

ПСИХОФИЗИОЛОШКА ПРОЦЕНКА КАЈ ДЕЦА СО КОНВЕРЗИВНО РАСТРОЈСТВО

Зорчец Т. Поп - Јорданова Н.

Клиника за дејски болести, Медицински факултет, Скопје

Апстракт

Конверзивното растројство е психичка состојба која се презентира со мултипли, медицински необјасливи, главно невролошки симптоми и знаци, предизвикани од психолошки стрес. Конверзивното растројство почесто се јавува во пониските социоекономски слоеви и индивидуи кои се медицински необразовани. Во овој труд ќе прикажеме група од 15 деца, од двата пола, на средна возраст од 12.1 ± 2.75 со конверзивно (или хистерично) растројство. Психолошката евалуација се спроведе со интервју, Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), Beck Depression Inventory (BDI), Stroop Test и Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Кај мајките беше зададен Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Психофизиолошка проценка беше спроведена со квантитативно ЕЕГ (qEEG) и Event Related Potentials (ERPs). Резултатите укажуваат дека се работи за пациенти кои имаат силна потреба од привлекување на вниманието на околината, немаат депресивно расположение, немаат патолошки особености на qEEG, но постојат потешкотии во контролата на емоциите, самомониторирањето и процесуирањето на информациите, како и потешкотии во егзекутивното функционирање. Психотераписки интервенции и периферниот биофидбек, како и редовно следење на состојбата беа спроведени како би се разрешила клиничката слика и превенирал развој на анксиозно и депресивно растројство.

Клучни зборови: конверзивно растројство, деца, психофизиолошка евалуација

PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE CHILDREN WITH CONVERSION DISORDER

Abstract

Conversion disorder is a psychological condition where the patient is presenting a variety of medically unexplainable neurological symptoms and signs, caused by a psychological stress. Conversion disorder is more common in lower socioeconomic layers and medically naive persons. In this paper we will present a group of 15 children, from both genders, mean age: 12.1 ± 2.75 with a conversion (or hysterical) disorder. Psychological evaluation was done with interview, Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), Beck Depression Inventory (BDI), Stroop Test and Wisconsin Card Sorting Test (WCST). For the evaluation of the mothers we have used Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Psychophysiological evaluation was done with quantitative EEG and Event Related Potentials (ERPs). The results have shown that those patients are having a strong desire to attract attention on them selves, absence of depressive mood, no pathological EEG pattern, but difficulties in emotion control, self monitoring and information processing as

well as difficulties in the executive functioning. Psychological intervention and biofeedback modalities as well as close monitoring of the children were continuously practiced in order to resolve the clinical symptoms and prevent development of anxious and depressive states.

Key words: conversion disorder, children, psychophysiological assessment

Вовед

Во литературата, конверзивното растројство кај возрасните е добро проучено и разработено. За ова растројство постојат јасни дефиниции и дијагностички критериуми. Но, конверзивното растројство во детското доба, иако е добро познато на практичарите, поретко се сретнува во литературата. Конверзивното растројство, претходно познато под името хистерија, е познато со милениуми наназад. Изразот "конверзија" се базира на Фројдовите доктрини и означува конвертирање на анксиозноста во физички симптоми.

Конверзивното растројство се карактеризира со знаци за наводна дисфункција на сензорниот и моторниот систем, со присуство на невролошки и медицински симптоми, како и психолошки конфликти и психосоцијални стресори (Lazarus, 1981). Медицински необразованите индивидуи може да произведат конверзивни симптоми кои не одговараат на принципите на анатомијата и физиологијата. Симптомите може да бидат во форма на слабост или парализа на дел или целото тело, нарушен вид или слух, губиток на осет, нарушен говор или комплетно губење на говорот, психогени неепилептични напади, "заместена" дистонија, тремор, миоклонизми или други нарушувања на движењата, синкопи итн. (American Psychiatric Association, 2000)

Субјектите со конверзивно растројство не ги измислуваат симптомите, туку тие во нив навистина веруваат, базирано на доживувања кои ги искусиле. Но, симптомите во секој случај не се резултат на невролошка или соматска основа. Најчесто симптомите кај децата се јавуваат после мала повреда или болест. Преморбидно се работи за деца кои може да имаат опсесивни карактеристики во однесувањето и состојби на анксиозност или депресија. Психосоцијалните фактори како семејната дисхармонија и училиштен неуспех, исто така може да претставуваат тригер фактори.

