

УДК 616.89:364.142]:616.831-073.7

В.Г. Деркач

КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДАХ, СПРИЧИНЕНИХ СЕПАРАЦІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. За даними клініко-психопатологічного та електроенцефалографічного методів дослідження виявлено зв'язки між розладами психіки і поведінки та певним типом особистості в підлітків, хворих на такі розлади, причиною виникнення яких стала сепарація.

Ключові слова: сепарація, підлітки, розлади психіки та поведінки, електроенцефалографія.

Вступ. Сепарація – поняття для опису ситуації довготривалого розлучення дитини чи підлітка з близькою людиною (частіше мамою).

Відомо, що психічні та поведінкові розлади є одними з найбільш поширених у світі. Так, за даними Гурьева В.А і співавт. [1], на них страждає 20-30 % населення земної кулі.

Особливо на сьогодні вважається вкрай незадовільним стан психічного та соматичного здоров'я дітей і підлітків: більше 50 % дітей шкільного віку страждають на невротичні розлади, більше 70 % – мають різні форми психосоматичних розладів, у більш як 30 % – спостерігаються відхилення в поведінці [4].

В останні роки соціальна ситуація, що сталася в Україні, характеризується безперервно зростаючою вимогливістю і психологічною навантаженістю на підростаюче покоління під дією різноманітних масових психогенних чинників [3], зокрема, “соціальної ізоляції” та “соціальної занедбаності” підлітків через “міграційний бум”, що призводить до зростання порушень у їх психічній сфері. Це зумовлено тим, що несформована особистість (підліток) залишається емоційно ізолюваною в соціумі від близької їй людини (найчастіше – матері) на різні за тривалістю в часі періоди свого життя (сепараційні розлади), а це створює умови психологічного дискомфорту і сприяє виникненню неспсихотичних і психотичних психічних порушень та розладів поведінки.

З Чернівецької області на заробітки за кордон виїхало більше 120 тисяч осіб. У зв'язку з цим більше 60 % підлітків виховуються в неповних сім'ях чи близькими рідними, що є причиною виникнення в них психічної і поведінкової дизадаптації [4].

Установлено [4], що серед постійних жителів Чернівецької області за період 2002-2006 років зареєстровано 10390 випадків психічних і поведінкових розладів серед підліткового контингенту, що становить 10 % від загальної кількості підлітків. Із них хворих на психічні психотичні розлади – 0,13 %, на неспсихотичні психічні розлади – 23,69 %, на поведінкові розлади – 31,04 % та на поєднані психічні і поведінкові розлади, а саме: змішаний розлад поведінки і емоцій та емоційно-нестійкий розлад особистості – 45,15 %. Причиною виникнення психічних і поведінкових

розладів у 22,6 % підлітків була сепарація. Найбільший відсоток хворих за відсутності емоційного батьківського тепла спостерігався в пубертатному віці, коли у зв'язку з порушеннями фізіологічної і психологічної рівноваги, яка зумовлює особливу психічну вразливість, під впливом навіть незначних патогенних чинників у підлітків виникали різного роду психічні відхилення.

Відомо, що електроенцефалографія (ЕЕГ) – це метод дослідження головного мозку, який ґрунтується на реєстрації його електричних потенціалів. Погляди останніх років на природу біоелектричної активності відображають думку, що ЕЕГ є результатом постійної циркуляції збудження усередині окремих нейронних угруповань і являє собою суму аксонного, синаптичного та мембранного потенціалів [5].

За даними літератури [2], параметри електроенцефалограм осіб у віці 13-20 років характеризуються наступним: безперервний ритм, без значної міжпівкулевої асинхронії, з базовим заднім ритмом, частота якого в середньому становить 10 Гц, зі зниженням вираженості дельта- та швидкої активності в бадьорому стані. Низька амплітуда різних ритмів є варіантом норми. При гіпервентильації вираженість дельта-активності знижується, а при фотостимуляції часто спостерігається чітка реакція засвоєння ритму, переважно на середні частоти (8-16 Гц). “Веретена” альфаритму для цього віку типові, а у відведеннях із потиличних ділянок мозку можуть траплятися перехідні позитивні гострі хвилі. Достатньо часто виявляються позитивні піки (14 і 16 Гц). Ритмічна лобна тета-активність пропадає до кінця цього вікового періоду.

