

ПСИХОДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ИХ ВОЗРАСТНОЕ СВОЕОБРАЗИЕ

О.А. Соловьева

Детское диспансерное отделение ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ, филиал «ПНД № 13», Москва

В статье на основе собственного опыта автора описано, как клиническая картина органического расстройства отражает особенности нервно-психического реагирования ребенка, формирование у него клинической картины психического состояния и нюансы его динамики.

Ключевые слова: психодиагностика, уровень нервно-психического реагирования, органическое расстройство, психогенные переживания.

Резидуально-органическая патология как следствие воздействия различных факторов (патология беременности и родов, тяжелые инфекционные заболевания, нейроинфекции, прием токсических веществ и т.д.) в перинатальном периоде и в возрасте до трех лет многими исследователями расценивается как аналог «детских энцефалопатий» в понимании классиков неврологии Н. Brissaud, P. Souques; «инфантильный/ювенильный органический синдром» по Н. Stutte; минимальная мозговая дисфункция, для которых определяют высокий риск развития в последующие годы различных психопатологических образований [3]. Именно эти расстройства считаются благоприятной почвой для формирования психических расстройств детского возраста [1] и являются, в том или ином клиническом варианте, наиболее распространенными нарушениями, встречающимися в работе детских психиатров. В дошкольном и младшем школьном возрасте, когда у индивидуума сосуществуют сомато-вегето-инстинктивный и психомоторный уровни нервно-психического реагирования [4], предпочтительными являются такие формы органических невротических расстройств, как энурез, энкапрез, диссомнии, мутизм, тики. При этом фобический невроз и депрессивный невроз как отражение аффективного уровня реагирования обычно возникают в младшем и среднем школьном возрасте. Для подросткового и юношеского периода созревания, соответствующего эмоционально-идеаторному уровню нервно-психического реагирования, характерны психогенные варианты нервной анорексии, философической интоксикации и дисморфофобий.

Клиническая картина этих расстройств при всей ее изученности имеет у детей ряд отличий как в проявлениях самих нарушений, так и в их прогностической значимости для больного, определяющейся возрастными особенностями и тенденцией к регрессиентности этой симптоматики на этапе взросления. У таких пациентов обнаруживается «патологически измененная почва» в форме *невропатии*, такая, какой ее описывал С.Г. Жислин [2], – выявляющиеся на ранних этапах развития симптомокомплексы с явлениями повышенной возбудимости нервной системы и незрелости вегетативной регуляции, в происхождении которых участвуют экзогенно-органические факторы, действующие в пре- и постнатальном периодах («экзогенная неврпатия» по Т.П. Симсон, 1949). По данным исследователей, выделяющих наряду с «истинной» неврпатию органическую [5, 6, 8], раннее поражение головного мозга может сопровождаться задержкой психомоторного развития и выявлением гипердинамических, церебральных и других резидуальных церебральных нарушений. При этом обнаруживающиеся у юных больных характерологические расстройства и/или особенности оказываются менее выражены, чем при «истинной», конституциональной неврпатии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка А., 01.01.1997, студентка МГЛУ, 1 курс.

Наследственность

Бабушка по линии матери закончила среднюю школу, медицинское училище, работала фельдшером в службе скорой помощи в течение пяти лет. Затем умело вела домашнее хозяйство. Деловая, энергичная, любит порядок во всем. Принимает активное участие в организации быта дочки и внуки, хотя живет отдельно.

Дед по линии матери имеет высшее медицинское образование, лечебной практикой не занимался, работал в научном учреждении Министерства обороны. Всегда был добродушным, общительным, остроумным, энергичным, жизне-

любивым. Успешно продвигался по служебной лестнице. В молодости периодически злоупотреблял алкоголем, запоев не отмечалось. Семь лет назад перенес операцию на сердце, после чего очень изменился по характеру – стал замкнутым, молчаливым, обидчивым, уделяет повышенное внимание своему самочувствию.

Мать, 1971 г. р., закончила МГУ, филологический факультет, работает преподавателем литературы в средней школе. Своей карьерой недовольна, так как считает, что могла бы добиться большего, если бы муж принимал более активное участие в воспитании детей. Постоянно жалуется окружающим, что очень устает на работе, так как в силу повышенной требовательности к себе ставит перед собой большие задачи и не всегда успевает решить их в срок. Обладает повышенным чувством ответственности, пунктуальностью, дотошно выполняет служебные обязанности, сообщает, что несделанная в срок работа приводит ее в состояние неудовлетворенности. Дома, в семье часто бывает недовольна, раздражительна, по малейшим поводам повышает голос на мужа, детей. Стремится все держать под контролем и дома, и на работе. Себя характеризует как хорошего организатора, тревожную, «повышенно эмоциональную». При этом напориста, бесцеремонна, авторитарна. В течение многих лет страдает ревматизмом. Терапию получает исключительно в моменты обострения заболевания, что случается примерно раз в два-три года.