Во детството, конверзивното растројство најчесто се јавува помеѓу 10-тата и 15-тата година и е два до шест пати почесто кај девојчињата отколку кај момчињата (Akagi, 2001). Детските психијатри и психолози пријавуваат преваленца од 1 до 3% од пациентите во нивната пракса (Goodyer, 1981; Gelder, 1996). Во Велика Британија, педијатриските институции реферираат преваленца и до 10% (Leary, 2003). На одделот за психофизиологија, при Клиниката за детски болести инциденцата се движи од 20 до 30% на сите амбулантски прегледани пациенти.

На овие пациенти се троши многу време, како и доста опсежни дијагностички процедури и поради тоа раното препознавање на растројството е од взаемна корист. Но, тоа не е секогаш лесно да се направи. Постапување на дијагнозата се базира на три елементи:

КОНВЕРЗИВНО РАСТРОЈСТВО КАЈ ДЕЦА

- исклучување на невролошко страдање преку клинички преглед и соодветни дијагностички процедури;
- исклучување на намерно, свесно глумење и
- идентификување на психолошките детерминанти.
За полесно доближување до дијагнозата потребно е најпрво да се спроведе добро структурирано интервју т. н. SAFE interview кое содржи неколку елементи: severity, affect, family, environment или на наш јазик преведено ЈАФО-јачина, афект, фамилија, околина каде
- severity или јачина, се однесува на тоа дали проблемот е акутен или хроничен;
- affect или афект, се однесува на начинот на кој детето и родителите го претставуваат проблемот;
- family или фамилија, се однесува на семејната атмосфера и интерперсоналните релации и
- environment или околина, се однесува на односите со врстниците и другите луѓе од околината, училишниот успех, слободните активности итн. (Поп-Јорданова, 1996).

Сето ова не е лесно да се спроведе и бара блиско опсервирање на пациентот, детално следење на неговата состојба и долги и отворени разговори со семејството. Лекувањето на конверзивното растројство вклучува медикаментозна терапија и примена на психотераписки третмани. Студиите укажуваат дека прогностички гледано од 85% до 97% од децата комплетно се ослободуваат од симптомите (Pehlivanurk et al., 2002; Turgay, 1990). Со рано препознавање и брза интервенција, симптомите се повлекуваат за неколку недели. Поволна прогноза имаат оние деца кои имаат скорашен почеток на симптомите, монсимптоматски манифестации и поволна преморбидна личност. Доколу симптомите траат долго време, симптомите се полисимптоматски и има присуство на високо ниво на анксиозност и знаци за клиничка депресија, прогнозата е многу понеповолна.

Испитаници и методи

Испитаници

Во оваа студија беа вклучени 15 деца со конверзивно растројство, на средна возраст од 12.1 ± 2.75 , од двата пола, кои беа третираны како амбулантски пациенти на одделот за психофизиологија, при Клиниката за детски болести.

Инклузиони критериуми за учество во студијата беа:

1. деца со дијагноза воспоставена според DSM-IV-TR;
2. деца на возраст од 7 до 14 години;
3. деца со просечни и надпросечни интелектуални капацитети ($IQ > 90$);
4. деца за чие учество во студијата е дадена согласност од страна на родителите или старателите.

Ексклузиони критериуми беа:

1. интелектуални капацитети под просечните ($IQ < 90$);
2. возраст под 7 и над 14 години;
3. деца со присуство на други развојни растројства, акутна или хронична медицинска болест;

4. деца за кои нема согласност од родителите за учество во студијата. Клиничката слика кај оваа група на испитаници со конверзивно растројство беше презентирана како синкопа (кај седум деца или 46,68%), тремор (кај пет деца или 33,33%), губиток на одредени сензации (кај две деца или 13,33%) и губиток на способноста за говорење (кај едно дете или 6,66%).

