

Бенько Л.А., Голубчикова О.В., Колесниченко Т.Н., Мамин Г.В.

Психосоматические типы церебрастении в детском возрасте

Кафедра психиатрии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Челябинск

Benko L.A., Golubchikova O.A., Kolesnichenko T.N., Mamin G.V.

Psychosomatic types of cerebrastheny in childhood

Резюме

Целью настоящего исследования являлось изучение патогенетических особенностей органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства резидуального генеза в детском возрасте. В результате комплексного изучения в виде клинико-психопатологического, клинико-динамического, нейропсихологического, вегетометрического обследований детей с органическим астеническим расстройством выделено два клинических психопатологических варианта: гипостенический и гиперстенический. Данные нейропсихологического обследования свидетельствовали преимущественно о функциональной недостаточности лобных корковых структур при гиперстеническом варианте, и дефицитности стволовых структур – при гипостеническом варианте. На основании анамнестических и вегетативных показателей были выделены типы психосоматических отношений: соматопатический, соматолатентный и соматостойчивый. Гиперстенический вариант сопровождается менее выраженной психовегетативной симптоматикой, носящей скрытый характер и выражающийся преимущественно в соматолатентном типе психосоматических отношений (62,9%). Соматопатический и соматостойчивый типы психовегетативного реагирования имеют меньшую распространённость при данном варианте (17,3% и 20,8% соответственно), определяя более благоприятное течение расстройств. При гипостеническом варианте выраженные проявления психовегетативной симптоматики определяют преобладание соматопатического типа психосоматических соотношений (52,4%), соматолатентный и соматостойчивый типы встречаются реже (33,7% и 13,9% соответственно), обуславливая преимущественно неблагоприятный прогноз.

Ключевые слова: астенция, психосоматический, вегетативный, органический, нейропсихологический, психические нарушения в детском возрасте

Summary

The purpose of the study was to evaluate pathogenetic particularities of organic asthenic (emotionally labile) disorder of residual genesis in childhood. As a result, a comprehensive study in the way of clinical-psychopathological, clinical-dynamic, neuropsychological, vegetometrical surveys of children with organic asthenic disorder two types of clinical psychopathology were identified: hyposthenic and hypersthenic. The neuropsychological examination attested mainly the functional failure of the frontal cortical structures in hypersthenic variant, and deficiency of stem structures at hyposthenic one. On the basis of anamnesis and vegetative parameters were identified types of psychosomatic relations: somatopathical, somatolotent and somatosteady. Hypersthenic variant is accompanied by less expressed psychovegetative symptoms wearing hidden character and manifested predominantly in somatolotent type of psychosomatic relations (62.9%). Somatopathical and somatosteady types of psychovegetative response are less prevalent in this variant (17.3% and 20.8 %, respectively), defining a favorable course of disorders. At hyposthenic type the expressed displays of psychovegetative symptoms set the prevalence of symptoms of psychosomatic relations of somatopathical type (52.4%) , when somatolotent and somatosready types are less common (33.7 % and 13.9 % respectively), mainly causing an unfavourable prognosis.

Keywords: fatigue, psychosomatic, vegetative, organic, neuropsychological, mental disorders in childhood

Введение

К настоящему времени накоплен достаточный материал, уточняющий различные стороны резидуально-органических психических расстройств у детей [2,9,13].

В то же время основные клинико-психопатологические и патогенетические механизмы органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства резидуального генеза остаются малоизученными. Известно,

что в патогенезе психических расстройств резидуальная симптоматика при определённых условиях в дальнейшем трансформируется в органическую личность, «с широким диапазоном эмоционально-личностных проблем, обуславливающих ее социально-психологическую дезадаптацию» [12]. При этом многие авторы [5,6] относят церебральную астению к «осевому» синдрому резидуально-органической церебральной патологии у детей. При астеническом синдроме рассматривает два основных его варианта: гиперстенический и гипостенический [10]. Вместе с тем известно, что выраженность психовегетативных проявлений, как при гиперстеническом, так и при гипостеническом варианте, влияет как на структуру заболевания, так и на его динамику и на общую эффективность лечения.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-психопатологических, патогенетических особенностей органического астенического (эмоционально-лабильного) расстройства резидуального генеза в детском возрасте.

