

ОСОБЕННОСТИ ПУБЕРТАТНОЙ ДИНАМИКИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.А.Худобин, В.М.Юркова, Е.Э.Гончар, Т.В.Топорова
*Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница*

Введение

Среди "трудных" подростков "ядерные", т.е. конституциональные, психопатии составляют 52%, а патохарактерологические и психогенные развития - 33% [3,4]. Некоторые авторы склонны расширять диагностику развитий и соотношение ядерных психопатий и развитий - 1:1 или даже 1:3 в пользу последних. У взрослых психопатические развития диагностируются значительно реже, чем у подростков. Можно полагать, что определенная часть акцентуаций характера у подростков с преходящими психопатоподобными нарушениями поведения в этом возрасте трактуется как "патохарактерологическое развитие" или "краевая психопатия". Термином же "патологический пубертатный криз" обозначают принципиально обратимые специфические подростковые психопатологические нарушения, характеризующиеся общими закономерностями возникновения, клинического оформления и обратного развития [5]. Эта психопатология является одним из наиболее актуальных аспектов исследования соматопсихических отношений в подростковом возрасте и связана с уточнением роли соматоэндокринного метаморфоза. В руководствах по детской и подростковой психиатрии [3,6,7] отсутствует определение нозологической принадлежности и описание клинической сущности патологического пубертатного криза, поэтому изучаемый синдромокомплекс неоднозначно оценивается представителями различных психиатрических школ. Некоторые авторы рассматривают патологический пубертатный криз как своеобразную пубертатную декомпенсацию резидуально-органических поражений головного мозга, формирующихся психопатий [8,9], другие [1] - как самостоятель-

ную возрастную психическую патологию. Допускается возможность проявления данного психопатологического состояния как в рамках известных нозологических групп, так и вне их [2]. Вместе с тем ведущая роль подросткового периода в генезе патологического пубертатного криза безоговорочно признаётся всеми.

Пубертатный криз как наиболее важный онтогенетический период, характеризуется существенным нейроэндокринным сдвигом с временной дисфункцией высшей нервной деятельности, нарушениями иерархии корково-подкорковых взаимоотношений, преходящими эндокринными расстройствами, разнообразными системными функциональными нарушениями [3,4].

Эта патология становится особенно значимой при нарушениях темпа и сроков протекания самого соматоэндокринного созревания, что типично для подростков с органической патологией головного мозга [3]. Используя термины "подростковый возраст", "пубертатный период" при обсуждении этиологических факторов, авторы, за редким исключением [2], не оговаривают фактического содержания используемой терминологии, т.е. не указывают, подразумевается ли в каждом конкретном случае нормативный или асинхронный характер возрастных перестроек; идёт ли речь преимущественно о нарушениях сомато-эндокринной, психологической, социальной составляющих созревания личности или об их совокупности. Между тем, как теоретические разработки, так и практическая работа (профилактика и лечение возникающих нарушений) невозможны без уточнения этих важных вопросов [10,11].

Цели исследования - дифференциация психопатологических изменений при "кризовых" пубертатных состояниях в зависимости от тяжести органического поражения головного мозга и выраженности церебрально-органической резидуальной недостаточности.

Материал и методы исследования

Были исследованы 68 подростков в возрасте 14-18 лет, наблюдавшихся в детско-подростковом диспансерном отделении и дневных стационарах Луганской областной клинической психоневрологической больницы. Из них, с признаками раннего резидуально-органического поражения головного мозга было

18 (26,5%) - первая группа, с признаками органической психопатизации - 23 (33,8%) - вторая группа; третья группа - с признаками церебральной резидуально-органической недостаточности (то есть, с минимальными субклиническими последствиями перенесенных органических воздействий - 27 (39,7%).

Методы исследования - клинический, психологический, электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, рентгенография черепа, в ряде случаев - томография головного мозга. С помощью методов психологического исследования (восприятия, ощущения, внимания, памяти, мышления и т. д.) и методов исследования личности получали информацию о состоянии психической деятельности и о личности в целом.

Полученные результаты и их обсуждение

Те или иные варианты нарушения протекания нейроэндокринной перестройки обнаружены в 100% случаев. Нарушения соматоэндокринного созревания (дисгармоничность, ретардация акселерация) имели место в 75% наблюдений первой и второй групп, в 36% - третьей. В зависимости от выраженности "кризовой" симптоматики (проявления психологического криза созревания; пубертатные психопатологические синдромы - расстроенные влечения, сверхценные образования и др.; болезненные состояния преимущественно для подросткового возраста - гебоидные, астеническая юношеская несостоятельность и др.) были выделены следующие варианты пубертатных состояний: первый - с отсутствием кризовой симптоматики; второй - с естественно-возрастной кризовой симптоматикой; третий - по типу дисгармонического пубертатного криза. Первый вариант - отсутствие кризовой симптоматики - 15 (22,1%) подростков. Это было обусловлено задержкой психофизического созревания в рамках инфантилизма, близкого к гармоническому, с несформированными подростковыми интеллектуальными интересами, несамостоятельностью, снижением активности, повышенной зависимости от семьи. Второй вариант с естественно-возрастной кризовой симптоматикой - 12 (17,6%) - имели место естественные возрастные тенденции, отражающие психологический криз созревания. У органически несостоятельных подростков это проявлялось однообразными проявлениями, утрированными формами реаги-

вания. Полагаем, что это есть специфическая пубертатная декомпенсация остаточных проявлений органического поражения головного мозга. Третий вариант - 41 (60,3%) - дисгармонический пубертатный криз - приурочены к подростковому возрасту, проявлялись в аффективных расстройствах, психическом инфантилизме, личностных аномалиях. При дисгармонически акселерированном характере созревания обнаружено позднее начало пубертатного периода (14-15 лет) с последующим массивным выявлением пубертатных изменений (16 случаев, 39,1%). Раннее начало пубертата для дисгармонической акселерации было малохарактерным (5 случаев, 12,2%). Аналогично при дисгармонически ретардированном созревании (20 случаев, 48,8%) преобладало позднее начало подросткового периода.

