ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ

А.Г. Головина

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

В работе на примере контингента подросткового кабинета ПНД анализируется ряд проблем, связанных с психопатологической диагностикой расстройств личности в период адолесценции.

Ключевые слова: подростки, психические расстройства, патология личности.

В предыдущей статье было начато обсуждение проблем, связанных с диагностикой патологии личности на этапе адолесценции[1]. Поскольку вопрос о важности ее изучения, особенно в контексте выявленного экспоненциального увеличения распространенности расстройств личности (РЛ) в подростковых контингентах, отмеченный российскими исследователями [5, 11], уже рассматривался, остановимся на некоторых частных аспектах трудностей, с которыми сталкиваются подростковые психиатры в ходе своей работы.

В качестве иллюстрации рассмотрим результаты нескольких отечественных исследований. В.Г. Бухаров и И.Р. Семин [3] обсуждали динамику распространенности РЛ среди призывников Томской области, выявив их в 2003 г. у 61,2 % контингента лиц призывного возраста с психической патологией. Наиболее часто диагностировались эмоционально неустойчивое (60,7 %) и инфантильное (17,8 %) РЛ. Однако в тот же период (2007) Т.В. Глушко [4] отмечает как наиболее частые аналогичные варианты РЛ у подростков-допризывников, проживавших в Томске и Томской области, в ином соотношении (соответственно в 42,3 % и 41,6 % случаев). При этом автор диагностирует меньшую частоту тревожного и смешанного РЛ, не обнаруживая среди обследованных таких распространенных вариантов патохарактерологических девиаций, как РЛ круга шизофрении (шизоидных, шизотипических), а также истерических. Отсутствие патологии личности, относящейся к кластеру А (эксцентричному), противоречит имеющимся статистическим данным. Так, S. Togersen [13] указывает на распространенность шизоидного РЛ 0,9 % для общей популяции, для клинических выборок — 2,2 %. Не исключено, что подобный результат связан с особенностями анализируемого контингента: юноши, обследованные в условиях стационара и, возможно, впервые попавшие в поле зрения психиатра лишь в период решения вопроса о годности к воинской службе. Пациенты же с патохарактерологическим складом, родственным шизофрении (за исключением, пожалуй, параноидного, чьи свойства полностью проявляются по миновании пубертата), демонстрируют свои базовые особенности уже к 3–4 годам на этапе второго возрастного криза (кризиса трех лет), совпадающего с необходимостью активной социализации [6, 8]. За счет проявлений социальной дезадаптации, наличия дополнительной симптоматики (фобий, обсессий, психопатоподобных, соматоформных, аффективных нарушений) такие больные наблюдаются у психиатра с детства [1]. Что касается отсутствия в обсуждаемой работе пациентов с истерическим вариантом патохарактерологических девиаций, то не исключено, что проявления свойств других форм, относящихся к драматическому кластеру, на этапе подростничества затруднили их выявление.

Косвенно это подтверждается тем, что в работе В. Г. Бухарова и И.Р. Семина [3], проведенной на сходном материале в том же регионе, лица с шизоидным РЛ составили 3,9 % от всех пациентов с выявленной личностной патологией, с параноидным — 1,2 %, истерическое же РЛ диагностировано в 2 % случаев. Кроме того, спектр патохарактерологических девиаций, обнаруженных этими исследователями, был широким и включал практически все категории, перечисленные в МКБ-10.

В работе Н.В. Буравцовой и соавт. [2] отмечено наличие среди юношей призывного возраста таких редко диагностируемых вариантов, как нарциссическое РЛ (около 6 %), в этой же работе показано преобладание пациентов с пограничным РЛ (по основным критериям практически совпадающее с эмоционально неустойчивым) — 40 %. Выявлено также в 3 % случаев параноидное РЛ (в исследовании речь шла о лицах 18–23 лет), не характерное для лиц подросткового возраста и обычно диагностируемое начиная с 24–25 лет [10]. При этом авторы не отмечают среди обследованных ни одного случая инфантильного РЛ.

Обсуждая нарциссическое РЛ, встречающееся у взрослых в общей популяции в 1 % случаев, в клинических же выборках — в диапазоне

[1] См: А.Г. Головина. К проблеме расстройств личности в подростковом возрасте // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2018. — № 1. — С. 17.

