

Групповые конверсионные расстройства у детей и подростков: психофизиологический аспект

И.В. Боев, С.В. Золотарев, О.А. Ахвердова

Клиника пограничных состояний Ставропольской государственной медицинской академии, Ставрополь

Достаточно давно психофизиологами (В.Б. Швырков, 1978), физиологами (К.В. Судачков, 1979) и психологами (В.Д. Шадриков, 1982, О.А.Ахвердова, 1998) было обосновано представление о том, что системогенез имеет место не только в раннем онтогенезе, но и у взрослых, так как формирование нового поведенческого акта есть формирование новой системы [1].

Для полноценного понимания континуума от нормы к патологии (как и от здоровья к болезни), на наш взгляд, необходимо рассматривать его с позиции концепции гомеостаза, поскольку «...все явления живой природы представляют собой гомеостатические системы, и вся живая природа в целом, если ее рассматривать по отношению к обществу и к неорганической природе, тоже является огромной гомеостатической системой» [3].

Конверсионное расстройство – это изменение либо утрата сенсорной или моторной функции, указывающее на физическое (органическое) нарушение, которое, однако, не обнаруживается. Такие симптомы являются выражением психологического конфликта или психологической потребности (например, «уйти» от психосоциального стресса). Термин «конверсия» (букв. «превращение», «преобразование») относится к причине расстройства, которая, будучи чисто психологической, выражает себя не на психологическом уровне (скажем, тревогой), а соматическими (телесными) симптомами.

Конверсионные симптомы часто имитируют различные неврологические состояния, такие как потеря чувствительности, которая может включать резкое сужение поля зрения, слепоту, глухоту, утрату обоняния или отсутствие чувствительности в различных частях тела. Типичны параличи или утрата моторной функции, проявляющаяся в неспособности двигать конечностями, потере голоса, неспособности ходить или стоять. Параличи и сенсорные нарушения обычно сосуществуют; например, очень характерна одновременная утрата способности двигать руками или ногами и чувствительности в них. Возможны и более сложные формы поведенческих проявлений расстройства, такие, как нарушения координации, припадки, очень похожие на эпилептические, и эпизоды потери сознания по типу обморока.

Изолированное конверсионное расстройство встречается редко. Обычно оно развивается внезапно в ситуации экстремального психологического стресса. Конверсионные симптомы могут сохраняться годами и трансформироваться в реальные органические нарушения [4].

Клинически при конверсионных симптомах нужно исключить неврологические или иные органические расстройства, которые они имитируют. Например, если при онемении участка кожи признаки поражения нервной системы не выявляются, то онемение может рассматриваться как конверсионный симптом. Следует отметить, что симптомы конверсионного расстройства не являются сознательным мошенничеством или притворством, они абсолютно реальны для пациента.

Медицинский, психологический и социальный анализы психогенно-обусловленных групповых конверсионных расстройств (истерических судорожных приступов и вегетососудистых, вегето-висцеральных пароксизмов) у детей и подростков г. Грозного и Шелковского района в декабре 2005 года позволили прийти к заключению, что указанные расстройства возникли в ответ на распространение слухов, «сплетен» о возможной мести со стороны жителей Беслана, когда по ведущей версии, последние, скорее всего, могли «использовать» некий особый токсический газ. Слухи и «сплетни» явились психологическим стрессором, который спровоцировал невротические и неврозоподобные расстройства.

В ответ на стрессор около двухсот детей и подростков продемонстрировали отмеченные нарушения, которые устойчиво сохранялись лишь у 20-30 детей и подростков. Все забо-

левшие были стационарованы в Ставрополе в ГУ «Клиника пограничных состояний Ставропольской государственной медицинской академии». Дополнительные обследования и клинический анализ показали, что устойчивость расстройств была обусловлена органической неполноценностью мозговых структур, что привело к усилению и утяжелению псевдосудорожных приступов (И.В. Боев, 2005).

На наш взгляд, динамика стойких конверсионных расстройств может проявляться не только (и не столько) в формировании симптомокомплексов, характерных для неврологических заболеваний, но, в первую очередь, в поражении "locus minoris resistentiae" ("место наименьшего сопротивления") [5], то есть органа и/или системы, демонстрирующих признаки конституционально-органической неполноценности, вызванной, как правило, дисэмбриогенезом или асинхронностью развития зародышевых листков [2].

Гипотеза исследования: развивающиеся у детей и подростков групповые конверсионные расстройства сопровождаются личностной декомпенсацией и дезадаптацией с последующим формированием психосоматических расстройств с локализацией функциональных нарушений в отдельных органах и системах.

Материал исследования: 46 детей и подростков Чеченской республики, проходивших комплексную медико-психологическую реабилитацию в ГУ Клиника пограничных состояний СтГМА в 2005 г.

Методы исследования: клинический, психологический, патопсихологический, психопатологический, психофизиологический (диагностическая система АМСАТ-Коверт), математический – дискриминантный, кластерный анализ.

Результаты исследования.