Отец, 1963 г. р., по образованию инженер. Работает в крупной фирме, где успешен и продуктивен. Уравновешенный, мягкий, интеллигентный, отзывчивый, немногословный, уступчивый, имеет друзей. В процессе конфликтов, которые провоцирует жена, старается не возражать ей, делать все так, как она считает нужным. Привязан к детям, заботлив. Дома бывает мало, много работает. Часто ездит в командировки. В воспитании детей и ведении хозяйства полностью полагается на супругу.

Бабушка по линии отца была спокойной, рассудительной, домовитой женщиной. Работала воспитателем в детском саду. Пользовалась уважением коллег. Умерла в 66 лет от острой сердечной недостаточности.

Дед по линии отца был военным. Служил в ракетных войсках. Несмотря на большую занятость на службе, принимал активное участие в воспитании сына, являлся для него примером для подражания. Умер на два года раньше своей жены от тромбоза легочной артерии.

Младший брат, 2003 г.р., школьник, хорошо успевает, подвижный, улыбочивый, общительный, здоров.

Анамнез (со слов матери, пациентки и по данным медицинской документации)

Родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии, нефропатии в третьем триместре у матери, которой часто приходилось брать больничный лист в связи с выраженностью

нефропатических проявлений, принимала сорбифер, урологический сбор. Роды в срок, затяжные, с длительным безводным периодом, применением медикаментозной стимуляции. На последнем этапе родов из-за длительного стояния головки плода в родовых путях матери вследствие слабости родовой деятельности применялись акушерские щипцы. Новорожденная закричала после проведения реанимационных мероприятий. Масса новорожденной при рождении 3450 г, длина 52 см, 7/8 баллов по Апгар. К груди приложили на третий день, сосала активно. Из роддома выписали на шестые сутки из-за лечения швов в родовых путях матери. Грудное вскармливание продолжалось до 8 месяцев. Раннее развитие было своевременным лишь в отношении моторных навыков, речевые несколько отставали: пошла в 1 год, первые слова – в 1 год и 4 месяца, фразовая речь – в 2 года, что беспокоило мать и бабушку. Словарь набирала медленно. Из-за нарушения звукопроизношения нуждалась в коррекционных занятиях с логопедом. В 3 года перенесла сальмонеллез, лежала в инфекционной больнице вместе с матерью в течение 3 недель. После выписки была длительно астенизирована, быстро уставала, плохо ела, была вялой и капризной. С этого времени часто стала болеть простудными заболеваниями с явлениями гипертермии и длительными астеническими «хвостами». С 3,5 лет посещала логопедический детский сад, к 4,5 годам темп речевого развития нормализовался. Росла подвижной, активной, общительной, эмоциональной девочкой. Живо реагировала на похвалу, была привязана к родным, особенно выделяла отца, так как редко его видела и скучала, а мать побаивалась. Была в семье послушной, подчиняемой. В детском саду адаптировалась в течение месяца, детей не сторонилась, легко вовлекалась в групповые игры и занятия. В атмосфере детского сада чувствовала себя свободно, веселилась, иногда шалила, дома была более зажата, упорядочена в поведении, побаивалась реакции матери. Часто болела ангинами с высокой температурой. В 5 лет переболела ветряной оспой с высокой температурой, тоже долго восстанавливалась. В 6 лет педиатры диагностировали хронический тонзиллит, хронический бронхит, была переведена в третью группу здоровья. Рождение брата внешне восприняла спокойно, но стала более плаксива и капризна. Появились страхи того, что ее не заберут из детского сада. С появлением второго ребенка атмосфера в семье в целом стала более напряженной, участились ссоры между родителями, что тревожило девочку.