Выраженность кризовой симптоматики у подростков с органической недостаточностью коррелировала с частотой и выраженностью нарушений соматоэндокринного созревания (по типу дисгармонического). Наиболее высокие показатели в этой группе подростков можно объяснить своеобразным кумулирующим эффектом - сочетанием патохарактерологических нарушений с кризовой симптоматикой, поражающей личностный уровень, прежде всего [3]. Констатация этих признаков позволяет применить к таким подросткам меры медицинского и медико-социального воздействия. Из всего сказанного следует сделать вывод о том, что необходимо учитывать возможности наличия в группе практически здоровых подростков случаев дисгармонически акселерированного и дисгармонически ретардированного сомато-эндокринного созревания. На которые внимания не обращается, что может иметь последствия. Исходя из роли этих асинхроний развития в генезе пограничных пубертатных психопатологических расстройств, следует предположить необходимость более широкого амбулаторного эндокринологического и психолого-психиатрического консультирования подростков с целью первичной профилактики и своевременной психокоррекции возможных психопатологических нарушений и сопутствующего девиантного поведения.

Выводы

1. Резидуально-органическая недостаточность головного мозга у подростков несёт в себе определённые психопатологичес-

кие изменения. Отсутствие кризовой симптоматики сопровождается явлениями психического инфантилизма (22,1%) обследованной группы (68 человек). Естественно - кризовая симптоматика наблюдается в 17,6% случаев и проявляется в монотонности, однообразности действий и поступков. Чаще всего имеют место аффективные расстройства, личностные аномалии (психопатизация) - 60,3%, что связано с дисгармонически протекающим пубертатным кризом.

2. Именно эта группа подростков требует целевого диспансерного наблюдения с оздоровлением как амбулаторно, так и в стационарных (дневного стационара) условиях с психологической коррекцией.

Литература

1. Буторина Н. Е. Структура пубертатных изменений психики / Н.Е.Буторина // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. - М., 1987. - С. 12-16.
2. Вандыш В.В. Варианты пубертатной динамики резидуально-органической недостаточности головного мозга / В.В.Вандыш // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М., 1990. - С. 45-47.
3. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Клиника, дифференциальная диагностика, лечение: справочник / В.Я.Гиндикин. - М., 2000. - 138 с.
4. Гиндикин В.Я. Психопатология детского возраста / В.Я.Гиндикин, В.А.Гурьева, В.Я.Семке // Теоретические, клинические и судебно-психиатрические аспекты. - М., 2000. - С. 48-55.
5. Гурьева В.А. К систематике пубертатной психопатологии / В.А. Гурьева // Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. - М., 1987. - С. 3-12.
6. Гурьева В.А. Клиника патологического пубертатного криза (возрастной патоморфоз) / В. А.Гурьева, Л.А.Крыгина, Э.А.Бурелов // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. - М., 1985. - С. 121-129.
7. Ковалёв В. В. Психиатрия детского возраста / В.В.Ковалёв. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.
8. Крыгина Л.А. О роли асинхроний сомато-эндокринного созревания в генезе патологического пубертатного

криза / Л.А.Крыгина, И.А.Зинченко // Архив психиатрии. - 1997. - № 3-4. - С. 37-40.

9. Личко А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е.Личко. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

10. Мазурко Г. Д. Вопросы клинической дифференциации патологически протекающего пубертатного периода у подростков с асоциальным поведением / Г.Д.Мазурко // Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и социальной реабилитации психически больных. - М., 1978. - С. 498-500.

11. Наталевич Э. С. Клинические проявления патологических форм пубертата и их дифференциация / Э.С.Наталевич // Актуальные вопросы социальной психиатрии. - Валдай, 1979. - С. 71-79.

Резюме

Худобин В.А., Юркова В.М., Гончар Е.Э., Топорова Т.В. Особенности пубертатной динамики резидуально-органической недостаточности головного мозга.

При резидуально-органической недостаточности головного мозга у подростков наблюдали три группы симптомов. Наиболее часто психопатологические проявления носят характер личностных аномалий, аффективных расстройств, что связано с дисгармонически протекающим пубертатным кризом.

Ключевые слова: резидуально-органическая недостаточность головного мозга, подростки.

Резюме

Худобин В.А., Юркова В.М., Гончар Е.Э., Топорова Т.В. Особливості пубертатної динаміки резидуально-органічної недостаточності головного мозку.

При резидуально-органічній недостаточності головного мозку у підлітків спостерігали три групи симптомів. Найбільш часто психопатологічні прояви носять характер особливості аномалій, афективних розладів, що пов'язано з дисгармонічним пубертатним кризом.

Ключові слова: резидуально-органічна недостатність головного мозку, підлітки.

Summary

Hudobin V.A., Yurkova V.M., Gonchar E.E., Toporova T.V. Features of pubertal dynamics of residual organic disease of the brain.

When residual organic disease of the brain in teenagers observed three groups of symptoms. The most often psychopathological manifestations of are of the nature of personal anomalies, affective disorders, which to knit with disharmonics flowing pubertal crisis.

Key words: residual organic disease of the brain, teenagers.

Рецензент: д.мед.н., проф.Г.С.Рачкаускас