

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНИЙ СУПРОВІД ДИСФОРІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ШКОЛЯРІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Актуальність роботи обумовлена тим, що нервово-психічне захворювання епілепсія залишається одним з найбільш поширених дитячих діагнозів. За статистичними даними світової статистики її фіксують у більш ніж 1% дитячого населення у віці від 0 до 16 років. Найбільш широко епілепсія представлена у дітей західних країн, але це також може бути пов'язано із низьким рівнем дослідження хвороби, скажімо південними країнами. Як відомо, всесвітні дослідження надають науковцям та практикам інформацію з відносно великою різницею показників щодо поширеності означеної проблеми в різноманітних культурних і соціальних умовах.

Нині, досягнення в медикаментозному лікуванні, психологічному супроводі епілепсії збільшують кількість хворих дітей без серйозних інтелектуальних, особистісних (афективних, поведінкових, саморегуляційних та ін.) порушень. Однак сам факт хвороби, переживання дитини з цього приводу відображаються на актуальному розвитку, самооцінці, самоприйнятті та формуванні «Я-концепції». Проблема психологічного супроводу таких дітей пов'язана з феноменологією порушень афективних станів дітей, їх настрою та поведінки. Відмітимо, що багато науковців й нині стверджують, що за умов наявності епілепсії, стани агресивності, депресії у дітей досить часто не відповідають стандартизованим критеріям психічних порушень.

Від так, актуальним буде дослідження афективних станів школярів з епілепсією, особливості їх поведінкових реакцій та психологічний супровід таких дітей.

Мета: вивчення стану сформованості загального рівня емоційної сфери школярів з епілепсією та особливостей їх психологічного супроводу.

Основні результати. У першій половині ХХ ст. порушення афективної сфери у дітей та дорослих з епілепсією описав основоположник нозологічного підходу в психіатрії Е. Крепелін. Подібні стани отримали назву станів пригніченого настрою, тобто те, що нині називають «депресією». В цей період наукових досліджень лікарі вважали дисфорії найбільш частим розладом афективної сфери у хворих на епілепсію незалежно від вікового критерію [7].

Незважаючи на такі твердження, відмітимо, що симптоми дисфорії можуть виникати до та після нападів. Такі стани не мають зв'язку з епілептичними нападами. Коли школяр прокидається після нападу вранці вже з дисфоричним настроєм, або не характерним для нього афективним станом – це не є наслідком епілептичного нападу напередодні. На думку Е. Крепеліна, безпосередньо порушенням афективної сфери, наприклад, агресивним станом притаманно «перекривати» такі позитивні риси особистості з епілепсією, як «скромність, нерішучість, дружелюбність, готовність завжди прийти на допомогу, відповідальність, добропорядність, чесність та ін.» [7]. Достатньо тяжкими формами дисфоричних прикладів послідовники вченого називали епілептичні маятникові та галюцинаторні епізоди. Вони відбуваються за умов повної свідомості й тривають переважно декілька днів, рідше, декілька тижнів чи місяців [7]. У середині ХХ ст. Е. Блейлер описав сутнісно подібний епілептичний дисфоричний розлад [6]. Нині цей стан ще й досі є предметом активних дискусій у фаховій психологічній та медичній літературі.

Основними ознаками дисфоричних є виразна роздратованість. Вони можуть поєднуватися із люттю або ні. За таких станів доволі часто виявляють симптоми тривоги, провини, неврозів, депресії, а також скарги на головний біль, тривожність, безсоння. Такі стани виникають, як правило, при незатьмареній свідомості, початок і закінчення досить раптові, тривалість характеризується декількома годинами (максимальна тривалість до двох днів) [6, 7, 8].

Зазначимо, що опис подібних симптомів зустрічається у багатьох авторів, які займають проблемою афективних станів за умов епілепсії. Вони характеризують ці стани подібним чином: «діти без будь-яких зовнішніх причин стають сумними і похмурими, дуже сумують і ставляться з великим роздратуванням до тих, хто порч, усвідомлюють із глибоким горем, що вони не такі, як раніше. У цьому вони можуть звинувачувати друзів. Часто у розмові з психологами характеризують свій стан, як відчай, втрату сенсу життя тощо...» [8].

Проблематика афекту та епілепсії неодноразово була приводом для активних обговорень і вивчення. Наприклад, Р. Акбар та М. Томас, досліджуючи особливості дитячої та дорослої епілепсії зазначали, що у дітей, зокрема у підлітків, часто можна спостерігати класичні симптоми депресії. Наприклад: почуття провини, відсутність бажань, негативні настрої, апатія тощо [3].