Материалы и методы

В детских отделениях областной клинической специализированной психоневрологической больницы г. Челябинска было проведено комплексное обследование 110 детей (86 мальчиков и 24 девочки) с органическим астеническим расстройством резидуального генеза. Все обследованные были разделены на две группы в зависимости от возраста: первая — от 6 лет до 7 лет, вторая — от 8 лет до 11 лет.

Данное исследование определялось мультидисциплинарным подходом. Психическое состояние изучалось с клинико-онтогенетических позиций клинико-анамнестическими, клинико-психопатологическими и клинико-динамическими методами. Клинико-анамнестический метод основывался на анамнестической таблице [8], которая позволила определить суммарное количество всех обнаруженных патологических факторов и их многочисленные комбинации, способные оказать влияние на возникновение и характер резидуально-органических расстройств.

Диагностические методы исследования включали изучение психопатологического, неврологического, нейропсихологического и соматического статусов, а полученные результаты комплексно обобщались.

Оценка клинико-неврологического статуса была направлена на выявление ранних органических повреждений головного мозга и резидуально-неврологической симптоматики, а также определение характера вегетативных расстройств. Неврологическое обследование проводилось по общепринятой схеме [1]. Влияние надсегментарного отдела вегетативной нервной системы изучалось в соответствии с рекомендациями Всероссийского центра вегетативной патологии [3]. Большое значение для уточнения неврологической диагностики имели данные электрофизиологического исследования. Являющееся одним из немногих методов диагностики изменений функционального состояния мозга, электроэнцефалографическое

исследование имеет наибольшее значение при решении вопросов диагностики его органических поражений [4]. Кроме того, использовалась методика нейропсихологического исследования, разработанная А.Р. Лурией [7] и адаптированная Всероссийским центром по детской неврологии.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст: от 6 до 11 лет.
2. Наличие признаков органического астенического расстройства в соответствии с диагностическими указаниями рубрики F06.6 МКБ-10 в рамках резидуально-органического психосиндрома.
3. Показатель уровня интеллектуального развития не ниже порогового.

Результаты и обсуждение

К наиболее значимым причинам в происхождении резидуально-органической церебральной патологии у детей относятся последствия воздействия патогенных факторов пре-, пери- и раннего постнатального периода. Анализ патогенных факторов в основной группе показал их высокую распространённость - 100% случаев, в то время как в контрольной группе подобные случаи составили 35%. Выявленные факторы можно обозначить как причину церебральной патологии, обуславливающей формирование резидуально-органического психосиндрома.

При неврологическом осмотре в основной группе наибольшее количество детей приходилось на показатель «пять и более» симптомов (44,9%). В контрольной группе, наоборот, этот же показатель имеет малое количественное выражение — 6%. ЭЭГ-картина детей основной группы в 45,5% носила патологический характер, в то время как ЭЭГ-показатели у детей контрольной группы в основном либо соответствовали возрастным изменениям, либо носили характер минимальных изменений.

Опираясь на психопатологический анализ нарушенного психологического развития детей были выделены два клинико-психопатологических варианта органического астенического расстройства: гиперстенический и гипостенический. К гиперстеническому варианту было отнесено 62 обследованных, из них 17 девочек и 45 мальчиков, к гипостеническому — 48, из них 7 девочек и 41 мальчик.

При гипостеническом варианте преобладали признаки малой активности, повышенной психической и физической истощаемости со склонностью к снижению настроению. В дошкольном возрасте, несмотря на относительную компенсацию невропатической симптоматики, черты тормозимости достаточно отчетливо просматривались в кризисных возрастных периодах, при резидуально-органической церебральной декомпенсации, которые проявлялась не только психопатизацией, но и соматизацией расстройств. Именно в этой группе дети оказывались часто болеющими. Вместе с тем коморбидными по отношению к астении были явные нарушения эмоционального реагирования со снижением аффективной реактивности, монотонностью, торпидностью.

У детей с гиперстеническим вариантом на первый план в структуре дизонтогенеза выступали расстройства преимущественно возбудимого радикала с выраженной расторможенностью, недостаточностью активного внимания, неустойчивостью поведения и настроения. В дошкольном возрасте такие дети проявляли непоседливость, неугомонность, были шумливы и слишком беспечны. Начало обучения в школе, совпадавшее с возрастной критической фазой, сопровождалось прежде всего декомпенсацией органического астенического расстройства, проявляющаяся преимущественно гиперкинетическим расстройством поведения.

