

Глава 25 МОЗГОВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Предшествующая глава рассматривала психиатрические осложнения, связанные с генерализованной недостаточной обучаемостью - с известными мозговыми нарушениями и без них. Эта глава главным образом касается психиатрических последствий мозговых нарушений для тех индивидумов, у которых помимо этого нет генерализованной недостаточной обучаемости.

Относительно редкий фактор риска

Однозначные мозговые нарушения в детстве относительно редки, например эпилепсия встречается примерно у 0,5% детей, а церебральный паралич - у 0,2%. Современные данные говорят о том, что эти мозговые нарушения обычно обусловлены не перинатальными осложнениями, как считалось раньше, а генетическими факторами и пренатальными и постнатальными инсультами.

Весьма ограниченную поддержку получило понятие «континуум репродуктивных потерь». Эта теория предполагает, что в то время как тяжелые акушерские и неонатальные осложнения могут приводить к смерти, церебральному параличу или генерализованной недостаточной обучаемости, легкие акушерские осложнения чаще приводят к гиперактивности, специфическим проблемам с обучением или неуклюжести, что иногда называют 'минимальной мозговой дисфункцией'. Поскольку у детей из социально неблагополучных слоев вероятность испытать акушерские и неонатальные осложнения выше, при изучении возможного влияния этих осложнений совершенно необходимо вводить поправку на социальное происхождение. Если это сделано, большая часть исследований указывает на то, что акушерские и неонатальные осложнения редко бывают причиной психиатрических проблем у детей без явных мозговых нарушений, если вообще бывают. Одно исключение из этого правила - увеличение трудностей с вниманием и, возможно, социальных у неврологически интактных детей, родившихся с весом менее 1500 г, обычно в результате выраженной недоношенности. Эти сильно недоношенные дети подвержены перивентрикулярному повреждению белого вещества, которое может и в отсутствие явных неврологических трудностей приводить к проблемам с вниманием, и этот результат, вероятно, только частично объясняется снижением среднего IQ.

Чрезвычайно мощный фактор риска

Наличие явных мозговых нарушений - мощный фактор риска детских психиатрических проблем, имеющий значительно большее влияние, чем другие соматические расстройства. Это хорошо демонстрируют эпидемиологические данные нейропсихиатрического исследования на острове Уайт (Таблица 25.1). Чрезвычайно высокую частоту психиатрических проблем, связанную с церебральным повреждением, нельзя объяснить только выраженностью недееспособности или стигматизацией; кроме того, имеются убедительные доказательства прямых связей мозг-поведение. Например, поразительно, что в большой эпидемиологической выборке детей с

Таблица 25.1 Нейропсихиатрическое исследование на острове Уайт (Rutter *et al.*, 1970)

У детей:	Доля с психическим расстройством (%)
Нет соматического расстройства	7
Соматическое расстройство, не затрагивающее мозг	12
Идиопатическая эпилепсия	29
Церебральный паралич и родственные расстройства, IQ>50	44

гемиплегическим церебральным параличом больше чем у половины были психические расстройства, несмотря на тот факт, что физическая недееспособность обычно была легкой, большинство детей были с нормальным интеллектом и посещали общеобразовательные школы. Другая иллюстрация неврологических факторов - недавнее эпидемиологическое исследование детского психического здоровья в Британии: дети с проблемами неврологического развития в общей популяции составляли лишь 3%, а среди детей с психическими расстройствами - 15%.

Риск каких психических расстройств?

В первом приближении психиатрические проблемы детей с мозговыми нарушениями сходны с психиатрическими проблемами других детей: наиболее распространенные проблемы с психическим здоровьем в обеих группах - поведенческие и эмоциональные расстройства. Не существует отдельного «синдрома повреждения мозга». За пределами этого первого приближения имеются некоторые различия в акцентах. У детей с неврологическими проблемами все психические расстройства встречаются чаще, но, по-видимому, аутистические и гиперактивные расстройства представлены особенно избыточно. Например, в исследовании на острове Уайт у детей с церебральным параличом гиперкинез составлял 19% психических расстройств, а у неврологически интактных детей - только 1%.

