

Е. В. Светличная

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОДРОСТКОВ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Несмотря на многочисленные описания различных форм эпилепсии, типов припадков, пароксизмальных и непароксизмальных нарушений в психической сфере, преходящих и относительно стойких расстройств познавательных процессов, личности больных, длительно страдающих эпилепсией, в имеющейся литературе не нашли полного отражения результаты психодиагностических исследований при этой патологии у подростков, хотя и признается их необходимость большинством авторов [1, 2, 4, 6, 7].

Как известно, изменения потребностной и мотивационно-эмоциональной деятельности не проявляются непосредственно, как прямое следствие болезни, а проходят сложный путь формирования и развития, что имеет особое значение в подростковом возрасте. Использование патопсихологического эксперимента в данный возрастной период позволяет, наряду с решением важнейших диагностических и дифференциально-диагностических задач, установить степень развивающихся изменений, провести учет эффективности лечения, определить прогноз обучения, разработать коррекционные мероприятия, направленные на восстановление отдельных нарушенных функций [2, 3].

Вышеотмеченные предпосылки обусловили актуальность проведения исследования, целью которого было улучшение диагностики эпилепсии у подростков на основе использования психодиагностических подходов и разработка методов коррекции данного заболевания.

Под наблюдением было 68 подростков 12—16 лет, больных эпилепсией. Для углубленного изучения патопсихологических особенностей в работе использовались методика Векслера, а также тесты Люшера, «Дом, дерево, человек» (ДДЧ). Результаты исследования подвергались математической обработке с использованием методов корреляционного анализа по Спирмену и ϕ^* -критерия Фишера, а также критерия Крускала — Уоллиса.

Изучение частоты встречаемости диагностических признаков у подростков с учетом уровня интеллектуального снижения показало, что у пациентов с легкой умственной недостаточностью (подгруппа П-1) наиболее часто имели место симптомы тревожности (88,5 %) и проявления органической недостаточности (76,9 %), а также аффективная ригидность и враждебность (по 73,1 %), чувство незащищенности (69,2 %), педантизм (65,4 %).

Более чем у половины обследованных данной подгруппы отмечалась депрессивность (53,9 %); несколько реже выявлялись трудности в общении и признаки фрустрации (по 46,2 %), чувство неполноценности (42,3 %), недоверие к себе (26,9 %). У 38,5 % обследованных описываемой подгруппы выявлялась демонстративность; в отдельных случаях диагностировалась импульсивность (11,5 %).

Частота встречаемости диагностических признаков по данным теста ДДЧ у подростков с умеренной степенью интеллектуального снижения (подгруппа П-2) была иной, что отличало эту подгруппу от предыдущей.

Так, к наиболее частым симптомам относились чувство незащищенности, враждебность (по 80,8 %), педантизм (76,9 %). Несколько реже встречались симптомы органической дисфункции и тревожность (по 69,2 %), а также депрессивность (65,4 %), аффективная ригидность (61,5 %). У большей половины пациентов данной подгруппы отмечались трудности в общении (53,9 %); нередкими были признаки фрустрации (46,2 %). Проявления демонстративности определялись у 38,5 % обследованных, тогда как импульсивность диагностировалась значительно реже (26,9 %). В четверти случаев имели место признаки недоверия к себе, чувство неполноценности (по 26,9 %).

Изучение частоты встречаемости диагностических признаков по данным теста ДДЧ у подростков с выраженным интеллектуальным снижением (подгруппа П-3) показало, что у всех обследованных отмечались признаки органической дисфункции; частыми были симптомы тревожности (81,3 %), аффективная ригидность (62,5 %), депрессивность (50,0 %). Пациентов описываемой подгруппы характеризовали также враждебность, педантизм (по 75,0 %), трудности в общении (62,5 %). У многих больных выявлялось чувство незащищенности (75,0 %), неполноценности (50,0 %), признаки фрустрированности (43,8 %), недоверие к себе (31,3 %). Демонстративность у обследованных подростков данной подгруппы выявлялась в 43,8 % случаев.

