

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ И РАССТРОЙСТВ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА

С.В. Гарганеев (Томск)

Аннотация: Рассматриваются вопросы поведения личности (девочек-подростков) в социуме. Изучается специфика социально-поведенческих расстройств у лиц женского пола. Обсуждается возможный риск появления эндогенных психических заболеваний вследствие расстройств социального поведения и функционирования (РСПФ). Ведется поиск причин РСПФ, среди которых называются параметры, как генетически и соматически обусловленные, так и психологически и социально. Поднимается проблема акцентуаций характера в связи с РСПФ и их причинами.

Ключевые слова: Социальное поведение и функционирование (СПФ), расстройства социального поведения и функционирования (РСПФ), эмансипация, оппозиция, имитация, свободное группирование, эндогенные психические заболевания, акцентуация.

Социальное поведение и функционирование (СПФ) – это способность устанавливать социальные контакты и пользоваться их результатами, отражающаяся в особенностях личности (акцентуацией). В современной литературе и клинической практике подростковой психиатрии широко рассматриваются особенности и расстройства социального поведения и функционирования (РСПФ) подростков [3, 13]. В структуре современных классификаций пересмотра (ICD-X, DSM-III-R) СПФ отражает подростковые поведенческие реакции, а РСПФ – патохарактерологические [3]. Вместе с тем, остаются малоизученными психологические аспекты СПФ девочек-подростков. Наряду с отличающимся течением пубертатного периода, СПФ девочек и мальчиков различно в связи с соответственно разными поведенческими и патохарактерологическими реакциями [1, 3, 5, 6]. Задачей настоящего исследования является попытка распознавания и подтверждения специфичности некоторых особенностей и расстройств СПФ девочек, отраженных их особенностями личности и проявляющимися в поведенческих и патохарактерологических реакциях. Данные литературы и клинической практики свидетельствуют о присутствии девочкам подростковых поведенческих реакций эмансипации, оппозиции, свободного группирования со сверстниками и имитации, которые при воздействии отрицательных социальных факторов – неблагоприятных отношений, главным образом в семье, коллективе (условия жестких отношений, эмоциональное отчуждение, гипер- и гипопротекция), наследственной психопатологической и соматической отягощенности, неполноценной органической почве трансформируются в патохарактерологические реакции, проявляющиеся у девочек побегами (импунитивными, эмансипационными, демонстративными), алкоголизацией, промискуитетом, суицидальным поведением [5-7, 9, 10]. Как правило, в сферах психосоциальных отношений девочек имеет место «концентрирование сенситивности» [11, 12]. Многими авторами особенности и расстройства СПФ рассматриваются в аспекте «предболезненных состояний» [1-3, 8]. Учитывая вышеперечисленные исходные данные, целью настоящей долговременной работы является рассмотрение выявляемых особенностей и расстройств СПФ девочек-подростков в аспекте риска эндогенных психических заболеваний.

Для более глубокого изучения СПФ девочек-подростков проводилось исследование 48 испытуемых – учащихся средних школ (средний возраст $15 \pm 1,5$ лет, с согласия испытуемых и/или их представителей). Предварительно получены объективные данные о наличии наследственной психической и соматической патологии у испытуемых и их близких родственников, о показателях социального поведения и функционирования: успеваемости, отношениях в школьном коллективе и с преподавателями, отношениях в коллективе вне школы (в кружках, студиях и др.), отношениях в семье, отношениях к правилам, законам, критике, отношениях среди друзей, знакомых, сексуальных отношениях, привычках. Непосредственное исследование СПФ проводилось с использованием наблюдения, интервьюирования и обследования при помощи патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко. Характерные особенности и расстройства СПФ у девочек распределены по трем группам.

В первую группу, составившую 20 человек (42%) вошли явно акцентуированные девочки. РСПФ возникали в «точке наименьшего сопротивления» их акцентуации вследствие отсутствия опыта психосоциальных отношений.

Вторая группа (27%) представлена 13 девочками с трансформацией явной акцентуации в скрытую. РСПФ проявлялись четкими стереотипами поведения, сформировавшимися в результате постоянных социальных контактов девочки. Большинство девочек имеет амальгамный тип акцентуации.

Третью группу составили 15 девочек (31%) с РСПФ, обнаруженные при выявлении их по большинству социальных показателей. У 9 девочек (65%) этой группы имеют место, преимущественно, расстройства поведения, а у 6 (35%) – расстройства функционирования (по типу эндогенных реакций) на органически неполноценной почве и на фоне наследственной психопатологической отягощенности.