1. Результаты статистического анализа физиологической активности биологически-активных зон кожи у представителей исследуемой группы. Обращает внимание достоверное повышение физиологической активности кожи в отведениях 5-8, 11-14 и 19-22 в пределах 94-96 условных единиц, что соответствует, в трактовке Р. Фолля, состоянию выраженной гиперергии (симпатикотонии), вплоть до экстремальной гиперергии. В то же время, в отведениях 9 и 10 наблюдается снижение физиологической активности кожи до 59-69 условных единиц, соответствующих состоянию выраженной гипоэргии (парасимпатикотонии). Подобное распределение физиологической активности соответствует о наличии в организме обследуемых психофизиологических изменений, характерных для высокой степени эмоционального напряжения (состояние острого стресса), значительном повышении «базальной» (витальной) энергетики с повышением активности симпато-адреналовой системы, и, в то же время, развитию умеренного торможения в центральной нервной системе (Боев И.В., Кривоконь В.И., Гнучев В.Ф., 1999). Данное взаимосочетание показателей клинически может проявляться состояниями тревоги, страха, сопровождающимися развитием проявлений астенического либо субдепрессивного круга, а также вегетативно-сосудистыми расстройствами.

2. Результаты психофизиолого-математического анализа функциональной емкости биологически-активных зон кожи у детей и подростков с групповыми конверсионными расстройствами. По данным характеристикам аномальные значения были зарегистрированы в отведениях 1-4, 9-10 и 15-18. Следует подчеркнуть, что реальные значения функциональной емкости органов и систем, связанных с соответствующими БАЗ кожи находятся в обратной зависимости от численных значений измеренных параметров: чем выше значение показателя функциональной емкости («падение стрелки» в терминологии Р. Фолля), тем ниже физиологический адаптационный резерв соответствующего органа или системы. Представляется примечательным тот факт, что в отведениях 9 и 10 наблюдается как снижение физиологической активности взаимосвязанных с ними органов и тканей, так и их функциональной емкости (величина «падения стрелки» составляет 34 – 38 условных единиц, при норме до 10). Согласно предлагаемой Р. Фоллем трактовке, «... падение стрелки с 70 до 30 УЕ означает нарушение функции органа с дегенеративными изменениями».

Согласно представлениям о физиологии и патофизиологии стресса, повышенный выброс адреналина в кровеносное русло влечет за собой возникновение сосудистого спазма с

повышением артериального давления. Длительность психологических, психических переживаний в случае групповых конверсионных расстройств достаточно велика, вследствие чего сосудистый спазм сохраняется на протяжении нескольких часов, а то и суток. Возникающие в результате нарушения микроциркуляции могут привести к появлению очагов некроза в кровоснабжаемой ткани, причем в первую очередь будут страдать наиболее молодые в филогенетическом плане структуры: гипоталамо-гипофизарная система, кора больших полушарий (а, точнее, те ее отделы, которые отвечают за высшие психические функции).

3. Психофизиолого-математический анализ **регуляторных возможностей** организма представителей исследуемой группы в виде времени установления адаптационной реакции на стандартный раздражитель, позволил установить следующие закономерности. В отведениях 2, 4, 9, 10, 15 и 17 определяется значительное повышение длительности установления адаптационной реакции, по сравнению с остальными отведениями (6 – 8 циклов измерения, против 3 для удовлетворительного состояния адаптационных механизмов). По-видимому, возникающее состояние дезадаптации, в первую очередь затрагивает центральную нервную систему, центральные отделы нейроэндокринной системы, органы чувств. Как следствие, у пострадавших может развиваться психогенный десинхроноз функций внутренних органов, дистальных нейроэндокринных желез, что, в свою очередь, ведет к усугублению проявлений дезадаптации ЦНС и развитию предпатологических, патологических нарушений по механизму положительной обратной связи, или «замкнутого круга».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

1. Групповые конверсионные расстройства у детей и подростков сопровождаются развитием состояний патологической и непатологической дезадаптации, которые на психофизиологическом уровне проявляются достоверным увеличением времени установления адаптационной реакции организма на стандартный раздражитель. В первую очередь при этом страдают центральная нервная система, центральные отделы вегетативной нервной системы, органы чувств.

2. Психофизиологическими исследованиями подтверждаются патогенетические механизмы конверсионных расстройств, что позволяет объективизировать и обосновать комплексные и комбинированные медико-психологические подходы к применению лечебных и восстановительных технологий с целью предупреждения трансформации функциональных и предпатологических нарушений в патологические, необратимые морфофункциональные изменения.

Литература:

1. Ахвердова О.А. Экспериментально-психологическая диагностика личностно-характерологического континуума подростков. // М., 1998. - 154 с.
2. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. // Ставрополь, 1999. – 240 с.
3. Петрушенко Л.А. Принцип обратной связи. // М., Мысль, 1967. - 280 с.
4. Психотерапия: пособие для врачей. // СПб.: Питер, 2000. — 288 с.
5. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. // МЕД-пресс-информ, 2009 – 208 с.