

2 группе обследуемых составляли скрытые акцентуации, тогда как в группе девиантных подростков их число не превышало 10,3%.

В анамнезе больных 1 группы достоверно чаще встречаются экзогенно-органические поражения как антенатальные, так и постнатальные. Чаще наблюдались и хронические соматические заболевания, преимущественно желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Влияние экзогенных вредностей явилось причиной наличия у обследованных нервно-психических нарушений в детском возрасте в виде повышенной аффективной возбудимости (28,9% в 1 группе и 19,3% во 2 группе), гипердинамического синдрома (20,6% в 1 группе и 10,3% во 2 группе), неврозоподобных синдромов (19,6% в 1 группе и 7,7% во 2 группе), невротии (8,2% в 1 группе и 1,5% во 2 группе).

Неблагоприятные микросоциальные, индивидуально-личностные и экзогенно-органические факторы обусловили появление у детей и подростков нарушений поведения, приведших к госпитализации в детское отделение психиатрической больницы. Средний возраст поступления составил  $13,7 \pm 0,16$  лет.

подавляющее большинство случаев начального употребления эйфоризирующих веществ у подростков с девиациями поведения (85,6%) относилось к этапам патологического реагирования (патохарактерологические реакции, патохарактерологические формирования личности, психопатии, психопатоподобные синдромы резидуально-органического генеза), что способствовало быстрому формированию патологического влечения к используемым веществам. Средний возраст начала употребления психоактивных веществ составил  $14,5 \pm 0,18$  лет, в то время как у преморбидно здоровых лиц достоверно выше -  $16,8 \pm 0,2$  лет.

Формы начала злоупотребления психоактивными веществами в группах обследованных больных были различными - в основном в форме первичной мононаркотизации в 1 группе (60,8%) и поисковой полинаркотизации во 2 группе (77,7%). Различными были и мотивы употребления психоактивных препаратов. В группе девиантных подростков только на этапе первых проб преобладали социально-психологические мотивы, тогда как на последующих этапах доминировали мотивы, отражающие потребность в изменении собственного состояния с акцентом на атарактических мотивах (желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания), а также во второй стадии заболевания - мотивы, отражающие патологическую

мотивацию, связанную с наличием абстинентного синдрома. Среди больных 2 группы на всех этапах, кроме второй стадии заболевания, доминировали социально-психологические мотивы (социально-субмиссивные, социально-интегративные, социально-коммуникативные).

Уже с этапа первых проб в группе девиантных подростков преобладало употребление препаратов опия (34,0% в 1 группе и 22,3% во 2 группе), что связано с более широким участием данного контингента в криминальных и наркоманических группах. Более короткими у них были периоды заболевания. Так, этап фоновой полинаркотизации длился от 3-х недель до 2 мес, у больных 1 группы и от 1 мес до 6 мес - у пациентов из 2 группы.

В период формирования первой стадии наркомании и токсикомании у больных 1 группы быстрее, чем у преморбидно здоровых лиц возрастала толерантность к психоактивным веществам, что приводило не только к наращиванию дозы и к изменению способа приема наркотика, но и к комбинированию наркотических и токсикоманических средств.

Мононаркомания в группе девиантных подростков формировалась более, чем в два раза реже, чем во 2 группе (23,7% в 1 группе и 58,5% во 2 группе). Отмечалась трансформация характерологических и патохарактерологических черт в направлении утяжеления преморбидных симптомов и синдромов (у больных 1 группы) и от стенического типа к астеническому и апатическому (у больных 2 группы). Длительность первой стадии заболевания у больных 1 группы была в среднем в 2 раза короче, чем у больных 2 группы ( $6 \pm 0,2$  мес и  $14 \pm 0,24$  мес, соответственно).

Во второй стадии наркомании и токсикомании у больных с преморбидными девиациями поведения наблюдался резкий подъем толерантности к психоактивным веществам с практически непрерывным употреблением наркотика в течение дня. Так, средняя суточная доза кустарно приготовленных препаратов опия ("химия") для больных 1 группы составила  $6,8 \pm 0,25$  мл, что достоверно больше, чем средняя суточная доза у больных 2 группы ( $4,6 \pm 0,24$  мл). Происходила быстрая трансформация первоначальной картины опьянения в сторону сокращения его продолжительности, сглаживания эйфории. Становление абстинентного синдрома отличалось выраженными и постоянными дисфорическими и психопатоподобными расстройствами. В постабстинентном периоде, длившемся более 1 месяца у больных 1 группы и около 2-х недель

у обследованных 2 группы, доминировали депрессивно-ипохондрические проявления (1 группа), тогда как у обследованных без нарушений поведения в анамнезе - явления астении.

