

**ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ
В КОНТЕКСТЕ МНОГООСЕВОГО ДИАГНОЗА***Г. Г. Буторин, Н. В. Калинина***ORGANIC PERSONALITY DISORDER DEVELOPMENT IN THE FRAME
OF MULTIAXIAL DIAGNOSIS***G. G. Butorin, N. V. Kalinina*

В статье анализируются клинико-психологические и динамические особенности становления органического расстройства личности во взаимодействии с резидуально-органическим психосиндромом. Исследования проводились на протяжении трех лет. Было изучено 115 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 20 лет. Становление органического расстройства личности изучалось мультидисциплинарной бригадой специалистов клинико-динамическими, клинико-психопатологическими, психологическими и клинико-анамнестическими методами. Полученные результаты позволили уточнить основные клинические этапы становления органического расстройства личности (по МКБ-10), определить основные типы на завершающем этапе ее формирования, проследить взаимодействие формирующихся психопатических феноменов с дизонтогенетическим развитием, обусловленным резидуально-органической церебральной патологией. Кроме того, была предпринята попытка соотнести клинико-психопатологические и клинико-динамические признаки с показателями резидуального психоорганического синдрома в контексте многоосевого диагноза.

The paper presents the analysis of clinico-psychological and dynamic features of organic personal disorder development in interaction with the residual and organic psychosyndrome. Research was conducted over three years, 115 male teenagers aged 16 – 20 years were studied. The organic personal disorder was studied by a multidisciplinary team of experts with clinico-dynamic, clinico-psychopathological, psychological and clinico-anamnestic methods. The received results allowed to specify the main clinical stages of formation of organic disorder of the personality (on ICD-10), to define the main types at the final stage of its development, to track interaction of the forming psychopathic phenomena with the disontogenetic development caused by residual and organic cerebral pathology. Besides, we attempt to correlate clinico-psychopathological and clinico-dynamic signs to indicators of a residual psychoorganic syndrome in the frame of multi-axial diagnosis.

Ключевые слова: органическое расстройство личности, психопатия, резидуально-органическая патология, клинические этапы, многоосевой диагноз.

Keywords: organic personality disorder, psychopatiya, residual and organic pathology, clinical stages, multi-axial diagnosis.

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов на современном этапе жизни общества возникла четкая тенденция к росту нервно-психической заболеваемости среди детей и подростков, показатели которой за последние 10 лет выросли более чем в 2 раза [1; 6]. Согласно данным МЗ РФ [7, с. 3 – 9] резкое увеличение числа наблюдающихся в психиатрических кабинетах детей и подростков также свидетельствует о прогрессирующем ухудшении состояния психического здоровья у этого контингента населения. Большинство исследователей считают причиной данной тенденции высокую частоту рождения детей незрелых, с патологией центральной нервной системы [2; 4; 11; 12].

Анализ статистических данных последних лет показывает, что в структуре психической патологии подростков 43,6 % приходится на непсихотическое психическое расстройство, среди которых первое место занимают последствия органического поражения ЦНС. В то же время известно, что клинически проявляющиеся формы резидуально-органической патологии мозга могут стать основой для патологического формирования личности [2; 8; 9; 11; 13; 14; 16]. Несмотря на многолетние исследования проблемы и накопленный к настоящему времени значительный материал, вопросы психопатических состояний цереб-

ально-органического генеза (выделенные Г. Е. Сухаревой в группу органических психопатий и трактуемые в МКБ-10 как органическое расстройство личности – F07.0) продолжают оставаться в отечественной детской и подростковой психиатрии предметом дискуссий. Толкование именно органических психопатий является одним из сложных вопросов общего учения о психопатиях. По мнению большинства авторов, недостаточно изучены этапность становления личностной аномалии и её типология, что объясняется, прежде всего, всё расширяющимся многообразием факторов, влияющих на психопатические проявления. Это же относится и к трактовке возраста завершения становления органической психопатии, который разными авторами рассматривается в рамках 14 – 16 лет, и установление диагноза, по их мнению, может быть вполне обоснованным до завершения пубертатной фазы [2; 3; 5; 16; 19]. В этой связи проблеме становления расстройств личности, связанную с церебральной резидуальной органической патологией следует считать актуальной, что определяется выраженностью и глубиной социальной дезадаптации этих детей и подростков, в том числе ограниченностью и негодностью к службе в армии, снижением потенциала трудовых ресурсов, распространенностью девиантного, в том числе делинквентного, поведения. Акту-

альность проблемы, дискуссионность и малоизученность отдельных положений свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения органического расстройства личности (ОРЛ).

