

70 години Русенски университет „Ангел Кънчев”
70 Years “Angel Kanchev” University of Ruse

ХИСТЕРИЯТА В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

Силвия Крушкова

Русенски университет „Ангел Кънчев“

Резюме. Статията е фокусирана към едно от най-честите невротични разстройства, а именно хистеричното разстройство, и то в детска и юношеска възраст. В началото се представя спецификата на самото невротично разстройство, неговите симптоми в общ план, като постепенно се преминава към симптомите, които имат значение за възрастовата специфика, а именно характеристиките на хистерията в детството и юношеството. Отделено е място и за преобладаващите форми на хистерични поведенчески реакции при децата и тийнейджърите. Представеното възрастово разграничение помага за уточняване в диагностичен план, както и предприемането на специфични поведенчески терапевтични включвания и техники. В изводите се акцентира върху важността на ранното диагностициране и терапевтично третиране на това невротично разстройство, което би повлияло нормалното психологично, емоционално и поведенческо функциониране на децата и юношите.

Keywords: neurotic disorder, children, hysteria, symptoms, hysterical reaction, therapy

Невротичните разстройства (в частност хистерията) заемат особено място в системата на психологичните разстройства. Като факти, те са известни още от древността, а като дефинирано понятие – повече от две столетия. В двувековния си „научен“ живот това понятие е непрекъснато уточнявано, разширявано, усъвършенствано до наши дни. Тази нестабилност на понятието налага вземане на отношение към проблема за дефинирането и обосноваването с основните съществуващи концепции. Това е особено необходимо за детско-юношеската възраст, където явленията, техните корени и развитие носят неповторима за всеки възрастов преход специфика. Както в много други области, така и тук спецификата се определя в процеса на сравнителния анализ с патологията на зрелия човек, която заема функцията на отправна точка.

Исторически хистерията е най-старата невроза. И макар от прозренията на Хипократ да са минали повече от две хилядолетия, тя остава в нозологичната система на човека и все още заема много важно място.

Спецификата, калейдоскопичността на това невротично разстройство са привличали постоянно вниманието на изследователите. В една от първите си

работи Н. Шипковенски, разисквайки същността на хистерията, механизмите на бягството в болестта, стига до убеждението, че хистерията е „едно болестно усилване на трайно фиксиране на нормалпсихологичната реактивност на екстравертната активност към афективни разтърсвания на основните нагони на човешката природа спрямо мними или истински опасения за висшите жизнени стойности“ (Йончев, 1969). Предложенията на Т. Horvath, J. Friedman R. и Meares (1980), които са в основата на Р. Janet за основното разстройство на вниманието, намират, че „селективното невнимание е дефицитно при хистеричните индивиди“ (Христозов, 1980).

Хистерията е най-богатата и разнообразна на симптоми невроза, която си е заслужила прозвището „великата симулаторка“ поради способността си да наподобява други заболявания. При нея ролята на личностовия фон, т. нар. личностова конституция, е по-подчертана, а сред психогенните въздействия по-голямо участие имат острите психотравми. Изтъква се и ролята на неправилното възпитание – създаване на влюбеност в себе си, удовлетворяване на всички капризи и др.

Най-демонстративен от симптомите на хистерията е хистеричният гърчов припадък (Йончев, 1969). Той се развива непосредствено след някаква остра психична травма, протича без загуба на съзнание и се проявява в редица непроизволни движения, които изразяват едно или друго преживяване: субектът може да се смее неистово и смехът да премине в сълзи и ридания; субектът може да падне (това падане прилича повече на хвърляне на пода) и да започне да прегъва цялото си тяло, да къса дрехите си, да се търкаля по пода или на улицата, да стене, да крещи. Падайки по време на припадъка, субектът не се удря, тъй като съзнанието му не е помрачено. Нерядко по време на припадъка цялото тяло се извива под формата на дъга, като главата и петите са подпрени на пода, а туловището е издигнато нагоре („мост“, „хистерична дъга“). Посиняване на лицето, както при епилептичния припадък, не настъпва. Контактът с обкръжаващите хора по време на припадъка не се загубва, затова чрез силно словесно внушение припадъкът може да се прекрати. Зениците по време на припадъка запазват реакцията си на светлина. Няма нито прехапване на езика, нито непроизволно изпускане по малка нужда, както е при епилептичния припадък. Няма и продължителен сън след припадъка (Ачкова, Дашинова, 1983).

