

УДК: 613.88-053.6+616.831:616.89-02

*И.Б. Даценко***ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗБУДИМОГО КРУГА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, формирование органического расстройства личности возбудимого типа, нарушение полового развития

Половое развитие человека тесно связано с формированием личности, и нарушение одного из этих процессов не может не сказываться на протекании второго, а значит, и на становлении психического и сексуального здоровья [1 – 6]. Однако эта важная проблема разработана недостаточно, несмотря на ее бесспорную актуальность. Не исследована, в частности, зависимость между нарушениями полового развития и типом формирующегося органического расстройства личности (возбудимого или тормозного), и отсутствие сведений о механизмах и клинических проявлениях этой зависимости резко ограничивает возможности оказания помощи больным.

В настоящем сообщении рассматривается половое развитие подростков с мозговой дисфункцией и формированием органического расстройства личности по разным типам возбудимого круга и особенности становления сексуальности при каждом из этих типов.

Под нашим наблюдением было 175 пациентов мужского пола в возрасте от 10 до 19 лет, у которых имела место мозговая дисфункция различной этиологии (хроническая внутриутробная гипоксия, асфиксия разной степени при рождении, внутричерепная родовая травма) с формированием перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга. 30 подростков такого же возраста, перенесших подобные перинатальные травмы, но без признаков нарушения формирования личности, составили группу контроля.

В соответствии с классификацией П.А.Ганнушкина – О.В.Кербикова [7], среди подростков были выделены пациенты с нарушением формирования личности по следующим типам: агрессивному (41 человек), расторможенному (15), неустойчивому (24), лабильному (69), истероидному (5) и сексуальному (21). Для этих подростков были характерны повышенная импульсив-

ность, раздражительность, частые колебания настроения с оттенком гневливости, состояния аффекта и злобы.

Всем подросткам было проведено комплексное обследование: клиническое, клинико-неврологическое; психопатологическое, направленное на выявление особенностей личности; сексологическое (изучение сомато- и психосексуального развития); психодиагностическое.

У всех больных была выявлена легкая резидуальная органическая микросимптоматика с различными сочетаниями клинических симптомов. У 67±3% обследованных было отмечено нарушение акта конвергенции (преимущественно с двух сторон); горизонтальный мелкокоразмашистый постоянный или непостоянный нистагм в обе стороны (иногда с элементами тоничности и монокулярности) был выявлен у 83±3% обследованных. У 50±3% из них наблюдалась недостаточность функции седьмой и двенадцатой пар черепных нервов по центральному типу, у 88±3% – повышение сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон или анизорефлексия по продольной оси тела, легкая асимметрия брюшных рефлексов, наличие двусторонних патологических стопных знаков (преимущественно экстензорной группы).

У 50±3% пациентов определялись изменения мышечного тонуса по типу диффузной мышечной гипотонии и легкой асимметрии мышечного тонуса. У большинства обследованных (71±3%) имели место вестибуло-атактические явления в виде нарушения статики и координации – интенционный тремор и мимопопадание при выполнении координаторных проб, пошатывание в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук.

При исследовании нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза. 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 [8, 9]. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W.F.Marshal, J.M.Tanner [10]. Для изучения полоролевого поведения подростков использовали полоролевою шкалу Dur-Moll L.Szondi [11] и полоролевою шкалу ACL A.V.Heilbrun [12]. Первую применяли для определения мас-

кулинности 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.

Результаты изучения полового развития подростков с мозговой дисфункцией при разных типах нарушения формирования личности возбудимого круга представлены в таблице.

Таблица 1

**Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности возбудимого круга (данные в %)**

Критерии полового развития	Типы нарушения формирования личности					
	Агрессивный, n=41	Расторможенный, n=15	Неустойчивый, n=24	лабильный, n=69	истероидный, n=5	сексуальный, n=21
Соматосексуальное развитие						
ускоренное	46±8	60±13	38±10	26±5	20±20	67±10
замедленное	7±4	–	42±10	28±5	80±20	–
своевременное	46±8	40±13	21±9	46±6	–	33±10
Психосексуальное развитие						
преждевременное	44±8	7±7	29±10	23±5	20±20	57±11
ретардация	–	7±7	8±6	17±4	80±20	–
своевременное	56±8	87±9	62±10	59±6	–	43±11
Асинхронии полового развития						
простые	32±8	–	33±10	10±4	–	–
сочетанные	–	7±7	62±10	17±4	80±20	–
Полоролевое поведение						
гиперролевое	93±4	80±11	83±8	55±6	40±24	100-5
трансформированное	–	20±11	17±8	20±5	60±24	–
Психосексуальная ориентация						
гетеросексуальная	100-2	100-7	100-4	100-1	100-20	57±11
нарушенная	–	–	–	–	–	43±11