Методи

Психометричката евалуација кај групата пациенти беше спроведена преку:

-Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), за проценка на екстраверзија/интроверзија, психотицизам, невротичизам и искреност (Eysenck et al., 1975);

-Beck Depression Inventory (BDI) за проценка степенот на депресивност (Beck, 1996);

-Stroop Test за проценка на селективното внимание, когнитивната флексибилност, брзина на процесуирање на информациите и егзекутивните функции (Stroop, 1935);

-Wisconsin Card Sorting Test (WCST) за проценка на вниманието, визуелното процесуирање, работната меморија и егзекутивните функции (Belg, 1948).

Кај мајките беше даден Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) за проценка на профилот на личноста. Оваа самоописна скала е составена од 201 прашање и дава податок за хистерија, депресија, хипохондрија, психоделивантно поведение, параноја, психастенија, шизофренија и манија (Биро, 1981).

Психофизиолошката проценка беше спроведена преку:

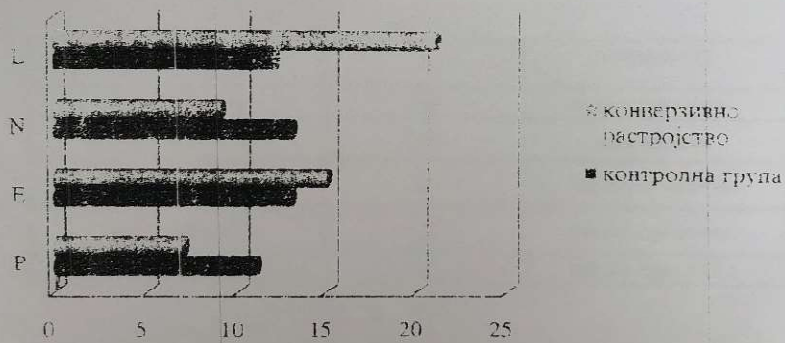
- квантитативно ЕЕГ (qEEG) и Event Related Potentials (ERPs) qEEG претставува збир на квантитативни методи создадени за да ги процесуираат ЕЕГ сигналите и вклучува спектрална и Wavelet анализа на ЕЕГ записот. Се снима во состојба на очи отворени и очи затворени. Соодветната капа со електроли се поставува според интернационалниот 10/20 систем, за да се постигне стандардно снимање со Mitar 21 ЕЕГ апаратурата. Снимањето се прави со референтна монтажа со поврзани ушни школки. Импенданцата на електродите треба да е под 5 Kohms.

ЕЕГ сигналите директно се водени до системот за квантитативна топографска анализа, каде се дигитализираат до стапка на или над 512 примероци во секунда. Податоците се филтрираат помеѓу 1 и 50Hz и се зачувуваат во меморијата на компјутерот за понатамошна анализа. ERPs се локални потенцијали или ЕЕГ снимање во тек на психолошки задачи (Кротов, 2009). Се користат за мерење на стадиумите на процесуирање на информациите. Тие се јавуваат по аплицирање на одреден стимулус или движење. Задачите кои се употребуваат за да се предизвикаат ERPs покриваат цела палета на сензорни, моторни и когнитивни функции. Тие вклучуваат различни видови на тестовна детекција и препознавање на сензорните модалитети, одложени тестовни одговори за мерење на работната меморија, GO/NOGO задачи за проценка на егзекутивните функции и многу други психички функции. Секоја задача е асоцирана со група на одредени психолошки операции како што се детекција и препознавање на стимулусот, обновување на работната меморија, иницирање и инхибиција на поведението, мониторирање на резултатите од акциите итн. ERP се разликуваат во латенцата и амплитудата. Во зависност од тоа, дефинирани се и различни ERPs компоненти. GO/NOGO задачата која се употребува во оваа студија е

составен од 400 стимулуси дизајнирани од Human Brain Institute-Сент Петербург, Русија. Стимулусите се составени од парови на слики, кои можат да бидат во форма на човек, животно или растение. Паровите се презентираат на секои три секунди, додека интервалот на јавување на двете слики во пар е 1, 1 секунда. Задача на испитаникот е да притисне соодветен тастер, најбрзо што може, кога ќе перцепира дека во парот се јавуваат две животни едно по друго, а да ја инхибира својата реакција кога се јавуваат сите други комбинации на слики. Времетраење на задачата е 20 минути.