Следует отметить, что психодиагностические данные, полученные с помощью теста «Дом, дерево, человек», были проверены на сходимость методом корреляционного анализа по Спирмену. Установлено, что профили результатов ДДЧ тесно коррелировали при любом попарном сравнении. Иными словами, общий вид профилей примерно повторялся. В то же время по ряду параметров ϕ^* -критерий Фишера выявлял локальные расхождения. Так, в подгруппе с выраженным дефектом (П-3) в психорисуночной пробе все обследованные больные обнаруживали те или иные графические и композиционные признаки органической патологии ЦНС, достоверно опережая по этому показателю обе подгруппы сравнения ($p < 0,01$). Признаки «импульсивности» в рисунках больных с глубоким отставанием, наоборот, не встречались, что значимо отличало данную подгруппу от каждой из подгрупп сравнения. При этом между подгруппами П-1 и П-2 не было какой-либо статистической закономерности: «органическая дисфункция» чаще встречалась в подгруппе П-1, признаков «импульсивности» было больше в подгруппе П-2, но в обоих случаях различия не носили системного характера и могли считаться лишь тенденцией ($p < 0,1$).

Кроме того, в проведенном исследовании отмечена значимая разница по частоте признаков «чувства неполноценности». В подгруппе с выраженным дефектом эти симптомы встречались чаще ($p < 0,05$), нежели у больных с умеренным дефектом. Однако подгруппа с легким интеллектуальным снижением по этому параметру занимала не минимальное, а промежуточное положение между подгруппами П-2 и П-3.

Следует отметить, что в результатах пробы ДДЧ почти по всем параметрам у подростков зависимость частоты симптома от выраженности дефекта носила нелинейный характер (т. е. отсутствовали прямые или обратные закономерности). Этот статистический факт отражал существенные особенности возрастной динамики у обследованных больных. Единственный диагностический признак в данных пробы ДДЧ, по которому наблюдалась закономерность к нарастанию встречаемости ($p < 0,05$ по критерию Крускала — Уоллиса) при переходе от П-1 к П-2 и П-3 — это «трудности в общении», что являлось весьма информативным и ожидаемым результатом.

В работе для изучения эмоциональной сферы пациентов подросткового возраста, больных эпилепсией, использовался тест Люшера. Выявленные в исследовании основные статистические тенденции выбора цвета по Люшеру, наблюдаемые у подростков, показали, что цветопредпочтение в подгруппе П-1, т. е. у подростков с легким уровнем интеллектуального снижения, в точности соответствовало одному из вариантов, который Л. Н. Собчик предлагает для интерпретации сочетания «342» на первых позициях ряда: «олигофренический тип реагирования на фоне сниженной критики» [5].

Известно также, что устойчивое предпочтение третьего цвета отражает стеничность и «потребность в активности, направляемой на достижение удовольствия», а также тип реакций «сейчас и здесь!». С учетом клинических особенностей обследованных пациентов можно также говорить о проективном подтверждении черт импульсивности, сниженной саморегуляции и латентной агрессивности. В позиции «актуального состояния», напротив, оказывалась ригидная пара 25. В совокупности это свидетельствовало о проблемности, дисгармоничности эмоционально-волевого статуса респондентов.

В подгруппе подростков с умеренным интеллектуальным снижением (П-2) структура цветопредпочтения отражала, прежде всего, дезадаптивные тенденции в потребностно-мотивационной сфере и аффективном реагировании. Триада «542» в начале ряда традиционно трактуется как истеро-эпилептоидный радикал, проявляющийся конфликтностью, иррациональными способами достижения целей типа «перекладывания трудностей на чужие плечи», преобладанием защитных механизмов вытеснения, эмоциональной незрелостью. Смещение пятого цвета к началу ряда зачастую связано с малодифференцированной сексуальностью и сниженным контролем, что у обследованного контингента подростков было действительно актуально [3, 5].

В подгруппе испытуемых пубертатного возраста с выраженным интеллектуальным дефицитом (П-3) на первом плане выявлялись признаки эмоциональной незрелости, инфантилизма в потребностях и реакциях, недостаточной способности к сознательному самоограничению (пара 43 в начале ряда). Кроме того, цветовое сочетание 51 как проективное отражение актуального состояния (третья и четвертая позиции) отражало оторванность от действительности, склонность к нереальным, идеализированным представлениям и отношениям. Вместе с тем известно, что эта пара также связывается с проблемами сексуального развития [5]. Средняя тревожность у подростков оказалась наименьшей именно в подгруппе с выраженным дефектом ($p < 0,05$). В этой подгруппе, как и у больных с легким отставанием (П-1), уровень тревожности сни-

жался при повторном тестировании. Наиболее высокий среднегрупповой уровень тревожности отмечен у подростков промежуточной подгруппы — с умеренным интеллектуальным дефектом; только здесь отмечен также положительный сдвиг по этому показателю в ретесте. Это служит дополнительным подтверждением тому, что в данной подгруппе подростков доминируют дезадаптивные тенденции.

