

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ТОЧКА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ДЛЯ ПСИХИАТРА?

Б.К.М. Раас

Профессор судебной психиатрии, Нидерланды

История развития психиатрии представлена цепочкой научных парадигм, доминирование которых определяется эпохой, местными условиями и особенностями культуры. Все мы являемся свидетелями того, как научные исследования в области биологии (в т.ч. генетика), психологии и социологии усиливают свое влияние на клиническую практику в психиатрии.

В рамках общей психиатрии заметно усиливается дифференциация в зависимости от возраста групп пациентов. Активно развиваются субспециальности детской и подростковой психиатрии и геронтопсихиатрии, и тому есть мощное клиническое основание: обе напрямую связаны с особенностями физического развития в сочетании с психологическими и средовыми воздействиями в определенной фазе жизни.

Данная статья посвящена подростковому возрасту, в котором, помимо биологических факторов, сильно выражено влияние психологических и социальных воздействий на развитие индивидуальной идентичности. Некоторые психиатры уже употребляют термин «переходная психиатрия», или «психиатрия переходного возраста» (англ. *transitional psychiatry*) применительно к психиатрической практике с тинейджерами, выделяя, таким образом, стадию перехода от детско-подростковой психиатрии к психиатрии взрослой.

В этой связи особое значение приобретает знание психиатрами подросткового возраста как периода формирования социальной идентичности и учет особенностей этого периода в организации помощи.

Подростковый возраст

В литературе нет единого мнения о точных возрастных границах для термина «подростковый возраст». При этом в некоторых странах разделяют пубертат и подростковый возраст, тогда как в других странах пубертат включают в подростковый возраст, где-то выделяют ранний и поздний подростковый/юношеский или ранний взрослый возраст. Кроме того, степень созревания тела, рассудка и уровня социального функционирования сильно различаются у разных подростков, то есть, здесь широко представлено индивидуальное разнообразие.

Эти различия, помимо прочего, могут влиять на смысл юридического понятия прав и ответственности, связанных с наступлением определенного возраста (например, право голосовать на выборах) и, соответственно, на применение гражданского и уголовного законодательства на основе фиксированных возрастных групп. Хорошо известно, что одни подростки ведут себя как взрослые люди уже в 17 лет, а другие остаются незрелыми, достигнув 22 лет.

Исследования последних лет указывают на наличие половых различий в созревании тела и паттернах психологического развития. В ситуации конфликта девочки более склонны давать интровертированные реакции (подавленное настроение, нарушения пищевого поведения, соматизация), тогда как мальчики обычно более развернуты вовне и расположены к поведению, связанному с внешним отреагированием. Исследования в области нейронаук также показывают, что развитие головного мозга не прекращается с появлением на свет, а продолжается минимум последующие два десятилетия. Это, с одной стороны, предполагает возможность положительных (стимулирующих) влияний на развитие мозга в этот период, а, с другой стороны, указывает на уязвимость, в том числе, к вредным воздействиям из окружающего мира.

В данной статье мы рассматриваем подростковый возраст как период между 15 и 25 годами жизни. В некоторых странах это время называют юностью.

Некоторые основные психиатрические расстройства проявляются именно в подростковом возрасте. В этот период появляются симптомы большинства первых эпизодов шизофрении, а также биполярного расстройства, случаются разовые психотические эпизоды. В этой связи абсолютно оправдан вопрос о роли специфических психологических и социологических характеристик этого периода, помимо генетической уязвимости. В некоторых случаях манифестации этих расстройств предшествуют поведенческие изменения, которые могут быть диагностированы как антисоциальное поведение. Впоследствии может оказаться, что эти изменения были первым признаком более тяжелого расстройства.

Нередко в фазе перехода к взрослому возрасту отмечается утяжеление проявлений расстройства личности. Кроме того, на фоне ослабления среды безопасности, обеспечиваемой ядерной семьей и принадлежностью к школьному сообществу, вступление во взрослую жизнь может оказаться очень стрессовым периодом для молодых людей с умственной отсталостью (в т.ч. легкой) или расстройством развития (в т.ч. с неуточненным стойким расстройством развития).

В случае, если у ребенка был упущен диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), в подростковом возрасте может последовать тяжелое дезорганизующее поведение, которое нередко заканчивается криминальной карьерой. Подобная картина проявляется в больших обследованиях тюремных популяций.