Наприкінці ХХ ст. – на початку ХХІ ст. Д. Блумер описав концепцію дисфоричного розладу [8]. Вчений вважав, що це специфічний афективний розлад, який виникає переважно у пацієнтів із фармакорезистентною епілепсією, особливо при локалізації епілептичного вогнища у скроневій частці. Так, було виокремлено вісім ключових симптомів, розділених на три великі групи: симптоми депресії (депресивний настрій, анергія, біль, інсомнія); лабільні афективні симптоми (тривога, страх); специфічні симптоми (дратівливість, ейфорія) [8]. Крім того, за концепцією Е. Крепеліна, вчений Д. Блумер охарактеризував епілепсію як афективний синдром, що може містити розлади настрою з транзиторними або навіть пролонгованими психотичними включеннями [8]. Д. Блумер запропонував термін «дисфорія» для більш точного перекладу з німецької оригінального визначення Е. Крепеліна та акцентував на періодичності змін настрою особистості з епілепсією і наявності дратівливості, спалахів агресивної поведінки, як ключових симптомів порушень афективної сфери.

Дані про поширеність та різноманітність афективних порушень серед школярів з епілепсією дуже різноманітні. Скринінг із використанням шкали IDDI (Interictal Dysphoric Disorder Inventory), наприклад, дає змогу ідентифікувати 19% школярів з епілепсією як таких, що мають проблеми з афектами та поведінкові розлади. Дві третини з них складають дівчата. Результати досліджень вказують також, що захворювання на епілепсію впливає на самооцінку, соціальні, інтелектуальні та фізичні можливості. Наявність хвороби ускладнює позитивне самоприйняття і впливає на різні аспекти образу «Я», як ми зазначали вище. Хвороба є постійним психотравмуючим фактором для дітей, особливо для школярів у підлітковому віці та активно впливає на формування, розвиток самосвідомості.

Основним завданням психологів є мінімізація негативного впливу захворювання на формування «Я», «Я-концепції» і опосередковано на поведінку школяра, його емоційну сферу, успішність навчання, соціалізацію та соціальну адаптацію.

Форми психологічної допомоги можуть бути різними. Це превентивні заходи (просвітницькі), консультування педагогів про психологічні особливості та специфіку школярів з епілепсією. Коротко окреслимо основні напрями. Їх є три: робота та допомога дитині, супровід батьків та просвітницько-консультативні заходи з освітянами.

Педагоги, позбувшись від міфів про епілепсію, зможуть здійснювати психологічну підтримку школярів, сприймаючи їх такими, які вони є, сприяючи розвитку позитивного самоприйняття і адекватної самооцінки.

Іншим напрямом є консультування батьків. Сприяти усвідомленню батьками того, що їх тривоги, особливості реакції на хворобу дітей досить подібні у різних сімей з різних регіонів і характеризуються одним й тим самим стилем сімейного виховання: всездозволеність, гіперопіка та не сприяють формуванню у школярів впевненості у власних силах, самостійності.

Третім напрямом є різні форми психологічного супроводу дітей. При цьому необхідний індивідуальний підхід у виборі для дитини з епілепсією методів, психологічних напрямів психологічного супроводу. Можлива індивідуальна робота психолога з використанням домашніх завдань, веденням щоденника з метою формування більш коректного самосприйняття. За відсутності протипоказань бажано використання групових форм роботи з такими школярами.

Відмітимо, що когнітивно-поведінкова терапія має високий рівень «доказової бази», є експериментально валідною, щодо ефективності психологічного супроводу дітей з епілепсією та може бути успішно використана у роботі зі школярами. Підходи когнітивно-поведінкової терапії у допомозі під час депресії нині широко відомі, добре описані в літературі та активно використовуються психологами-практиками [1, 4]. Серед часто використовуваних технік когнітивно-поведінкової терапії можна зазначити:

- когнітивна реструктуризація (зміна помилкових припущень і дисфункціональних думок про неприємні ситуації та передбачувані загрози). Дитині пропонують перевірити обґрунтованість припущень і думок у контексті всіх доступних доказів, які вона може навести;

- тренування релаксації (наприклад, глибоке дихання, а також тренування вміння розслаблення м'язів, що охоплює напруження та розслаблення різних груп м'язів, наприклад за умов, коли дитина згадує/відчуває гнів, неспокій, розгубленість, роздратування та ін.);

- навчання навичок подолання ситуації (зокрема, рольові ігри в потенційно провокаційних ситуаціях і репетиція відповідей);

- профілактика рецидивів (інформування дітей, про те, що існують різні афективно-поведінкові реакції, які супроводжують напади епілепсії, що це є звичним явищем для хвороби тощо).

Найкраще згадані методики підходять для старших школярів та високомотивованих дітей, які прагнуть розв'язання певних проблем, які вже помітили, які заважають будувати стосунки з однокласниками, друзями та ін. І навпаки, означені методи, протипоказані та не підходять тим школярам, які не можуть засвоїти конкретні вправи, яких їх навчає психолог (наприклад, дітям з порушеннями інтелектуального розвитку) [4].

Проводити означені методики можливо як у груповому, так і в індивідуальному форматі. Зазвичай для дітей достатнім є від 10 до 22 сеансів психологічної терапії, але деякі випадки можуть передбачати й більший курс зустрічей (все досить індивідуально). Одна зустріч триває годину. Навички, які окреслює на зустрічі психолог з дитиною важливо підкріплювати між зустрічами, тобто вдома з батьками.