Хистеричните припадъци не се явяват по време на сън. Припадъкът не се предхожда от аура, както е често при епилепсията. Това са основните диференциални критерии за разграничаване на епилептичния от хистеричния припадък – въпрос с голямо практическо значение за клиничната практика.

Нерядко при хистерия се наблюдават т. нар. хистерични хиперкинезии – това са движения, наподобяващи треперене, извиване, въртене на крайниците или тялото. Често има големи, с размах движения. Понякога те се усилват при стоене и при ходене. Развиват се обикновено внезапно – при някакво остро и тежко преживяване, и внезапно могат да изчезнат.

При хистерията се срещат нерядко и твърде упорити контрактури. От тях най-чести са т.нар. хистеричен тортиколис и хистеричен блефароспазм, повод за който може да бъде някакъв местен процес с дразнещо действие. Има и местни контрактури на крайниците, които фиксират ръцете и краката в някаква странна поза. Ако такава контрактура трае дълго време, тя може да фиксира крайника в определено положение с атрофия на мускулите и стягане на сухожилията.

Важен симптом на хистерията са т. нар. хистерични парализи (Ачкова, Дашинова, 1983). Това са такива загуби на движенията на отделни крайници или части от тях, които имат функционален характер, т.е. не са причинени от органично поражение на нервни центрове или проводници и са обратими. Те се развиват обикновено под влияние на тежки психични преживявания. Характерно е, че субектите с хистерия не правят никакви усилия да преодолеят парализите, а дори, напротив, с охота ги демонстрират, а при опит за раздвижване на „парализираните“ крайници дори се съпротивляват. Често при тях се нарушава и походката – в едни случаи те влачат краката си едва-едва, а в други изобщо не могат да ходят, въпреки че в легнало положение движат свободно краката си и при това с достатъчно сила. Хистеричните парализи могат да обхванат половината тяло, един крайник – крак или ръка, отделни мускули.

Наблюдават се и смущения на сетивността. Обикновено части от крайниците стават хипо- или астенични, и то под формата на ръкавица, ботуш, обувка или изобщо в разпределение, неотговарящо на инервационните зони.

Може да има и други сетивни разстройства: хистерична глухота, глухонемията, слепота. Много своеобразна форма на хистерично смущение на речта е т. нар. мутизъм. При нето субектът с хистерия не прави усилие да превъзмогне пълната си немота, да произнесе какъвто и да е звук. В същото време той запазва напълно способността си да пише и при съответно внушение или въздействие може изведнъж да преодолее мутизма си. При други случаи има хистерична афония. Нейната характеристика и динамика са напълно подобни на тези при мутизма, т.е. тя е функционална.

В епохата на J. Charcot хистерията е била една театрална гледка, но понастоящем тя е предизвикателство за клиничната практика, тъй като от гледна точка на симптоматиката ѝ и нейните прояви тя продължава да се развива. Изследователите и практиците съобщават, че класическият хистеричен припадък се наблюдава рядко, той може да бъде в неразгърната форма (Кокошкаророва, 1985). Наблюденията показват, че такива припадъци се срещат още при някои изостанали популации, при достатъчно нисък интелектуален квотиент и културен анахронизъм. В нашия век пароксизмалните смущения регресират, за да отстъпят място на неврологични прояви от типа на парализи и парестезии. Смята се, че за сметка на хистерията се увеличават психосоматичните състояния, като че ли става прогресивно навлизане на симптомите във вътрешността на тялото (Кокошкаророва, 1985). Общо е убеждението, че

понастоящем хистерията намира най-вече начин да се изрази на равнището на вегетативните функции. Макар жените да запазват доминиращото си положение, има тенденция за изравняване на половете и при това невротично разстройство.

Как това невротично разстройство – хистерията, се изразява в детска възраст, е интересувало българските психиатри и изследователи още в 30-те и 40-те години на XX век, като Н. Шипковенски, а Е. Сканали още през 1934 г. настоява върху такива моменти като: детска незрялост на психиката, психогенен механизъм, бягство в болестта, ясност на генетичните връзки, значение на профилактичната работа.

В средата на XX век М. Greak търси значението на възможната соматична основа, която несъзнателно може да блокира едно неприемливо предложение, както и един емоционален конфликт. Превъзможвайки подобни тенденции, В.И. Гарбузов приема за основа на хистеричното реагиране: неправилно възпитание, „отхвърлящо“ възпитание, „неприемане“ на детето, „хиперсоциализиращо“ възпитание, „егоцентрично“ възпитание. За него клиничната картина на невротичното разстройство е била свързана с най-значимата за родителя фабула: при тревожно отношение към храненето – „нервно повръщане“; при такова отношение към здравето – продължителни (седмици, месеци) повишения на температурата, демонстративно – драматична симптоматика (астеничен синдром, невродермити, кардионевротични прояви, тикове, изкубвания на миглите, веждите и космите на главата); в случаите на тревога за положението на нещата в училище – елективен мутизъм, заекване, „припадъци“, двигателни хистерични припадъци.

