

# НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

## 3. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

К.м.н. Э.А. МИХАЙЛОВА

*Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков*

**Освещены психологические аспекты формирования психосоматических и соматопсихических расстройств при сахарном диабете у детей. Показана роль проективной методики «Дом — дерево — человек» в диагностике эмоциональных нарушений и органического симптомокомплекса у детей с сахарным диабетом. Отмечена важность этого исследования для разработки системы психопрофилактики прогрессирования нарушений психического здоровья, психической и социальной дезадаптации больных детей.**

В двух предыдущих сообщениях мы рассмотрели вопросы патогенеза, диагностики и лечения неврологических и психических расстройств у детей, больных сахарным диабетом. Настоящая статья посвящена психологическим аспектам формирования этих расстройств.

Сахарный диабет определен Всемирной организацией здравоохранения как эпидемия неинфекционного заболевания, которое настолько стремительно распространяется по нашей планете и приобрело такие масштабы, что мировое сообщество приняло ряд нормативных актов (Сент-Винсентская декларация ВОЗ, 1989; Веймарская инициатива, 1997), направленных на борьбу с этим исключительно сложным по своей природе заболеванием, часто приводящим к трагическому исходу [1]. Медико-социальная острота проблемы диабета определяет интенсивные научные поиски причин и ключевых звеньев патогенеза этой болезни. Однако нейropsychиатрический аспект детской диабетологии остается наименее изученным ее направлением, несмотря на свою приоритетность [2].

Хронические соматические заболевания глубоко переживаются детьми и подростками, приводя к заострению преморбидных черт, а в ряде случаев, особенно при церебральной патологии, — к качественным изменениям личности, соматопсихическим и невротоподобным расстройствам [3].

В происхождении соматических и психосоматических нарушений у детей и подростков Д.Н. Исаев [4, 5] выделяет ряд факторов, которые формируют повышенную чувствительность ребенка к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств. Среди этих факторов названы: неспецифическая наследственность и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами; наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам; нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС); личностные особенности; особенности психотравмирующих событий; психическое и физическое состояние во время действия этих событий; неблаго-

приятный фон микросоциальных (семейных) и других факторов.

Известный вегетолог А.М. Вейн [6] считает, что чрезвычайно трудно найти отчетливые психологические корреляты соматических расстройств. При всем этом неверно было бы отрицать известную роль специфичности психологического конфликта.

Психогенез психосоматических расстройств у детей и подростков особенно сложен ввиду чрезвычайной уязвимости ребенка в процессе онтогенеза. В ответ на психотравмирующие обстоятельства у детей появляются разнообразные психосоматические симптомы и синдромы, которые являются предикторами психосоматических заболеваний.

Возраст как фактор патогенеза [7] в значительной мере определяет не только характер преимущественных психических симптомов, но и клиническую форму многих психосоматических заболеваний.

Изменение психосоматических соотношений в сторону соматической составляющей расстройства сопровождается недооценкой роли психического компонента в патогенезе этого расстройства. Как интернисты, так и психиатры обычно не учитывают динамический фактор в формировании соматопсихических соотношений в детско-подростковом возрасте. Любые психические нарушения у детей необходимо рассматривать как отклонения от нормального развития, а психосоматические изменения — как результат деформации процесса формирования зрелых соматопсихических соотношений. Теория развития объективных отношений позволяет объяснить механизмы перехода социально-психологического начала в психопатологическое и соматическое (биологическое) в процессе формирования психосоматических заболеваний.

