцією і порушеннями в емоційно-особистісній сфері може бути досягнута лише за дотримання умов комплаентності: співробітництва, взаєморозуміння й обопільної зацікавленості родини підлітка і мультидисциплінарної терапевтичної команди (дитячого невролога, дитячого психіатра, психотерапевта й медичного психолога), школи й суспільства в цілому. | |