2–16 % [13], нельзя не уточнить, что его диагностика на этапе адолесценции представляет определенную сложность. Характерные для указанного склада свойства — самонадеянность, высокомерие, убежденность в собственных ценности и превосходстве над окружающими, уникальности и будущей успешности в сочетании с повышенной гневливостью, завистливостью, склонностью к провокациям могут быть проявлением истеро-возбудимых черт в сочетании с недостаточностью критики, присущей незрелому индивидууму, особенно если речь идет о лицах гипертимного полюса. Все эти особенности бывает трудно адекватно оценить у заведомо несформировавшейся личности, находящейся в периоде адолесценции.

Что касается инфантильного расстройства личности, то пациентам, страдающих им, в подростковом возрасте присущи легкость формирования истерических реакций с бурным выражением обиды, гневом, агрессией, слезами при малейших ограничениях и запретах, излишняя «детскость» не только в привычках, манере держаться, но и в характере мышления, способах решения проблем,чрезмерности в проявлениях своих чувств [7, 9]. Однако более выраженная психологическая незрелость, характерная для подростков с психическими нарушениями в сравнении с их здоровыми сверстниками, затрудняет диагностику указанной патологии до достижения взрослого возраста, так как катамнестическое прослеживание указывает на значительную долю ошибок при ранней постановке данного диагноза. Кроме того, в МКБ-10 оно классифицируется в рубрике F60.8 (другие специфические РЛ), которую ряд специалистов, даже работающих со взрослыми пациентами, предпочитают не использовать или применяют крайне редко.

Приведенные данные свидетельствуют о соответствующей клинической реальности сложности адекватной дифференциально-диагностической оценки патологии личности в подростковом возрасте.

Цель работы: уточнение типологических вариантов, их количественных соотношений, а также погрешностей в диагностике расстройств личности у подростков, обращающихся в подростковый кабинет ПНД.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные клинико-катамнестического, патопсихологического обследования 105 пациентов подросткового кабинета ПНД № 13 г. Москвы (79 юношей, 26девушек 15–17 лет, средний возраст 16,2 ± 0,8 года), наблюдавшихся в 2011–2017 гг. по поводу РЛ.

Критериями включения были: диагноз расстройства личности, возраст 15–17 лет, информированное согласие пациента и его законных представителей на интервью.

Критериями невключения являлись: наличие эндогенного процесса, тяжелой текущей сомато-неврологической патологии, выраженных форм умственной отсталости, а также варианты личностной патологии, этиологически ассоциированные с органическим дефектом, включенные в раздел F07 как относящиеся к группе приобретенных аномалий личности, имеющих ряд отличий от конституциональных феноменов и нуждающихся в отдельном обсуждении.

Представленность в данном контингенте РЛ в целом сохраняется примерно на одном уровне последние 15 лет и составляет в среднем 8 %. При этом выявлено существенное видоизменение соотношения различных типов РЛ у подростков, обращавшихся в ПНД, — доля РЛ шизофренического спектра возросла за этот же период более чем в 2 раза.

Анализ типологической принадлежности РЛ, диагностированных у пациентов, показал, что заметно преобладало шизотипическое личностное расстройство (F 21.8), — оно выявлено у 41 больного (36 юношей, 5 девушек — 39 %), кроме того, у 14 (11 юношей, 3 девушки — 13,3 %) выявлено шизоидное расстройство личности (F 60.1). Таким образом, в целом личностная патология круга шизофрении составила 52,3 %. На втором месте (15 случаев: 10 юношей, 5 девушек — 14,3 %) оказалось смешанное (F 61.0) РЛ. Эмоционально неустойчивое (F 60.3) РЛ было представлено 12 случаями (8 юношей, 4 девушки — 11,4 %), примерно с такой же частотой встречалось истерическое РЛ (F 60.3) — у 11 человек (3 юноши, 8 девушек — 10,5 %). Заметно более редкими оказались тревожное РЛ (F 60.3) — у 7 пациентов (5 юношей, 2 девушки — 6,7 %) и ананкастное РЛ (F 60.5) — у 5 (все юноши — 4,8 %).