На сьогодні напрямки біоелектричної діагностики головного мозку чітко окреслені – це діагностика функціональної активності живого мозку при різних його патологічних станах.

Мета дослідження. Вивчити стан біоелектричної активності головного мозку в підлітків, хворих на психічні та поведінкові розлади, спричинені сепарацією.

Матеріал і методи. ЕЕГ дослідження проводили біполярним методом у стані спокою і при проведенні функціональних навантажень (розплющувати та заплющувати очі, гіпервентильація) з використанням приладу EEG-8X (Угорщина).

Аналізували такі показники електроенцефалограми: величина альфа-, бета-, тета-, дельта-індексу; амплітуда альфа-, бета-, тета-, дельта-коливань; вираженість регіональних відмінностей; реакція депресії альфа-ритму на світлові подразники (до і після функціональних навантажень); наявність пароксизмальної активності у вигляді пароксизмів або розрядів гіперсинхронних чи асинхронних альфа-, бета-, тета-, дельта-хвиль; наявність вогнищевої патології у вигляді низькоамплітудних тета-дельта-хвиль у відведеннях із передніх відділів головного мозку; наявність вогнищевої патології у вигляді високоамплітудних тета-дельта-хвиль у відведеннях із передніх відділів головного мозку; наявність вогнищевої патології у вигляді низькоамплітудних тета-дельта-хвиль у відведеннях з інших відділів головного мозку; наявність вогнищевої патології у вигляді високоамплітудних тета-дельта-хвиль у відведеннях з інших відділів головного мозку; наявність дифузних низькоамплітудних тета-дельта-коливань; наявність дифузних високоамплітудних тета-дельта-коливань; реакція альфа-, бета-, тета-, дельта-ритму, пароксизмальної активності та вогнищевої патології на гіпервентиляцію.

Крім того, при аналізі електроенцефалограм використовували також психолого-енцефалографічні кореляції особистості [5]:

1. Синдром гіперактивності. Виявляється швидким альфа-ритмом (11-13 Гц), який групується в короткі спалахи на тлі десинхронізованої активності. Бета-хвилі (15-20 Гц) реєструються більше у відведеннях із центральних ділянок. Особистості з таким електроенцефалографічним патерном нестійкі, динамічні, для них характерна творчість та ентузіазм; це активні, незалежні особистості, котрі прагнуть до керівництва; це дуже збудливі, надзвичайно емоційні, нервові особи.

2. Варіант синдрому гіперактивності: характеризується ритмом, який переривчасто йде за світловими подразниками і не реагує на гіпервентиляцію. Особистості з таким ритмом енергійні, імпульсивні, сильно реактивні; це нервові особистості, у котрих переважає симпатичний тонус; у таких осіб є тенденція до надмірного хвилювання.

3. Синдром гіпоактивності. Постійний, великої амплітуди, повільний альфа-ритм (8-9 Гц). Бета-активності немає. Виражена реакція "засвоєння ритму". Сповільнення ритму після гіпервентиляції. Типи особистості: методична, повільна, покірна, обережна; пасивна, покірна, уникаюча напруження, небезпеки та відповідальності; слухняна, без агресивних тенденцій; повільна, спокійна, тиха; повільна, обережна, настирлива, одноманітна і вперта; повільна, у котрої домінує парасимпатичний тонус.