Из приведенных данных следует, что темп полового созревания был нарушен у большинства обследованных, причем наблюдалась достаточно четкая зависимость характера имеющегося нарушения от типа нарушения формирования расстройства личности. Так, ускоренное соматосексуальное развитие преобладало при агрессивном, расторможенном и сексуальном типах, замедленное – при неустойчивом и особенно при истеричном типе, а при лабильном то и другое нарушение отмечалось почти одинаково часто. Нормальное (своевременное) соматосексуальное развитие, наблюдавшееся примерно у 1/3 всех обследованных, чаще имело место при агрессивном, расторможенном и лабильном, реже при сексуальном и неустойчивом и не встречалось при истероидном типе нарушения формирования личности.

Психосексуальное развитие было преждевре-

менным более чем у половины подростков с сексуальным, а ретардация его – у подавляющего большинства – с истероидным типом нарушения формирования личности. При агрессивном, расторможенном неустойчивом и лабильном типах оно в большинстве случаев было своевременным.

У обследованных с ускоренным темпом соматосексуального развития вторичные половые признаки появлялись с некоторым опережением – на 1,5-2 года раньше по сравнению со сверстниками, а при замедленном развитии появление их запаздывало примерно на такое же время. Характерным для подростков с ретардацией пубертата было то, что в 14-15-летнем возрасте размеры яичек и пениса у них не изменялись по сравнению с препубертатом, в то время как в норме они в этот период увеличиваются.

У подростков с замедленным развитием были

слабо выражены вторичные половые признаки, тогда как у их здоровых сверстников обнаруживалось отчетливое оволосение лобка, часто и подмышечных впадин, увеличивался щитовидный хрящ, мутировал голос и появлялись на коже *acne vulgaris*. Позднее у пациентов с замедленным половым созреванием оволосение лобка происходило преимущественно по женскому типу или имела тенденция к горизонтальной линии оволосения. Спонтанные эрекции у них бывали редко и с незначительным увеличением пещеристых тел, поллюции или отсутствовали, или возникали крайне редко. У некоторых пациентов определялось нарушение пропорций тела за счет уменьшения поперечных размеров по отношению к росту, чаще формировался инфантильный тип телосложения.

Половое самосознание у всех обследованных было правильным.

Полоролевое поведение в основном на социальном уровне почти у всех подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу было нарушено. Из той же таблицы видно, что у большинства из них, а именно у подростков с агрессивным, расторможенным, неустойчивым, лабильным и сексуальными типами нарушения формирования личности, отмечались признаки гиперролевого (гипермаскулинного) поведения, а при истероидном типе преобладала трансформация, т.е. феминное полоролевое поведение. Характерными проявлениями гиперролевого поведения были гипервозбудимость, упрямство, агрессивность, отмечавшиеся у обследованных подростков уже с раннего возраста. С 6-7 лет у них отчетливо проявлялись аффективная взрывчатость, склонность к дисфориям, когда они агрессивно вели себя по отношению к лицу, причастному к ситуации, которая вызвала дискомфорт. Такой способ разрядки психического напряжения приносил ребенку облегчение и положительные эмоции, и впоследствии, постепенно закрепляясь, становясь стереотипом, мог способствовать формированию садистических наклонностей.

Агрессивные черты личности, вязкость, тугоподвижность всех проявлений психики, сосуществующие со стремлением к лидерству, приводили к нарушению процесса социализации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности возбудимого круга. Они отличались выраженной конфликтностью, завышенным уровнем притязаний, стремлением к властвованию, лидерству через подавление и немедленному удовлетворению любых

потребностей и желаний, отсутствием навыков эффективной коммуникации, упрощенными схемами поведения. Эти личностные особенности способствовали формированию у мальчиков-подростков не только гипермаскулинного, но, возможно, и патологического гипермаскулинного поведения.

Психосексуальная ориентация была гетеросексуальной у всех обследованных, за исключением  $43 \pm 11\%$  подростков с сексуальным типом нарушения формирования личности, у которых можно было отметить тенденцию к гомосексуализму либо элементы зоофилии.