Значение аффективной сферы для понимания психосоматических соотношений подчеркивалось на 6-м семинаре ВОЗ по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний, на котором в качестве основного варианта психосоматических расстройств было выделено психофизиологическое сопровождение эмоций, являющееся их обя-

зательной составной частью. Эмоциональные реакции имеют два параллельно сосуществующих выражения: психологическое (чувственный тон удовольствия или неудовольствия) и вегетативное, которое выполняет важную функцию энергетического обеспечения целостного поведения и поддержания внутреннего гомеостаза организма. Как показано в ряде работ [8–10], выявление диабета служит сильным эмоциональным стрессом. Систематизированных исследований, посвященных эмоциональному развитию ребенка в условиях хронического соматического заболевания, пока нет. М. Kovacs et al., М. В. Хойтович с соавт. [12, 13] обращают внимание на ряд эмоциональных проблем у больных сахарным диабетом детей. В результате исследования психогенного воздействия самого диабета (10-летнее лонгитудинальное исследование) было показано, что у 53% больных возникают серьезные психиатрические проблемы; у 64% в течение первых 6 мес после появления диабета наблюдается ряд психологических феноменов (досада, одиночество, социальная незащищенность); у 36% — депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные расстройства [12]. Высокая тревожность, «уход в болезнь», страх, скрытая агрессия препятствуют эффективности лечения сахарного диабета у детей.

Целью настоящей работы явилось клинико-психопатологическое и патопсихологическое исследование нарушений психического здоровья детей и подростков, больных сахарным диабетом. Наши наблюдения показали, что стрессовые нагрузки в системе «жизнь с диабетом» — частые (более 80%) госпитализации в связи с особенностями течения сахарного диабета у детей (его лабильное, тяжелое течение), систематическая инсулинотерапия, медицинские манипуляции, ограничения и запреты, обусловленные болезнью, формируют неадекватные типы психологической защиты, эмоциональную неустойчивость, замкнутость, страх, недоверие. Зачастую дети с сахарным диабетом рассматривают медицинских работников и все, что связано с процессом лечения и обследования, как источник опасности, новых проблем. Использование для выявления этих психологических нарушений тестирования детей с помощью опросников не всегда результативно, так как ряд вопросов, касающихся столь болезненных для ребенка тем, приводит к еще большей эмоциональной закрытости,

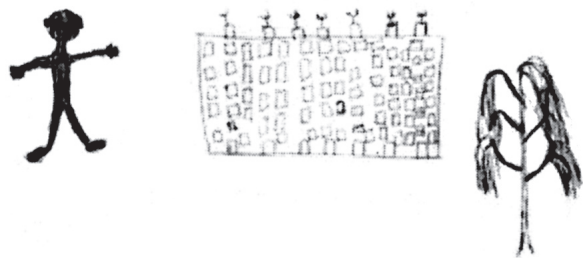


Рис. 1.

напряженности и сознательному игнорированию психологических проблем. Нам представляется гораздо более эффективным применение в работе с детьми с хронической патологией рисуночной методики, простой, легко выполняемой и даже вызывающей у детей положительные эмоции, поскольку дети, как правило, любят рисовать.

В данной работе был использован проективный рисунок — тест «Дом — дерево — человек» [14, 15] — у 150 детей и подростков от 7 до 18 лет, больных сахарным диабетом. Порядок задаваемых тем (дом, дерево, человек) приведен в последовательности, связанной с возрастающей степенью психологической трудности, так как дерево и фигура человека провоцируют сильные личностные реакции. Рисунок дома отражает психологические аспекты, связанные с образом семьи, особенностями семейных взаимоотношений. Изображение дерева отражает представления о личной истории, конкретные события прошлого. Считается, что рисунок дерева пробуждает меньше непосредственных ассоциаций и выражает неосознаваемые чувства по отношению к образу своего Я. Изображение человека возбуждает сознательные чувства, касающиеся как образа физического тела, так и психологического образа Я.

Анализ результатов применения рисуночного теста позволил определить ряд психологических особенностей личности ребенка с пожизненной соматической патологией и степень зрелости личности.

При изображении дома 100 (66,7%) обследованных нарисовали одноэтажный домик; 24 (16,0%) — дом из 2–3 этажей; в 19 (12,7%) — многоквартирный дом (сопряженная с этим вариантом рисунка плоская крыша связывается с эмоциональной заторможенностью, отсутствием воображения) (рис. 1). В 7 случаях для рисунка был выбран неконвенциональный вариант дома — величественный замок, палатка.