Цель и задачи исследования определили объем и принципы отбора клинических наблюдений. Критерии включения в исследования заключались в следующем:

- наличие всех признаков психопатического расстройства личности (тотальность, относительная стабильность патологических черт характера, социальная дезадаптация), которые отвечают всем особенностям клинической картины органической психопатии [10] и их соотнесение с критериями ОРЛ по МКБ-10;

- наличие пре-, пери- и ранних постнатальных поражений головного мозга, подтвержденных психопатологическими, неврологическими и параклиническими исследованиями;

- наличие изменений психики по «органическому» типу при патопсихологическом обследовании.

К критериям исключения относились психопатические расстройства другого генеза.

Материал и методы исследования. Мультидисциплинарные исследования проводились на протяжении трех лет (2010 – 2013 гг.), за это время было изучено 115 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 20 лет. Выбор возрастных границ был обусловлен тем, что, как известно, в эти сроки были все основания для окончательной постановки диагноза.

Становление ОРЛ (органической психопатии) было прослежено клинико-динамическими, клинико-психопатологическими и клинико-анамнестическими методами. При этом использовались данные медицинской документации, характеристики родителей, воспитателей, педагогов, непосредственная оценка клинического статуса при периодических поступлениях пациентов в стационар до 18-летнего возраста, динамика психологических заключений. Все клинические показатели оценивались как по МКБ-10 (кластер F07.7), так и согласно отечественным типологическим и классификационным характеристикам [2; 3; 5; 10; 14]. При этом в работах каждого из авторов имеются оценки различных аспектов проблемы как уже известных и принятых, так и предложенных вновь. Согласно взглядам Н. Е. Буториной [2; 3; 4] симптоматология и динамика различных психопатологических проявлений, обусловленных резидуальной церебрально-органической недостаточностью, с позиций МКБ-10 может соответствовать понятию «резидуально-органического психосиндрома», близкому по своему значению к категории F07.9, диагностической рубрики F07 (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга). В понимании автора структура такого синдрома определяется контаминацией различных групп психических расстройств и может быть охарактеризована как сложный синдромокомплекс. В каждом случае он представлен сочетанием отдельных синдромов: церебрально-органическим синдромом с выраженными соматовегетативным компонентом; синдромами нарушения когнитивной деятельности, психо-

моторики, синдромами эмоциональных и поведенческих расстройств. Несомненно, что такое понимание психоорганического синдрома ставит дифференцированную оценку диагностических параметров (психопатологических и динамических) в прямую зависимость от многоосевого принципа построения диагноза, который уже был использован при различных классификациях [2; 6; 7]. В настоящей работе, опираясь на предложенные подходы, предпринята попытка соотнести клинико-психопатологические и клинико-динамические признаки с показателями резидуального психоорганического синдрома в контексте многоосевого диагноза. Многоосевая оценка опиралась главным образом на классификацию R. Nicol, O. Hoile и на многоосевую принцип применительно к психопатическим нарушениям у подростков Ю. В. Попова как на наиболее адекватные разрабатываемой проблеме.

Данные клинического обследования уточнялись и дополнялись электрофизиологическими показателями, имеющими большое значение при решении вопросов диагностики органического поражения головного мозга. Основным методом являлось электроэнцефалографическое обследование. Кроме того, были использованы методы экспериментальной клинической психологии, включающие методики ПДО и УНП. Выбор именно этих личностных методик определялся их целесообразностью, простотой выполнения и высокой валидностью.

Результаты и обсуждение. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе осуществлялась диагностическая оценка расстройств, на втором – клинико-катамнестический анализ всех предыдущих обращений, на третьем – динамическое наблюдение за изменениями клинической картины до полного завершения периода полового созревания.

Такая этапность выполнения работы способствовала более адекватному решению поставленных задач. Длительное динамическое и катамнестическое наблюдение позволило обоснованно считать выявленные закономерности формирования органической психопатии достаточно достоверными.

Клиническое наблюдение осуществлялось одновременно в двух группах. В основную группу включено 80 подростков со стационарно установленным диагнозом органической психопатии, или органическим расстройством личности (ОРЛ) согласно классификатору МКБ-10. Контрольную группу составили 35 пациентов того же возраста с психопатоподобными синдромами церебрально-органического генеза без признаков формирования психопатии.