Соотношение юношей и девушек составило 3:1 и отражает как заметное преобладание лиц мужского пола в контингенте подросткового кабинета ПНД, так и их большую подверженность личностной патологии круга шизофрении, составившей среди обследованных чуть более половины — 52,3 %. Безусловно, в общей популяции сверстников эти показатели будут иными, кроме того, типологические варианты окажутся многочисленнее.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всех больных объединяла особая, им присущая, стойкая дисгармоничная совокупность характерологических свойств и паттернов поведения, прослеживавшаяся с детства, определявшая склад личности и воспринимавшаяся индивидуумом как эго-синтонная. Клиническая картина у обследованных отличалась полиморфизмом. К отличавшим больных с детских лет личностным чертам (интровертированности, эмоциональной невыразительности у лиц шизоидного склада, склонности к драматизации, полизависимости,

эгоцентричности у подростков с характерологическими нарушениями истерического кластера) в пубертате присоединялись разнообразные психопатологические феномены, нередко сочетавшие полиморфизм и клиническую незавершенность нарушений с синдромологической предпочтительностью. Это были аффективные расстройства, поведенческие девиации, в ряде случаев достигавшие уровня кондуктивных/конвенциональных нарушений; неврозоподобные, в том числе и реактивные, образования. Часто у подростков, вне зависимости от конкретной типологической принадлежности РЛ, обнаруживались астенические, тревожно-фобические, обсессивные, дисморфические, соматоформные и психосоматические симптомокомплексы, когнитивные, а также волевые нарушения, нередко маскировавшиеся психопатоподобной симптоматикой. Выявлялись аномалии психологического (различные варианты психического инфантилизма), психосексуального развития (нарушение темпов, стереотипов полоролевого поведения, искажения при выборе объектов влечений) в виде ретардации/опережения. Восприятие собственной личностной дисгармонии как эго-синтонного свойства, недостаточность у больных критики к проявлениям иных психических нарушений обуславливало слабую заинтересованность в получении специализированной помощи, нередко — неправомерный отказ от нее. Это влекло за собой невысокое качество жизни даже при нивелировании проявлений аномальных черт личности по миновании этапа адолесценции, на который приходился период декомпенсации, вследствие упущенных возможностей получения образования в соответствии с интеллектуальным потенциалом и запросами личности, приобретения высокого профессионального статуса, формирования прочных интерперсональных связей.

Подробный психопатологический анализ каждого из обнаруженных типологических вариантов РЛ не входил в задачу данной работы и требует отдельного подробного обсуждения, поэтому остановимся лишь на рассмотрении диагностических погрешностей.

В большинстве случаев (80 — 76,2 %) пациенты наблюдались психиатром с детства, лишь 25 из них (23,8 %) впервые обратились к психиатру в подростковом возрасте (15–17 лет), когда корректно было вынести обоснованное диагностическое суждение о наличии у больного патохарактерологических особенностей, достигающих уровня РЛ.

Анализ полученных данных показал, что у 9 пациентов, наблюдавшихся психиатром с детства, диагностике РЛ предшествовали иная нозологическая квалификация имевшихся расстройств. У всех этих пациентов диагноз ставился, исходя из наличия психопатологической симптоматики, определявшейся у пациента на этапе первичного обращения. В 4 случаях речь шла о шизотипическом личностном расстройстве. Больных с раннего возраста отличала характерная чудаковатость, неестественность всего облика, эмоциональная холодность, отсутствие детской живости в поведении и реакциях, неловкость в общении, особенно ярко проявлявшаяся в неумении и нежелании ладить со сверстниками, бестактность, неуместная прямолинейность. Стремление дистанцироваться от окружающих с восприятием пребывания в обществе (включая семейный круг) как утомительной и тягостной необходимости сочеталось у них с симбиотической привязанностью к одному из родных (матери). Существование выраженных, стойких церебрастенических нарушений, аффективная неустойчивость, некоторая примитивность, связанная с невысоким уровнем интеллекта (на уровне низкой популяционной нормы для данного возраста) в детском возрасте позволили расценить пациентов как страдающих непсихотическими органическими расстройствами, часть проявлений патологических личностных свойств отнести к симптомам астении. Личностные особенности в этих случаях квалифицировались как второстепенные, лишь с началом пубертата, когда органические расстройства обнаружили тенденцию к компенсации, сохранявшиеся патохарактерологические особенности дали основания для изменения диагностической категории. У одного пациента с тревожным РЛ и у двоих с истерическим разнообразная соматоформная симптоматика первоначально расценивалась как проявление невротических нарушений. Двое больных (один — с эмоционально неустойчивым, другой — со смешанным РЛ), проявлявшие импульсивность, агрессивность, расторможенность (включая влечения), склонность к группированию с асоциальными сверстниками, раннему началу курения, употребления алкоголя, психоактивных веществ, истинному делинквентному поведению, прогулам/отказам от посещения школы, учебы вообще, в течение нескольких лет наблюдались с диагнозом «органическое расстройство личности и поведения».