У больных с девиациями поведения в преморбидном периоде во второй стадии заболевания продолжалась трансформация патохарактерологических особенностей с нивелированием проявлений ведущего патохарактерологического синдрома и появлением черт неустойчивости и возбудимости. Полиморфизм реакций уменьшался, доминирующими становились дисфорические состояния с пониженным настроением, аффективной напряженностью и злобностью. Частыми были периоды расторможенности. Нарушения режима в той или иной форме во время пребывания в стационаре у больных 1 группы встречались в 56,8% случаев, тогда как во 2 группе они составляли лишь 28,5%.

Проведенное исследование больных с наркоманиями и токсикоманиями показало, что клиника и динамика болезненных проявлений у обследованных с девиациями поведения в преморбидном периоде имеют ряд особенностей,

требующих проведения специальных лечебно-реабилитационных мероприятий. В частности, большая отягощенность экзогенно-органическими поражениями ЦНС, сформированный патологический уровень реагирования на момент начала употребления психоактивных веществ, быстрый рост толерантности и раннее формирование физической зависимости, более тяжелое течение абстинентного синдрома с выраженными дисфорическими и психопатоподобными расстройствами, четко очерченный постабстинентный период с депрессивно-ипохондрическими проявлениями, быстро формирующийся органический психопатологический симптомокомплекс свидетельствуют о тяжести течения заболевания и требуют интенсивной медикаментозной терапии.

Таким образом, девиантное поведение в преморбидном периоде можно рассматривать в качестве фактора высокого риска злокачественного течения наркоманий и токсикоманий, что требует проведения ранних антинаркотических профилактических мероприятий у детей и подростков с нарушениями поведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворик С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. - Киев: Здоров'я. - 1989. - 212с.
2. Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами // Обзор психиатрии и мед.психологии. - 1993. - № 1. - С. 73-75.
3. Иванова Т.В. Психологические исследования в диагностике, прогнозе и оценке эффективности лечения при гашишизме у подростков. Автореф. дисс... канд. психол. наук. - Л., - 1991.
4. Корнилов А.А., Вишневецкая Э.С., Маркина Н.В.

Наркомания у подростков и юношей с делинквентным поведением // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. - М. - 1987. - С. 45-47.

5. Оганесян Н.В. Формирование, динамика и прогноз наркоманий (клиника-возрастной аспект) // Автореф. дис... канд. мед. наук. -М. - 1987. - 18с.

6. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и поли- наркоманиями // Профил. рецидивов при алког. и наркоманиях. - Санкт-Петербурга. - 1991 - С. 46-50.

*Н.А.Прусс*

## КЛІНІКА ТА ДИНАМІКА НАРКОМАНІЙ І ТОКСИКОМАНІЙ У ОСІБ З ДЕВІАЦІЯМИ ПОВЕДІНКИ В АНАМНЕЗІ

Одеський державний медичний університет

Приводиться порівняльний аналіз клінічних проявів та перебігу наркоманій і токсикоманій у чоловіків з порушеннями поведінки в анамнезі та без них. У групі хворих з обтяженим анамнезом виявлялося більш швидке зростання толерантності та раннє формування фізичної залежності, більш тяжкий абстинентний синдром з вираженими дисфоричними та психопатоподібними розладами, постабстинентний період з депресивно-іпохондричними проявами. Встановлено, що девіації поведінки у преморбідному періоді є фактором ризику зловласного перебігу наркоманій і токсикоманій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. № 1 (3). - С. 55-58).

*N.A.Pruss*

## DRUG AND SUBSTANCE ABUSE CLINIC AND DYNAMIC OF PERSONS WITH BEHAVIOR DISORDERS IN A PREVIOUS HISTORY TERM

Odessa State Medical University

The comparative analysis is making between drug and substance abused persons with and without behavior disorders in the previous history. More fast resistance increasing and earliest physical dependence, severe abstinence syndrome with an expressed disphoria, postabstinence syndrome with depressive and ipochondric manifestations revealing in the group with conduct behavior persons. Was determined, that behavior deviation in a previous history is a factor of risk of destructive drug and substance abuse course (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 55-58).

Поступила в редакцию 10.04.97

## **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: психопатоподобное состояние, резидуально-органический, клиничко-динамическое исследование, исходы.

Органические поражения головного мозга на различных этапах формирования личности детей и подростков часто являются причиной появления сложных нервно-психических расстройств, структура и степень выраженности которых зависят от сочетания ряда факторов. В число этих факторов входят как характер церебрально-органической патологии, так и ряд других экзогенных и эндогенных вредностей. Нередко эти расстройства выступают в форме психопатоподобных нарушений. Выделение психопатоподобных резидуально-органических синдромов и отграничение их от психопатий было отражено еще в трудах отечественных психиатров конца XIX - начала XX века (В.Х. Кандинский, С.С. Корсаков, В.П. Осипов).

