

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Е. В. СВЕТЛИЧНАЯ

### PATHOPSYCHOLOGICAL CHANGES IN CHILD PATIENTS SUFFERING FROM EPILEPSY WITH INTELLECTUAL INSUFFICIENCY AND THEIR PSYCHOCORRECTION

E. V. SVETLICHNAYA

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Приводятся данные психодиагностического обследования больных эпилепсией детей с разным уровнем интеллектуальной недостаточности. Показаны особенности состояния различных сфер психической деятельности больных и необходимость учитывать их при психокоррекции.**

*Ключевые слова: эпилепсия, дети, патопсихологические проявления, психокоррекция.*

**The findings of psychodiagnostic examination of children suffering from epilepsy with different levels of intellectual insufficiency are reported. The peculiarities of the state of different spheres of mental activity of the patients and necessity to consider them at psychocorrection are shown.**

*Key words: epilepsy, children, catopsychological manifestations, psychocorrection.*

Несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении эпилепсии у детей и подростков, патопсихологические проявления при этом заболевании остаются недостаточно исследованными [1]. Между тем установление состояния различных сфер психической деятельности на основе высоко информативных нейропсихологических и патопсихологических данных является чрезвычайно важным для выявления нарушений познавательных функций и эмоционально-личностной сферы больных, в том числе в возрастном аспекте [2–5].

Целью настоящего исследования было улучшение патопсихологической диагностики эпилепсии у детей на основе изучения их интеллекта, эмоционально-аффективной и личностной сфер.

Под наблюдением в Харьковской областной психиатрической больнице № 3 было 52 больных эпилепсией ребенка в возрасте от 6 до 11 лет с интеллектуальной недостаточностью разной степени. Для обследования детей были использованы методика Векслера, тест «Дом, дерево, человек» (ДДЧ) и цветовой тест Люшера [6]. Полученные данные статистически обработаны с применением критериев Стьюдента ( $t$ ), Фишера ( $\Phi^*$ ), метода ранговой корреляции Спирмена, непараметрического аналога дисперсионного однофакторного анализа  $H$ -критерия Крускала-Уоллиса.

Обследуемые были распределены на три группы: с легким (26 детей), умеренным (16) и выраженным (10 больных) интеллектуальным снижением. Анализ данных, полученных с помощью методики ДДЧ, показал различия в частоте

выявленных в этих группах диагностических признаков.

При легкой степени интеллектуальной недостаточности (Д-1) у детей чаще всего определялись такие нарушения, как тревожность, враждебность и педантизм (по 80,8%). Несколько реже выявлялась аффективная ригидность (76,9%), еще реже диагностировались симптомы органической дисфункции (57,7%) и депрессивность (53,9%), чувство незащищенности, неполноценности (50,0%), признаки фрустрации (46,2%), трудности в общении (38,5%), демонстративность (34,6%). В отдельных случаях отмечались такие проявления, как недоверие к себе (15,3%) и импульсивность (11,5%).

В группе обследованных с умеренным интеллектуальным снижением (Д-2) наиболее частыми патопсихологическими проявлениями были тревожность и аффективная ригидность (по 81,3%) и симптомы органической дисфункции (75,0%). Третьими по частоте в данной группе были трудности в общении (68,8%). Несколько реже отмечались такие нарушения, как враждебность (62,5%), чувство незащищенности, фрустрация, депрессивность, педантизм (по 56,3%); чувство неполноценности (50,0%). Кроме того, более чем у 1/3 больных выявлялись импульсивность и демонстративность (по 37,5%). Наиболее редким, по данным методики ДДЧ, было недоверие к себе (12,5%).

У детей с выраженным интеллектуальным снижением (Д-3) наиболее частыми (90,0%) были признаки органической дисфункции. Столь же ча-

сто отмечались трудности в установлении контакта. Распространенными были такие: враждебность и аффективная ригидность (по 80,0%), элементы педантизма (70,0%), тревожность (60,0%). У половины обследованных были выявлены признаки фрустрации (50,0%), несколько реже — чувство незащищенности, импульсивность (40,0%), депрессивность (30,0%); тогда как чувство неполноценности и демонстративность в данной группе обследованных отмечались сравнительно нечасто (по 20,0%).