Обработка полученных числовых данных осуществлялась с помощью методов непараметрической и параметрической статистики, для оценки достоверности использовался критерий Стьюдента (t), во внимание принимались только результаты при величине $p < 0,005$. Для измерения взаимосвязи между изученными явлениями применялся корреляционный анализ.

Результаты исследования показали, что клинические и динамические индексы изученных психопатических расстройств резидуально-органического генеза

были весьма разнообразны. Такой широкий спектр проявлений позволил выделить типологические варианты, определить их клинические характеристики, динамические особенности, исходное состояние.

Основную группу наблюдений составили 80 человек, в которой было выделено две подгруппы, отличающиеся друг от друга степенью тяжести [10]. Разделение осуществлялось с учетом следующих клинических характеристик: начало становления аномалий личности с раннего детства, продолжительность компенсаций и декомпенсаций, степень нарушенного поведения и социальной дезадаптации, критика к состоянию, частота декомпенсаций, характер их возникновения, возраст проявления пубертатной декомпенсации, ее клиническая модель, коморбидность с другими психопатологическими расстройствами.

В первую подгруппу было отнесено 23 обследованных (28,7 %) с тяжелой и выраженной степенью органической психопатии – ОРЛ, во вторую 57 (71,3 %) – с умеренной. Объединение тяжелой и выраженной степени в одну группу было связано с тем, что основные критерии, характеризующие их, были практически идентичными. Вместе с тем такой признак тяжелой степени психопатии, как декомпенсация с отдельными эпизодами психотического уровня встречался в единичных случаях (5 человек), а семейная дезадаптация оказалась глубокой в обеих группах, что приводило к ограничению социального функционирования, неустойчивой социальной дезадаптации.

Таким образом, различия между выраженной и тяжелой степенью органической психопатии у наблюдаемых подростков были незначительными, что давало основание во всех случаях рассматривать формирующуюся патологию характера не как тяжелую, а как выраженную степень органической психопатии, принимая во внимание, что на тяжесть проявлений в подростковом возрасте влияет не только уровень психопатических расстройств, но и заострение их в пубертате, усиленное декомпенсацией резидуально-органического психосиндрома.

По данным медицинской документации и анамнестических сведений в подавляющем большинстве случаев была зарегистрирована различная патология беременности, неблагоприятный акушерский анамнез, и воздействия патогенных факторов в раннем постнатальном периоде. При этом в полученных данных, рассмотренных в подгруппах, оказалось, что формированию выраженной степени характерологических расстройств в 42 случаях (52,5 %) предшествовало сочетание тяжелых повреждающих факторов пери- и постнатальных периодов, в 12 (15,0 %) – пре- и постнатальных, в 6 (7,5 %) – грубые постнатальные повреждения, сопровождающиеся судорожным компонентом. При становлении умеренной степени патологического характера наблюдалось в основном сочетание пре- и перинатальных факторов (у 17 или 21,2 %) и в остальных 4 случаях (5,0 %) это была достаточно массивная пренатальная или перинатальная патология. Можно полагать, что ранняя органическая неполноценность, которая в медицинской документации фиксируется как «перинатальная энцефалопатия», обуславливает predisпозицию формирования

органической психопатии. Результаты социально-психологической диагностики семьи показали, что при невысоких общих различиях как в основной, так и в контрольной группах выявлялся значительный процент неблагополучных семей и патологических форм воспитания. В то же время семьи основной группы отличались более выраженным индексом аномальности как в структуре, так и в психологическом климате. Негармоничные семьи составили 36 %, деформированные – 48 %, с алкогольным бытом – 15 %, с судимостью родителей и близких родственников – 8 %. В этой же группе в два раза чаще, чем в контрольной, отмечалось неправильное воспитание по типу гипоопеки (56 %).

Согласно показателям психофизического развития изучаемых подростков основной группы с ранних этапов их онтогенеза наблюдалось определенное своеобразие этого развития, что достаточно обоснованно рассматривалось как закономерности становления органической психопатии.