Разумеется, этот период не обходится без использования алкоголя и наркотиков. Подростки входят в большой мир, и для большинства из них совершенно понятно любопытство к новому опыту. Многие начинают экспериментировать с психоактивными веществами – обычно это делается в группе сверстников. Нидерландский опыт показывает, что подавляющее большинство подростков употребляет психоактивные вещества время от времени, без формирования зависимости и без вмешательства этих веществ в их жизнь и движения к поставленным целям. К тому же здесь можно говорить о более или менее специфических обстоятельствах или воздействиях и возможной уязвимости, которые могут в конечном итоге привести к злоупотреблению психоактивными веществами или развитию зависимости. Похоже, что взаимодействия генно-средовых факторов играют значительно более важную роль, чем «теория ступенек» с ее последовательным переходом от более легких психоактивных веществ к более тяжелым.

Очевидно, что злоупотребление психоактивными веществами может негативно влиять на течение вышеупомянутых психических расстройств. Психиатр должен учитывать, что употребление наркотиков может быть способом самолечения (например, с целью подавить тревогу). При этом не стоит недооценивать психозы, вызванные употреблением наркотиков, а также острые и хронические эффекты алкоголя (в том числе, их воздействие на развивающийся мозг).

Вклад Эрика Эриксона (1902–1994)

Многие специалисты считают американского психолога – выходца из Германии – Эрика Эриксона (Erik Erikson) одним из отцов-основателей эго-психологии постфрейдовской эпохи [2, 3]. Сторонники этого направления считают эго-функции не сугубо защитными механизмами, но отводят им более важную роль – непрерывной интеграции всевозможных противоречащих друг другу влияний

как внутри личности, так и взаимодействий личности с социальной средой. Соответственно, терапевтические интервенции оказываются направлены главным образом на усиление «эго» пациента.

В своей теории Эриксон много внимания уделяет возможным проблемам развития в подростковом возрасте. В качестве примеров он приводит следующие:

1. Преждевременное прекращение (foreclosure): досрочное закрытие процесса развития или экспериментирования. В результате остаются недоисследованными разнообразные способности подростка. Молодой человек примиряется с ожиданиями своего окружения в отношении себя, что чревато риском реального кризиса идентичности в более старшем возрасте.

2. Спутанность идентичности (identity confusion): постоянная спутанность идентичности. Подросток продолжает экспериментировать и никак не может сделать свой выбор, что ведет к загруженности самим собой и неспособности установить значимые отношения с другими людьми.

3. Синтетическая идентичность (synthetic identity): подросток судорожно старается вписаться в закрытую систему и примеряет на себя искусственную идентичность. В этом случае он тоже не пытается выяснить, в какой мере избранная им идентичность соответствует его глубинным желаниям и талантам. Нередко он проявляет нетерпимость к другим мнениям с целью защитить себя от возможных сомнений относительно избранного им пути.

4. Негативная идентичность (negative identity): формирование отрицательной идентичности возможно как сопротивление сильному авторитету (наиболее вероятно, внутри семьи). Подросток начинает идентифицировать себя с ролями и формами поведения, которые раньше расценивались им как нежелательные и опасные.

Конечно, на практике реальные пациенты никогда точно не укладываются в вышеизложенные схемы, как мы это увидим на примерах конкретных случаев. Одна из целей нижеприведенных описаний – показать, что развитие социальной идентичности в подростковом возрасте необходимо для вступления во взрослую жизнь, и это то общее, что их объединяет, даже если в этот процесс вмешивается психиатрическое расстройство.

Случай 1. Молодой человек А., 18 лет, направлен судом на принудительное судебно-психиатрическое лечение в специализированной клинике. Будучи членом молодежной банды, он участвовал в вооруженном ограблении, в котором два человека серьезно пострадали от ударов ножом. Сам А. оружия не использовал, но наносил удары по телам пострадавших ногами, когда те уже лежали на полу.

Судебно-психиатрическая и психологическая экспертиза показала у А. нижнюю границу среднего

уровня интеллекта (IQ 85–90). Во время беседы с психиатром в ходе экспертизы он выказывает тревогу, и его отношение изменяется от упрямства к сотрудничеству. Признаков психоза или тяжелого расстройства настроения не обнаружено. Когнитивное функционирование, в том числе память, не поражены.

Оба его предплечья покрыты татуировками с изображениями орлов, пистолетов, истекающих кровью сердец и свастика (в большом количестве). Вначале А. пытается себя вести как мачо, но вскоре становится ясно, что он испытывает облегчение, рассказывая о себе. Он признает, что принимал участие в ограблении, но добавляет, что боялся быть отвергнутым группой, если он откажется пойти с ними. То же касается и начала употребления разнообразных наркотиков, когда он прибил к группе. А. отрицает присутствие у него наркозависимости, и он никогда не использовал наркотики в одиночестве. В день ограбления он перед выходом на «дело» немного покурил конопли, чтобы унять волнение.