Клиничната практика показва недвусмислено, че това най-разнообразно в проявите си невротично разстройство – хистерията, не е пощадило и най-ранната детска възраст. Преобладаващи форми на хистерични реакции у децата са:

1. Явления на отпадане на двигателни и сетивни функции. Чести симптоми у децата са: астазия-абазия, парези на крайниците, афония, мутизъм, „слепота“.

2. Двигателни разстройства под формата на хиперкинезии – тикове, хореи-формени движения, гърчови потрепвания, блефароспазъм.

3. Разстройства на функциите на вътрешните органи: повръщане, нарушения на гълтането, задръжка на урината, нарушение на дишането, кашлица; тези нарушения са особено чести в ранната възраст.

4. Разстройства на сетивността – у децата се наблюдава често хиперестезия, по-рядко хипостезия.

5. Реакции с променено съзнание под формата на помрачение, просънници и сумрачни състояния с афективни разряди или пуерилно поведение.

Хистеричните припадъци у децата се различават от тези при възрастните по това, че не протичат с такава последователност и че липсват описаните от Charcot „фази“ (Ачкова, Дашинова, 1983). Поради облекченото възникване у

децата на двигателни разстройства хистеричните припадъци са нерядко масивни, понякога по проявите си са близки до епилептоформени реакции. Припадъците се копират сравнително лесно, изявиени са с изобилие на изразни движения и траят продължително, без последващ сън и оглушеност.

Важни механизми във възникването на хистеричните реакции са внушаемостта и подражателността на децата. Хистеричните реакции възникват по-често у деца, които са по една или друга причина физически слаби или със закъсняващо психично развитие. Физическата неиздръжливост се проявява нерядко още в най-ранна възраст, както и соматичните и вегетативните разстройства. В психичната структура тези деца показват особености, които, макар да се касае за детска възраст, могат да се назоват „инфантилизъм“, което означава изоставане от действителната възраст. Такива деца се отличават с преобладаване на емоционалния живот, на повишена внушаемост, лабилност, неустойчивост на реакциите, голяма впечатлителност, излишна двигателна подвижност, склонност към фантастика, егоцентризъм. Нерядко такова развитие може да бъде свързано с неправилно възпитание или разстроени модели и интеракции в семейството.

Известно е, че в основата на всяка психогенна реакция лежи тежко преживяване, нараняващо особено дадената личност. В хистеричната реакция това преживяване има известна специфичност: хистеричната реакция отразява нарушените взаимоотношения на детето със средата, произтичащи от неговата социална незрялост, инфантилно-егоцентричните нагласи и слабостта на целевата насоченост. При децата се наблюдава нерядко вътрешен конфликт, произтичащ от сблъсъка на интересите на личността с изискванията на средата. Такива деца се психотравмират от положението си в малкото семейно или училищно общество. Те се стремят там да заемат първо или видно място и болезнено преживяват загубата. А има и случаи, когато детето се психотравмира от това, че не може да напредва в училище и да застане наравно със съучениците си. Отрицателните влияния в семейната среда, неправилното поведение на родителите, грешните модели във възпитанието също могат да способстват за развитието на хистерични реакции, за заостряне на егоцентричните тенденции.

В поведението на децата с хистерия се наблюдават повишена емоционална възбудимост, бърза и неочаквана смяна на настроението, повишена внушаемост, рязко изразени симпатии и антипатии, съсредоточаване върху собствените преживявания, склонност към преувеличено фантазиране и измислици, склонност да се търси вниманието на заобикалящите. Резкият контраст между доброто соматично състояние и тези психологични разстройства (най-често функционални), внезапно и бързо изчезване на тези явления създават понякога у възрастните впечатление, че детето се преструва (Ачкова, Дашинова, 1983).

При това положение дори незначителни изменения в състоянието на вътрешните органи (препълнен стомах, незначително сърцебиене, мускулна умора и др.)

предизвикват изменения в психиката, настроението, поведението на детето, което, от своя страна, може да влоши неговото физическо състояние.