Прежде всего, наличие психоорганического синдрома и его конгениальная связь с признаками формирующегося органического расстройства личности обуславливали сложное сочетание психического дизонтогенеза поврежденного и дисгармонического типов, отражающих нарушения различных уровней развития. В этой связи определение психоорганических дизонтогенетических расстройств лишь как асинхронии развития или его дисгармонии [11; 13; 17; 18], а в соответствии с МКБ-10 как диссоциальных расстройств личности (F60.2), не отражало всей сущности рассматриваемого феномена. Мы полагали, что учесть многообразие специфических патологических проявлений возможно лишь с использованием многоосевого диагноза, позволяющего оценить различные аспекты, что давало наиболее полное представление о больном [2, с. 12 – 14]. В контексте изложенного было проанализировано соотношение глубины и выраженности психоорганических расстройств с тяжестью проявлений органической психопатической симптоматики.

Известно, что становление психопатии происходит в детском и подростковом возрасте. Однако незрелость личности, особенности эмоционально-волевой сферы затрудняли диагностику психопатий. В то же время наблюдаемые своеобразные отклонения в психологическом развитии позволяли уже на этих этапах предполагать нарушения психологического развития (F8 по МКБ-10) и рассматривать эти возрастные отклонения как этапы формирования патологической личности. Обозначение этапов исходило из названий, предложенных В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикиным [5] применительно к общей группе психопатий.

Как показали исследования, на этапе раннего детства признаки нарушения психологического развития отражались в синдроме «органической невропатии» присущим ему сочетанием невропатических и психоорганических симптомов, которые были выявлены во всех наблюдениях основной группы (80 человек). Для этих детей была характерна неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, что находило свое отражение в более или менее нарушенном поведении

и затруднении в приспособляемости к окружающей среде. На фоне дизонтогенетических проявлений возникла первая патологическая симптоматика в виде патологических реакций и аффективной неустойчивости. Патологические реакции появлялись не только под влиянием внешнего стресса, но и внутреннего (при соматических заболеваниях, физических перегрузках). Прослеженное разнообразие проявлений органической невропатии показало, что в 59 наблюдениях (73,7 %) невропатические симптомы соответствовали гиперстеническому варианту и в 21 (26,1 %) – гипостеническому. Особенностью невропатического симптомокомплекса было присутствие в клинической структуре выраженной резидуально-органической неврологической симптоматики в виде рассеянных церебральных микросимптомов, наличие неврозоподобных расстройств, таких как энурез (13 человек), заикание (5 человек), страхи (19 человек), снохождение-сноговорение (12 человек), тикоидная симптоматика (2 человека). Кроме того, у десяти пациентов отмечались судорожные состояния на высоте температуры. Следует заметить, что указанные расстройства встречались чаще и имели более длительное течение в первой подгруппе с формированием выраженной степени психопатии.

Уже в раннем детстве выявлялись и другие признаки, отражающие взаимодействие первых психопатических радикалов с психоорганическими расстройствами. Соматовегетативной уязвимости сопутствовала дисрегулярность моторного и когнитивного развития: статических, локомоторных и речевых функций. Клинико-динамическое наблюдение позволило установить, что у всех обследуемых с гиперстеническим вариантом невропатии при дальнейшем становлении аномалий характера преобладали черты возбудимого типа с отчетливым их структурированием. В клинической картине наблюдалось гиперкинетическое расстройство (F90) с гиперактивным поведением. Гипостенический вариант определял структуру характерологических расстройств с преимущественными чертами тормозимости, в котором преобладали признаки органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства (F06.6) с когнитивным дефицитом. Сравнительный анализ с контрольной группой выявил определенное своеобразие динамических характеристик при становлении органической психопатии на этом этапе. Первые проявления и постепенное нарастание очерченных психопатических радикалов совпало с первым возрастным критическим периодом (3 – 4 г.). Их характерная особенность заключалась в актуализации и закреплении патологического способа реагирования. При этом наряду с отличительными свойствами, характерными для разных психопатических типов, они имели ряд общих закономерностей. Первые патологические (патохарактерологические) реакции, которые с полным основанием были отнесены к психопатическим, носили малодифференцированный, фрагментарный и изменчивый характер, возникали непосредственно вслед за стрессовым моментом, в большинстве случаев протекали по типу аффективных разрядов и быстро исче-

зали. Обращало на себя внимание достаточно частое включение в реакции истерических элементов.