А. происходит из семьи, относящейся к нижним слоям среднего класса, у него есть сестра (моложе его). Отец много времени проводил на работе, а когда бывал дома, то мог вести себя очень авторитарно, непредсказуемо, с применением насилия, особенно если его не устраивало поведение сына дома или в школе. Мать не могла защитить его от агрессии отца, а сестра была любимицей обоих родителей, в том числе потому, что ее оценки в школе были намного выше, чем у брата. Школьная успеваемость А. продолжает ухудшаться, в том числе из-за прогулов и отстраненного и избегающего поведения в школе.

А. все больше времени проводит на улице в компании главным образом парней постарше. Он начинает подражать их поведению и, чтобы почувствовать себя настоящим членом группы, наносит те же татуировки, что и у других. Что касается его анти-социального и криминального поведения, то тут он не столько инициатор, сколько ведомый.

По итогам судебно-психиатрической и психологической экспертизы он признан уменьшено вменяемым в отношении преступления, в котором он соучаствовал (личностное расстройство, характеризующееся незрелостью, а также избегаемым и зависимым поведением). В связи с риском рецидива суд решает направить А. на принудительное лечение в закрытое психиатрическое заведение. Основу лечения составляет индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, а также выработка профессиональных навыков – все это с целью стимулировать развитие более сильной и позитивной идентичности.

А. положительно относится к предложенной терапии и следует ей. Одним из результатов становится обращение за помощью по поводу удаления с применением лазера его броских татуировок – как признак дистанцирования от прошлой компании и проявление нежелания быть в глазах других людей членом ультраправой банды.

Случай 2. Девушка В., 19 лет, направлена в психиатрическую амбулаторную службу в связи с нарастанием социальной изоляции и суицидальными мыслями. Она является старшей из трех детей, у нее есть два брата. Два года назад семья вернулась из восточно-африканской страны, в которой родители работали врачами: отец как специалист в области внутренних и тропических болезней, а мать как врач общей практики. Прежде чем вернуться на родину в Голландию с целью продолжения образования детей, вся семья год провела в путешествии «вокруг света». Это вписывалось в семейный миф о том, что они являются не столько жителями своей страны, сколько гражданами мира. Дети вспоминали свои годы жизни в Африке как «потерянный рай», который уже не вернуть.

В. – довольно застенчивая девушка, закончила в Голландии гимназию с очень хорошими результатами. Ее контакты с группой сверстников носили поверхностный характер. После окончания гимназии В. не смогла сделать свой выбор о продолжении обучения в Университете, и родители решили, что ей пойдет на пользу провести год во Франции – она будет учиться там на языковых курсах и свободно заговорит по-французски. Они были уверены, что девочка справится с этой задачей – ведь семья ориентирована на широкий мир без границ. Оказалось, что, приехав во Францию, В. не посещала никаких занятий, и большую часть времени бродила в отчаянии вдоль берега местной реки. Обеспокоенные родители доставили дочь домой, не понимая, почему их план не удался, и обратились за консультацией психиатра.

Девушка находится явно в подавленном настроении, спонтанная речь отсутствует, ответы на вопросы не сопровождаются модуляциями голоса. Она совершенно не знает, чем заняться в будущем. В семейном анамнезе психиатрических расстройств нет.

Психиатр побеседовал с обоими родителями. Выяснилось, что по возвращении на родину, отец амбициозно занялся своим продвижением по карьерной лестнице, проводя много времени по месту работы в университетской больнице. Мать же не увидела или не нашла для себя занятия по профессии и буквально сидела дома – большей частью в дисфории, разочарованная своей нынешней жизнью, в сравнении с африканским опытом. Она не видела для себя необходимости обращаться за психиатрической помощью. В этой ситуации В. пришлось взять на себя часть забот по хозяйству.

В результате применения антидепрессанта в сочетании с поддерживающей терапией был достигнут положительный эффект: В. пошла учиться на медицинскую сестру, хотя и обладала способностями продолжить образование на медицинском факультете университета и могла стать врачом, как ее родители.