На первом этапе обработки полученных данных были изучены характеристики с наибольшими расхождениями между тремя группами детей. Прежде всего, это коммуникативные затруднения и признаки органической дисфункции. Согласно  $F^*$ -критерию Фишера, указанные различия были достоверны на уровне  $p < 0,05$ . Следует отметить, что по мере утяжеления дефекта нарастали трудности в общении и учащались графические симптомы органической патологии, достигая максимума в третьей группе. Клинически столь же существенной была тенденция к различиям по трем другим параметрам: недоверие к себе, депрессивность и демонстративность. У детей с наиболее выраженным интеллектуальным дефицитом (Д-3) по этим параметрам отмечались более низкие ( $p < 0,05$ ) показатели, чем у обследованных двух других групп, которые между собой достоверно не различались ( $p > 0,05$ ). Данная тенденция может быть объяснена недостаточной критичностью и редуцированным уровнем самосознания у детей с глубоким интеллектуальным дефектом.

Учитывая важность выявленных статистических тенденций, мы провели проверку всех трех профилей на подобие, т. е. однотипность. С этой целью был применен метод ранговой корреляции (сопряженности) Спирмена. Следует отметить, что высокие значения коэффициента корреляции означали подобие, сходство профилей, т. е. чем ниже оказывался коэффициент корреляции, тем больше были различия профилей.

Различия в профилях оказывались максимальными (нет значимой корреляции,  $p > 0,05$ ) между наиболее контрастными выборками — группами с легким и с выраженным интеллектуальным дефектом (Д-1 и Д-3). Для уточнения выявленных тенденций, а именно нарастания трудностей в общении и органической дисфункции с одновременным снижением недоверия к себе, депрессивности и демонстративности, был использован  $H$ -критерий Крускала-Уоллиса, непараметрический аналог дисперсионного однофакторного анализа. Его применение позволило проверить, действительно ли уровень признака изменялся при переходе от выборки к выборке в зависимости от глубины общего для них фактора, которым в данном случае являлся интеллектуальный дефицит. Выяснилось, что наиболее значимым ( $p < 0,001$ ) и устойчивым было нарастание коммуникативных затруднений:

их частота и выраженность оказывались тем выше, чем глубже был дефект.

Необходимо отметить также, что в результатах ДДЧ отмечались определенные различия между первой и двумя другими группами по столь важному параметру, как импульсивность. Лишь пациенты с незначительным интеллектуальным дефицитом (Д-1) обнаруживали достаточный самоконтроль и устойчивость, тогда как дети с умеренным и выраженным дефектом (Д-2 и Д-3) в психорисуночной пробе ДДЧ значимо чаще проявляли черты импульсивности. По  $F^*$ -критерию достоверность различий между группами по этому параметру составляла  $p < 0,01$ .

Изучение эмоциональной сферы с помощью теста Люшера также выявило особенности, связанные со степенью интеллектуального снижения у детей. В группах с легким и умеренным снижением интеллекта структура цветопредпочтения была близка к стандартным статистическим показателям для выборок детей. Наблюдавшееся смещение желтого цвета на первую позицию отражало черты эмотивности, стеничности, лабильности, потребности в ярких и оптимистических переживаниях. Вместе с тем между собой две отмеченные подгруппы имели определенные отличия. При легком интеллектуальном дефиците в начале ряда была очень активная и «экстраверсная» пара 43, а при умеренном — более «оторванная от действительности пара 45». Далее были выявлены цветовые сочетания, наиболее связанные с актуальным состоянием обследованных детей, т. е. цвета на третьей и четвертой позициях. В первой группе это пара 52, обычно интерпретируемая как признак субъективизма, склонности настаивать на своем, мелочного педантизма. Необходимо отметить, что пациенты с Д-1 и в тесте ДДЧ обнаруживали наиболее высокие, по сравнению с двумя другими группами, показатели по параметру педантизм. Наиболее высоким, по данным ДДЧ, был среди них и процент больных с признаками враждебности, что также согласуется с цветопредпочтением 4352.

В усредненном цветовом профиле обследованных с умеренным интеллектуальным дефицитом (Д-2) на позициях актуального состояния находилась пара 32, что отражает активное стремление к удовольствиям и ярким впечатлениям. Отметим также, что в первых двух группах усреднение индивидуальных цветовых рядов не дало статистических оснований помещать основные цвета на последние позиции или дополнительные цвета — на первые, что можно было бы трактовать как симптомы тревожности, фрустрированности. Соответственно усредненные индивидуальные индексы А оказались сравнительно малы.