Осведомленность в области секса была недостаточной или неправильной даже с учетом возраста обследованных. Лишь несколько подростков 17 – 19 лет с лабильным и расторможенным типом нарушения формирования личности более или менее правильно ориентировались в вопросах секса.

Для подростков с нарушением формирования личности по агрессивному типу были характерны необычайно сильная эмоциональная возбудимость, взрывчатость (эксплозивность). Уже с детского возраста они проявляли нетерпимость к любым запретам и ограничениям, которая выражалась в виде взрывов гнева, протеста, нередко с агрессией. Эта склонность к грубым аффективным реакциям делала их «очень тяжелыми» в семье, школе, среди сверстников. Эмоциональные всплески возникали у этих детей по любому ничтожному поводу, но гнев, брань очень легко переходили в слезы, а агрессия в отношении других – в самоповреждения. Обычно после такого взрыва гнева они сожалели о случившемся, однако вскоре подобный эпизод повторялся снова. У подростков этой группы периодически возникали дисфории длительностью от нескольких часов до нескольких суток, когда они пытались «на ком-то сорвать зло». Некоторые из них провоцировали себе боль порезами или ожогами от зажженных сигарет. В целом они были эгоистичны, обидчивы, неуживчивы, конфликтны, слишком требовательны к окружающим, отличались вязкостью мышления, злопамятностью, навязчивостью и часто жестокостью, а большинство из них с детства – неряшливостью, болтливостью, непоседливостью. Достаточно характерна была тенденция обижать слабых, беззащитных, в том числе и животных.

Указанные личностные особенности и изменения поведения подростков с нарушением формирования личности по агрессивному типу проявлялись и в сексуальном поведении. У боль-

шинства из них отмечалась гиперсексуальность. При агрессивных чертах и тугоподвижности, инертности всех проявлений психики, сочетающихся с сенситивностью и стремлением к лидерству, нарушение процесса социализации приводило к становлению гиперролевого поведения у 93±4% обследованных с данным типом нарушения формирования личности.

На этапе формирования психосексуальной ориентации у большинства из них редуцировалась платоническая стадия либидо. Первый половой акт они совершали в возрасте 13-14 лет, часто с лицами из асоциальных групп. При анализе темпов сомато- и психосексуального развития у них выявлялись преимущественно протые асинхронии полового развития.

У подростков с нарушением формирования личности по расторможенному типу наблюдалась расторможенность потребностей и влечений, они не учитывали возможных последствий своих поступков и не принимали во внимание социальные нормы, что могло приводить к асоциальному поведению. В этой группе преимущественно (87±9%) наблюдалось нормальное психосексуальное развитие, а его ретардацию или преждевременное развитие мы отметили лишь у двух пациентов. Этапы формирования у них полового самосознания и стереотипа полоролевого поведения протекали без нарушений темпа. В то же время склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков и сниженная критичность обуславливали у подростков частичное и формальное усвоение половой роли. Чаще всего (80±11%) у них формировался гипермаскулинный стереотип полоролевого поведения, который способствовал микросоциальной и социальной дезадаптации больных и приводил к усвоению неадекватных способов коммуникации, особенно с лицами противоположного пола. На этапе формирования психосексуальной ориентации в результате расторможенности влечений, импульсивности, незавершенности действий, нереалистичности мотивов, слабости волевых задержек, сочетающихся с идеализацией и искаженным восприятием себя и окружающего мира, у подростков возникали неадекватные фантазии в отношении объекта платонической увлеченности.

В психосексуальном развитии при расторможенном типе нарушения формирования личности наблюдаются дисгармоничность, проявляющаяся в нарушении стадийности, этапности и фазности развития; преобладание у больных этой группы сочетанных асинхроний полового разви-

тия; полифакторная обусловленность ретардации полового развития при ведущем психогенном факторе, которая приводит к незавершенности всего процесса становления сексуальности.

Подростки с неустойчивым типом формирования органического расстройства личности отличались изменениями эмоционального состояния и поведения в виде их выраженной неустойчивости, неадекватного веселья, эйфории и резкими перепадами настроения, аффективной взрывчатостью и неудержимостью в гневе, тягой к асоциальным подростковым компаниям, нежеланием трудиться, жадой развлечений, отсутствием реальных планов на будущее, склонностью к азартным играм. У этих подростков была ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях своих поступков, у них полностью отсутствовал контроль за своими «поведенческими взрывами». Характерными были сварливость, склонность вступать в конфликты, особенно при возникновении препятствий к импульсивным действиям и порицаниях со стороны окружающих. У части подростков этой группы поведенческие расстройства характеризовались преимущественно импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью, тогда как у другой части клинические проявления дополнялись нарушением образа своего «Я», неопределенностью целей, намерений и внутренних предпочтений, чувством внутреннего напряжения и опустошенности.