В 7 лет пошла в школу, была хорошо подготовлена (умела читать, писать, считать). С учебой справлялась легко, так как была подготовлена матерью. К детям относилась терпимо, устанавливала дружеские отношения с одноклассниками, была подчиняема и послушна, удобна для учителя. Когда девочке было 8 лет, мать в течение месяца находилась в больнице в связи с ревматической

атакой, в этот период находилась под присмотром бабушки. Несмотря на то что к бабушке была привязана, отношения с ней были теплыми, разлуку с матерью перенесла тяжело: появилась выраженная тревога за ее здоровье, не могла сосредоточиться на занятиях, снизилась успеваемость, настроение было стабильно подавленным, появились расстройства сна в виде трудного засыпания, «птичьего сна». Состояние постепенно через месяц после возвращения матери домой улучшилось, однако полностью не нормализовалось. Через два месяца впервые возникли навязчивые движения головой, частые моргания, сохранявшиеся в течение восьми-девяти месяцев. Затем они сменили локализацию, сместившись на плечевой пояс. В возрасте 9 лет в конце учебного года, в апреле 2006 г., присоединились движения ногами. Эти двигательные расстройства сохраняли свою интенсивность в течение трех-четырёх лет, усиливаясь при волнении, на фоне перегрузок, но «светлые промежутки» были в летние периоды. Девочка тяготилась навязчивыми движениями, пыталась их контролировать, стала повышено раздражительной, капризной. Заметно испортились отношения с младшим братом, который стал ее раздражать, повышала на него голос, гнала его от себя, хотя раньше относилась к нему терпимо.

В школе имела подруг, отношения с которыми стали менее устойчивыми, а ссоры – более частыми. Снизилась успеваемость, чаще стала жаловаться на повышенную утомляемость и головные боли. Головные боли возникали при повышенной умственной нагрузке и при изменении погодных условий. Жаловалась, что плохо переносит душные помещения, укачивало в автобусе. С возрастом метеозависимость стала более выраженной, а укачивания в транспорте стали реже.

В течение 5 лет (с 10 до 15) занималась в музыкальной школе по классу фортепиано, делала это без особого удовольствия и желания, по настоянию матери, считавшей такие занятия полезными для эстетического развития дочери. Прилежно «высиживала» за инструментом положенное время, быстро стала тяготиться нагрузкой, отнимавшей время от игр с подругами, просмотра телепередач. В результате музыкальную школу так и не закончила, с нагрузкой не справлялась. В течение последнего года посещения часто плакала, просила мать забрать ее оттуда, не заставляя продолжать учебу, жаловалась на отсутствие интереса и желания заниматься музыкой. 05.09.2011 обратились к детскому психиатру. По его направлению девочка была осмотрена в поликлиническом отделении детской психиатрической больницы № 6, после чего была туда госпитализирована для обследования и лечения 19.09.2011. Находилась в стационаре в течение 1,5 месяцев.

Психический статус при обращении

Контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. В беседе держится спокойно. Внешне

бледная, астенизированная, жалуется на повышенную утомляемость и от умственной, и от физической нагрузок. На фоне переутомления 2–3 раза в неделю возникают головные боли в височной или затылочной областях ноющего, сковывающего характера. Иногда бывают носовые кровотечения. Отмечает метеозависимость. При перемене погоды чувствует слабость, сонливость. Сообщает, что при волнении, при интеллектуальной нагрузке появляются частые моргания, редко – движения в плечевом поясе. Настроение легко меняется, «все начинает раздражать без особой причины». Себя характеризует общительной, легкоранимой, впечатлительной, неуверенной в себе. Говорит, что дома ей не очень комфортно из-за частых родительских ссор и постоянно раздражающего ее объекта – младшего брата. Считает, что сон у нее поверхностный, чуткий, прерывистый. Критика к своему состоянию присутствует. Выразила согласие на обследование и лечение в условиях стационара.

Психолог

На фоне доступности абстрактно логического уровня обобщения, сохранной механической памяти и внимания, сниженной опосредованной памяти (вследствие импульсивности и эмоциональности) выступают личностные особенности: акцентуация характера лабильного типа с изменчивостью настроения, от которого зависит активность, работоспособность и общительность, глубиной эмоциональных переживаний, чувствительностью, мнительностью, тревожностью, потребностью в сопереживании.

Соматический статус

Состояние удовлетворительное, нормального питания, отеков, одышки нет. Зёв чистый. Нёбные миндалины рыхлые, гипертрофированные, без наложений. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 15/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 78/мин. АД – 120/80. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

ЭКГ – ритм синусовый, нарушения проводимости нет, нормальное положение ЭОС.

Терапевт

Хронический тонзиллит, хронический бронхит.

Неврологический статус

Жалобы на головные боли, изредка – носовые кровотечения. Метеозависимость. Периодически частые моргания. Сознание ясное, глазные щели симметричные. Зрачки симметричные, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет, язык по центру, носогубные складки симметричные, оживлены. Патологических знаков нет. Координация, чувствительность не нарушены.

Диагноз: органическое поражение головного мозга, церебрастенический синдром.

Окулист

Без патологии.