К числу основных деталей дома, обязательных для нормативного рисунка, относятся стена, крыша, дверь, окно и труба (по Остер-Гоулду, Джоллесу, цит. по [14]).

Двери в доме — это гибкий, управляемый регулятор контактной границы. Изображение двери позволяет составить представление о регулировании межличностных контактов. В обследованной группе дверной проем чаще всего изображался на фронтальной



Рис. 2.



Рис. 3.

стене (93, или 62,0%). Двери были преимущественно конвенциональной, прямоугольной формы. Изредка дверной проем был округлен, в виде арки (7 случаев). Ручка двери присутствовала в большинстве рисунков (99, или 66,0%). Дверь без ручки (один из признаков затруднений в контактах) была изображена на 17 рисунках — 11,3% (рис. 2).

Еще один признак избирательности в общении — профильное изображение дома. Двери в этом случае размещаются сбоку (24 рисунка, 16,0%). При этом в рисунках с проекционным изображением дома (13) дверь на боковой стене была доступна наблюдателю (рис. 3), в остальных 11 рисунках присутствие двери обозначалось прорисовкой ступенек, крыльца, дверной ручки или прозрачностью стены (просматривалась часть интерьера).

На 33 рисунках (22,0%) двери не были изображены вовсе, что указывает на выраженные трудности в контактах с другими людьми (рис. 4). В 8 случаях двери изображались распахнутыми или приоткрытыми, что связывается с обостренной потребностью получения тепла из внешнего мира.

Для изображения дома большей частью использовалось плоскостное изображение — 92 случая, или 61,3%. К объемному, перспективному изображению дома обратились 58 (38,7%) обследованных. Из них 42 (72,4%) успешно справились с задачей проекционного изображения, а 16 (27,6%) допустили проекционные ошибки.



Рис. 5.

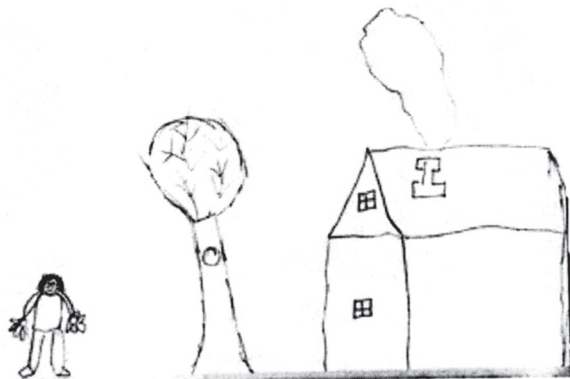


Рис. 4.

Рисунок дома у всех детей обязательно включал окна, единственное исключение — рисунок, где вместо дома изображалась палатка. Занавески на окнах были изображены в 38 (25,3%) случаях. Достаточно часто — в 21 (14,0%) случае — на окошках располагались горшки с цветами.

В ряде случаев (39, или 26,0%) рисующие не справлялись с задачей адекватного размещения окон в пространстве стены. Окна располагались хаотично, с игнорированием этажности. Эта особенность указывала на имеющиеся у детей органические нарушения, например диабетическую энцефалопатию с выраженным церебральным, психоорганическим симптомокомплексом (рис. 5).

Усиление контроля в форме излишне подробной организации фундамента, стен или крыши дома (навязчивое расчерчивание по кирпичикам-черепичинкам) отмечено на 28 (18,7%) рисунках (рис. 2, 6).



Рис. 6.

Окна в рисунках детей размещались не только в пространстве стены дома. В 68 случаях (45,3%) окна изображались также и на крыше, в 6 случаях (4,0%) на чердаке обнаруживалась дверь. (В литературе нет прямой интерпретации этого признака. Можно предполагать, что в этом проявляется усиление контроля в области фантазий).