Планирование и проведение психокоррекционных мероприятий в группе подростков требовало учета особенностей психологической перестройки пубертатной психики, которые отражались в измененных заболеванием психических функциях. Так, в подгруппе подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия были направлены в первую очередь на уменьшение выраженности аффективных нарушений, личностных реакций, формирование правильного отношения к заболеванию, лечению и выработке новых, более адаптивных способов поведения.

В форме терпеливого спокойного убеждения с подростками обсуждались вопросы, требовавшие внимания. Для большинства больных болезнь являлась мощным фактором постоянной психической травмы, порождающая постоянные чувства незащищенности, недовольства собой, неполноценности. С другой стороны, развивающиеся приступы, необходимость постоянного длительного приема медикаментов, пребывания в стационаре или под постоянным контролем врачей являлись факторами, ограничивавшими свободу пациентов. Постоянное недовольство подростков усугублялось требовательностью, несдержанностью, придиристостью и эгоистичностью в микросоциальных условиях и приводило к постоянным конфликтам с родителями, членами семьи. Их нежелание во всем беспрекословно идти на поводу у больного провоцировало вспышки агрессии с грубостью, злобой, уходами их дома. Эти особенности мешали подросткам адаптироваться и в среде сверстников. Проблемы с неуспеваемостью, трудности в усвоении школьных предметов оказывались малозначимыми для подростков. Все ранее указанные факторы вызывали невротизацию больных и служили источником высокого аффективного напряжения, тревоги, раздражительности, депрессивной окраски настроения.

Важным условием в реализации психотерапевтических мероприятий у пациентов данной группы было налаживание оптимального контакта с признанием авторитета врача, установлением взаимного доверия между врачом и пациентом. На этом этапе определялись мишени психотерапевтического воздействия, в качестве которых выступали факторы невротизации и дезадаптивные способы поведения.

Объяснение и убеждение в психотерапевтических беседах были адресованы к положительным чертам и свойствам природы больного, сохранным волевым качествам, на основе которых перед подростком ставились цели и вырабатывались позитивные установки. Одним из основополагающих моментов было осознание пациентом причин невротизации и дезадаптации с последующим анализом патологических поведенческих реакций.

Важным в формировании более адаптивных способов поведения было создание доминанты «сдерживать себя», благодаря чему достигались тренировка волевых качеств и снижение аффективной напряженности. Активность и присущий многим подросткам оптимизм

являлись основой для формирования у больных правильного восприятия болезни, лечения, доброго, сочувственного отношения к близким. Планы и желания больных приводились в соответствие с возможностями, при этом указывались положительные примеры других пациентов.

Замкнутость и обособленность, обидчивость и несдержанность мешали подросткам свободно и комфортно чувствовать себя в среде сверстников. Поэтому формирование открытости, терпеливости, заинтересованного отношения к окружающим, поощрение удавшихся попыток наладить контакты в микросоциальной среде способствовали сглаживанию личностных и аффективных реакций.

Аналогичные подходы использовались и у больных с умеренным интеллектуальным снижением. Однако акцент в коррекционных мероприятиях делался на поведенческие нарушения в связи с их большей выраженностью у подростков данной подгруппы. Слабость самоконтроля, вспыльчивость и раздражительность, нетерпимость приводили к частым вспышкам недовольства, раздражительности, агрессии. Подростки конфликтовали по незначительному поводу и были несдержанными, придиричивыми не только со сверстниками, но и с родителями, медицинским персоналом. Такие пациенты требовали более строгого и терпеливого отношения со стороны медицинского персонала, воспитателей. Поэтому особое внимание уделялось соблюдению режимных требований, следованию правилам личной гигиены. Этому способствовали педантизм, стремление к порядку, аккуратности. Подросткам прививались и объяснялись правила взаимоуважения, взаимопомощи.

Повышенная астенизация больных усугубляла явления инертности, вязкости, тугоподвижности психических процессов, что диктовало необходимость установления и поддержания удобного для пациентов темпа выполнения учебной и других видов деятельности. Недостаточная устойчивость внимания требовала перерывов на отдых, переключения с одного вида работы на другой. В отдельных случаях внимание больных нацеливалось на достижение конечного результата. Задания и разъяснения требовали конкретизации, упрощения, повторения.