Резултати

На EPQ скалата се добива висок скор на скалата за искреност (L), што укажува на неискреност во одговорите и прикажување на себе си во што поубаво светло, умерен скор на скалата за екстровеизија (E), додека на скалата за невротизам (N) и скалата за психотизам (P) се добиваат ниски скорови (Графикон 1, Табела 1).



Графикон 1 EPQ вредности кај пациентите со конверзивно растројство споредено со контролната група

Табела 1 *Студентов т-тест за ЕРQ вредносните помеѓу групата со конверзивно растројство и контролна група*

	P	t	E	t	N	t	I	t
Контр. група	11.8±6.2	p=0.76	13.2±5.7	p=0.02	13.8±5.3	p=0.6	12.6±4.6	r=0.0001
Конверз. Растр.	7.7±2.9		15.1±2.5		4		9.67±1.2	

Резултатите на BDI укажуваат на тоа дека кај оваа група на пациенти со конверзивно растројство нема знаци за присуство на клиничка депресија (BDI=3). WCST и Stroop Test-от укажуваат на потешкотии во егzekутивното функционирање (Табела 2 и 3).

Табела 2 *WCST вредносци*

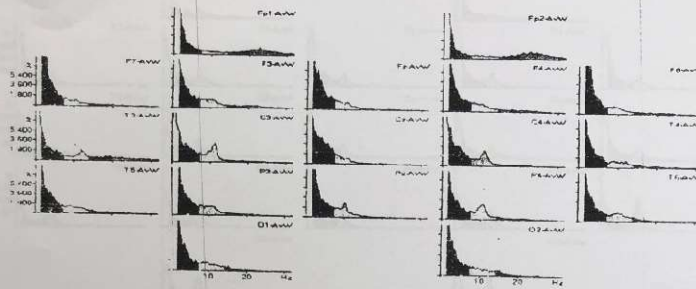
WCST категории	T	значајност
N категорици	46	ниско просечно
N персервацици 2	39	под просек
N грешки	48	ниско просечно
картици, тоциал	42	ниско просечно
M картици/категорици	46	ниско просечно

Табела 3 *Stroop Test вредносци*

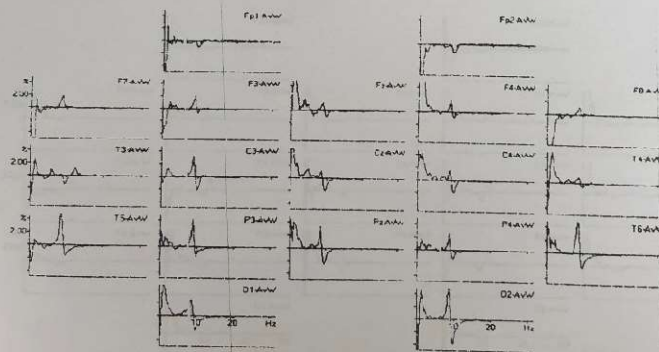
Stroop test категории	T	значајност
грешки (St) II	51	просечно
грешки III	29	многу ниско
грешки III и II	42	ниско просечно
St III - St II	20	многу ниско