4. Синдром лабільності. Повільний альфа-ритм (9-11 Гц), дуже варіабельної амплітуди, змішаний із більш повільними (дельта-) і (або) більш швидкими (бета)-хвилями. Виражена реакція "засвоєння ритму". Сповільнення ритму після гіпервентиляції. Типи особистості: нетерпелива,

агресивна, ворожа; тиха, спокійна, але збудлива, незадоволена і афективна, лабільна; збудлива, агресивна, нетерпляча, егоїстична; нетерпелива та підозріла.

Обстежено 100 підлітків (62 – чоловічої і 38 – жіночої статі), хворих на психічні та поведінкові розлади, зумовлені сепарацією, котрі знаходилися на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні упродовж 2004-2008 років.

Діагноз у хворих установлювали на підставі анамнестичних, клініко-психопатологічних та експериментально-психологічних даних (варіант методики Н.І. Еузенк для виявлення нейротизму і тести М. Люшера для визначення емоційного стану). Оцінка скарг та психічного стану проводилася щодня, а експериментально-психологічні методи дослідження – на початку лікування і при виписці хворих зі стаціонару.

Згідно з МКХ-10 усі хворі, залежно від виду психічних і поведінкових розладів, були розподілені на три групи: хворі на непсихотичні психічні розлади – 48 осіб (розлади адаптації – 20, тривожно-фобічні розлади – 11, змішані тривожно-депресивні розлади – 17); хворі на поведінкові розлади (соціалізований розлад поведінки) – 25 осіб; хворі з поєднанням психічних і поведінкових розладів – 27 осіб (змішаний розлад поведінки та емоцій – 18, емоційно нестійкий розлад особистості – 9).

Результати дослідження та їх обговорення. Типовими скаргами при розладах адаптації були переживання розлуки з близькими – найчастіше унаслідок трудової міграції їх. У психічному статусі цих пацієнтів переважно відмічалися зниження настрою і тривожне очікування. Характерною ознакою в цієї групи пацієнтів був також зв'язок емоційних порушень із суб'єктивним дисресом – життєвою кризою через руйнацію попередніх психологічних зв'язків, особливо у сфері "батьки-діти".

У хворих на тривожно-фобічні розлади переважали почуття тривоги за своє сьогоднішнє і майбутнє, страх залишитися самому в цьому світі без батьків, страх захворіти (збожеволіти) чи раптової смерті близьких. Часто в них мали місце тахікардія, коливання артеріального тиску, емоційна лабільність, фіксація на негативних думках. Із допомогою експериментально-психологічних методів виявлено наявність страждань від розлуки з рідними та неспроможність переносити самотність.

Хворі на змішані тривожно-депресивні розлади постійно відчували неспокій, серцебиття, сухість у роті. У психічному статусі в них виявлялися загострення пам'яті на негативні події, концентрація уваги на тривожних думках на тлі зниженого настрою, емоційна лабільність, зниження вольової діяльності та критики до свого стану. Застосування експериментально-психологічних методик установило в таких пацієнтів наявність страждань через розлуку з емоційно значимою в їх житті людиною, сильні емоційні

реакції, які найчастіше виникали через байдужість навколишніх, тривогу, неспокій, неврівноваженість та безсоння, дратівливість. За методикою Айзенка усі хворі страждали на нейротизм.

Особи із соціалізованим розладом поведінки в більшості випадків скарж на здоров'я не висловлювали. Типовими в них були опозиційність, неслухняність, негативізм (протидія) усім позитивним намаганням з боку старших, дратівливість, брутальність, емоційна нестійкість, часом вибуховість і дисфоричність. За методикою Айзенка всі досліджувані страждали на нейротизм, а з допомогою тестів Люшера в частини осіб виявлено агресивну налаштованість.