ЭЭГ

На фоновой ЭЭГ умеренные изменения ирритативного характера. Проба с гипервентиляцией усиливает дисфункцию стволовых образований мозга мезодиэнцефального уровня; локальных изменений не выявлено.

ЭхоЭГ

Смещения срединных структур мозга не выявлено. Умеренное расширение боковых желудочков мозга.

Получала лечение:

- глицин по 1 таб. 3 раза;
- пикамилон 0,05 – 3 раза;
- феварин 0,05 – 2 раза;
- фенибут 0,25 – 3 раза;
- витаминотерапию.

После выписки из больницы состояние улучшилось, реже возникали головные боли, меньше устала, значительно редуцировались двигательные расстройства. Состояние позволило пациентке не просто продолжить учебу, но и делать это интенсивно – одновременно готовиться к поступлению в университет, заниматься с репетиторами по профилирующим предметам, выдержать экзамены и поступить на бюджетное отделение факультета гуманитарных и прикладных наук. Принимала фенотропил – 0,1 утром, мексидол – 0,125 – 3 раза в день, пустырник форте – 1 таб. 2 раза в день.

С учебой в вузе справляется, несмотря на то, что приходится много заниматься. При этом отмечает повышенную утомляемость на фоне интеллектуальных нагрузок, зная свои особенности, старается «правильно» заниматься, регулярно готовится к семинарам, не пропускает занятия. Быстро освоилась, нашла в институте подруг, поддерживает добрые отношения и с бывшими одноклассниками. В семье стала ровнее вести себя с братом, увереннее чувствует себя с матерью, хотя по-прежнему считается с ее мнением, не прекословит ей при прямых запретах, указаниях. С отцом отношения ровные, дружеские.

Психический статус

Бледная, под глазами тени. Контакт – продуктивный, беседует охотно. Держится в соответствии с ситуацией, мимика живая. Жалуется на периодические головные боли ноющего характера, которые возникают на фоне умственной нагрузки, временами сопровождаются ощущением тошноты. Иногда бывают носовые кровотечения. При изменениях атмосферного давления появляется слабость, сонливость. Плохо переносит жару, духоту, на фоне волнения или повышенного утомления часто появляются непроизвольные моргания, изредка – движения в плечевом

поясе, которые уже не приносят никаких «страданий и волнений». Признается, что учеба дается нелегко, так как заниматься долго не в состоянии, а нагрузка большая. Наличие страхов отрицает. Себя описывает как общительную, но застенчивую, неуверенную в себе, тревожную, обидчивую. Отмечает, что с возрастом стала более общительной, менее обидчивой, более раскованной и терпимой, однако считает себя чрезмерно мнительной и впечатлительной.

На момент осмотра настроение хорошее, отмечает, что оно меняется по несколько раз в день по незначительным поводам. Эмоциональна, к родителям привязана, к младшему брату терпима, снисходительна. Тепло говорит о подругах. Рассказывает, что любит читать, немало времени проводит за компьютером. Интересы разносторонние, посещает театры, ездит в путешествия с родными. Ориентирована как в общественно-политической, так и в культурной жизни.

РАЗБОР

Состояние в настоящий момент определяется церебрастеническими проявлениями в виде цефалгий напряжения, возникающих на фоне умственной нагрузки, смены погоды, атмосферного давления, повышенной истощаемости умственной деятельности, проявлениями раздражительной слабости, эмоциональной лабильности и недержанием аффекта. Нарушения цикла сон-бодрствование представлены диссомниями, проявляющимися преимущественно в пресомнической фазе в виде нарушений глубины сна и отсутствия чувства бодрости при пробуждении.

У пациентки отмечаются кратковременные аффективные колебания, в которых над собственно сниженным настроением преобладают астенические проявления с повышенной утомляемостью, плохой переносимостью нагрузок, нарушениями сосредоточения, продуктивности умственной деятельности, появлением раздражительности, плаксивости.

Кроме того, сохраняются в редуцированном виде элементы моторных навязчивостей в виде «моргания».

Семья в целом характеризуется преобладанием стенического радикала с высоким уровнем активности, социальной адаптации, относительной гармоничностью личностных свойств ее членов. При этом дед по л/м после перенесенного тяжелого кардиологического заболевания и связанного с ним оперативного вмешательства продемонстрировал динамику личности по типу экзистенциального криза с появлением ранее несвойственных ему черт астенического полюса – замкнутости, молчаливости, обидчивости и формированием ипохондрических свойств. Мать страдает ревматическим заболеванием, хроническим расстройством, относящимся к «большой семерке» психосоматических страданий, и обнаруживает черты истеро-возбудимого круга – демонстративность,

легкость возникновения аффекта раздражения и гнева, стремление продемонстрировать себя в выгодном свете, позиционирование несвойственных, но социально одобряемых ролевых образов («идеальная, заботливая мать», «незаменимый член коллектива»), склонность к соматизированным формам реагирования. Личность нашей пациентки относится к астеническому типу с характерными для него свойствами – повышенной тревожностью, эмоциональной лабильностью, неуверенностью в себе, обидчивостью. Кроме того, обращает на себя внимание мнительность с 9 лет, вероятно, конституциональная, прослеживающаяся в семье по л/м.

