

УДК 616.831.-053.4/7: 616:89-008.434.35.

*В.С.Подкорытов, М.К.Мишанова***ВОЗРАСТНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЛОГОНЕВРОЗА У ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. Харьков

Ключевые слова: неврозоподобное заикание, невропатия, невротические реакции, патохарактерологические реакции, логоневроз, патохарактерологическое формирование личности

В настоящее время понятия логоневроз и заикание являются практически синонимами в сознании большинства специалистов. Определение логоневроза [1] описано как расстройство речи в виде заикания. По мнению М.И.Буянова [2] логоневроз означает невротическое заикание, вызванное психическими травмами и, в свою очередь, вызывающее личностные реакции различной длительности и степени выраженности, т.е. подразумевается, что до момента неблагоприятного воздействия человек был здоров. Подчеркивается [3], что "логоневроз", или невротическое заикание, следует отличать от неврозоподобного заикания, являющегося следствием негрубых органических церебральных нарушений травматического и инфекционного генеза. Рядом авторов предложены критерии невротического и неврозоподобного заикания [3, 4, 5]. По их мнению, основными признаками **невротического заикания** следует считать психогенно-реактивное (острое, подострое или отставленное во времени) его начало у детей 3-5 лет со своевременным, правильным речевым, интеллектуальным и общемоторным развитием. Появлению первых запинок в речи могут предшествовать соматическая ослабленность и общевневротические расстройства, такие как, нарушения сна, плаксивость, пугливость, повышенная истощаемость и т.п. проявления как соматического, так и психогенно-реактивного генеза. В таких случаях достаточно бывает резкого изменения обстановки или действия внезапного раздражителя, чтобы у ребенка начались запинки. Течение невротического заикания обычно носит благоприятный характер, однако наличие невропатии или повторных психогений значительно утяжеляет как клиническую картину заикания, так и его прогноз.

Неврозоподобное заикание [3, 4, 5] чаще имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Для больных с неврозоподобным заиканием характерно более позднее развитие речи и общей мо-

торики, полиморфизм как психопатологической симптоматики (сочетание неврозоподобных и церебральных расстройств), так и собственно речевых нарушений (наличие помимо заикания дислалии, тахилалии, недостаточной модуляции голоса и др.). По сравнению с невротическим заиканием здесь отмечается большая судорожная готовность на ЭЭГ, склонность к гиперкинезам, двигательное беспокойство. Неврологическое обследование обычно выявляет остаточные явления раннего органического поражения головного мозга с акцентом на его моторных структурах и стойкие вазовегетативные нарушения. Кроме описанных выше отличий невротической и неврозоподобной форм заикания авторы отмечают некоторые особенности динамики психопатологических и речевых расстройств. Для больных с **невротическим** заиканием характерна высокая динамичность симптоматики, быстрое усвоение коррекционных и логопедических приемов, большая податливость психотерапевтическому воздействию. Речевые нарушения при **неврозоподобном** заикании отличаются стойкостью, ригидностью, больные менее чувствительны к психотерапевтическим методам лечения, менее восприимчивы к логопедической коррекции и усвоению навыков саморегуляции.

В то же время наличие большого количества сходных проявлений указывает на существование сочетанных форм в случаях, когда невротическое заикание развивается у больных с резидуально-органическим поражением головного мозга, либо неврозоподобное заикание осложняется невротическими реакциями [5]. Факт наличия большого количества сходных признаков у детей с невротическим и неврозоподобным заиканием имеет и другие интерпретации [6, 7].

Л.З.Арутюнян [6] описала три основных пути происхождения заикания. Первый - заикание появляется на фоне отстающего речевого онтогенеза. В этом случае у детей, как правило, нарушена общая и мелкая моторика в результате

сенсо-моторной недостаточности. Обычно в анамнезе этих детей нет указаний на психотравмирующие ситуации. Второй - когда у ребенка имеет место снижение латерализации функций полушарий, не позволяющее левому полушарию в полной мере осуществлять контроль по отношению к процессам в правом полушарии. При этом мозг ребенка "готов" к возникновению заикания даже при незначительной эмоциональной неустойчивости. Третий - появление заикания на почве воздействия стресса на первоначально здоровый детский мозг. Автор, однако, подчеркивает, что во всех рассмотренных случаях судороги артикуляционного аппарата, возникшие во время речевого акта являются результатом временного рассогласования, нарушения саморегуляции системы речи.