Новый жизненный план, похоже, вызвал у В. чувство облегчения, но в первый год учебы у нее разви-

лось отчетливое гипоманиакальное состояние. Это в какой-то мере способствовало установлению контактов с другими студентами, но, с другой стороны, это мешало учебе, потому что она не всегда являлась на занятия. Она становится все более и более критичной по отношению к матери, укоряет ее в пассивности, что отрицательно влияет на психологическую атмосферу в семье. Отец избегает этих конфликтов и все больше времени проводит на работе в больнице. Психиатр, между тем, добавляет к терапии стабилизатор настроения и продолжает поддерживать встречи с В. Он также считает необходимым поддерживать контакт с обоими родителями, но те не хотят в этом участвовать. После первого года обучения В. вынуждена прекратить учебу по причине психического состояния, и психиатр помогает ей найти временную работу помощника медсестры в доме престарелых. Через несколько месяцев ее настроение стабилизируется, и девушка может вернуться в школу медсестер и закончить ее. Она встречает молодого человека, и они принимают решение начать жить вместе, отдельно от ее родителей. В интернете она знакомится с группой молодых людей, которые тоже росли в других странах, а теперь вернулись в Голландию. В. помогает организовывать встречи этой группы.

Из данного случая видно, как расстройство, возникшее в подростковом возрасте, серьезно мешает взрослению В. Но следует также заметить, что в этом случае на процесс формирования социальной идентичности влияет констелляция внутрисемейных факторов (включая миф о гражданах мира), как будто каждый из родителей символизирует собой одну из сторон биполярных проявлений у В.: мать—депрессивную, а отец—маниакальную.

Случай 3. Пациентка С., 18 лет. Запрос о психиатрической консультации поступает из отделения интенсивной помощи больницы, в котором она находится после приема большой, но нелетальной дозы седатиков и антидепрессантов. Она рассказывает, что учится на первом курсе школы медсестер, живет в общежитии, но у нее никак не получается установить контакт с однокурсницами, и она начинает или презирать за это себя, или ненавидеть их за то, что они бросают ее в одиночестве. В тот вечер коллеги отправились в кино, а до того они постучали в ее комнату, но С. не ответила. Потом она чувствует себя настолько несчастной, что принимает горсть таблеток и оставляет на столе в общей комнате записку, в которой упрекает девушек за то, что те ее избегают. Ее обнаруживают другие студентки и вызывают скорую помощь.

С. рассказывает психиатру, что она была разгневана и хотела, чтобы девушки чувствовали себя виноватыми. Психиатр счел ее несуицидальной (отсутствие намерения умереть), без признаков психоза и не страдающей депрессивным расстройством, и предложил госпитализацию в психиатрическое отде-

ление с целью дальнейшего психиатрического обследования. Она неохотно соглашается на это предложение, отрицая наличие у себя каких-либо реальных проблем. Психиатр связывается с домашним врачом девушки, который выписал ей лекарства, часть которых она приняла, передозировав препарат. Домашний врач рассказал, что С. часто у него появляется и всегда требует больше и больше лекарств. Она является его пациенткой с тех пор, как она поселилась в этом доме. До того она жила в доме своих родителей в сельской местности. Психиатр предлагает взять на себя лечение пациентки, включая назначение лекарств.

В психиатрическом отделении С. ведет себя так, как будто ничего не случилось, и позиционирует себя скорее как медсестра, чем как пациентка. Через два дня она заявляет, что уходит из отделения, но при этом соглашается придти на встречу в амбулаторную службу. В назначенный день она является к психиатру и требует назначить ей больше лекарств – больше, чем раньше отказался ей назначить домашний врач. Психиатр говорит, что вначале он бы хотел больше узнать о ее прошлом и обстоятельствах, в которых она росла. С. в гневе уходит, не договорившись о следующей встрече.

Двумя днями позже она появляется в больничном отделении неотложной помощи с сильным ожогом ноги. Там она рассказывает, что случайно обварила ногу кипятком, и признает, что до несчастного случая посетила домашнего врача, который отказал ей в назначении лекарств и направил ее в амбулаторную психиатрическую службу. В тот же день она звонит психиатру и просит о встрече «как можно скорее». Явившись на беседу, она, как и предполагалось, настаивает на назначении лекарств, и почти в обмен на это, она готова больше рассказать о себе. Как оказывается, ее ожог – это результат намеренного самоповреждения. Иногда ее настолько одолевает тревога и наваливается такая психическая пустота, что она «предпочитает» физическую боль, чтобы не затеряться в этой тревоге. И это уже не первый случай нанесения самоповреждений – она делала это и в средней школе: тогда она расцарапывала предплечья. Последующие визиты к психиатру постепенно дополнили картину жизненных событий и переживаний С.