Нейропсихологическое исследование детей обоих вариантов установило, что количественные показатели практически всех девиантных нейропсихологических симптомов при гипостеническом варианте превосходят аналогичные при гиперстеническом, кроме динамического праксиса.

По совокупности отдельных нейропсихологических симптомов были выделены основные нейропсихологические синдромы: функциональная недостаточность лобных долей, функциональная дефицитарность стволовых отделов, функциональная недостаточность зоны ТРО, функциональная недостаточность левой височной области. Результаты показали широкую распространённость функциональной недостаточности лобных долей при гиперстеническом варианте (59,7%). Клинически данный вариант выражался в расторможенности, непредсказуемости аффективных, психомоторных реакций, расстройстве адаптации к микро- и макросоциальным условиям. При нейропсихологическом обследовании таких детей в большинстве случаев выявлялось ослабление функции контроля и программирования собственной психической деятельности, преобладание нарушений динамического праксиса, свидетельствующие о первоначальной дисфункции префронтальных и премоторных отделов конвексальной коры лобных долей, преимущественно левого полушария.

При нейропсихологическом обследовании детей с гипостенической симптоматикой, у которых астенический радикал был более выражен и выходил на первый план в виде повышенной истошаемости, утомляемости, пассивности поведенческих реакций с преимущественными проблемами интеллектуального характера, в большинстве случаев (64,7%) была выявлена дефицитарность стволовых образований, дизэнцефальных структур головного мозга. Выявлялась патология всех уровней пространственных представлений (метрических, структурно-топологических, координаторных). В 42,1% случаев данный вариант сопровождался дизэмбриогенетическими стигмами.

При анализе вегетативной патологии было выявлено достоверное преобладание симпатикотонии, особенно при гипостеническом варианте. Кроме того, данное исследование подтвердило высокую распространённость вегетативной дистонии во время второго возрастного критического периода по сравнению со сравнительно стабильным препубертатным периодом.

На основании количественных характеристик вегетативных показателей, а также анализа клинико-anamnestических данных были выделены следующие типы психосоматических отношений. Критериями их оценки были: клинические проявления вегетативной дистонии; наличие в анамнезе психогенных нарушений, вторичных иммуно-дефицитных состояний; наличие психосоматического расстройства в статусе или в анамнезе; наличие в вегетативном статусе выраженной межсистемной рассогласованности и/или патологических форм вегетативного реагирования (сниженное, повышенное, извращённое).

С учётом этих критериев выделены следующие психосоматические типы и их диагностические критерии.

1 «Соматопатический» тип, при котором прослеживается чёткая связь с соматизацией органического астенического расстройства и наличием не менее 3-х из приведённых выше критериев.

2 «Соматолатентный» тип, для которого характерно наличие 2х критериев.

3 «Соматостойчивый» тип, при котором присутствует 1 или отсутствуют все названные критерии.

Выделение этих типов, а также их нейропсихологический анализ позволили дать наиболее полную характеристику психовегетативного синдрома при данной патологии.

Соматолатентный тип имеет распространённость при гиперстеническом варианте 62,9%. Затем следует соматостойчивый тип – 20,8% случаев и, в последнюю очередь, соматопатический – 17,3%. Течение психовегетативного синдрома имеет латентный, скрытый характер, проявляется в основном при вегетативных пробах и выявляется наличием в анамнезе психосоматических, вторичных иммуно-дефицитных состояний. При гипостеническом варианте органического астенического расстройства у детей в структуре вегетативных проявлений превалирует соматопатический тип – 52,4%. Затем следует соматолатентный (33,7%), далее – соматостойчивый тип – 13,9%. Психовегетативная симптоматика при гипостеническом варианте имеет выраженный клинический характер, выступает в жалобах на первый план и патогенетически связана с дефицитарностью стволовых образований, дизэнцефальных структур головного мозга. При этом прогноз в плане соматизации психических расстройств на фоне органического астенического расстройства — неблагоприятный.

Кроме того, выявилась преимущественная распространённость 6-7 летнего возраста — 71,2% при соматопатическом типе и наименьшая — при соматостойчивом — 9,1%. Частота соматопатического типа при обследовании 8–11летних детей гораздо меньше, чем при обследовании младших детей и составляла 26,8%.