Найбільш типовими порушеннями у хворих на змішані розлади поведінки та емоцій були пригнічений настрій, зниження апетиту, безсоння, сповільнені мовна і рухова активності, тривожні побоювання, емоційна нестійкість, підвищена втомлюваність, зміни поведінки з елементами агресії, дратівливість з незначного приводу. За допомогою експериментально-психологічних досліджень встановлено наявність страждань від розлуки з батьками та неможливість переносити самотність. Сильні емоційні переживання виникали через розрив дружніх стосунків, покарання за неуспішність, байдужість навколишніх. Відмічено в них також тривогу, неспокій, дратівливість, неврівноваженість, агресію до навколишніх. За методикою Айзенка усі досліджувані цієї групи страждали на нейротизм.

Пацієнти з емоційно-нестійким розладом особистості висловлювали скарги на підвищену дратівливість, яка виникала при несприятливих обставинах, а саме – через нерозуміння їхніх дій і висловлювань навколишніми. У психічному статусі спостерігалася емоційна нестійкість із переважанням негативних виявів (словесних або фізичних) із відсутністю контролю за соціальними нормами поведінки. За методикою Айзенка всі досліджувані страждали на нейротизм.

На нашу думку, оскільки несформована особистість (підліток) на тривалий час залишається емоційно ізольованою в соціумі від близької їй людини (сепараційний розлад), то це створює умови для розвитку в неї психологічного дискомфорту і сприяє виникненню розладів психіки та поведінки.

У пацієнтів із розладами адаптації показники ЕЕГ виявлялися альфа-ритмом (частотою 8-11 Гц і амплітудою 25-110 мкВ), який перемажався низькоамплітудним (5-10 мкВ) бета-ритмом, частотою 15-25 Гц та вираженою реакцією “засвоєння ритму” на функціональні навантаження, що свідчило про наявність у таких осіб синдрому лабільності.

У хворих на тривожно-фобічні та змішані тривожно-депресивні розлади на ЕЕГ реєструвався постійний, слабко модульований, великої амплітуди (до 120 мкВ) альфа-ритм (частотою 8-9 Гц) з відсутністю бета-активності, вираженою реакцією “засвоєння ритму” та сповільненням ритму після гіпервентиляції, що вказувало на синдром гіпоактивності.

Показники ЕЕГ у більшості осіб із поєднанням психічних і поведінкових розладів характеризувалися швидким альфа-ритмом (частотою 11-13 Гц та амплітудою 45-70 мкВ), який групувався в короткі спалахи на тлі десинхронізованої біоелектричної активності, а низькоамплітудний бета-ритм, частотою 15-20 Гц, більше реєструвався у відведеннях із центральних ділянок, що свідчило на користь синдрому гіперактивності.

В осіб із соціалізованим розладом поведінки, за даними ЕЕГ, спостерігався один із варіантів синдрому гіперактивності у вигляді переривчастого проходження ритму за світловими подразниками та відсутності реакції на гіпервентиляцію.

На нашу думку, установлені зміни біоелектричної активності головного мозку в підлітків із сепарацією можуть бути зумовлені порушенням функціональної активності медіо-базальних, переважно – лімбічних структур, які є “вищим кірковим” центром емоцій [6].

Висновки

1. У підлітків, хворих на психічні та поведінкові розлади, зумовлені сепарацією, серед психопатологічних порушень переважають непсихотичні порушення у вигляді емоційно-вольових розладів, причиною виникнення яких стали переживання розлуки неповнолітніх із близькими.

2. Дані проведених електроенцефалографічних досліджень засвідчили наявність зв'язку між формуванням певних психічних та поведінкових розладів і типом особистості хворого підлітка.

Перспективи подальших досліджень. Важливим у перспективі є розробка клініко-електроенцефалографічних діагностичних критеріїв психічних і поведінкових розладів у підлітків, у тому числі й спричинених сепарацією.