Заслужава внимание наблюдаваната при хистерия склонност към фантазиране и лъжи. Тази склонност трябва да се различава от срещашите се понякога лъжи у децата с незасегната нервна система. Такива „нормални“ лъжи могат да се обяснят било със самозащитна реакция на детето, било с неговото положение на най-слаб член на семейството, било като проява на богатото развитие на детската фантазия – тогава децата сами вярват в това, което са измислили, а известно е, че много детски игри са невъзможни без измислици и фантазии.

За пълнотата на вижданията върху детско-юношеската хистерия е целесъобразно да се приведат и схващания, различаващи се от досега представените. Така в систематизацията на психоанализата съществуват две хистерични форми: конверзионна и страхова (Ачкова, Дашинова, 1983). Втората съответства на това, което ние разбираме като фобии. Конверзионната хистерия се разглежда първоначално от Freud като причинена от мъчителни събития, които поради голямата сила на афективното си напрежение излизат от границите на съзнанието и остават действени в несъзнаваното. Специфичният за хистерията характер на раннодетската травма се състои в преждевременно събудената сексуалност поради пасивно изживяна генитална възбуда. Патогенезата на хистерията се изгражда от два основни механизма: изтласкването и конверзията. Енергията на изтласкания афект преминава през телесните инервации към определени органи, превръщайки функциите им в болестни симптоми. Предпочитаният от конверзионната хистерия тип е незрелият, генитален характер.

За P. Adams (1979) съществуват две форми на хистерия: конверзионна и дисоциативна. При конверзионната форма децата показват пет вида прояви със забележителна точност.

1. Един омагьосан възглед за света. Те притежават по-примитивни, или митични, или инфантилни перспективи от нормалните си връстници. По социални традиции детската конверзионна хистерия днес е обикновено неурбанизирана.

2. Изключителен израз на емоциите. Тези деца са драматични като актьори и показват изключителен егоцентризъм. Емоционалният им репертоар е не толкова по същество, колкото по багри.

3. Нарастваща внушаемост и идентификация. Те често възприемат симптомите на близки и съученици и се привързват „робски“ към наставника.

4. Нарушени сензомоторни функции. Симптомите се движат от глухота и слепота до хореи и парализи. Парадоксално спрямо своите конверзионни симптоми, те проявяват липса на загриженост или яркост, като че ли сега играят една приемлива роля на болен. Това е добре познатата първична печалба.

5. Увредено съзнание. Например безучастни са към това, което става около тях – дори до степен на откъсване от чувството си за реалност, както при хистеричната анестезия. Вниманието е насочено приоритетно към фантазии от-носно различни табута, те обаче ги поставят много бързо в съприкосновение с реални начинания и така бързо отклоняват вниманието (Адамс, 1979).

Хистеричните деца показват когнитивно напрежение и комуникационен дефект (Йончев, 1969). В предучилищна възраст хистеричните симптоми могат да се разпространяват в цялата група на детската градина. При началната училищна възраст ролята на пола е по-подчертана, като преобладават момичетата, при които хистеричните адаптации могат да останат за цял живот. Ранното юношество е времето за хистерични формирования, и то доколкото общото неблагоприятно положение оставя назад някои стари роли и идентификации, преди новите да са изкристализирали.

Според същия автор децата, страдащи от конверзионна хистерия, могат да развият дисоциативни реакции (т.е. дисоциативна хистерия), тъй като и двата вида хистерия се развиват от хистеричната личност и от хистеричната семейна среда. Макар че пълен списък на дисоциативните разстройства се наблюдава рядко днес, те съставляват около 5% от детските невротични разстройства. Има четири главни форми на дисоциативни реакции, които се наблюдават понякога (главно измежду „нестандартните“ културални групи). Те включват амнезия, фуги, множествена личност и сомнамбулизъм. При всички форми обаче има известни нишки, по които тръгва главният ход. Основните съставки на детските дисоциативни невротични разстройства са:

1. Нарушения на съзнанието. Дисоциацията на съзнанието прави тази форма на хистерия драматична, а разстройствата се извяват като състояния на обнубиляция, нарколепсия, транс и ступор.

2. Дезорганизация на личността – разпадането на Аза може да бъде временно, но е разбираемо. Детето показва силно отказване или отричане (ако не и регресия) и даже амнезия за неща, които е направило. Формите на прекъсване се простират от деперсонализацията до множествената личност.