Психопатоподобным состояниям резидуально-органического генеза принадлежит большое место (около 25%) в группе пограничных нервно-психических расстройств (В.А. Колегова, 1974, Б.Н. Пивень, 1994). Признаки органической церебральной недостаточности диагностируются у 28%-84% детей с асоциальными формами поведения по данным ряда авторов (В.В. Гроховский (1978), В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин (1960). В известной степени резидуально-органическая недостаточность влияет на психосексуальное созревание у подростков (В.А. Гурьева с соавт., 1991). Изучение динамики психопатоподоб-

ных состояний резидуально-органического генеза показало, что прогноз в большинстве случаев неблагоприятный, большая часть больных становилась социопатами (С. Klicpera, J. Heyse, 1981; R.L. Gomes, D.Jenowsky, M. Zetin, 1981).

Течение психопатоподобных состояний (ППС) резидуально-органического генеза, по мнению В.В. Ковалева (1976, 1979), характеризуется рядом основных признаков, а именно, относительно малой динамичностью, отсутствием ситуационной изменчивости, склонностью к декомпенсациям и относительной компенсацией к 17-18 годам. По мнению В.А. Гурьевой, В.Я. Гиндикина (1980), возрастная динамика психопатоподобных состояний служит одним из наиболее надежных дифференциально-диагностических признаков, она отличается рядом особенностей: отсутствием четкой этапности в становлении патологической личности и однообразием психопатоподобных проявлений. Личностные синдромы, по мнению указанных авторов, ограничиваются, в основном, психической неустойчивостью и повышенной аффективной возбудимостью. Подчеркивается также отсутствие склонности к формированию определенного типа патологической личности. С возрастом отмечается сглаживание основных признаков психоорганического синдрома, что сопровождается нивелировкой характерологических нарушений.

### **Материал и методы исследования**

В настоящем сообщении приводятся результаты изучения особенностей динамики и исходов психопатоподобных состояний резидуально-органического генеза у лиц мужского пола в

детском, подростковом и юношеском возрасте, перенесших органическое поражение головного мозга различной природы (менингиты, менингоэнцефалиты, черепно-мозговые травмы). В

остром периоде заболеваний у большинства больных отмечалось помрачение сознания (сопор, оглушенность), в последующем были выражены церебростенические проявления.

Клинико-динамическому исследованию подвергнуто 80 больных ППС в возрасте от 14 до 17 лет. Длительность динамического наблюдения составляла в среднем 2,5 года. Катамнестически изучены 27 человек в возрасте от 17,5 до 20 лет, состоявших на диспансерном учете по поводу

ППС резидуально-органического генеза. Длительность катамнеза - от 4 до 10 лет (в среднем - 6,5 лет).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием критерия достоверности Фишера.

На период обследования ППС определялись двумя синдромами: психической неустойчивости (39 человек) к повышенной аффективной возбудимости (41 человек).

### Результаты и обсуждение

При тщательном изучении анамнеза в дошкольном возрасте у обследованных лиц выявлены двигательная расторможенность, отсутствие направленного интереса к игровой и учебной деятельности, суетливость и неусидчивость. У части из них отмечалась малая подвижность, неуклюжесть и угловатость движений, недостаточность активного внимания, нарушения памяти. Их эмоции были бедными, поверхностными, проявлялась жестокость по отношению к животным и младшим детям. Наказание воспринималось неадекватно: либо реакция отсутствовала вообще, либо возникла брутальная аффективная вспышка с двигательной расторможенностью. У ряда детей отмечено раннее половое влечение, бедность и однообразие интересов.

Приведенная субклиническая стигматизация не позволяла в этом возрастном периоде (дошкольном) квалифицировать состояние детей как болезненное. Однако представляется целесообразным рассматривать их с позиций повышенного риска в отношении ППС как синдромально очерченного патологического состояния. На последующих этапах психического онтогенеза, на фоне более или менее выраженного неврологического дефицита у детей появлялись полиморфные личностные деформации, сочетавшиеся с нарушениями социальной адаптации. Клинически эти состояния расценивались как ППС.

У больных с синдромом психической неустойчивости (СПН) к “фоновым” расстройствам в младшем школьном возрасте можно отнести церебростенические расстройства, что находит свое выражение в утомляемости, повышенной раздражительности, периодических головных болях, особенно к вечеру. Отмечается плаксивость, вялость, недостаточная

способность к концентрации активного внимания, плохая успеваемость в школе. Поведение детей характеризуется эмоционально-волевой незрелостью, инфантильностью, снижением чувства долга, способности тормозить сиюминутные желания, подчиняться требованиям дисциплины. У большей части детей преобладает повышенное настроение, общительность, но без формирования стойких привязанностей, выражена двигательная расторможенность. Важным свойством личности детей этой подгруппы является повышенная внушаемость, склонность к подражанию, что нередко создает благоприятные условия для отрицательного влияния на них асоциальных подростков.