Говоря об ошибках и трудностях диагностического процесса, необходимо отделять их от случаев (частых в практике детско-подростковых психиатров), когда выносится предварительное суждение, если необходимо длительное катамнестическое прослеживание для уточнения нозологической природы состояния или в случаях однократного осмотра / кратковременного наблюдения, не позволяющего сделать обоснованное заключение. Кроме того, бывает необходимо использовать реабилитационный диагноз, выставляющийся в интересах пациента, например, для обеспечения ему более широких социальных возможностей. Понятно, что при этом больной фигурирует в данных официальной статистики в иной нозологической рубрике, чем должен, что затрудняет сравнение эпидемиологических показателей.

ВЫВОДЫ

Значительная доля расстройств личности, стабильно присутствующих в контингенте пациентов подросткового кабинета ПНД, подтверждает высокий уровень распространенности обсуждаемых нарушений. Справедливо также неоднократно высказанное авторитетными исследователями, занимающимися данной проблематикой [7, 9, 10], положение о том, что, с учетом их тенденции существования (с началом в детстве, наиболее яркими клиническими проявлениями в подростково-юношеском возрасте), психиатрам и клиническим психологам, оказывающими помощь пациентам, находящимся на этих этапах развития, должно уделять им особое внимание.

При анализе патологии личности в период адолесценции следует учитывать концепцию психопатологии развития [14], позволяющую объяснить формирование различных личностных черт, а соответственно, и личностной патологии в несовпадающие возрастные периоды. С позиций этой теории также, вероятно, следует рассматривать определенную пластичность личности до достижения ею взрослости с отмечаемой иногда сменой на определенном этапе развития индивидуума ведущего психопатологического радикала, для чего последние годы ряд исследователей предлагают использовать термин «нозология развития» [12]. Возможно, на этом пути удастся найти более точные инструменты для диагностики личностных аномалий на этапе взросления.

Неоднозначная, противоречивая и явно недостаточная, если судить по малочисленности работ, информация об эффективности предлагаемых различными авторами терапевтических мероприятий (биологических, психодинамических, психосоциальных) для лиц детско-подросткового возраста свидетельствует о необходимости проведения дальнейших разработок и в этой области.

Литература

1. Борисова Д.Ю. Социальная адаптация подростков с шизоидным расстройством личности (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дисс. ... канд. мед наук. — М., 2007. — 24 с.
2. Буравцова Н.В., Сычева Т.Ю., Маршируева И.Б. Особенности проявления личностных расстройств у юношей призывного возраста // Международный научно-исследовательский журнал. — 2017. — № 4 (58). — С. 154–156.
3. Бухаров В.Г., Семин И.Р. Сравнительная клиническая характеристика призывников с расстройствами личности (по материалам стационарной военно-психиатрической экспертизы) // Бюллетень сибирской медицины. — 2012. — № 4. — С. 142–146.
4. Глушко Т.В. Формирование личностных расстройств у юношей допризывного и призывного возрастов (клинико-динамические и реабилитационные аспекты: автореф. дисс. ... канд. мед наук. — Томск, 2007. — 34 с.
5. Голдобина О.А., Семке В.Я., Трешутин В.А. Тенденции состояния психического здоровья населения крупного агропромышленного региона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — № 12. — С. 42–45.
6. Зверева Н.В. Возрастные кризисы и проблема психопатологии развития детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2013. — № 2 (13). — С. 51–59.
7. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 464 с.
8. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. — 9-е изд. — СПб.: Питер. — 944 с.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 480 с.
10. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. — М: Медпресс-информ, 2009. — 208 с.
11. Ходырева Е.А., Чуркин А.А. Динамика показателей распространенности непсихотических психических расстройств среди детей и подростков в возрасте 0–14, 15–17 лет в г. Москве в 2000–2009 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2012. — № 2. — С. 15–21.
12. Strofe L.A., Egeland B., Carlson E., Collins W. The Development of the person The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. — NY: Guilford Press. — 2005. — 384 p.
13. Togersen S. Epidemiology. In: T.A. Widiger (ed.) The Oxford handbook of the personality disorders. — Oxford: University Press. — 2012, Del. 2, k. 9. — P. 186–205.
14. Rutter M. Strofe L. A. Developmental psychopathology: Concepts and challenges // Development and Psychopathology 2000; 12: 265–296.

Difficulties in diagnosis of personality disorders during adolescence

A.G. Golovina

Mental Health Research Center, Moscow

The paper analyzes a number of problems associated with the psychopathological diagnosis of personality disorders in the period of adolescence on the example of the contingent of the adolescent HDPE Cabinet.

Keywords: adolescents, mental disorders, pathology of the personality.