КОНВЕРЗИВНО РАСТРОЈСТВО КАЈ ДЕЦА

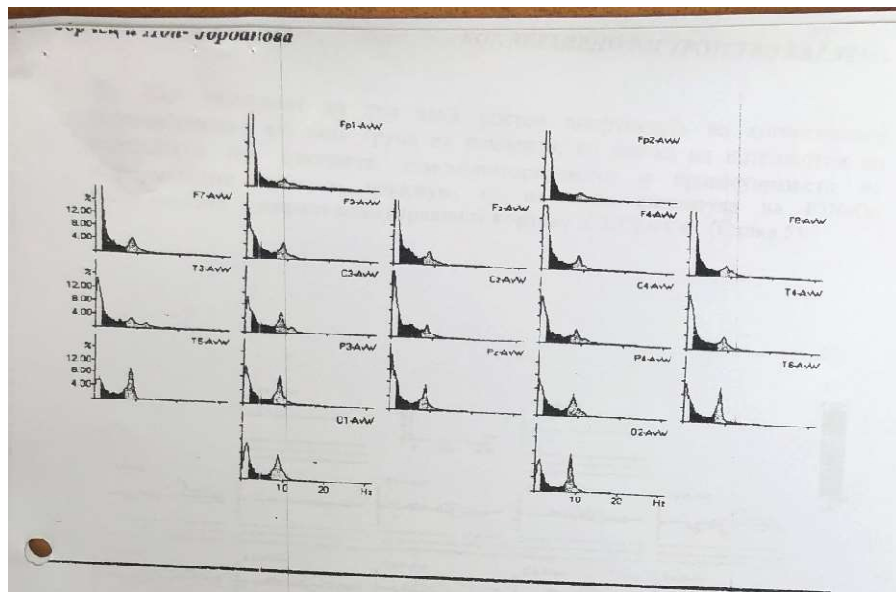
Анализата на qEEG во состојба на очи отворени и очи затворени не укажува на присуство на абнормалности во EEG записот (Слика 1-4).



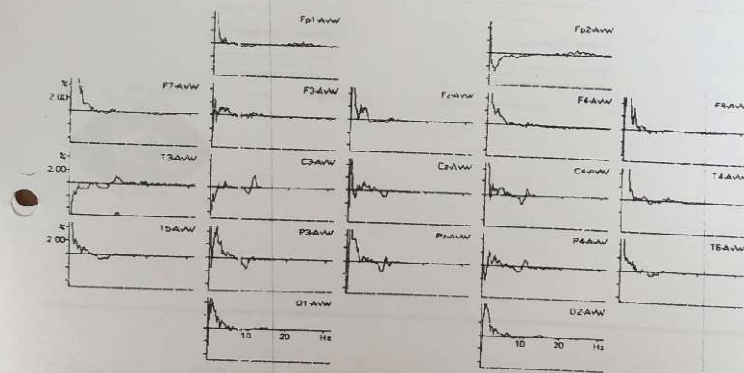
Слика 1 Спектрална анализа во состојба на очи отворени