Выделенные психосоматические типы позволяют использовать дифференцированный патогенетический подход к лечению психовегетативных расстройств при органическом астеническом расстройстве резидуального генеза у детей.

Как показал клинический опыт, сочетание адекватного клиническим проявлениям медикаментозного лечения и патогенетической нейропсихологической коррекции с традиционными психотерапевтическими, общеукрепляющими мероприятиями приводило к формированию длительных ремиссий.

Выводы

1. В результате комплексного клинко-психопатологического, нейропсихологического и нейрофизиологического изучения детей с органическим астеническим расстройством резидуального выделено два психопатологических варианта типичных для детского возраста: гипостенический (43,6%) и гиперстенический (56,4%).

2. Клинико-психопатологическими особенностями гипостенического варианта являются преобладание церебрального радикала с повышенной истощаемостью, утомляемостью, пассивностью поведенческих реакций и когнитивными затруднениями. Гиперстеническому варианту присущи расторможенность психомоторных, аффективных реакций, расстройство активного внимания, повышенный фон настроения с аффективной возбудимостью.

3. При гипостеническом варианте нейропсихологическая симптоматика была представлена дефицитарностью стволовых, дизцефальных структур головного мозга и включала дефекты сенсомоторных координаций с вторичной патологией всех уровней пространственных представлений, негативно отражаясь на интеллектуальных и гностических функциях. При гиперстеническом варианте психопатологические расстройства связаны патогенетически с функциональной недостаточностью конвексальных отделов лобных долей, и базальных отделов лобных долей, сопровождаемая нейропсихологи-

ческой симптоматикой в виде нарушений контроля и программирования собственной психической деятельности.

4. На основании полученных количественных характеристик вегетативных показателей — вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и клинко-анамнестических данных — при органическом астеническом синдроме были выделены следующие типы психосоматических соотношений: соматопатический (выраженный тип), соматолатентный (умеренно выраженный тип) и соматоустойчивый (легкий тип). При гипостеническом варианте выраженные проявления психовегетативной симптоматики определяют преобладание соматопатического типа психосоматических соотношений (52,4%), соматолатентный и соматоустойчивый типы встречаются реже (33,7% и 13,9% соответственно), обуславливая преимущественно неблагоприятный прогноз. Гиперстенический вариант сопровождается менее выраженной психовегетативной симптоматикой, носящей скрытый характер и выражающийся преимущественно в соматолатентном типе психосоматических соотношений (62,9%).

5. Комплекс мероприятий, направленных на устранение психовегетативных нарушений при резидуальной церебральной органической патологии, должен проводиться длительно, с учётом возраста и варианта заболевания. ■

Бенько Л.А., к.м.н., Голубчикова О.В., к.м.н., Колесниченко Т.Н. к.м.н., доцент, Мамин Г.В. к.м.н., доцент, Кафедра психиатрии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку - Бенько Л.А., larisbenco@mail.ru, 8 951 457 61 32

Литература:

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. — М.: Медицина, 1986. — С. 306–359.
2. Буторина Н.Е. Резидуально-психоорганический синдром в детском возрасте // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 2000. — С. 116.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М.Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
4. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). — Таганрог, ТРТУ, 1996. — 358 с.
5. Ковалев В.В. Онтогенетический аспект резидуально-органических психических расстройств у детей и подростков: Тезисы докладов конференции детских невропатологов и психиатров РФСР. — Москва, 1983. — С. 130–132.
6. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю., Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии танаканом // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2003, № 6. Т 2. — С. 168–172.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М., 1969. — С. 25–3
8. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант личностного опросника для детей. — Л., 1977. — 75 с.
9. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. — Новосибирск: Наука, 1998. — 80 с.
10. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Г.Д. и др. Руководство по психиатрии. В 2-х томах. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — 719 с.
11. Симерницкая Э.Г., Скворцов А.А. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов: Метод. рекомендации. Екатеринбург, 1988. — 250 с.
12. Шадрин И.В., Бенько Л.А., Пирогова М.Ю. «Органическая комбатантная личность»: вопросы терапии // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Реабилитация и дестигматизация в психиатрии», 4–5 июня. 2013. — Санкт-Петербург, 2013. — С. 129–130
13. Remschmidt H., Familiendiagnostisches Lesebuch. — Thieme Verlag, Stuttgart, 2001. — S. 25–31.