Оформление входа в дом в виде ступенек, крыльча было представлено на 26 (17,3%) рисунках.

Забор вокруг дома — признак необходимости эмоциональной защиты — изображен на 10 (6,7%) рисунках (рис. 7). Тропинка, ведущая к дому, присутствовала в 20 (13,3%) рисунках. Эта дополнительная деталь указывает на стремление определенным образом упорядочить окружение и эмоциональную неуверенность. О стремлении к упорядоченности и контролю свидетельствовало также появление антенны на крыше (8, или 5,3%). Изображение глазков и окошек на входной двери (15, или 10,0%) отражало усиление подозрительности.

Изображение человеческой фигуры — наиболее эмоционально нагруженный элемент тестового задания. Задача нарисовать человека актуализирует переживания, связанные с принятием образа Я. Хорошая самоподдержка, принятие себя позволяет справиться с изображением человеческой фигуры.

В обследованной группе изображение полной фигуры человека имело место в 83 случаях (55,3% от всех рисунков или 57,6% от тех, что содержали изображение человеческой фигуры).

Профильное изображение отмечено на 6 рисунках и на одном было нарисовано только лицо. Человеческая фигура пропущена в 5 случаях. Анализ частоты пропусков основных деталей человеческой фигуры, отмечавшихся на 144 рисунках, показал, что наиболее

частыми были пропуски контактных и опорных органов: недорисованные руки, кисти рук, незавершенные ноги, стопы. Нарушения в контактной или опорной области имелись в 44,7% рисунков человека (рис. 2).

Обе кисти не прорисованы в 27 случаях (18,8%). В 11 случаях этот признак сочетался с отсутствием обеих стоп, еще в 5 — не были изображены полностью обе ноги, на одном рисунке было бюстовое изображение — незавершенные руки в сочетании с отсутствием ног. В 6 случаях была недорисована одна кисть (в том числе в одном случае — в сочетании с одной недорисованной стопой). На одном рисунке была изображена только одна рука.

Обе стопы отсутствовали на 22 рисунках (15,2%). На 9 рисунках ноги были недорисованы, причем на одном недоставало одной стопы. В 10 случаях фигура человека изображалась схематически — ноги-палочки без прорисовки стоп.

Недостающие детали могут символизировать то, чего человеку не хватает в жизни. Отсутствие кистей и стоп в рисунке символизирует зависимость — неспособность опираться на свои собственные ноги, стоять на своих ногах. Указывается, в частности, что недорисованные ноги — признак недостаточной социально-бытовой ориентации, а недорисованные кисти рук или руки — недостаток общения, контактные ограничения.

Следовательно, у детей, больных сахарным диабетом, прослеживается ряд таких психологических феноменов, как незащищенность, тревожность, чувство неполноценности, фрустрация, трудности общения. Психологический компонент в системе «жизнь с диабетом» формирует устойчивые психосоматические и сомато-психические расстройства. И, что особенно важно, проективный тест «Дом—дерево—человек» является диагностическим критерием органического симпто-



Рис. 7.



Рис. 8.

комплекса (расщепленные линии — 39,3%; несовпадающие линии — 18,7%; дрожащие линии — 14,7% и др.).

На серьезные психологические и эмоциональные проблемы подростков с пожизненной патологией, требующей ежедневной инъекционной инсулинотерапии, указывают рисунки, составившие 48,0% (рис. 6). Фрустрированность и чувство одиночества на депрессивном фоне настроения, своеобразный автопортрет (рис. 8), символизирующий эмоциональное отвержение образа Я, надломленность, неадекватные механизмы психологической защиты, — все это препятствует конструктивному включению в систему «жизнь с диабетом».

Обращает на себя внимание тот факт, что нет заметной разницы между рисунками младших детей и подростков более старшего возраста. Это говорит о том, что интерпретация задания испытуемым зависит не от возраста больного, а от внутреннего состояния.