Слика 2 Компарација со нормална база во состојба на очи отворени

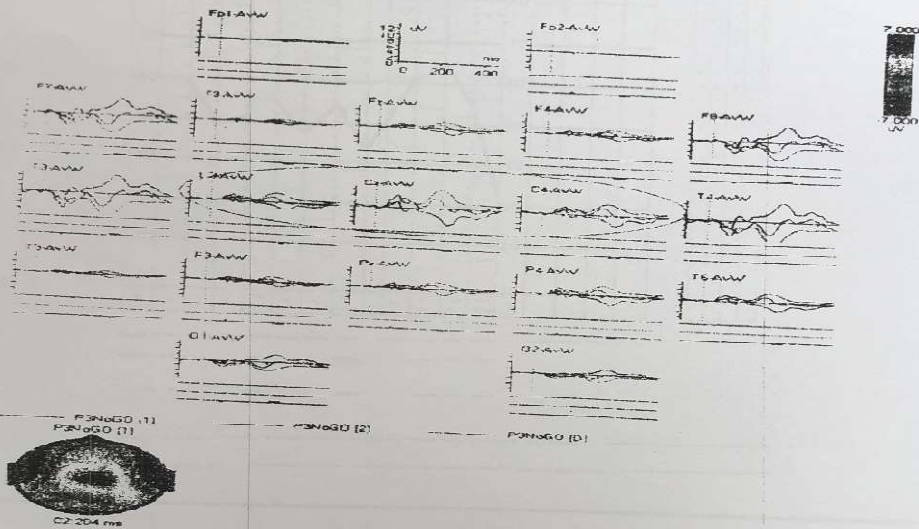


Слика 3 *Спектрална анализа во состојба на очи зашворени*



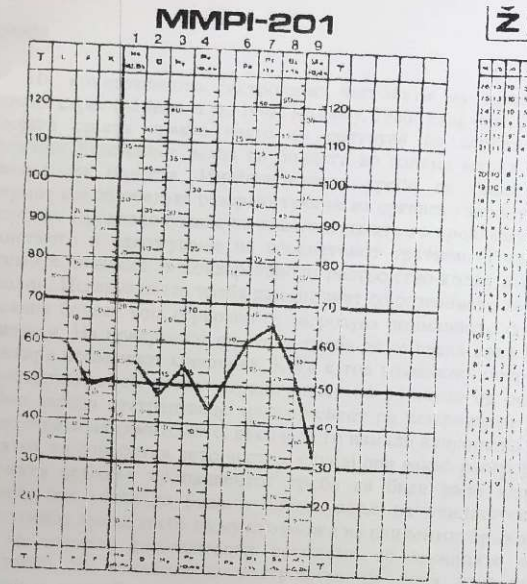
Слика 4 *Колпација со нормална базаза во состојба на очи зашворени*

Но, ERP укажуваат на тоа дека постои дисфункција во когнитивното функционирање кај оваа група на пациенти, во насока на потешкотии во контролата над емоциите, самомониторирањето и процесуирањето на информациите, што се покажува со намалена амплитуда на P3NoGo компонентата лоцирана во централниот кортекс (C3, Cz и C4) (Слика 5).



Слика 5 ERP вредности споредени со нормативна база

ММР1 профилот кај мајките на пациентите со конверзивно растројство не укажува на присуство на актуелна, манифестна патологија (Слика 6).



Слика 6 MMPI профил кај мајките

Третман

Терапевтскиот приод кај оваа група на пациенти опфаќа примена на когнитивно-бихевиорална терапија, медикаментозна терапија, биофидбек модалитети и континуирано следење на состојбата. Во нашата пракса, примената на периферниот биофидбек дава особено добри резултати за смалување на нивото на стрес кај деца со конверзивно растројство.

Дискусија

На конверзивното растројство честопати му претходи семеен или околински стрес (Al Jeshi et al., 1998; Maloney, 1980; Yang et al., 1996). Секој лекар во својата спшта пракса често се сретнува со случаи на конверзивно растројство. Успешниот исход на болеста во голема мѐрка зависи од раното откривање на болеста. Ивестиациите треба да бидат лимитирани на минимумот кој обезбедува разграничување на органско заболување од психичко растројство. Продлабочување на инвестиациите го проодложуваат траењето на растројството и одложување на соодветниот третман. Токму тука се водат најголемите дискусии за конверзивното растројство-колку и кои инвестиации се доволни. Иследувањата треба да започнат со сознанието дека младата особа има реална болест која сериозно го загрозува нормалното функционирање на индивидуата. На присутниот симптом треба да се гледа како на симбол кој го рефлектира несвесниот конфликт. Кога е тоа возможно, потребно е детето да се хоспитализира, со можна ограниченост на посетите од родителите. Ова е потребно заради отстранување на пациентот од конфликтот кој најверојатно водел до појава на симптомите, како и да го намали влијанието на родителскиот недостаток на соработка, што често е случај при вакво растројство. Исто така, примаријата дсбјнка на пациентот треба да биде рано идентификувана, а честопати тоа може да биде и одбегнување на училиштето. Поради тоа, терапевтскиот приод треба да му овозможи на пациентот брзо закрепнување, за да не се стврват дополнителни проблеми со врзниците и наставниците. Присуството на конверзивно растројство не бара исклучување само на медицински состојби туку и на други коморбидни психолошки растројства. Депресијата и дисоцијативните растројства исто така треба да бидат исклучени. Понатамошни иследувања се потребни за да се утврди инциденцата и преваленцата на ова растројство во детската возраст. Различните проценки за преваленцата на конверзивното растројство во детството (Abdur-Rahim et al., 1996; Goodyer, 1981; Robins and O'Neal, 1953; Troit et al., 1996) укажуваат на тоа дека дијагностичките процедури се невалидни и нерелијабилни. Голем број на децата со конверзивно растројство се недиагностицирани или погрешно дијагностицирани. Развојот на валидни и веродостојни дијагностички протоколи се неопходни, додека follow-up студии се потребни за да се утврдат ефикасни интервенции.