В этот период несколько менялась структура и психоорганического синдрома. В отличие от контрольной группы, в которой на фоне регрессирующих тенденций возникала не очерченная декомпенсация органического психосиндрома, в основной группе психоорганические расстройства обнаруживали склонность к прогрессивному усложнению соматовегетативного, психомоторного и когнитивного компонентов. Результаты исследования позволяли с полным основанием утверждать, что установление стационарного характера первоначальных психопатических реакций в младшем детском возрасте (от 0 до 6 – 7 лет) с элементами стереотипно повторяющихся патохарактерологических проявлений по возбудимому, истерическому и астеническому типам и есть начальный этап или этап начальных клинических проявлений органического расстройства личности, или органической психопатии. Как представляется, на этом этапе условная конструкция многоосевого диагноза, формулирующая наиболее важные её аспекты, может составляться исходя из следующего. Ось 1: F07.0 – органическое расстройство личности (в рамках актуального детского контекста F8). Ось 2: F83 – смешанные специфические расстройства развития. Ось 3 – общий уровень развития (согласно анамнезу и показателю IQ) в пределах низкой нормы. Ось 4 – соматовегетативные заболевания, определяемые индивидуально. Ось 5 – аномальные психосоциальные ситуации (категории раздела Z, относящегося к аномальности внутрисемейных взаимоотношений – 1.x и аномальным типам воспитания – 5.x). Ось 6 – умеренное социальное функционирование – 2.

Второй этап – этап развернутых клинических проявлений – охватывал допубертатный период (до 11 – 12 лет), отличался полиморфностью клинических проявлений, обусловленных патогенными биологическими (резидуально-психоорганическими) и социальными (семейными, школьными и средовыми) факторами. Более того, его начало адресовалось ко второму возрастному критическому периоду (6 – 8 лет), совпадавшему с началом школьного обучения. Резкая смена жизненного стереотипа, новые непривычные психофизические нагрузки, интеллектуальное напряжение складывались в комплекс кризисных ситуаций, который накладывался на этап начальных клинических проявлений, взаимодействуя с возрастной декомпенсацией резидуально-органического психосиндрома, снижал порог аффективного реагирования.

Психопатические реакции приобретали более дифференцированный и однотипный характер в их клиническом содержании и оформлении, выявлялись не только общие, но и специфические черты. Общими для всех были типичные для этого возраста патохарактерологические реакции, в которых преобладали реакции активного и пассивного протеста: побеги и бродяжничество, вспышки гнева с разрушительными тенденциями, кражи «назло», порча вещей обидчиков, враждебность и агрессивность, что соответствовало кластеру F91 (Расстройства поведения). Реакции появлялись по любому незначительному поводу, чаще в

трудной и более или менее продолжительной стрессовой ситуации. Специфические психопатические реакции достаточно отчетливо отражали складывающийся преимущественный тип реагирования. Для возбудимого типа более характерными были реакции с аффективно-возбудимыми радикалами, которые по мере их нарастания и стабилизации делали более выраженными акценты в психопатической личностной структуре. В 62 наблюдениях начинали преобладать черты злобности, взрывчатости, гневливости, что свидетельствовало о формировании эпилептоидных черт; в 11 – выраженное усиление внешних проявлений аффективной возбудимости с подчеркнуто-демонстративным гневом, импульсивностью, угрожающими позами, бранью, что характерно для становления истерического радикала. В 42 случаях заострялись черты, свойственные преимущественно тормозимому кругу: неуверенность в себе, застревание на неприятных переживаниях, склонность к замкнутости, а патологические реакции отражали больше оборонительные формы реагирования. При тормозимом типе, в отличие от возбудимого, на фоне повышенной чувствительности к различного рода раздражителям (раздражительной слабости) наблюдалось задержанное реагирование на психогенные моменты с постепенным накоплением (кумуляцией) переживаний, их переработкой и наступавшим вслед за этим аффективным разрядом, который сопровождался быстрым истощением аффекта, астенизацией, усилением психической слабости, нерешительности, неуверенности в себе. В 8 наблюдениях отмечалось нарастание дальнейшей замкнутости, стремление к уединению, патологическим фантазиям, безразличие и безынициативность. На фоне психической астенизации у 11 подростков в реакциях констатировались протрагированные истерические элементы с возбуждением, агрессивностью, демонстративно-шантажным поведением. Однако в сравнении с возбудимым типом они были мало выражены, сопровождалась последующей астенизацией, которая усиливалась декомпенсацией соматовегетативного и когнитивного компонентов резидуально-органического психосиндрома с включением механизмов психического дизонтогенеза. Соматовегетативные расстройства определяли возникновение функциональных отклонений в состоянии здоровья, учащения простудных и аллергических заболеваний, актуализацию хронической соматической патологии. Отклонения в когнитивном функционировании сопровождалась нарушениями школьных навыков (F81), трудностями в обучении. Продолжала дифференцироваться формирующаяся личностная аномальность с аффективной возбудимостью, истеричностью, эмоциональной лабильностью (астеничностью) и нарастающей шизоидизацией, которая в классификации Ю. В. Попова относится к синдромологической оси.