3. Странен двигателен израз. Поведението на детето може да покрие гамата от безцелно побягване до каталепсия, нарколепсия, катаплексия и състояние на фуги. Невротичният „сомнабулизъм“ трябва да бъде разграничен от хистеричното съноходене (Йончев, 1969).

В поведението преди възникването на хистеричното разстройство се установяват повече прояви на страхливост, в по-редки случаи – на кроткост, спокойствие, приветливост, общителност. Фамилните и други причини са в обичайни граници, училищните са по-малко застъпени, но с по-често участие на: „разглезващо“ отношение на родителите (т.е. отношение без ясно определени граници в семейството), получаване на слаби оценки, неразбиранелство със съучениците, смяна на клас или училище, побой от страна

на съучениците, страх от училище, напращане от събития или природни бедствия, соматична астенизация.

Разстройството започва по-често внезапно, с по-бърз ход за една част от обследваните и с преминаване в невротично развитие в друга по-малка част, с малко по-благоприятен изход. При лабораторните и соматични изследвания се установява малко по-често астеничен хабитус. Обичайно е равнището на адаптация, но малко по-често е несработването с екипа, със средна разпространеност на болестно променено поведение. Психологично се установява леко намален психичен темп и работоспособност при обичайни резултати от проективните тестове (Кокошкарлова, 1985).

Терапията на хистерията е трудна, доколкото трябва да засегне и конституционални съставки, а не само специфична болестна симптоматология. В такъв смисъл, тя се доближава тясно до възпитателното въздействие. Разбира се, преди всичко е необходимо да се повдигнат общите сили и резистентността на организма, да се „оздравят“ битовите и другите социални фактори, които способстват за развитието на невротичното разстройство. От особено значение е психотерапията, приложена под различни форми – най-често като внушение, т.е. сугестивно въздействие в будно състояние върху детето. Семейна терапия, която да обхваща всички членове на семейството. В по-ранната детска възраст в терапевтичния репертоар следва да доминират: сугестивни и възпитателни мерки, целящи създаване на здрави структури на личността.

Съвременният свят във всичките си социалногрупови и възрастови параметри е все повече атакуван от масовото разпространение на невротичните разстройства от всички разновидности, в частност и хистерионните разстройства. Това налага с особена острота научното изучаване на това невротично състояние – важна предпоставка за успешното му преодоляване. Ефективността на терапевтичното третиране на хистерията е в пропорционална връзка с ранното ѝ разкриване и овладяване. Затова възрастта на детството и юношеството е толкова по-важна като прицелна точка на нашите клинични усилия. Приложени в ранните възрастни преходи, тези усилия ще могат не само да овладеят сегашните психологични проблеми, но и ще упражнят благотворното си влияние в бъдещето, където се простира по-нататъшното развитие на индивидуалната жизнена история.

ЛИТЕРАТУРА

- Ачкова, М., Дашинова, Н. (1983). *Детска психиатрия*. София.
Йончев, В. (1969). *Неврози в училищната възраст*. Пловдив: „Хр. Г. Данов“.
Кокошкарлова, А. (1985). *Диф. диагн. на псих. Заболявания*. София.
Христов, Хр. (1980). *Страховете у децата*. София: Медицина и физкултура.

Adams, P., L. (1979). *Handbook of Child Psychiatry*. NY.

REFERENCES

- Achkova, M., Dashinova, N. (1983). *Detska psihiatriya*. Sofiya.
Yonchev, V. (1969). *Nevrozi v uchilishtnata vazrast*. Plovdiv: Hr. G. Danov.
Kokoshkarova, A. (1985). *Dif. diagn. na psih. Zabolyavaniya*. Sofiya.
Hristozov, Hr. (1980). *Strahovete u detsata*. Sofiya: Meditsina i fizkultura.
Adams, P., L. (1979). *Handbook of Child Psychiatry*. NY

HYSTERIA IN CHILDREN AND TEENS

Abstract. The article focuses on one of the most common neurotic disorders – hysteria and its consideration in children and adolescents. At first it presents the main clinical symptoms of this common neurotic disorder. The emphasis is on the predominant hysterical reactions. Attention is drawn to the most common behavioral markers characteristic of children suffering from hysteria. Various theoretical formulations of known researchers in the field of neurotic disorders in children are presented. An important place is given to the ways and methods for specific and accurate diagnosis of neurotic disorder clinic and thus some therapeutic techniques are displayed. In conclusion the article emphasizes on the importance of early diagnosis of neurotic disorder and its treatment.

✉ **Dr. Silvia Kroushkova**
University of Ruse
E-mail: krovshkova@mail.bg