У подростков с выраженным интеллектуальным дефектом психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия также были направлены на уменьшение выраженности поведенческих и личностно-аффективных реакций. В данной подгруппе процессы переосмысления, психологической перестройки, возможности адаптации больных были крайне ограниченными. Деятельность обследованных была обеднена, часто ограничена рамками жизненных стереотипов, поэтому положительный эффект давали приемы формирования новых привычных действий и навыков. Несмотря на глубокий интеллектуальный дефект, подростки испытывали выраженное чувство неполноценности, трудности в общении. Неудачные попытки наладить контакт со сверстниками вызвали конфликты со вспышками злобности, недовольства, агрессии. Такие реакции усиливали и без того выраженное истощение, астенизацию, вызывали плаксивость пациентов. В связи с данными особенностями больные требовали повышенного внимания со стороны медицинского персонала. Грубые психопатоподобные реакции у больных, брутальность, жестокость к младшим требовали изоляции, строгого контроля за поведением. Установление строгих рамок

в отношении правил поведения подростков с такими расстройствами служило профилактике общественно опасных и асоциальных действий.

В проведенном исследовании в комплексе коррекционных мероприятий особое значение уделялось повышению социальной активности больных. Так, в основу работы по стимулированию ответственности и повышению роли пациента в преодолении последствий болезни был положен принцип партнерства «врач — больной». Взаимное доверие и отсутствие патернализма, утверждение значимой роли пациента в процессе лечения и реабилитационных мероприятий определяли долгосрочный контакт между врачом и больным. Формированию активности больного в организации лечения с последующим социальным восстановлением способствовала система лечебных режимов, направленная на сохранение и стимуляцию связей пациента с окружающими.

В рамках лечебно-активирующего режима, наряду с элементами самообслуживания, получило развитие создание самоуправляемых микроколлективов больных (палата, несколько палат или все отделение), с формированием инициативной группы, регулирующих досуг, отдых больных и их трудовую занятость в период пребывания в стационаре. Регулярная организация «часов отдыха», «дней рождения» и других важных событий в жизни пациентов в период их пребывания в стационаре способствовала самоорганизации больных. Имела положительную оценку со стороны больных, их родственников практика дифференцированных режимов содержания, в том числе «дневного стационара», «режима лечебных отпусков». В качестве альтернативы круглосуточному стационарному режиму больные по собственной инициативе и по желанию родителей или по совету врача переходили на другие формы медицинской помощи, в частности, на режим «дневного» стационара.

Анализ данных катамнеза подтвердил эффективность маневрирования режимами с учетом состояния больного, что, в конечном счете, снижало число регоспитализаций в текущем году, а также способствовало повышению качества ремиссии и достижению в целом более высокого уровня социальной адаптации.

Установленные в процессе психодиагностического исследования нарушения углубляют представления о сущности происходящих при эпилепсии у подростков изменений и определяют выбор психокоррекционной терапии.

Список литературы

1. Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков. — М.: Медицина, 1990. — 320 с.
2. Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А. и др. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Сб. науч. тр.: «Психосоциальная реабилитация и качество жизни». — СПб., 2001. — С. 103—115.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Академия, 2000. — 208 с.
4. Карлов В. А., Петрухин А. С. Эпилепсия у подростков // Журнал неврологии и психиатрии. — 2002, № 9. — С. 9—13.
5. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. — СПб.: Изд-во Речь, 2003. — 624 с.
6. Троицкая Л. А. Динамика познавательной деятельности детей с эпилепсией после направленной медико-психологической коррекции // Педиатрия. — 2006, № 2. — С. 102—106.
7. Эпилептология детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. Петрухина А. С. — М.: Медицина, 2000. — 624 с.

Надійшла до редакції 14.08.2007 р.

Світлична О. В.

E. V. Svitlychna

Патопсихологічні порушення у хворих на епілепсію підлітків та їхня психокорекція*Харківська медична академія післядипломної освіти
(Харків)*

У роботі наведені дані психодіагностичного вивчення психічного стану 68 підлітків 12—16 років з епілепсією за допомогою методики Векслера, тестів Люшера, «Дім, дерево, людина». Результати проведеного дослідження відображають вікову своєрідність проявів інтелектуального зниження легкого, помірного, вираженого рівнів, патопсихологічні особливості порушень у різних сферах психічної діяльності, що необхідно враховувати під час вибору обґрунтованої психокорекції хворих пубертатного віку.