Факты анамнеза – патология беременности и родов, повлекшая применение акушерских щипцов, необходимость в реанимационных мероприятиях, дисгармония развития (отставание формирования речи), тяжесть перенесенного в три года сальмонеллеза раскрывают многомерность органических воздействий, сформировавших картину обсуждаемого расстройства с возникновением астено-невротических и аффективных нарушений с часто повторяющимися жалобами на повышенную утомляемость, слабость, неспособность справиться с необходимыми учебными нагрузками, диссомниями, моторными навязчивостями. Подтверждениями органической природы этих патологических проявлений являются как характерная клиническая картина с присоединением цефалгий напряжения, метеопатий, навязчивых движений при возникновении учебных нагрузок, так и данные параклинических исследований (ЭЭГ).

Впервые особенности развития с отставанием его выявились уже на этапе формирования экспрессивной речи (органические вредности уже обсуждались нами выше), но компенсировались с помощью логопедической коррекции без терапии.

С трех лет обращают на себя внимание склонность к частым ОРВИ с симптоматикой физической астении. В остальном обнаруживала хорошие коммуникативные навыки, хорошо адаптировалась в коллективе сверстников.

В 8 лет – расстройство адаптации на разлуку с матерью, клиническая картина сочетала в себе аффект тревоги и депрессии, сопровождалось расстройствами сна, успеваемости, состояние было длительным, так как практически сразу на смену вышеупомянутым нарушениям пришла декомпенсация органически стигматизированной почвы в виде повышенной утомляемости и моторных навязчивостей.

Симптоматика двигательных расстройств, которая первоначально выходила на первый план, послужившая поводом обращения к врачу-психиатру, впоследствии в значительной степени нивелировалась, уступив место патологии развития личности астенического круга и церебрастении.

Диагноз: органическое расстройство многомерной этиологии сложной структуры с выраженным церебрастеническим и невротоподобным синдромами у личности, акцентуированной по астеническому типу.

ПРОГНОЗ

Вполне благоприятный, учитывая высокие компенсаторные возможности организма в обсуждаемом периоде, наличие резидуально-органической симптоматики, тяготеющей к регрессиентности, принадлежность к женскому полу, чьи потенциально значительные возможности к восстановлению не подлежат сомнению. Прогностически благоприятными факторами являются также хороший интеллект и правильность социальных установок больной, а также отсутствие выраженной дезадаптации в отношении основного расстройства.

Таким образом, патохарактерологические свойства пациентки могут быть определены как относящиеся к астеническому типу вследствие неблагоприятного течения невропатий. Подростковый возраст – «краеугольный камень» их динамики. Окончание пубертата с его радикальной перестройкой психофизиологии, самосознания, социально-личностных отношений в одних случаях знаменует разрешение и дезактуализацию детских психогенных конфликтов и редукцию невропатической симптоматики, а в других случаях они переносятся во взрослую жизнь, подвергаясь хронизации и являясь основой психогений зрелого возраста.

Литература

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. – М.: Триада-Х, 2008. – 405 с.
2. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
3. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Овчинникова А.А., Румянцева М.В. Лечение минимальных мозговых дисфункций у детей: терапевтические возможности Инстенона // РМЖ. – 2005. – № 12.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
5. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 2. – С. 27–30.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А., Проселкова М.Е., Голубева М.И. Психофармакология в микропсихиатрии // Педиатрия. – 2009. – № 3. – С. 106–108.
7. Симсон Т.П. Детская нервность, ее предупреждение и лечение. – М.: ПравдаМедгиз, 1949. – 39 с.
8. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Т.2. – М., 1959. – 406 с.

Psychodiagnostics organic disorders, and their individual uniqueness of age

O.A. Solovyov

*Children's dispensary department GBUZ PKB
№ 1 DMD, branch "IPA № 13", Moscow*

In article on the basis of their own experience, the author describes how the clinical picture organic disorders reflects the peculiarities of nervous and mental response of the child, the formation of his clinical picture of the mental state and the nuances of its dynamics.

Keywords: diagnostics, a level of psychological reaction, organic disorder, psychogenic experiences.