При нарушении формирования личности по неустойчивому типу у подростков с мозговой дисфункцией с раннего детства проявлялась гиперактивность – непоседливость, дефицит внимания, сочетавшиеся с определенными трудностями в усвоении навыков самообслуживания. Так, они позже своих сверстников овладевали умением держать ложку, застегивать пуговицы, шнуровать обувь и т.п., что определяет синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Школьное обучение было тяжелым испытанием и даже мучением как для ребенка, так и для его семьи. Гиперактивные дети не в состоянии были выси- деть за партой в течение всего урока. Они шумели, вскакивали, отвлекали окружающих их детей. Обычно были очень неряшливы. В пубертатный период такие дети становились сдержанней, их непоседливость и шумливость становились менее выраженными. Однако детская моторная расторможенность сменялась в подростковом возрасте поведенческой неустойчивостью, появлялись частые школьные прогулы, тяга к асоциальным молодежным компаниям. Как правило, они

искали только легких развлечений и не желали трудиться. Характерны были отсутствие планов на будущее, непереносимость дисциплины и режима, жажда шумных сборищ, неумение занять себя делом. Значительно снижена была у пациентов этой группы способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно если она требовала длительного времени и не приводила к быстрому успеху.

Психосексуальное развитие подростков с нарушением формирования личности по неустойчивому типу в большинстве случаев ( $62\pm 10\%$ ) было нормальным, реже преждевременным ( $29\pm 10\%$ ). При преждевременном развитии на этапе формирования психосексуальной ориентации, отличавшемся у этих подростков структурной сложностью, чаще всего редуцировалась стадия развития либидо. Первый половой акт они, как правило, совершали в подростковом возрасте (13-14 лет), часто со старшими по возрасту женщинами. Ранние половые связи были для них типичны так же, как и ранний тип мастурбации, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформировались в сексуальные. У всех подростков данной группы было нарушено полоролевое поведение, в основном оно было маскулинным, а у  $17\pm 8\%$  отмечалась трансформация полоролевого поведения, т.е. фемининное поведение.

Подросткам с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по лабильному типу была свойственна крайняя неустойчивость настроения, проявлявшаяся в непредсказуемых его изменениях и колебаниях. Настроение этих подростков менялось слишком часто и слишком резко, хотя поводы для подобных коренных перемен настроения были ничтожными. Эти перемены оказывались достаточно глубокими, и от сиюминутного настроения зависели и общее самочувствие, и сон, и аппетит, и трудоспособность пациентов, желание учиться, общаться в шумной компании или уединяться. Отношение к окружающим также зависело от настроения: одни и те же люди воспринимались то как милые и удивительные, то как скучные, некрасивые с массой недостатков. В то же время эти подростки способны на глубокие чувства, на большую и преданную дружбу, искреннюю привязанность к родным. Истинные неприятности и утраты они переносили очень тяжело, у них возникали острые аффективные реакции, реактивные депрессии, тяжелые невротические срывы. При таких нарушениях формирования личности сама эмоциональная лабильность может достигать такой сте-

пени, что становится аффективной взрывчатостью. Мы наблюдали у этих пациентов подобные эмоциональные вспышки, иногда с неспособностью их контролировать.

У подростков с нарушением формирования личности по лабильному типу в большинстве случаев ( $59\pm 6\%$ ) психосексуальное развитие было своевременным, у  $23\pm 5\%$  – преждевременным, у остальных ( $17\pm 4\%$ ) отмечалась ретардация психосексуального развития. Сексуальная активность их обычно ограничивалась легким многонаправленным флиртом и яркими ухаживаниями. Сексуальные эксцессы не наблюдались, а влечение чаще всего оставалось мало дифференцированным, что вообще способствует такому отклонению, как транзиторный подростковый гомосексуализм. Однако среди подростков, находившихся под нашим наблюдением, нарушений психосексуальной ориентации мы не выявили. В ряде случаев наблюдались простые или сочетанные асинхронии полового развития (соответственно в  $10\pm 4$  и  $17\pm 4\%$ ).