Интеграция полученных на данном этапе показателей в многоосевую систему требовала смены некоторых параметров. Так, для 1-й оси более характерным был кластер F91 (Расстройства поведения), для 2-й – F81 (Специфические расстройства развития школьных навыков), в 5-й оси расширился диапазон неадекватных психосоциальных ситуаций за счет

присоединения школьных проблем. Утяжеление всех показателей клинической картины усугубляло социальную дезадаптированность, которая оценивалась как умеренная социальная инвалидизация – ось 6: 3.

Третий этап – исходный – завершал становление органического расстройства личности, или органической психопатии, при котором наблюдалось отчетливое структурирование ведущего психопатологического синдрома. Границы этапа находились в прямой корреляционной взаимосвязи с половым метаморфозом. В большинстве наблюдений (93 чел., или 80 %) они относились к возрасту от $12 \pm 0,8$ до $16 \pm 1,7$ лет. При этом сроки завершения формирования аномальной структуры личности во многом зависели от степени тяжести психопатологических расстройств и характера протекания полового метаморфоза. В преобладающем большинстве наблюдений в основной группе (67, или 83,7 %) отмечались нарушения их темпа и плавности, а половой метаморфоз соответствовал понятию дисгармоничный. У 35 (43,7 %) подростков отмечена асинхрония полового созревания, у 21 (26,3 %) – акселерация, у 12 (15,0 %) – ретардация и лишь у 12 (15,0 %) можно было констатировать относительно своевременное и гармоничное половое созревание. В контрольной группе нарушения полового созревания зафиксированы в 59 % случаев, в которых преобладали асинхронические процессы.

Для завершающего этапа была характерно более выраженная конгениальная связь психопатических проявлений с различными компонентами резидуально-органического психосиндрома. Усиление диссоциативного характера соматовегетативного компонента, проявляющегося симптомами, имитирующими различные соматические заболевания, наблюдалось главным образом при формировании астенического, шизоидного и истерического типа. Чаще всего диагностировались вегетососудистые дистонии, нередко протекавшие по типу кризов. Одновременно с этим либо обострялась, либо выявлялась вновь хроническая соматическая патология. Когнитивный дефицит проявлялся снижением работоспособности, истощаемостью психических процессов, минимизацией интеллектуальных показателей. Снижение когнитивной продуктивности влияло не только на успешность обучения, но и на выполнение тестовых заданий, что в некоторых случаях приводило к ошибочной психодиагностике. Обращало на себя внимание, что в отличие от двух первых возрастных критических периодов, когда прослеживалось лишь усложнение психопатических проявлений на фоне обострения признаков резидуально-органического психосиндрома, в пубертате наблюдалась наибольшая выраженность психопатических расстройств, достигающая степени клинической реальности, с их феноменологической дифференциацией. Одновременное обострение психоорганических расстройств, имеющих явную предпочтительность при различной степени тяжести психопатии, свидетельствовали о полном срыве компенсаторных механизмов и о состоянии декомпенсации всего психоорганического симптомокомплекса, включая психопатическую декомпенсацию [21]. Декомпенсация затрагивала все стороны личности: физическую, психологическую и социальную.

При тяжелой степени психопатии более выраженной была патология в психической и социальной сферах, при умеренной – наблюдалось равномерное нарушение всех сфер.

Период декомпенсации способствовал утяжелению и углублению психопатических стигм, принимающих однородный характер, а психопатические черты приобретали тотальность, относительную стабильность и приводили к нарушению механизмов социального функционирования, то есть констатировались все критерии, характеризующие психопатическую личность.