У всех обследованных детей были выявлены церебрастенические расстройства различной степени тяжести, на что мы указывали в предыдущих сообщениях.

#### Л и т е р а т у р а

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руковод. для врачей.— М., Универсум Паблишинг, 2003.— 455 с.
2. Инвалидность детей с хронической соматической патологией / И.М. Коренев, Л.Ф. Богмат, Э.А. Михайлова, С.Р. Толмачева.— Харьков: Основа, 2002.— 212 с.
3. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / Н.Р. Палеев, В.Н. Краснов, Л.А. Подрезова и др. // Вестн. Рос. АМН.— 1998.— № 5.— С. 3–7.
4. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте.— С.Пб.: Медицина, 1994.— 82 с.
5. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка.— С.Пб.: Медицина, 1993.— 76 с.
6. Вейн А.М. Вегетативные расстройства.— М.: Мед. информ. агентство, 1998.— 752 с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1995.— 600 с.
8. Вейн А.М. Нейросоматические взаимоотношения состояния вопроса и перспективы изучения // Клиническая диагностика, лечение нейрогенных соматических

заболеваний: Тез. докл. науч.-практ. конф.— Пермь, 1991.— С. 31–32.

Проводившиеся наблюдения за детьми с сахарным диабетом в динамике показали, что для них характерна (80%) «многослойность», «фолиантность» невротических и невротоподобных расстройств, частая смена психопатологических синдромов (невротические расстройства — фобические, обсессивные, конверсионные, депрессивные), церебрастенические нарушения, психоорганические синдромы, «эквививальный», по И.В. Давыдовскому, как форма реагирования мозга на органическое поражение — диабетическую энцефалопатию.

Таким образом, применение рисуночного теста «Дом — дерево — человек» позволяет выявить наиболее уязвимые особенности личности больного сахарным диабетом ребенка и трудности его психосоциальной адаптации, которые необходимо учитывать при разработке стратегии медико-психологического сопровождения. Исследование психологических особенностей детей с сахарным диабетом должно быть также основой создания системы психопрофилактики нарушений эмоционального развития и социальной недостаточности этих больных.

9. Коркина М.В., Иванов В.В. Психиатрические расстройства при соматических заболеваниях: Руковод. по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова.— М., 1998.— Т. 11.— С. 84–113.
10. Коркина М.В., Елфимова Е.В., Марилов В.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете // Журн. неврол. и психиатр.— 1997.— Т. 2, С.15–18.
11. Коркина М.В., Елфимова Е.В. Сахарный диабет и депрессия // Там же.— 2003.— Т. 12, № 103.— С. 66–70.
12. Biomedical and psychiatric risk factors for retinopathy among children with IDDM / M. Kovacs, P. Mukerij, A. Drash et al. // Diabet. Care.— 1995.— Vol. 15.— P.1592–1599.
13. Хойтович М.В., Большиова О.В., Проник Н.Б. Психосоматичні аспекти цукрового діабету I типу у дітей // Ендокринолог.— 2004.— Т. 9, № 1.— С. 16–20.
14. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстр. руковод.— М.: Владос-пресс.— 203.— 160 с.
15. Бук Дж. Дом, дерево, человек (ДДЧ) // Проективная психология.— М.— 2000.— 130 с.

Поступила 24.06.2004

### NEUROLOGICAL AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS. 3. PERSONALITY FEATURES AND THEIR ROLE IN FORMATION OF PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC DISORDERS

E.A. Mikhailova

#### S u m m a r y

Psychological aspects of forming psychosomatic and somatopsychic disorders in children with diabetes mellitus are described. The role of project technique “House-Tree-Man” in diagnosis of emotional disorders and organic symptom-complex in children with diabetes mellitus was shown. The importance of this examination for working out a system of psychoprevention of the progress of mental health disturbances, mental and social deadadaptation of the sick children is emphasized.