Заклучок

- Конверзивното растројство во детството е состојба која се карактеризира со присуство на медицински необјасниви, главно невролошки симптоми и знаци, кај дете кое доживеало психолошки стрес. Конверзијата е резултат на трансферирање на емоционален проблем во соматски (најчесто невролошки) симптоми.
- На одделот за психофизиологија, при Клиниката за детски болести инциденцата се движи од 10 до 20% на сите амбулантски прегледани пациенти.
- Во групата која е прикажана најчести манифестации се синкопа (46,68%), тремор (33,33%), губиток на одредени сензации (13,33%) и губиток на способноста за гозореење (6,66%).

- Психометриските тестови покажаа сигнификатни промени на скалата за искреност на EPQ прашалникот. Аплицираниот MMPI кај мајките не покажа присуство на манифестна патологија.
- qEEG-то е без патолошки особености, но ERP укажуваат дека постојат потешкотии во контролата на емоциите, самомониторирањето и процесуирањето на информациите, како и потешкотии во егzekутивното функционирање.
- Како најуспешни терапевтски интервенции за конверзивното растројство во детската возраст се покажаа когнитивно-бихевиоралната терапија, како и периферниот биофидбек.

Литература

1. Lazare A.: Conversion symptoms. N Engl J Med 1981;305:745-748
2. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: APA, 1994
3. Akagi H., House A. O.: The epidemiology of hysterical conversion. In P. Halligan, C. Bass, J. Marshall (Eds.) Hysterical Conversion: clinical and theoretical perspectives. 2001 (pp. 73-87). Oxford: Oxford University Press.
4. Goodyer I.: Hysterical conversion reactions in childhood. J Child Psychol Psychiatry 1981;22: 179-88
5. Gelder M., Gath D., Mayou R., Cowen P., eds. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1996: 353
6. Leary P. M.: Conversion disorder in childhood-diagnosed too late. investigated too much? J R Soc Med. 2003 September; 96 (9): 436-438
7. Поп-Јорданова Н.: Конверзија и соматизација во педијатријата, Педијатрија-годишна ревија 1996, (1): 60-67
8. Pehlivanurk B., Unal F.: Conversion disorder in children and adolescents. A four year follow up study. J Psychosom Res 2002;52:187-91
9. Turgay A.: Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. Can J Psychiatry 1990; 35:585-9
10. Eysenck H. J., Eysenck S. B.: Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton, 1975
11. Beck A T., Steer R. A., Brown G. K.: Manual for the Beck Depression Inventory-II". San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996
12. Stroop J. R.: Studies of interference in serial verbal reactions, Journal of Experimental Psychology, 1935; 18: 643-662
13. Berg E. A.: A simple objective technique for measuring flexibility in thinking J. Gen. Psychol. 1948, 39: 15-22
14. Biro M., Berger J.: Praktikum za primenu i interpretaciju MMPI, Savez drustava psihologa Srbije, 1981, Beograd
15. Kropotov Y.: Quantitative EEG, Event-Related Potentials and Neurotherapy, Elsevier Inc, 2009
16. Al Jeshi A., Saleh F., Al Shawaf N.: Unusual presentation of a child with conversion disorder. Can J Psychiatry 1998;43(1):83
17. Maloney M. J.: Diagnosing hysterical conversion reactions in children. J Pediatr 1980;97:1016-1020
18. Yang H., Lee C., Lin H., Chang K.: Conversion disorders in childhood and adolescence: a psychiatric consultation study in a general hospital.

- Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi (Acta Paediatrica Sinica) 1996;37:405-409
19. Abdur-Rahim A., Al-Hamad R., Chaleby K., Al-Subaie A.: A survey of a child psychiatry clinic in a teaching hospital in Saudi Arabia - clinical profile and crosscultural comparison. Saudi Medical Journal 1996;17:36-41
 20. Goodyer I.: Hysterical conversion reactions in childhood. J Child Psychol Psychiatry 1981;22:179-188
 21. Robins E., O'Neal P.: Clinical features of hysteria in children, with a note on prognosis. A two to seventeen year follow-up study of 41 patients. The Nervous Child 1953;10:246-271
 22. Trött E., Fricse J., Wirth S., Nissen G.: Somatoform and conversion disorders in children and adolescents and their treatment. Monatsschrift Kinderheilkunde 1996;144:544-551