Родители и учителя часто сообщают об оппозиционности и раздражительности детей с мозговыми нарушениями. И хотя часто они настолько выражены, что дают основание диагностировать оппозиционно-вызывающее расстройство, у таких детей относительно редко развивается более серьезное антисоциальное поведение, характерное для тяжелого расстройства поведения. Тревога, как и раздражительность, могут способствовать вспышкам ярости или горя. Встречаясь с требованиями, которые им трудно удовлетворить, дети с неврологическими проблемами легко могут оказаться на грани срыва. Эпизодические вспышки ярости гораздо более вероятно бывают поведенческими, а не эпилептическими, однако может потребоваться принять во внимание и последнюю возможность, особенно если приступы совершенно неспровоцированы или сопровождаются другими указаниями на эпилепсию, например, измененным сознанием или последующей потребностью во сне.

Специфическим неврологическим расстройствам может сопутствовать особенно высокий риск конкретных психиатрических проблем, например, Хорея Сиденгама связана с неожиданно высокой частотой обсессивно-компульсивного расстройства. Некоторые поведенческие последствия мозговых нарушений детского возраста становятся явными только во взрослом возрасте, например, у индивидуумов с аномалиями развития теменных долей - высокая частота шизофрении, начинающейся во взрослом возрасте. Современные данные говорят о том, что психиатрические последствия лево- и правосторонних повреждений мозга различаются мало. Исследования травм головы в детском возрасте не обнаружили систематических различий в частоте или типе психиатрических проблем, связанных с локализацией или временем травмы.

Взаимодействие с другими факторами риска

Наличие мозгового нарушения, как правило, не делает детей иммунными к неблагоприятным воздействиям «обычных» психиатрических факторов риска, таких как воздействие разногласий между супругами. Являются ли дети с мозговыми нарушениями *более* уязвимыми для обычных факторов риска или просто *столь же* уязвимыми, - дискуссия об этом продолжается.

Опосредующие связи

Возможных опосредующих связей между мозгом и поведенческими расстройствами много, хотя относительное значение различных связей еще предстоит установить. В некоторых случаях эта связь может быть относительно прямой, например аутистические нарушения могут просто отра-

жать повреждение систем мозга, участвующих в общении и социальном взаимодействии. В других случаях важную роль играют и психосоциальные факторы, такие как плохое представление о самом себе, нереалистичные семейные ожидания или отвергание сверстниками. Часто встречающиеся последствия аномалий мозга – специфические проблемы с обучением и IQ ниже среднего. При наличии этих проблем у детей больше стрессов, особенно если их потребности в специальном образовании не распознаются или не удовлетворяются (а именно так зачастую и бывает). Лечение соматического расстройства также может способствовать психиатрическим проблемам. Антиэпилептическое медикаментозное лечение может иметь неблагоприятные психиатрические последствия; регулярная физиотерапия может приводить к значительному негоднованию из-за того, что потеряно время для игры; а повторные госпитализации могут нарушать семейные взаимодействия.

Прогноз

Хуже ли прогноз любого установленного психического расстройства, если у ребенка еще и мозговое нарушение? Клиницисты и родители часто полагают, что да, и этот пессимизм может быть самоисполняющимся, если он ведет к неадекватно низким ожиданиям или к терапии «спустя рукава». Имеющиеся в настоящее время данные настолько ограничены, что предпочтительней работать, основываясь на более оптимистичном допущении, что прогноз психического расстройства не зависит от наличия или отсутствия сосуществующих неврологических проблем. И действительно, семьи детей с мозговыми нарушениями часто особенно восприимчивы к профессиональному совету, а следовательно, им может быть легче помочь, чем средней семье, приходящей в детскую службу психического здоровья.