Література

1. Гурьева В.А. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой / В.А. Гурьева, Н.В. Вострокнутов, Е.В. Макушкин. – М.: Медицина, 2001. – С. 117-136.
2. Евтушенко С.К. Клиническая электроэнцефалография у детей: Руководство для врачей / С.К. Евтушенко, А.А. Омеляненко. – Донецк: Донеччина, 2005. – 860 с.
3. Русіна С.М. Психічна депривація в підлітковому віці: Монографія / С.М. Русіна. – Чернівці: БДМУ, 2007. – 133 с.
4. Русіна С.М. Особливості формування, перебігу та лікування психопатологічних розладів у підлітків із психічною депривацією: автореферат дис. на здобуття наук. ступ. д.мед.н. / С.М. Русіна. – К., 2008. – 44 с.
5. Тодорів І.В. Електроенцефалографія в психіатрії / І.В. Тодорів. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2004. – 76 с.
6. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.В. Триумфов. – МЕДпресс-информ, 2009. – 264 с.

**КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ СЕПАРАЦИЕЙ***В.Г. Деркач*

Резюме. На основании данных клинико-психопатологического и электро-энцефалографического методов исследования выявлены связи между расстройствами психики и поведения и определенным типом личности у подростков, страдающих на эти расстройства, причиной возникновения которых была сепарация.

Ключевые слова: сепарация, подростки, расстройства психики и поведения, электроэнцефалография.

**CLINICOELECTROENCEPHALOGRAPHIC PARALLELS
IN MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS,
ASSOCIATED WITH SEPARATION***V.H. Derkach*

Abstract. Connections between mental disorders and those of behaviour as well as a certain type of personality in adolescents afflicted with such disorders whose onset was due to a separation have been detected on the basis of the findings of a clinicopsychopathological and electroencephalographic methods of research.

Key words: separation, adolescents, psychic and behavioral disorders, electroencephalography.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Ю.М.Нечитайло

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 1 (61). – P. 15-18

Надійшла до редакції 1.11.2011 року

© В.Г. Деркач, 2012

УДК 616.831-001-036.86-02:616.89-008.19

*Б.В. Задорожна***ПСИХОЕМОЦІЙНІ ЗМІНИ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ
ХВОРОБИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Резюме. В осіб з травматичною хворобою головного мозку мають місце специфічні психоемоційні зміни, які найчастіше проявляються у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ).

Ключові слова: травматична хвороба головного мозку, стандартизований багатофакторний метод обстеження особистості.

Вступ. У 1994 році Л.Б. Ліхтерман описав травматичну хворобу головного мозку (ТХГМ) [7] як патологічний процес, що виникає внаслідок пошкодження головного мозку та характеризується при різноманітні клінічних форм єдністю етіології, патогенетичних та саногенетичних механізмів розвитку та виходу. ТХГМ включає комплекс неврологічних та психічних порушень, що виникають у пізньому й віддаленому періодах ЧМТ та є наслідком дистрофічних, дегенеративних, атрофічних і рубцевих змін у мозковій тканині [4, 1, 5, 11].

Донині відсутнє єдине уявлення про розвиток психопатологічних реакцій у віддаленому періоді ЧМТ, як за тяжкістю, терміном розвитку та перебігом, так і за термінологією. На когнітивні порушення та астенизацію з розвитком подальшої депресії в осіб, що перенесли ЧМТ, вказують

ряд дослідників [10, 2, 6]. Особливо наголошується на проградієнтному перебігу ТХГМ, що потребує розробки нових критеріїв діагностики психоемоційних відхилень із подальшою їх корекцією [3].

Мета дослідження. Дослідити психоемоційні зміни при травматичній хворобі головного мозку методом стандартизованого багатофакторного обстеження особистості (СБОО).

Матеріал і методи. Для розв'язання поставлених завдань проведено комплексне клінічно-параклінічне обстеження 120 пацієнтів у віддаленому періоді ЧМТ з явищами ТХГМ віком від 20 до 59 років. Діагноз виставлявся на підставі анамнезу, скарг, клінічної картини захворювання, а також на основі рентгенологічних, АКТ, електрофізіологічних та лабораторних методів дослідження. Виконано також дослідження 22 практи-

© Б.В. Задорожна, 2012