В среднем школьном возрасте нарастают явления социальной дезадаптации, что проявляется в недисциплинированности и паясничании на уроках, прогулах занятий, побегах из дома, нередко объясняемых боязнью наказания. Уходы преимущественно осуществляются в компании сверстников или старших подростков, нередко сочетаются с кражами. Больные, чаще всего, возвращаются домой самостоятельно, наказание и убеждение переносят безразлично, что, по-видимому, способствует повторным побегам, присоединению делинквентных действий.

Половое созревание у большинства подростков ретардированное, сочетается с общей инфантильностью. Они становятся дерзкими, раздражительными, не терпят замечаний, непочтительны в отношениях со взрослыми, предпочитают проводить время на улице в кругу асоциальных лиц. Учащаются побеги, отсутствуют дома по несколько дней. Во время бродяжничества отмечены алкогольные эксцессы, поджоги, воровство. На замечания

взрослых больные отвечают грубостью, отказываются давать объяснения своим поступкам, обманывают родителей и учителей, у части подростков отмечается склонность к вымыслам, примитивному фантазированию. У большинства больных в пубертатном возрасте отмечаются преходящие церебрастенические расстройства.

На становлении синдрома повышенной аффективной возбудимости (СПАВ) оказывает существенное влияние, так называемый, второй возрастной криз (младший школьный возраст). У больных отмечается пониженное настроение, угрюмость, временами отмечаются аффективные вспышки по типу “короткого замыкания”. Взаимоотношения с соучениками недоверчивые, неприязненные, предлагаемая помощь отклоняется в грубой форме. Имеют место садистические тенденции, как по отношению к слабым, значительно младшим по возрасту детям, так и по отношению к сверстникам. В школьных характеристиках находят свое отражение данные об ослаблении памяти, ограничении круга интересов, не выходящих за пределы бытовых потребностей. При психологическом обследовании выявляется инертность мышления и затруднения при пользовании абстрактными понятиями. Большинство таких больных, обычно, претендует на роль “лидера” в группе соучеников.

В среднем школьном возрасте при приближении к пубертатному периоду аффективные разряды становятся менее выраженными и продолжительными, появляется заинтересованность в учебе, улучшаются взаимоотношения с учителями и сверстниками. Родители также отмечают улучшение поведения детей, появление у них критической оценки неправильных действий. Сами подростки нередко жалуются на то, что им трудно владеть собой, просят помощи. У большей части заметно ослабевают церебрастенические проявления, они значительно реже жалуются на головные боли, утомляемость, непереносимость шума, духоты. Подобная динамика в пубертатном возрасте отмечается при сочетании правильного педагогического подхода и благополучных семейных взаимоотношений.

Половое созревание у большинства подростков имеет признаки акселерации и интенсификации, начало пубертата приходится у них на более ранние сроки (12,5-13 лет). Половое

созревание протекает в более быстром темпе и заканчивается примерно к 15-15,5 годам. С началом пубертатного периода обнаруживается декомпенсация психопатоподобного состояния и церебрастенических расстройств. В этот период у большинства больных происходит окончательное становление СПАВ, при этом существенную роль играют ситуационно-семейные факторы (безнадзорность). У всех подростков в той или иной мере отмечаются асоциальные и делинквентные формы поведения - хулиганство, грубая агрессивность, сексуальные эксцессы. Учащаются случаи бродяжничества, в основном, в компании старших подростков или сверстников, употребления спиртных напитков, курение.

Исходы ППС резидуально-органического генеза во многом зависят от влияния как внешних, так и внутренних факторов, достоверность которых определялась при катamnестической оценке больных в юношеском возрасте.

Из 27 больных катamnестической группы благоприятная динамика ППС отмечена у 16 человек, у 11 обследованных имел место неблагоприятный исход.

Благоприятный исход заболевания определялся практическим выздоровлением: отсутствием признаков социальной дезадаптации, формированием достаточной конформности к окружению и исчезновением церебрастенических расстройств. Изучение социального статуса обследованных показало, что 16 юношей продолжали учебу: 7 человек в различных ПТУ, 2-е в техникумах, 3-е закончили 10 классов. Четверо лиц с благоприятным исходом обнаруживали, некоторые затруднения в общении со сверстниками, болезненно реагировали на замечания, однако работали на производстве и учились в вечерней школе.

При неблагоприятном исходе заболевания у 5 больных с СПН и у 3 со СПАВ диагностировано патологическое формирование личности на “органически измененной почве”. Оно проявлялось в затруднении общения со сверстниками, отказах от учебы, общественно-полезной деятельности, чрезмерной зависимости от окружающей среды, в болезненном реагировании на замечания, иногда преобладали грубость, брутальность, агрессивность. Неблагоприятные условия воспитания и влияние асоциальных сверстников нередко приводили