Підсумовуючи, відмітимо, Л. Воронюк зазначає, що криза самоідентифікації в шкільному, особливо в підлітковому віці небезпечна тим, що особистість дезорієнтується, перебуваючи в мозаїчному та різновекторному стані, що зумовлено хворобою. Втрачає «себе», неадекватно сприймає навколишню соціальну, культурну, моральну, етнічну дійсність [2].

Сучасна тенденція у роботі з дітьми епілепсією – це тенденція до інтеграції різноманітних технік, психологічної допомоги не лише дитині/підлітку, а взаємодія та психологічний супровід батьків, найближчого оточення. На цьому зосереджували свої дослідження Ш. Айберг (батьківсько-дитяча терапія), Г. Гуернія (сімейна ігрова терапія), Г. Річардсон (сімейно-родинна підтримка та супровід) та багато інших.

На сучасному етапі розвитку психології існує широкий спектр психологічних технологій із надання психологічної допомоги, формування психологічного супроводу, корекції та розвитку особистості школяра з епілепсією. У кожному психотерапевтичному підході, природно, існують певні спеціальні цілі. Тим не менше, в процесі розроблення психологічного супроводу наголошуємо на комплексності та мультимодальності використання психологічних технік. Р. Бернс зазначала, що «...дитяча та підліткова психотерапія завжди в тій чи іншій мірі інтегративна, в ній більше перетинів і запозичень методів і технік, ніж в психотерапії дорослих». Оскільки, як відмічають Н. Калина,

М. Раттер, головною метою психологічної допомоги (дитячої чи дорослої) є допомога особистості здобути самостійність, автономність і незалежність, несуперечливість та цілісність, впевненість у собі, віру в близьких осіб і довіру до себе [4, 5]. Психологічний супровід, незважаючи на звужену проблематику, що надається особам з епілепсією, має бути адресований всій особистості, всім сферам її функціонування й напрямам життєдіяльності, а не окремим проблемам.

Висновки та перспективи. Відтак у психокорекційній і психотерапевтичній роботі, що становитимуть психологічний супровід і допомогу школярам з епілепсією значну роль відіграє саме комбінаторність інноваційно-корекційних технік, як-то поєднання музичної терапії з біхевіоральними методами терапевтичного впливу; кінотерапії як гуманістичного методу з когнітивними техніками; артотерапії з тілесно-руховою й ігровою терапією; казкотерапії з техніками психодинамічного підходу в терапії та інших. Провідною технікою, яка використовується і є початковою, як зазначалось вище є методики когнітивно-поведінкової терапії. Вплив означених методик має на меті концентрацію на особистості, створення, забезпечення таких умов для дитини, щоб вона могла навчитися певним новим діям, реакціям та, в подальшому, змінити поведінку. Забезпечення нових умов для такого навчання – це створення й нових стимулів, якими школяр оволодіває в процесі контрольованих психологом тренінгів. Дитини з епілепсією, в такому випадку є, з одного боку, пластичною фігурою, яку ліплять і формують, а з іншого, творцем, художником, який сам створює своє майбутнє. Психолог виступає як наставник, порадник, вчитель, який або є моделлю для наслідування (для школяра), або створює, дає зразки відомих людей для наслідування (можливо, осіб з близького оточення дитини тощо).

Основними техніками психолога в цьому напрямі є переконаність, твердження, що певні поведінкові дії, реакції є результатами та наслідками впливу самого школяра. Техніки досить зручні для консультацій з батьками, оскільки можна продемонструвати, що дезадаптивна поведінка дитини є результатом неправильного підходу до хвороби.

Підкреслимо, що головною метою означеного психологічного напрямку є допомога школяру стати емоційно стабільним, витривалим, стійким в екстремальних ситуаціях, реагувати не за допомогою перших рефлексивних реакцій, а використовуючи особистісні регуляційні механізми.

Таким чином, публікація демонструє необхідність психологічного супроводу навчання дітей з епілепсією з метою підвищення самооцінки, формування «Я», «Я-концепції», задоволеності собою, покращення особистісної адаптації у групах однолітків і успішної соціалізації.

Список використаних джерел:

1. Блейхер В. Клиническая психология. Ташкент : Медицина, 1976. 326 с.
2. Бобренко І. Феномен аномальної особистості. Київ: Крок, 1991. 200 с.
3. Воронюк Л. Дисфункції структури особистості дітей та підлітків з епілепсією. Дніпропетровськ: Гресь, 2014. 262 с.
4. Калина Н. Особливості психокорекції та психотерапії дітей з діагнозом епілепсії. Київ: Освіта, 2012. 291 с.
5. Раттер М. Игровая терапия. Харьков: АпПресс, 2010. 480 с.
6. Bleuler E. Lehrbuch Der Psychiatrie. 8th ed. Berlin: Springer-Verlag, 1949. 120 s.
7. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig: Barth, 1923. 154 s.
8. Blumer D. Dysphoric Disorders and Paroxysmal Affects: Recognition and Treatment of Epilepsy-Related Psychiatric Disorders. Harvard Review of Psychiatry. 2000. Vol. 8, № 1. P. 8-17. <https://doi.org/10.1093/hrp/8.1.8>.