Лечение

В целом психиатрические проблемы детей с мозговыми нарушениями следует лечить точно таким же способом, как и психиатрические проблемы неврологически интактных детей. Биологическое лечение ни более, ни менее полезно, чем в обычной психиатрической практике. Однако помните, что антиэпилептическое медикаментозное лечение может иметь поведенческие последствия, поэтому иногда может быть полезно изменить дозу или тип. Лечение, проводимое индивидуально, в семье и в школе, - все может быть полезно. Родителям часто помогает, если они услышат, что проблемы их ребенка – обычные последствия неврологического повреждения: тогда можно будет направить в более благотворное русло энергию, до того скованную самообвинением. Равным образом доступ к группе поддержки для родителей детей с таким же расстройством может уменьшить ощущение изоляции и беспомощности у семьи. Нейропсихологическая оценка сильных и слабых когнитивных сторон ребенка может дать полезную основу для совета школе и органам образования. Эмоциональные и поведенческие проблемы ребенка часто разительно уменьшаются, когда, наконец, уделяют внимание нераспознанным проблемам с обучением – будь то предоставление дополнительной помощи в общеобразовательной школе или перевод в специальную школу.

Несколько специфических пунктов о конкретных связях мозг-поведение

- (1) Множество редких расстройств с деменцией в детском возрасте предьявляются потерей установившихся навыков и целым рядом дополнительных эмоциональных и поведенческих ненормальностей. И хотя ранние симптомы деменции могут копироваться чисто психосоциальными проблемами (такими, как сексуальное насилие), расстройство с деменцией следует принимать во внимание у любого ребенка, предьявляющего потерю навыков. Обязателен

полный физический осмотр, могут быть показаны и специальные исследования. Наличие психосоциальных стрессоров не исключает органического расстройства (например, и у ребенка, подвергшегося сексуальному насилию, и у ребенка, чья мать злоупотребляет наркотиками, помимо этого может быть ВИЧ энцефалопатия).

- (2) Припадки лобной доли часто неправильно диагностируют как псевдоприпадки: движения, позы и вокализации могут быть причудливыми; приступы - краткими; их окончание - резким, с быстрым возвращением реагирования; а обычная ЭЭГ может быть бесполезной. Чрезвычайно полезно сочетание ЭЭГ мониторинга с видео.
- (3) Еще не ясно, имеют ли неблагоприятные психиатрические последствия легкие травмы головы (которые в детстве встречаются очень часто). Тем не менее, ясно, что после тяжелых травм головы часто встречаются серьезные когнитивные и психиатрические последствия, например после закрытых травм головы, приводящих к посттравматической амнезии на протяжении, по меньшей мере, двух недель. Психические расстройства развиваются примерно у половины выживших после тяжелых травм головы, особенно если у них перед травмой головы были небольшие эмоциональные или поведенческие проблемы, или если они подвергаются воздействию психосоциального неблагополучия, такого как материнская депрессия или перенаселенность. Риск психического расстройства не связан ни с возрастом, ни с полом, ни с локализацией травмы. И хотя психические расстройства, следующие за тяжелой травмой головы, по большей части включают такого же рода эмоциональные и поведенческие проблемы, которые преобладают в обычной детской психиатрической практике, иногда тяжелая закрытая травма головы приводит к своеобразному синдрому социальной расторможенности (напоминающему «синдром лобной доли» у взрослых).

Обзор по теме

Goodman R. (2002) Brain disorders. In Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry. 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 241-260.

Дополнительное чтение

Goodman R., Yude C. (2000) Emotional, behavioural and social consequences. In Neville B., Goodman R. (eds) Congenital Hemiplegia: Clinics in Developmental Medicine. No 150, London: Mac Keith Press, pp. 166-178.

Rutter M. et al. (1970) A Neuropsychiatric Study in Childhood: Clinics in Developmental Medicine, No 35/36. SIMP/Heinemann, London.

Rutter M. et al. (1983) Head injury. In Rutter M. (ed) Developmental Neuropsychiatry Guildford Press, New York, pp. 83-111.