В работе группы авторов [7] высказывается мнение о том, что при **любой форме заикания** имеется первичный церебральный дефект в одном из центральных звеньев речевого анализатора. При этом развитие формы и тяжести заикания зависит от многих факторов, в частности, от особенностей соматического, неврологического и психического здоровья ребенка. В результате сочетания этих, зачастую случайных, факторов развиваются разные формы "смешанных" вариантов заикания, где причинно-следственные связи определить уже практически невозможно. Аналогичного мнения придерживаются З.Матейова и С.Машура [8], которые описали многоуровневую структуру церебрального звена

речевого анализатора. Они полагают, что локализация церебральных нарушений при заикании может находиться в коре, лимбической системе, подкорковых ганглиях, ретикулярной формации и других участках, например, в слуховом, моторно-кинестетическом аппарате, эндокринной системе и т.д.

Анализируя результаты изучения заикания разными авторами, необходимо отметить, что заикание представляет собой результат сложного патологического процесса, захватывающего ряд функциональных систем организма. Речевые судороги служат наиболее заметным проявлением этого дефекта. Они могут являться следствием органического поражения разных церебральных структур, либо функциональных нарушений в центральных отделах речевого анализатора. Вне зависимости от этиологических причин и характера поражения головного мозга, речевые нарушения постепенно утяжеляются, обрастая невротическими комплексами. Это создает качественно новое состояние, которое можно охарактеризовать как устойчивое патологическое состояние, описанное Н.П.Бехтеревой на моделях других церебральных нарушений [9].

Это положение послужило гипотезой для нашего исследования. Его целью было проследить возможные варианты развития неврозоподобного заикания в подростковом и юношеском возрасте и выделить психопатологические состояния, с течением времени развивающиеся у таких больных.

Материалы и методы исследования

Настоящая работа базируется на многолетнем изучении 150 детей и подростков с неврозоподобным заиканием (НЗ). Они составили три возрастные группы по 50 человек - дошкольную (3-7 лет), младшую (7-12 лет) и старшую школьную (12-17 лет). За время наблюдения большая половина больных "переросла" в следующую возрастную категорию, что дало возможность изучить патогенетические факторы резистентности и клиническую картину затяжных форм заикания. Исследование проводилось психопатологическим методом.

Главным критерием отбора больных во все возрастные группы было наличие заикания у них

на фоне разной степени выраженности остаточных явлений органического поражения ЦНС. Это проявлялось в виде разных форм задержек психического, психоречевого либо речевого развития. С возрастом у большинства наших больных имевшаяся **задержка развития** в той или иной мере преодолевалась благодаря влиянию компенсаторных процессов. В то же время она нередко становилась **фактором патопластичности** вторичных расстройств психической сферы. Среди них можно выделить как общие для всех заикающихся симптомокомплексы психопатологических проявлений, так и относительно специфичные для каждой возрастной группы.

Результаты исследования и обсуждение

Согласно анализу клинической картины, заикание - далеко не единственное патологическое

явление у детей и подростков с НЗ, оно, как правило, является основным поводом

для обращения таких больных к врачу. Тот факт, что остальные патологические проявления у ребенка с НЗ (двигательная и психическая расторможенность, плаксивость, капризность, эмоциональная лабильность и др.) не находят своего отражения в жалобах родителей больного имеет несколько различных причин. Многие родители считают такие патологические проявления естественными проявлениями характера ребенка. Такие проявления, как низкая работоспособность, повышенная утомляемость, недостаточность памяти, внимания, интереса к окружающему, нарушенное звукопроизношение, задержка речевого развития, различные нарушения сна, плохая переносимость жары, духоты, укачивания в транспорте, свойственные значительной части больных НЗ, расцениваются родителями как естественные возрастные особенности. Такие проявления, как головные боли, головокружения, тошноты, носовые кровотечения не всегда принимаются на веру родителями больных и чаще воспринимаются ими как симуляция, выдумка. Постоянно затрудненное носовое дыхание, боли в животе, снижение зрения, светобоязнь и т.д. вообще не рассматриваются многими родителями больных как повод для обращения к врачу.

Все эти патологические проявления достаточно широко представлены во всех возрастных группах больных с НЗ и являются общими для них. Перечисленная симптоматика в том или ином виде формировала у больных дошкольной группы клиническую картину **резидуально-органической невропатии**. Ее проявления обычно были характерны для детей первых трех лет жизни. Отдельные признаки невропатии, претерпевая возрастную динамику развития, в той или иной мере могут длительно сохраняться у ребенка с НЗ и служить базой для формирования у него более специфических психопатологических синдромов. Резидуальная невропатия включает соматовегетативные симптомы и неспецифические эмоционально-поведенческие реакции: нарушение функций органов пищеварения, повышенную склонность к аллергическим и простудным заболеваниям, вегетативные нарушения, такие как субфебрилитет, не связанный с соматическими заболеваниями, вазомоторные расстройства - гипергидроз, бледность и мраморность кожных покровов, нарушение сна, повышенную чувствительность к различным экстеро-, проприо- и интероцептивным раздражителям, энурез, тики и др., усиление двигательного беспокойства, аффективного возбуждения, плаксивости, задержку речевого и психо-