Характерными чертами поведения обследованных нами подростков с нарушением формирования личности по истероидному типу являлись поверхностность и лабильность эмоций, яркие демонстративные аффекты, повышенная внушаемость, выраженный эгоцентризм, потворство своим желаниям и потакание слабостям. В поведении таких подростков ярко проявлялись склонность к самодраматизации, театральности, постоянное стремление быть объектом внимания, восхищения, одобрения. Истериические реакции у этих пациентов могли возникнуть при столкновении с малейшими трудностями, при обиде на близких людей, а истероидный эгоцентризм всегда отличался примитивностью проявлений, банальностью и неправдоподобностью фантазий. Эти подростки были неутомымы в поиске возбуждающих впечатлений и крайне озабочены своей внешней привлекательностью. Достаточно сильно была выражена у них реакция эмансипации.

Сексуальное влечение подростков с истероидным типом нарушения формирования личности не отличалось ни напряженностью, ни силой. При этом для них были характерны неадекватное обстоятельству сексуально провоцирующее поведение и выраженная яркая театральность. Однако они не афишировали своих сексуальных переживаний и уклонялись от бесед на эту тему из-за боязни оказаться на «самом престижном месте».

У подростков рассматриваемой группы выяв-

лялась, как было показано выше, преимущественно задержка темпов сексуального развития, иногда преждевременное развитие. Этап формирования стереотипа полоролевого поведения оказался у них значительно растянутым во времени, запаздывая в среднем на 3-4 года. В этот период происходило структурирование и формирующегося расстройства личности, и его патогенное влияние отчетливо проявлялось. Эгоцентризм, демонстративные формы самовыражения и самоутверждения, склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков и сниженная критичность обуславливали частичное или формальное усвоение подростками половой роли. Чаще всего у них формировался гиперролевой стереотип поведения, подростки вели себя подчеркнуто гипермаскулинно. Это способствовало дезадаптации в микросоциуме и приводило к усвоению неадекватных способов коммуникации с лицами противоположного пола, блокаде фаз реализации, что проявлялось уже на этапе платонических установок.

Следующий этап полового развития – этап формирования психосексуальной ориентации – отличался при данном типе нарушения формирования личности структурной сложностью, а влияние последнего было особенно выраженным. Такие личностные качества подростков, как импульсивность, незавершенность действий, слабость волевых задержек в сочетании с идеализацией и искаженным восприятием себя и окружающего мира формировали у них неадекватные фантазии в отношении объекта платонической увлеченности. Все их попытки реализовать платонические установки на основе собственных нереалистических переживаний и ожиданий без учета интересов потенциальной партнерши и реальных условий чаще всего приводили к неудаче, отказу от продолжения ухаживания, демонстративной смене объекта влюбленности, а затем нередко установлению платонических отношений одновременно с несколькими сверстницами или женщиной старшего возраста. Неудачи и следующие за ними разочарования после подобных контактов зачастую формировали избегающее поведение, которое в свою очередь способствовало остановке развития сексуальности на уровне платонического фантазирования, которое со временем могло обогащаться эротическими и сексуальными элементами.

У подавляющего большинства истероидных подростков (80±20%) имели место преимущественно сочетанные асинхронии полового развития, обусловленные психогенными и социо-

генными факторами.

Задержка психосексуального развития в фазе формирования эротического либидо приводила у этих подростков к закреплению незрелых форм удовлетворения сексуальных потребностей и нарастанию диссоциации между отдельными компонентами либидо. Диссоциативность структуры либидо была одним из признаков психосексуального инфантилизма и проявлялась в невозможности объединить «идеальный» образ любимой и сексуальную ситуацию. В момент возможного сексуального общения подростки, не умея правильно программировать свое поведение с потенциальной партнершей, испытывали страх, проявляли неадекватные эмоции, могли неожиданно рассмеяться или повести себя агрессивно. Сексуальный компонент либидо оказался у обследованных нами пациентов фактически несформированным.

Отдельную группу среди наших пациентов составили подростки с нарушенным сексуальным поведением в виде гиперсексуальности или изменения сексуального предпочтения. Эти отклонения мы классифицировали как нарушение формирования личности по сексуальному типу. Проявлением повышенного сексуального влечения в допубертатном возрасте у находившихся под нашим наблюдением подростков данной группы была гетеросексуальная влюбленность. Мальчики старались прикоснуться или прижаться к телу родственниц или посторонних женщин. Наиболее ярко гиперсексуальность проявлялась у них в подростковом периоде, когда инстинктивная жизнь подростка становится наиболее напряженной. Половое влечение пробуждалось у них с большой силой. Повышенное сексуальное влечение сопровождалось гомо- или гетеросексуальным фантазированием и эротическими переживаниями. В пубертатном возрасте проявлением этой формы сексуального расстройства были мастурбация с эротическим фантазированием, взаимный онанизм, рассматривание картинок эротического содержания, определенные жесты и высказывания, стремление наблюдать половые отношения взрослых.