Обсуждение результатов исследования показывает, что «точкой наименьшего сопротивления» акцентуации для девочек первой группы является отсутствие опыта психосоциальных отношений, тогда на первый план выступают специфичные «юенские» поведенческие и патохарактерологические реакции, упоминаемые некоторыми авторами [6, 7, 9]. Гипертимные девочки в результате «гнетущей» их монотонности, об-

наруживают высокий показатель эмансипации, сопровождающийся эмансипационными побегами, алкоголизацией. Истероидные, в условиях равнодушия, пытаются привлечь внимание вымышленными фактами, демонстративными аутоагрессивными реакциями, демонстративными побегами. У эпилептоидных разворачивалась бурная злобно-аффективная реакция, если не считались с их мнением, или если появлялась малейшая конкуренция. Девочки этой группы обнаруживали РСПФ в отношениях с родителями, учителями, окружающими, незнакомыми, в отношениях к критике, правилам и законам. Вторая группа состоит из более старших девочек, уже имеющих опыт психосоциальных отношений, поэтому ввиду наслонения других черт на ядро личности РСПФ, проявлялись стереотипами поведения: эпилептоидные «прижимали» давние события с целью получения выгоды; поверхностные знакомства с влиятельными людьми ради престижа являлись своеобразным стереотипом поведения у истероидных; неустойчивые с целью освобождения от обязанностей использовали ложь, подлог, предпочитали не вступать в регламентированные отношения. Источником РСПФ является область постоянных психосоциальных контактов на фоне дефектов воспитания в семье (доминирующая, потворствующая гиперпротекция, гипопротекция, патологические стереотипы поведения родителей). По большинству социальных показателей обнаруживали РСПФ девочки третьей группы, которые у 9 человек проявились эмансипационным, демонстративно-суицидальным, оппозиционно-вызывающим, делинквентным, «гебоидным» (т.е. дурашливым) поведением, экстрагунитивными аффективными реакциями, алкоголизацией, склонностью к промискуитету, наркомании на фоне неустойчивой, гипертимной, истероидной и конформной, а также смешанной шизо-неустойчивой, эпи-неустойчивой, истеро-неустойчивой акцентуаций. Признаки психопатизации наблюдались у 3 человек. Другие 6 девочек обнаруживали РСПФ по типу эндогенных реакций, проявившихся дисморфобией, нервной анорексией, аутизацией, истинным суицидальным поведением, интрагунитивными аффективными реакциями, гебоидными включениями, расстройствами настроения по типу биполярных, депрессивными эквивалентами на фоне шизоидной, эпилептоидной, астеноневротической, психастенической, циклоидной, а также смешанной шизо-эпилептоидной акцентуации. Признаки психопатизации обнаружили у 2 человек. Основными источниками РСПФ в данной группе девочек являются не только дефекты воспитания, патологические стереотипы поведения родителей и других, социально контактирующих, лиц, индуцирующих у этих девочек реакцию имитации, но и наследственная психопатологическая отягощенность, явления органической патологии центральной нервной системы, хронические соматические заболевания с отражением разных типов отношения к ним, а также конституциональные личностные особенности. Эти девочки, имеющие указанные факторы, объединены в «группу риска» по эндогенным заболеваниям.

Данные клинического обследования подтверждены результатами экспериментально-психологических исследований по шкалам тревожности Спилберга и шкале невротизации Л.Н. Собчик: выявлены корреля-

ции между типами личности, уровнями реактивной и личностной тревожности и уровнями невротизации. Так, в третьей группе девочек у шизоидных наблюдается мозаичность и диссоциация уровней реактивной и личностной тревожности и невротизации. Выраженная цикличность в сочетании с диссоциацией тревожности и невротизации обнаружена у циклоидных (признаки, не укладывающиеся даже в самые высокие показатели признаков психопатизации по ПДО). Анализ данных исследования девочек первой группы показал соответствие шизоидному типу низкого уровня реактивной и высокого уровня личностной тревожности. У «чистых» шизоидов уровень невротизации средний с тенденцией к снижению, а при присоединении сенситивного, психастенического и астеноневротического компонента – высокий. Аналогично обнаруживались корреляции и по другим типам личности. Девочки второй группы не обнаружили четких корреляций вследствие нивелирования личностных черт. С учетом сфер социальных контактов девочек обнаружилось, что источник повышенной тревожности и невротизации находится в сферах социальных контактов девочки с наличием «концентрирования сенситивности», что формирует поведенческие реакции. Патохарактерологические реакции, характерные для девочек возникают при наслонении на «концентрирование сенситивности» неблагоприятных социальных, конституциональных, наследственно обусловленных и приобретенных факторов риска. Вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

1. Выявлены специфичные для девочек расстройства социального поведения и функционирования.

2. 42% девочек имеют расстройства социального поведения и функционирования в рамках акцентуации, а в 30% случаев наблюдался переход явной акцентуации в скрытую, и особенности, и расстройства социального поведения, и функционирования проявлялись наличием стереотипов поведения.

3. Среди девочек с явными расстройствами социального поведения и функционирования, 65% имеют преимущественно расстройства поведения, а 35% – преимущественно расстройства функционирования. Показатель расстройств социального функционирования по типу эндогенных реакций в популяции составляет 8%.