речевого развития. У каждого из обследованных заикающихся младшей группы обычно имело место сочетание нескольких из описанных патологических проявлений, при этом многие симптомы имели место в анамнезе, а к моменту осмотра находились в стадии компенсации. В зависимости от преобладания черт тормозимости или аффективной возбудимости нами были выделены три клинических варианта невропатии - возбудимый (86%), тормозимый (6%), смешанный (8%). Каждый из них выступал фактором риска постепенного формирования у больного церебрастенического или гипердинамического синдромов, невротических или патохарактерологических реакций, невротических нарушений. Невропатия у 14% больных младшей группы проявлялась в легкой степени, у 40% - в средней степени, у 46% - в тяжелой.

Согласно нашим наблюдениям с возрастом постоянно происходит определенный патоморфоз клинических проявлений невропатии. Последние становятся более четкими и дифференцированными. В частности, проявления церебрастенического и гипердинамического синдромов средней и тяжелой степеней все более вычлняются из структуры невропатии и приобретают самостоятельное клиническое звучание в возрасте после 4-х лет.

У больных НЗ младшего школьного возраста перечисленные выше клинические проявления отличались большей степенью выраженности и специфичности, чем в дошкольной группе. Они составили следующие синдромы: церебрастенический синдром - у 100%, невротические реакции - у 94%, патохарактерологические реакции - у 58%, гипердинамический синдром - у 54%, сопутствующие невротические проявления - у 36%, остаточные проявления задержек психоречевого и речевого развития - у 30% больных.

В структуре **церебрастенического синдрома** у больных средней группы отчетливо вырисовывается замедленное становление школьных навыков (письма, чтения, счета), которые указывают на недоразвитие высших корковых функций, таких, как праксис, гнозис, пространственная ориентировка, фонетико-фонематическое восприятие и др. Состояниями, утяжеляющими проявления церебрастенического синдрома у большинства детей этой группы выступили развившиеся у них специфические **невротические реакции** (94%). У многих детей этой группы постепенно формировался **страх речи в результате неправильного отношения окружения** (родителей, учителей, сверстников) к имеюще-

муся речевому дефекту. Развивалось *тревожное ожидание* негативной реакции окружающих на неуспех в речевом общении. Это проявлялось фиксацией больного на "трудных" звуках и попытках с помощью разного рода уловок избежать речевых запинок, максимальным ограничением речевого общения (как по частоте, так и по краткости высказываний), уклонением от форм деятельности, требующих речевой активности. У значительной части больных начинали проявляться такие качества, как робость, стеснительность, чувство собственной неполноценности. Такие дети нередко обнаруживали повышенную вспыльчивость и даже агрессивность по отношению к своим близким, пытающимся оказать им помощь и тем самым невольно подчеркивающим их речевой дефект. Эти попытки нередко раздражали заикающихся, вызывая ситуационно-обусловленные реакции протеста (вплоть до элективного мутизма), отказа от лечения, ограничения речевой активности, потери интереса к окружающему. В этих случаях (58% больных) имело место сочетание невротических и ситуационных **патохарактерологических реакций**.

Последние проявлялись в виде выраженной раздражительности и расторможенности, иногда приобретая характер *аффективной взрывчатости, агрессивности, конфликтности*. Плаксивость и капризность в этих случаях имели окраску *дистимических нарушений*, часто с выраженным дисфорическим оттенком без прямой зависимости от выраженности заикания. В отдельных случаях патохарактерологические реакции проявлялись демонстративным уходом от контактов (6%). Тот факт, что во всех случаях эти проявления имели место у детей с выраженным церебрастеническим синдромом или остаточными проявлениями задержки психоречевого развития, обуславливал снижение у них мотиваций к нормальному обучению, познавательного интереса. Для многих больных НЗ этого возраста было характерно отсутствие стремления к выздоровлению и негативное отношение к лечению. **Гипердинамический синдром** встречался реже, чем в дошкольной группе. При этом, в случаях сочетания с задержкой психоречевого развития и патохарактерологическими реакциями, он приобретал качественное состояние психопатоподобного синдрома (48%). В остальных случаях (6%) он проявлялся только в виде психомоторной расторможенности и легкой неадекватности поведения, усиливая церебрастеническую симптоматику. **Сопутствующие неврозоподобные нарушения** - снохождения,

сноговорения, ночные страхи, ночной энурез имели место у более чем у 1/3 больных. Еще у трети больных были зафиксированы **остаточные проявления задержек психоречевого развития** - трудности приобретения школьных навыков - счета, письма в результате фонетико-фонематического недоразвития, сложности формирования лексико-грамматического строя. Во всех случаях они сопровождались выраженным церебрастеническим синдромом. В ходе лечебного процесса было отмечено, что уменьшение степени выраженности церебрастенического синдрома способствовало восстановлению сниженных интеллектуальных функций, что указывает на **единство патогенетических механизмов этих состояний**.