Psychodiagnosics violations at patients by epilepsy of adolescents and their psychocorrection*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

This work are cited information of psychodiagnosics study of mental condition is in-process expounded 68 adolescents 12—16 with epilepsy by the method of Vexler, tests of Lusher, "House, tree, man". The results of the conducted research reflect age-dependent originality of displays of intellectual decline of boundary, moderate, expressed levels, pathopsychological features of violations in the different spheres of psychical activity that it is necessary to take into account at the choice of grounded psychocorrection of patients of pubertal age.

УДК 616.8956616.839-07:616.3

О. В. Скринник, мол. наук. співробітникДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»
(м. Харків)**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

За сучасними епідеміологічними оцінками соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення складає близько третини від загальної кількості соматоформних розладів [1]. Актуальність проблеми визначається не тільки її медичною, а й соціальною значимістю. Як правило, хворі на соматоформні розлади, звертаючись до лікаря, підлягають додатковим лікувально-діагностичним процедурам, вартість яких у поєднанні з неадекватною та малоефективною терапією досить велика. Таким чином, несвоєчасна діагностика цих захворювань може розглядатися як соціально-економічна проблема.

В основі даної патології лежать процеси соматизації, тобто переносу психічних феноменів у соматичну площину. На думку Б. Любана-Плоцци, це явище є невід'ємною часткою розвитку багатьох психічних розладів [2]. Найчастіше соматизуються депресія та тривога [3]. Вивчаючи роль соціально-психологічних та клінічних факторів у розвитку соматизованих порушень, С. Г. Сукіасян з співавторами виявив виражену тенденцію до підвищення рівня тривоги та зниження рівня агресивності [4]. Також велику роль відіграє неможливість особистості адекватно вербалізувати свій емоційний стан (алекситимія). У публікаціях одного з сучасних провідних спеціалістів з функціональних гастроентерологічних розладів D. Drossman велику увагу приділяється біопсихологічній моделі як основи для розуміння та лікування даних порушень. Також автором було зазначено, що особливості особистості, порушення настрою та інші риси відрізняють пацієнтів з функціональними розладами від здорових людей, але вони часто спостерігаються у хворих на інші психічні розлади [5].

Слід відмітити, що на сьогодні класифікаційна категорія соматоформних розладів має більш феноменологічні межі, ніж клініко-патогенетичні, та включає як прояви соматизації афективних порушень, невротичні конверсійні симптоми й рудиментарні дисморфобічні симптоми. Також залишаються мало вивченими механізми соматизації депресії і тривоги та структура афек-

тивної патології у хворих на соматоформну патологію шлунково-кишкового тракту.

Метою нашого дослідження є виявлення психопатологічних особливостей, що лежать в основі соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення, визначення їхньої ролі у патогенезі даної патології. У зв'язку з цим були поставлені такі задачі: 1) вивчити синдромальну структуру та особливості розвитку психопатології соматоформних розладів органів травлення; 2) дослідити механізми формування синдрому у хворих, що страждають на вищезгадану патологію. Об'єктом дослідження була соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення; предметом — клініко-психопатологічні особливості у хворих на дану патологію.

Дослідження проводилось в рамках науково-дослідних робіт «Розробити диференціально-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфікувати схеми лікування хворих» (шифр АМН. БА.6.06, номер держреєстрації 0103U001309) та «Науково обґрунтувати диференціально-діагностичні критерії депресивних розладів у хворих, що перебувають на лікуванні у загальносоматичних стаціонарах та розробити принципи їхньої терапії» (шифр ПР ЗН.1.03, номер держреєстрації 0106U002005), що виконувалася в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України в 2003—2006 рр. за Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації».

Дослідження проведено на 92 хворих з соматоформними розладами органів травлення (соматоформна вегетативна дисфункція верхнього та нижнього відділу шлунково-кишкового тракту — F 45.31 та F 45.32 за МКХ-10 відповідно). Серед них 82 пацієнти перебували на обстеженні та лікуванні у відділенні гастроентерології Інституту терапії АМН України та 10 хворих — у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України у період з 2004 по 2006 роки. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. В дослідження не включалися хворі на важку супутню соматичну, неврологічну