Группа детей с выраженным интеллектуальным дефектом (Д-3) по структуре цветопредпочтения резко отличалась и от первых двух групп. К началу ряда у них была смещена пара 53 — явный индикатор иррациональных, дезадаптивных

тенденций в реагировании, эмоциональной незрелости, а также повышенной возбудимости и чувствительности к аффективнозначимым насыщенным раздражителям. Л. Н. Собчик [6] указывает, что ведущая роль фиолетового цвета в выборах детей и подростков может трактоваться как затруднение адаптации вследствие ослабления интегративной роли самосознания; выбор этого цвета в большей степени, чем других цветов, ориентирован на высвобождение неосознаваемых аспектов переживаний. В нашем случае об этом можно говорить еще и потому, что далее следовал серый цвет, «утрачивающий все предыдущее».

Кроме того, в третьей группе статистическое смещение серого на 3-ю позицию и зеленого — на 6-ю позицию свидетельствует о высокой тревожности и ослабленной волевой саморегуляции больных. Это единственная группа, где в усредненном ряду индекс  $A$  был больше нуля ( $A = 2$ ), что подтверждалось и усреднением индивидуальных значений  $A$ : в данной группе  $A_{ср} = 3,70 \pm 0,73$ . Согласно  $t$ -критерию Стьюдента, этот показатель достоверно выше, чем в группах детей с легким ( $p < 0,05$ ) и умеренным интеллектуальным дефектом ( $p < 0,01$ ). У пациентов с выраженным интеллектуальным дефицитом оказался наиболее высоким из всех обследованных средний сдвиг тревожности в сторону возрастания. В этой связи следует отметить, что у детей с легким интеллектуальным снижением при повторном тестировании по Люшеру индекс  $A$  существенно не менялся, а у пациентов с умеренным дефектом даже снижался.

Выявленные в исследовании патопсихологические особенности больных детей определяли направления коррекционной работы в зависимости от уровня имеющегося у них интеллектуального снижения. Поскольку установленные нарушения были выражены у больных в различной степени, терапевтическое воздействие было разнонаправленным с акцентом на доминирующих расстройствах.

Такие особенности детей с легкой интеллектуальной недостаточностью, как вспыльчивость, обидчивость, раздражительность, плаксивость, злопамятность, требовали внимательного и терпеливого отношения врача и воспитателей. Несмотря на эти черты, дети охотно вовлекались в игры с окружающими. В процессе происходящего между детьми общения мы обращали их внимание и ставили в пример отходчивость, желание продолжать игру и общение, поощряли попытки помириться, разрешить конфликтную ситуацию. Быстрое истощение с реакциями плаксивости требовало переключения внимания ребенка на что-либо интересное, но не требующее значительных энергозатрат. Реакции агрессии быстро пресекали, детям указывали на недостатки в их поведении. При этом во избежание обид или возникновения конфликтных ситуаций между детьми необходимо проявлять справедливость, требовательность,

обходительность и вежливость, не лишая ребенка возможности дальнейшего общения и участия в коллективных играх. При обсуждении и разъяснении неправильных дезадаптивных реакций следует подчеркивать положительные качества и поступки детей, стремясь к их развитию и закреплению. Мы проводили соответствующий инструктаж родителей и воспитателей, знакомя их с правильным подходом к управлению поведением детей.

Больные с умеренно выраженным интеллектуальным снижением чувствовали себя более незащищенными, фрустрированными, нежели больные с легким снижением, испытывали трудности в общении, отличались аффективной ригидностью, упрямством, импульсивностью, сенситивностью, были склонны к образованию навязчивостей. Коррекция этих нарушений осуществлялась с использованием тех же приемов, что и в первой группе, однако большая выраженность интеллектуального снижения и сочетание упрямства и ригидности с сенситивностью требовали еще более внимательного отношения со стороны не только родителей, воспитателей и врачей, но и сверстников. Несмотря на неусидчивость и расторможенность, такие больные часто нуждаются в стимуляции игровой деятельности и её направленности. Большинство наших пациентов данной группы вовлекались в занятия, но с трудом удерживались в групповых формах взаимодействия между детьми. Импульсивность и драчливость усугубляли имеющуюся у них дезадаптацию. Инструкции и просьбы требовали значительного упрощения, многократного повторения. Правильные формы реагирования, поведения усваивались с трудом и потому требовали немедленного поощрения и подкрепления. Однако несмотря на имеющиеся коммуникативные трудности, дети постепенно приобщались к групповым формам взаимодействия, чаще проявляли инициативу, вели себя более организованно.