Все больные младшей школьной группы являлись учениками массовых школ. При этом 6% из них обучались на дому в связи с тяжелой выраженностью речевого дефекта. Заикающиеся, посещавшие занятия в массовых школах, подвергались общим с их здоровыми сверстниками требованиям в обучении и поведении. Большинство заикающихся находилось в обстановке, в которой преподаватели предъявляли *неадекватно высокие требования к их психическим и речевым возможностям*. У части детей этой группы тяжело складывались *отношения в школьном коллективе*, так как заикающиеся подвергались насмешкам сверстников по поводу "плохой речи". **Неправильная реакция окружения** приводила к тому, что речевой дефект постепенно становился **фактором глубоких внутренних переживаний**, вызывая у одних чувство собственной неполноценности, у других - агрессию к своим "обидчикам". Таким образом, развившиеся у части детей этой группы *психогенный астенический синдром и вторичные невротические и патохарактерологические реакции* утяжеляли уже имеющиеся у них *резидуальные церебрастенические проявления*.

Развитие **неврастении и истерического невроза** (38%) являлось отличительной чертой психического статуса больных НЗ в старшей группе. Оно определялось наличием длительной хронической психотравмирующей ситуации в семье и школе, связанной с заиканием. Если в средней группе отмечались выраженные реакции на неправильное отношение окружения, то в старшем возрасте сам факт заикания становился причиной развития общего невроза, одним из определяющих синдромов которого является логофобия. При этом нами была прослежена патопластика ведущего астенического синдрома из резидуально-органического и психогенно-

го компонентов (на примере 12 больных средней группы, наблюдавшихся по поводу заикания от 9-11-ти до 14-17-ти летнего возраста). Его проявлениями у больных старшей группы были ощущение общей слабости, часто - апатии, сниженной физической, умственной и интеллектуальной работоспособности, низкий энергетический потенциал в виде отсутствия мотиваций к социальной деятельности. Еще одним характерным признаком для этой группы больных явилось постоянно пониженное настроение и тревожное ожидание момента, когда необходимо будет вступить в разговор. Каждый из них не проявлял никакой активности в ведении разговора и стремился ограничить свою речь односложными ответами и жестами. Причем такое речевое поведение было характерно не для отдельных эмоционально-значимых ситуаций, а проявлялось на протяжении длительного времени (как правило, больше 1-го года) в любом окружении - и с родителями, и с друзьями, и в школе и т.д. Эти больные, как правило, не верили в успех лечения, хотя обладали пассивным желанием "быть как все" и "нормально говорить". Попытки врача и логопеда спровоцировать больного на развернутую речь обычно приводили к появлению выраженных вегето-сосудистых реакций - эритематозных пятен на лице и шее, общего гипергидроза, тиков, одышки, слабости в ногах, головной боли, головокружения и т.д.

Патохарактерологическое формирование личности (56%) у больных НЗ старшей группы происходило на базе закрепления имевших место в анамнезе патохарактерологических реакций в сочетании с церебрастеническим и гипердинамическим синдромами в условиях действия хронической психотравмирующей ситуации. Заикание, независимо от степени его выраженности, становилось все менее значимым в клинической картине заболевания, но более значимым в целях "использования" его больными. В зависимости от преобладания аффективных, тормозных, истерических реакций, отсутствия побудительных мотивов к какому-либо виду деятельности, в том числе - речевой, у больных этой группы можно было выделить классические варианты патохарактерологического формирования личности по В.В.Ковалеву: аффективно-возбудимый - у 11%, тормозимый - у 8%, сочетание истероидного и неустойчивого - у 81%. В условиях отсутствия адекватных лечебно-коррекционных меропр-

ятий у этих больных все более нарастали признаки приобретенной психопатии.

Лишь у 6% больных старшей группы (в возрасте 12-13 лет) имел место резидуальный **церебрастенический** синдром, осложненный только неярко выраженной логофобией.