При пубертатной декомпенсации со структурированием эпилептоидного, истероидного и шизоидного типов отмечалось резкое обострение и обнажение влечений, сочетающихся с повышенной аффективностью, импульсивностью, снижением нравственных установок. Проведенные исследования показали, что в случаях формирования ригидного («вязкого») варианта при эпилептоидном типе характер расстройств был ближе к понятию синдрома расстройств влечений [5] с тенденцией к его пароксизмальному течению (F63). В других случаях прослеживалась структура гебоидного синдрома, в определенной мере отвечающая признакам категории F60.2 МКБ-10 (Диссоциальное расстройство личности). По мере сглаживания состояния декомпенсации ослаблялись расстройства влечений и другие проявления психоорганической симптоматики, а на первый план выступали особенности психопатической личности.

Как свидетельствуют полученные данные, средние сроки завершения формирования органической психопатии (ОРЛ) относились к возрасту $16 \pm 1,7$ лет. При этом исход выраженной степени несколько опережал умеренную и сопровождался образованием эпилептоидного (39 чел., или 49 %) и истерического (8 чел., или 7 %) типов. Кроме того, в период пубертатной декомпенсации тяжесть клинических проявлений усугублялась присоединением различных форм аддиктивного поведения, что несколько усложняло структуру психопатического синдрома, приближая её в некоторых случаях к мозаичному варианту с включением черт неустойчивости. Полученные данные свидетельствуют о том, что чаще всего возникала комбинация эксплозивно-неустойчивого (8 человек, или 10 %), истероидно-неустойчивого (8 человек, или 10 %) типов.

При попытке объединить полученные данные в многоосевую классификационную систему стало очевидным, что многие параметры многоосевого диагноза нуждались в более расширенном толковании. Так, клинические психиатрические расстройства, классифицируемые в 1-й оси, соответствовали, по меньшей мере, двум кластерам: F07.0 (органическое расстройство личности) и F60.2 (диссоциальное расстройство личности), которые, однако, не отражали в полной мере всей сущности феномена. Более четкое представление предлагала клинко-нозологическая ось классификации Ю. В. Попова, включающая понятие «психопатии органические». Эта же классификация более полно раскрывала категории 2-й оси с синдромологическими оценками этих категорий. Что касает-

ся 3-й и 4-й осей, понимание их аспектов не отличается от оценок, изложенных на предыдущих этапах. В 5-й оси разнообразие аномальных психосоциальных ассоциаций включало большинство категорий раздела Z, и их дифференциация позволяла успешнее решать диагностические, лечебные и реабилитационные задачи. Ось 6-я, отражающая характер социального функционирования, на этапе завершения становления органического расстройства личности, или органической психопатии, давала основание кодировать её как выраженную неспособность справляться с социальными ситуациями, то есть как дезадаптацию согласно классификации Ю. В. Попова.

Резидуально-органическое происхождение психопатических расстройств личности было верифицировано наличием резидуально-неврологической микросимптоматики, данными краниографии и ЭЭГ. В неврологическом статусе у всех 115 обследуемых основной и контрольной групп было констатировано присутствие более пяти резидуально-неврологических признаков. Обращало на себя внимание, что указанные показатели в основной группе оказались более выраженными и стабильными, что подтверждалось в 41 % случаев данными краниографии, в 92 % – результатами электроэнцефалографии. При этом грубые нарушения биоэлектрической активности головного мозга встречались в 20,5 % наблюдений, умеренные – в 22,5 %, легкие – в 49 %. Приведенные нейрофизиологические данные и их сочетание с клиническими коррелировали с результатами экспериментально-психологического исследования методиками УНП и ПДО. В соответствии с характеристиками ПДО осуществлялось разделение выявленных психопатических расстройств на варианты в зависимости от показателей преобладающего личностного радикала. Данные УНП позволяли судить о выраженности психопатических нарушений. Уровень психопатизаций был наиболее высок в группе органической психопатии с преобладанием возбуждимых черт (от -11 до -20 и более), а уровень невротизаций (от -11 до -20 и более) с преобладанием черт тормозимости. При формировании истероидного типа идентичными были оба показателя.

Заключение

Таким образом, исследование, проведенные на вполне репрезентативной группе наблюдений позволили уточнить основные клинические этапы становления органической психопатии, или органического расстройства личности (по МКБ-10), определить основные типы на завершающем этапе её формирования, проследить взаимодействие формирующихся психопатических феноменов с дизонтогенетическим развитием, обусловленным резидуально-органической церебральной патологией.

При разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных и профилактических программ необходимо учитывать характер и структуру ранних психопатических радикалов, роль неблагоприятных биологических (психоорганических) и социально-психологических (семейных, школьных и средовых) факторов, зависимость степени тяжести от своевре-

менных и адекватных лечебных и психотерапевтических мероприятий.

Литература

1. Баранов, А. Н. Сексуальное образование и репродуктивное здоровье подростков / А. Н. Баранов // Здоровоохранение Российской Федерации. – М., 1997. – С. 35 – 38.
2. Буторина, Н. Е. Типология пограничных психических расстройств резидуально-органического генеза у детей младшего школьного возраста / Н. Е. Буторина, Т. Н. Колесниченко // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1996.
3. Буторин, Г. Г. Ранние проявления психических и поведенческих расстройств в детском возрасте / Г. Г. Буторин, Н. Е. Буторина. – Челябинск: Изд-во АТОКСО, 2005. – С. 33.
4. Буторина, Н. Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н. Е. Буторина. – Челябинск: АТОКСО, 2008. – 192 с.
5. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск, 1994. – 310 с.
6. Дмитриева, Т. Б. Современные общебиологические подходы к оценке психопатий / Т. Б. Дмитриева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – М., 1997. – С. 4 – 6.
7. Дмитриева, Т. Б. Об итогах деятельности отрасли в 1996 г. и задачах на 1997 г. / Т. Б. Дмитриева // Здоровоохранение Российской Федерации. – М., 1997.
8. Исаев, Д. Н. Об этиопатогенезе органических аутистических психопатий у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Коган // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. – М., 1992. – С. 173 – 176.
9. Кербиков, О. В. Клиническая динамика психопатий и неврозов / О. В. Кербиков // Избранные труды. – М., 1971. – С. 188 – 206.
10. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – М., 1983. – 255 с.
11. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М., 1995. – С. 354 – 388.
12. Кулев, И. Л. Динамика «органических психопатий» и клинические закономерности их обратного развития / И. Л. Кулев // Клиническая динамика неврозов и психопатий (тематический сборник). – Л., 1999. – С. 200 – 213.
13. Сухарева, Г. Е. Спорные вопросы в определении понятия психопатии / Г. Е. Сухарева // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1972. – Вып. № 10. – С. 1516 – 1520.
14. Мнухин, С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С. С. Мнухин // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Ленинградский педиатрический медицинский институт. Труды. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 5 – 22.
15. Попов, Ю. В. Лонгитудинальное изучение психопатий и психопатоподобных нарушений непсихотического характера / Ю. В. Попов // Психопатические расстройства у подростков. – Л., 1987. – С. 8 – 11.
16. Ушаков, Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. – М., 1973. – 392 с.
17. Яницкий, М. С. Ценностно-смысловая парадигма как основа постнеклассической педагогической психологии / М. С. Яницкий, А. В. Серый, Ю. В. Пелех // Философия образования. – 2013. – № 1. – С. 175 – 186.
18. Яницкий, М. С. Ценностная регуляция поведения личности и ее нарушение при различных формах социальных девиаций / М. С. Яницкий // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2011. – № 2. – С. 119 – 131.
19. Adams, R. D. Child and adolescent psychiatry modern approaches. Ed. by M. Rutter et al. / R. D. Adams. – Oxford, 1994. – P. 308 – 329.
20. DeLong, K. R. Am J of Psych / K. DeLong. – 1983. – С. 720 – 727.
21. Наку, А. Г. Клиника некоторых вариантов динамики психопатий / А. Г. Наку, М. Г. Ревенко, Н. А. Опря. – Кишинев: Штица, 1976. – 116 с.

Информация об авторах:

Буторин Геннадий Геннадьевич – доктор психологических наук, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии Челябинского государственного педагогического университета, +79191147281, g1966@mail.ru.

Gennady G. Butorin – Doctor of Psychology, Professor at the Department of Theoretical and Applied Psychology, Chelyabinsk State Pedagogical University.

Калинина Наталья Васильевна – аспирант кафедры теоретической и прикладной психологии Челябинского государственного педагогического университета, +7 919 315 9031, lightt-n@mail.ru.

Natalia V. Kalinina – post-graduate student at the Department of Theoretical and Applied Psychology, Chelyabinsk State Pedagogical University.