Выяснилось, что девушка была рада покинуть родительский дом. Мать С. неоднократно госпитализировали с тяжелыми депрессиями, и она покончила с собой, когда девочке было 11 лет. С. была единственным ребенком. Примерно в это время отец девочки – в прошлом машинист электровоза, а впоследствии инвалидизированный легочным заболеванием, большую часть времени был без работы – начал подвергать ее сексуальным злоупотреблениям и угрожал наказанием, если она об этом кому-то расскажет, перемежая угрозы с дорогими подарками. Место, в котором они жили, было довольно

безлюдным. У девочки не получалось завести друзей в школе, она стыдилась своего тела и испытывала чувство неполноценности по отношению к другим детям. Она практически никому не доверяла и давала вспышки ярости, когда чувствовала себя отверженной.

С. был поставлен диагноз пограничного расстройства личности (borderline personality disorder), которое четко манифестировало, когда она начала развивать собственную социальную идентичность, пытаясь вести более независимую жизнь.

Психиатр назначает пациентке низкую дозу антипсихотика и направляет ее в дневную лечебную программу, включающую в себя индивидуальную и групповую психотерапию, терапию занятостью и творческую терапию, а также психомоторную терапию. Основная цель терапии – улучшить ее низкую самооценку с последующей проработкой ее травматизированного детства. Помимо этого, в ходе групповых занятий особое внимание уделялось ее проблемам во взаимоотношениях со сверстниками. Долгосрочная психиатрическая госпитализация была противопоказана, так как в данном случае надо было найти правильный баланс между принятием медработником на себя ответственности в случае ее госпитализации и ситуацией сугубо амбулаторного лечения. Состояние С. стабилизировалось, она завела собаку и присоединилась к группе людей, занимающихся тренировкой собак, а позже нашла работу в приюте для животных.

Заключение

Психиатрические проблемы в подростковом возрасте заслуживают особого внимания. И не только потому, что надо поставить правильный диагноз. Крайне важно сосредоточиться на той истории, которую сам пациент рассказывает о происходящем с ним на входе в эту фазу жизни и во время всего переходного периода. Такой подход хорошо известен как «повествовательный метод» (narrative method) [1].

Очевидно, что даже если с психиатрическим диагнозом у подростка все ясно, все равно требуется более динамический подход, принимающий во внимание стадию психологического развития каждого конкретного пациента.

Следует помнить, что лечение, представленное исключительно назначением лекарственных препаратов, отрицает сложность и многомерность картины психопатологических проявлений в подростковом возрасте. Особого внимания в терапии заслуживает динамика внутри семьи пациента, так что при возможности психиатру рекомендуется организовывать сессии с участием пациента, его родителей, братьев и сестер. Последние тоже могут находиться в зоне риска.

Очень рекомендуется групповая психотерапия со сверстниками – как процесс обучения с целью обретения более зрелых навыков совладания. Велика роль и социальной поддержки: она призвана помочь пациенту найти свой путь в жизни с учетом индивидуальных возможностей и ограничений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Crossley M.L. *Introducing Narrative Psychology, self, trauma and the construction of meaning*. Buckingham, UK: Open University Press, 2000.
2. Erikson E. *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton, 1968.
3. Erikson E. *Youth and Society*. New York: Norton, 1950.

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ТОЧКА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ДЛЯ ПСИХИАТРА?

Б.К.М. Раас

Подростковый возраст требует особого внимания, навыков и опыта работы от психиатров и психологов – это необходимо для целей диагностики и лечения. Это период совершения перехода от пубертата во взрослый возраст. Он также считается временем обретения социальной идентичности. Многие молодые люди оказываются склонны к пси-

хологическим кризисам, которые нарушают их здоровый переход во взрослую жизнь. Процесс перехода также может быть сильно нарушен из-за манифестации психиатрических расстройств.

Ключевые слова: психиатрия переходного возраста, подростковый возраст, идентичность.

ADOLESCENCE: A SPECIAL FOCUS FOR THE PSYCHIATRIST? AN ESSAY

B.K.M. Raes

Adolescence requires special attention, skills and experience from psychiatrists and psychologists in terms of diagnosis and treatment. It is the period when youngsters have to make a transition from puberty into adulthood. This is also described as the time for acquiring a social identity. Many

youngsters happen to be prone to a psychological crisis that may disrupt their healthy development into adult life. The manifestation of psychiatric disorders in this period can also seriously undermine this process.

Key words: transitional psychiatry, adolescence, identity.

Раас Б.К.М. – профессор судебной психиатрии, Нидерланды, e-mail: d.raes@wxs.nl