4. Расстройства социального поведения и функционирования, специфичные для девочек, возникают вследствие наслонения на «концентрирование сенситивности» психосоциальных отношений различных неблагоприятных социальных, конституциональных и приобретенных факторов. Рассмотрены расстройства социального поведения и функционирования в аспекте риска эндогенных психических заболеваний.

5. В последующем, предполагается обследовать репрезентативную группу девочек и установить клинически дифференцированные группы, что будет необходимо для разработки практических программ для сохранения здоровых психосоциальных отношений девочек, особенно в группах риска.

Литература

1. Вроно М.Ш. О различных подходах к изучению нарушений поведения у детей и подростков//Педиатрия.– 1989.– Вып. 3.– С. 77-80.

2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Н. Новгород: Медицинская книга. – Изд-во. НГМА, 1998.
3. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск: Изд-во. ТГУ, 1994.
4. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: Вища школа, 1981.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983.
6. Личко А.Е., Скродский Ю.А., Иванов Н.Я. Особенности психопатий и акцентуаций характера у подростков женского пола//Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1982. – Вып.10. – С. 84-86.
7. Наталевич Э.С., Посохова В.И. Клинические формы психогенных (реактивных) депрессий в подростковом и юношеском возрасте//Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1982. – Вып.10. – С. 98-104.

8. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. – 183 с.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз. – Т. I-III, 1965.
10. Цудульковская М.Я., Орлова В.А., Михайлова В.А. Об атипичных депрессиях в дебюте эндогенных заболеваний юношеского возраста//Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1982. – Вып. 11. – С. 1077-1087.
11. Berne E. Games people play. The psychology of human relationships. - Penguin Books. - Corgi Books, 1996
12. Berne E. What do you say after you say hello! The psychology of human destiny. - Penguin Books. - Corgi Books, 1996.
13. Gelder M., Gath D., Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford university press, 1997.

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS of FEATURES and FRUSTRATION
SOCIAL BEHAVIOUR and FUNCTIONING of the TEENAGERS FEMALE
S.V. Garganejev (Tomsk)**

The summary: The questions of behaviour of the person (girls-teenagers) in society are considered. The specificity of social-behavioural frustration at the persons of a female is studied. The possible risk of occurrence of endogenic mental diseases owing to frustration of social behaviour and functioning (FSBF) is discussed. The search of the reasons of FSBF is conducted, among which the parameters, both generically and somatically caused, and psychologically and socially refer to as. The problem of accentuations of character rises in connection with FSBF and their reasons.

Key words: Social behaviour and functioning (SBF), frustration of social behaviour and functioning (FSBF), emancipation, opposition, imitation, free grouping, endogenic mental diseases, accentuation.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИО-КУЛЬТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ 90-х ГОДОВ НА МОТИВАЦИЮ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (по данным психиатрического стационара)

И.В. Кодзеева (Томск)

Аннотация: Анализируется синдром нарушения пищевого поведения при пограничных психических расстройствах и заболевании шизофренией. Обсуждаются причины подобных нарушений, среди которых называются смена социальных стереотипов и социальные кризисы. Кроме того, в качестве причин нарушения пищевого поведения отмечаются дисморфофобии, дисморфомании, бредовые идеи, депрессия и ряд других. Осуществляется попытка анализа мотиваций отказа от приема пищи.

Ключевые слова: Нервная анорексия, синдром нарушения пищевого поведения, шизофрения, образ тела, пограничные расстройства, нозология, мотивация.

Сознательный отказ от приема пищи или значительное его ограничение, которое квалифицируется как синдром нервной анорексии [Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В., 1986], по данным разных авторов, отмечается у 0,1-3,2 % населения [Campbell D., Pieri L., 1997; Baggs et al., 1997]. Традиционно мотивом отказа от приема пищи называется стремление больных снизить вес тела в связи с представлениями о мнимой полноте. Однако в последнее время появились работы, где подчеркивается ограниченность этих представлений и несоответствие их клинической реальности [Casper R., 1997 и др.].

Синдром нарушений пищевого поведения при таком серьезном заболевании, как шизофрения, равно как и в ряду пограничных психических расстройств (неврозы и личностные анома-

лии) обусловлен воздействием ряда факторов: социо-культурных, психических, биологических. Исключительную роль среди них играют особенности подросткового возраста: становление социально значимого образа тела и повышенная чувствительность к социальным влияниям. Кризисное состояние социально-экономических и общественных структур, отсутствие «целостной идеи нового воспитания» [Сикевич З.В., 1996] ведут к критической смене культуральных стереотипов и формированию различных типов взаимодействия культур (как симбиотических, так и противоречивых). Нередко этот процесс сопровождается возникновением отклоняющихся форм поведения.

Субклинические формы нарушений пищевого поведения часто оказываются вне поля зрения специалистов, что во многом связано с мнени-