Соматосексуальное развитие этой части подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по сексуальному типу было преимущественно (67±10% случаев) ускоренным, у остальных – нормальным. Психосексуальное развитие также в большинстве случаев (57±11%) было преждевременным, у остальных нормальным. Полоролевое поведение у всех было гипермаскулинным.

У 43±11% подростков с нарушением формирования личности по сексуальному типу отмечались нарушения психосексуальной ориентации в виде гомосексуальных тенденций и других форм нарушения направленности либидо и его реализации.

У пациентов этой группы на фоне преждевременного психосексуального развития становление психосексуальной ориентации перемещалось на более ранние возрастные периоды (препубертатный и парапубертатный), что и приводило к искажению сексуальных проявлений, свойственных возрасту. Поэтому в этой группе подростков не всегда наблюдалась четкая гетеросексуальная ориентация. Помимо наблюдавшихся у этих пациентов тенденций к гомосексуализму, эксгибиционизму, зоофилии, у них отмечалось увлечение порнофильмами и порнографическими изображениями. Нарушение на-

правленности либидо и фиксация неадекватных форм его реализации было обусловлено переносом условных полоролевых игр на более поздние сроки при качественно ином уровне.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать заключение, что у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по разным типам возбудимого круга в большинстве случаев имеют место нарушения полового развития, причем наблюдается зависимость характера этих нарушений от типа нарушения формирования личности. Возможность такого психопатологизирующего развития необходимо учитывать при организации диспансерного наблюдения и психологического сопровождения детей с перинатальными факторами риска и разработке системы психокоррекции, направленной на реабилитацию больных и их адаптацию в семье и обществе.

*І.Б. Даценко*

## **СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ І ФОРМУВАННЯМ ОРГАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ ЗБУДЛИВОГО ТИПУ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Під час обстеження 175 підлітків з мозковою дисфункцією і формуванням органічного розладу особистості збудливого типу виявлено порушення статевого розвитку, переважно передчасний розвиток. Зроблено висновок про необхідність організації диспансерного спостереження підлітків з перинатальними чинниками ризику розвитку вказаної патології та розробки системи психокорекції, спрямованої на реабілітацію хворих та їх адаптацію у сім'ї й суспільстві. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 113-119).

*I.B. Datzenko*

## **SEXUAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS WITH A BRAIN DYSFUNCTION AND WITH FORMING AN ORGANIC EXCITABLE DISTRESS OF PERSONALITY**

Kharkov medical academy of a postgraduate study

At the investigation of 175 adolescents with a brain dysfunction and with forming an organic excitable distress of personality there was revealed a disorder of sexual development – the premature development mainly. The conclusion was drawn that it is necessary to organize a clinic supervision on adolescents with prenatal risk factors of pointed pathology development and to work out the system of psychocorrection directed to rehabilitation the patients and their adaptation in family and society. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 113-119).

*Литература*

1. Маслов В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология: Ручов. для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т.2. – С.27-115.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
3. Нарушения полового развития / А.М.Жуковский, Н.Б.Лебедев, Т.В.Семичева и др. / Под ред. М.А.Жуковского. – М.: Медицина, 1989. – 272с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319с.
5. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: Феникс+, 2001. – 208с.
6. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей: Ручов. для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 214с.

7. Кербиков О.В., Фелинская Н.И. Судебная психиатрия / Под ред. Г.В.Морозова. – М.: Медицина, 1965. – С.327-347.
8. Демченко А.Н., Черкасов И.А. Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата: Метод. рекомендации. – Харьков: НИИ эндокринологии и химии гормонов. – 1978. – 23с.
9. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А.Н.Демченко, В.А.Бондаренко, Т.Е.Бурма и др. // Врачебная практика. – 2000. – №3. – С.76-79.
10. Marshall W.A., Tanner J.M. Variations in the pattern of pubertat changes in boys // Arch. Dis. Child. – 1970. – V.45, N13.
11. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. – Stuttgart: H.Huber, 1960. – 269s.
12. Heilbrun A.B. Human sex-role behavior. – N.Y.: Pergamon Press, 1981. – 2045p.

Поступила в редакцию 17.10.2006