Больные данной группы, как и предыдущей, отличались расторможенностью, отвлекаемостью, из-за чего невозможно было длительно удерживать их внимание. В связи с этим в работе с ними делали частые перерывы, предоставляя возможность свободных движений; трудоемкие операции чередовали с легкими, монотонные — с требующими быстрого переключения внимания; поощряли результативные действия.

У больных с выраженным интеллектуальным снижением эффекта от проводимых мероприятий удавалось достигнуть только при активном сочетании психокоррекции и основной биологической терапии. В связи с выраженностью поведенческих расстройств и личностных реакций, глубокими мыслительными нарушениями, максимально выраженными у этих больных, достигнуть компенсации или субкомпенсации их состояния было очень трудно. Выраженный интеллектуальный дефект в сочетании с эгоцентризмом, расторможенностью, ригидностью, вязкостью, агрессией,

драчливость не давали возможности вовлекать этих детей в групповые формы взаимодействия. В некоторых случаях на первых этапах лечения такие больные нуждались в изоляции и строгом контроле за поведением в условиях наблюдательной палаты, и только после достижения заметной седации дети становились доступными для психокоррекционных мероприятий, целью которых на первых этапах была возможная адаптация к условиям пребывания в стационаре. Основное внимание мы уделяли приучению ребенка к строгому выполнению режимных требований, правил личной гигиены, самообслуживания. Дети данной группы постоянно нуждались в помощи и контроле медицинского персонала, поскольку такие навыки у них, как правило, не были сформированы. Кропотливое и терпеливое отношение окружающих приводило к их постепенной выработке и закреплению. На последующих этапах лечения на этих больных оказывал влияние также положительный опыт других детей.

Коррекционная работа была направлена также на развитие игровых интересов и навыков общения с окружающими детьми. Для этого выбирались простые игры с небольшим количеством участников. По мере достижения положительных результатов круг вовлекаемых детей увеличивался, игровые элементы несколько усложнялись. В связи с выраженной инертностью и ригидностью детей данной группы предпочтительными для них были спокойные игры, не требующие повышенной дви-

гательной активности, но даже во время этих игр дети нуждались в частых перерывах в связи с выраженными трудностями в удержании активного внимания. Несмотря на значительную глубину психических нарушений, дети положительно реагировали на прогулки, посещение их родными, поощрения и похвалы.

Особое внимание мы уделяли формированию и усвоению правил поведения детей. Так, выраженная двигательная расторможенность, как правило сочетавшаяся с замедленностью в выполнении целенаправленных действий, инертностью, требовали строго индивидуальной коррекции. Признаки нетерпения, невнимательности, повышенные требования со стороны окружающих провоцировали у больных вспышки агрессии, драчливость и усугубляли и без того выраженную дезадаптацию. Поэтому деятельность таких пациентов требовала систематизации, упорядочения, упора на завершении невыполненных заданий. Больным с выраженным интеллектуальным дефектом трудно удерживаться в детском коллективе, поэтому некоторые из них нуждались в периодическом ограничении участия в групповых формах работы.

Таким образом, использование методов психодиагностики дает возможность получить новые данные о характере изменений психики при эпилепсии у детей, которые должны быть положены в основу проводимых психокоррекционных мероприятий.

#### Литература

1. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л. И. Вассерман, С. А. Громов, В. А. Михайлов и др. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни.— СПб., 2001.— С. 103–115.
2. Эпилептология детского возраста: Руков. для врачей / Под ред. А. С. Петрухина.— М.: Медицина, 2000.— 624 с.
3. Карлов В. А., Петрухин А. С. Эпилепсия у подростков // Журн. неврологии и психиатрии.— 2002.— № 9.— С. 9–13.
4. Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков.— М.: Медицина, 1990.— 320 с.
5. Максимова Э. Л. Психопатология при эпилепсии // Совр. психиатрия.— 1998.— Вып. «Эпилепсия».— С. 4–9.
6. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики.— СПб.: Речь, 2003.— 624 с.

Поступила 23.11.2007