Таким образом, состояния, которые традиционно считаются логоневрозом, имеют сложный патогенез развития и разную нозологическую структуру. Эти состояния развиваются на базе неврозоподобного заикания, появившегося у больных в момент формирования фразовой речи. В момент своего возникновения заикание было одним из проявлений резидуально-органической невропатии. Невротические и патохарактерологические реакции у заикающихся дошкольного возраста малоспецифичны. В связи с этим, использование термина "логоневроз" к заикающимся этого возраста мы считаем неправомерным. Немного ближе к понятию "логоневроз" неврозоподобное заикание у больных младшего школьного возраста. У них имеет место более сложное сочетание резидуально-органических церебрастенических и психопатологических проявлений и психогенных невротических и патохарактерологических реакций, возникших в результате неправильного отношения микросоциального окружения к речевому дефекту. Однако и в этом возрасте еще преждевременно говорить о "типичном" логоневрозе. У больных НЗ старшего школьного возраста, в результате приобретения речевым дефектом статуса сверхзначимости, имеет место развитие логофобического синдрома в структуре неврастения, истерического невроза или патохарактерологического формирования личности. Именно в этом возрасте использование термина "логоневроз" мы считаем наиболее приемлемым. Мы полагаем, что описанная градация развития патологических состояний, объединенных в литературе традиционным термином "логоневроз", может быть полезной в правильном выборе лечебно-реабилитационных мероприятий, а использование самого термина более корректным. Однако следует понимать условность использования термина "логоневроз" и в этих случаях. Указывая на наличие у больного речевой дисфункции психогенного генеза, он, тем не менее, в полной мере не отражает всей сложности психопатологических проявлений, составляющих клиническую картину развившегося заболевания.

В.С.Подкоритов, М.К.Мишанова

ВІКОВІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ЛОГОНЕВРОЗУ У ДІТЕЙ З РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії. Харків

У роботі подано аналіз клінічної картини та вікової динаміки 150 хворих на неврозоподібне заїкання 3-х вікових груп - дошкільної, молодшої і старшої шкільної. На її основі описано механізм вторинної невротизації та психопатизації хворих на неврозоподібне заїкання та перехід захворювання до якісно нових станів, об'єднаних наявністю логофобічного синдрому. В залежності від якісної переваги невротичних або патохарактерологічних реакцій у старшому шкільному віці клінічна картина неврозоподібного заїкання перетворюється у загальний невроз або патохарактерологічний розвиток особистості. Таку градацію необхідно враховувати при виборі лікувально-реабілітаційної тактики з позиції патогенетичного підходу. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1998. - № 1 (4). - С. 41-46).

V.S.Podkorytov, M.K.Mishanova

AGE DEVELOPMENT STAGES OF LOGONEUROSIS IN CHILDREN WITH RESIDUAL- ORGANIC BRAIN LESION

Ukrainian Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry; Department of children's psychoneurology, Speech Pathology Center

An analysis of the clinical syndromocomplexes and the age dynamics in 150 patients of 3 age groups (preschool, junior and senior) affected with nervous-similar stammering. On this basis a description is given of the secondary mechanism of neurotisation and psychopatization in the patients with nervous-similar stammering. As a result, this disease acquires the qualitatively new states which are combined by the presence of the logofobical syndrome. The clinical syndromocomplex of the nervous-similar stammering in juvenils is transformed into a general neurosis or the pathocharacterological development of personality depending upon the qualitative predominance of neurotic and pathocharacterological reactions in the children's age. This gradation should be taken into account in the pathogenetic approach to the selection of treatment-rehabilitation tactics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1998. - № 1 (4). - P. 41-46).

Литература

1. Справочник по психиатрии . Под ред. А.В.Снежневского. М., Мед., 1985 г.
2. Буянов М.И. Заикание у подростков.- М., Просвещение, 1989.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., Мед. 1995.
4. Власова Н.И., Беккер К. П. Заикание, М., Медицина, 1983.
5. Асатиани Н.М., Белякова Л.И., Колачева И.О., Мозговая Е.Л. Данные клинко- физиологического исследования детей дошкольного возраста, страдающих заиканием.- Дефектология, 1978, №1, с. 25-30.
6. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание. М. - 1993.
7. Кадырова Л.А., Подкорытов В.С., Панченко И.А., Мишанова М.К., Богач Л.И., Марченко В.Г. Роль мышечного аппарата в патопластике заикания. В кн. "Медицина. Эксперимент, практика." Харьков "Прапор", 1994.
8. Матейова З., Машура С. Музыкаотерапия при заикании. Киев, Вища школа, 1984.
9. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1971., 119 с.

Поступила в редакцию 27.01.98г.