

УДК 616.988.23-052

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТАК НАЗЫВАЕМЫМ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Э.И.Богданов, Ю.А.Калмыков, В.А.Исанова, Р.З.Мухамедзянов, З.А. Галлимулина

*Кафедра неврологии и реабилитации (зав. — проф. Э.И.Богданов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С.В.Курашова, Республиканский центр реабилитации инвалидов с детства Республики Татарстан (главврач — В.А.Исанова)*



Проведено клиническое и экспериментально — психологическое обследование 72 больных детским церебральным параличом в возрасте от 16 до 35 лет. Для исследования личности больных применялся адаптированный вариант ММРП, 16 — факторный личностный опросник Кеттелла и др. 56 больных прошли курс групповой психотерапии по Роджерсу. Обнаружена тенденция к постепенному сглаживанию психогенного патологического развития личности дефицитарного типа у взрослых больных ДЦП. Описаны отдельные психологические особенности больных ДЦП в позднем резидуальном периоде, а также их зависимость от преобладающего неврологического синдрома и степени нарушения двигательной функции. Отмечены увеличение активности, усиление общительности, повышение уверенности в себе и уменьшение эмоциональной неустойчивости в результате групповой психотерапии.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — собирательный термин, объединяющий группу непрогрессирующих неврологических расстройств, возникших в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. По данным медицинской статистики [1, 8, 12, 14], ДЦП встречается с частотой от 1,8 до 8,9 на 1000 детей и, следовательно, относится к числу распространенных болезней ЦНС.

В литературе уделено много внимания психическому развитию больных с детским церебральным параличом, однако были исследованы нарушения преимущественно в детском и подростковом возрасте. В.В.Ковалев [4] описал возможность патологического формирования личности дефицитарного типа у детей с различными физическими дефектами, в том числе при ДЦП, подчеркнул важную роль в его развитии реакций личности на осознание физической неполноценности, социальной изоляции и неправильного воспитания, указал на большую частоту тормозимого варианта с преобладанием астенических и псевдоэтистических черт характера, отметил неизученность возрастной и клинической динамики.

Значительно меньше внимания уделялось особенностям психической деятельности больных ДЦП в возрасте старше 16 лет. Изучение же психологических особенностей и психических заболеваний у взрослых больных ДЦП является актуальной проблемой неврологии и психиатрии в связи с практическими нуждами медицинской и социальной реабилитации.

Проведено клиническое и экспериментально-психологическое обследование 72 больных с различными формами ДЦП в возрасте от 16 до 35 лет (мужчин — 32, женщин — 40, средний возраст — 23,7 лет) Из выборки исключались больные с выраженным интеллектуальным дефектом и грубыми нарушениями речи. У 47 больных интеллектуальные способности не были снижены, у 7 — выявлена олигофрения в легкой степени, у 18 — умеренной дебильности. Все больные находились в Республиканском центре реабилитации инвалидов с детства (РЦРИ) Республики Татарстан, где им были назначены активная мануальная терапия и кинезиотерапия [11, 13], лечебная гимнастика, механо-, психо-, эрготерапия (швейное дело, рисование, плетение, вязание, приготовление пищи), логотерапия.

Проводилось полное клинико-неврологическое и ортопедическое обследование, механо- и электромиография.

В зависимости от вида неврологического синдрома выделены группы больных с синдромом Литтля (33), с тетраплегической (17), гиперкинетической (15), гемиплегиической (7), атонико-астатической (4), и смешанной (6) формами ДЦП.

По степени нарушения двигательных функций больные были разделены на 2 группы: способных передвигаться самостоятельно (47) и с ограниченными возможностями передвижения, нуждающихся в помощи вспомогательных средств — колясок, костылей, палочек (25).

Контрольную группу составили 25 больных в возрасте от 18 до 30 лет с двигательными нарушениями иной этиологии (с последствиями черепно-мозговых травм — 18 человек, полиомиелита — 7).

В качестве дополнительного использовали экспериментально-психологический метод. Интеллектуально-мнестическую сферу исследовали стандартными методами (пиктограмма, обобщение, классификация, исключение, матрицы Равена, счет по Крепелину, запоминание 10 слов, таблицы Шульце) [7]. Для изучения личности применяли метод СМИЛ [9] и 16-факторный личностный опросник Кеттелла [2], а для оценки актуального психического состояния — тест цветовых выборов Люшера [10].

Достоверность цифрового материала устанавливали с помощью критерия Стьюдента.

Из 72 обследованных у 25 (34,7%) больных были выявлены значительные личностные особенности, однако, только у 3 человек можно было с уверенностью диагностировать психогенное патологическое развитие личности дефицитарного типа, тормозимый вариант. У одной из этих больных на первом плане были шизоидные черты, отгороженность, пассивность, депрессивный фон настроения с суицидальными тенденциями, у второй — астенические черты, повышенная истоцаемость, сенситивность, боязнь общения, выраженные сомато-вегетативные нарушения при волнении, у третьего — сочетание психоастенических и шизоидных черт, навязчивые опасения, эмоциональное напряжение при общении, выраженная неудовлетворенность своим характером и жизненными обстоятельствами.

У 22 (30,6%) больных значительные характерологические особенности не приводили к серьезным расстройствам поведения или стойким переживаниям дискомфорта и неудовлетворенности жизнью. В этой группе больных у 6 человек преобладали психоастенические черты, у 4 — сенситивные, у 3 — эпилептоидные, у 3 — гипертимные, у 3 — шизоидные, у одного истероидные черты. У одной пациентки на фоне гипертимных черт характера наблюдался шизофреноподобный психоз с тревожно-депрессивной симптоматикой, что потребовало ее перевода в психиатрическую больницу. Значительное изменение личности по

эпилептоидному типу было выявлено у 2 больных с частыми полиморфными эпилептиками.

Невроз был диагностирован только у 2 (2,8%) больных, в контрольной группе — у 6 (24%;  $P < 0,05$ ). Несмотря на часто встречающиеся у больных ДЦП после 16 лет эмоциональную лабильность, трудности социального приспособления, неуверенность, пугливость, страх падения, у большинства из них невроза не было, так как отсутствовали субъективное ощущение тягостности и активное предъявление жалоб, а также четкая зависимость между психической травмой и болезненными проявлениями; кроме того, так называемые общие симптомы неврозов (диссомния, вегетативные нарушения, сенестопатии) были слабо выражены. Вероятно, невроз как способ защитного приспособления к трудностям существования утрачивает у взрослых больных ДЦП свою значимость в связи с наличием физического дефекта.

О.В.Кербинов [3] описал возникновение «краевой» психопатии на основе психогенного патологического развития. При другом типе постпубертатной динамики патологические черты характера обнаруживают тенденцию к постепенному сглаживанию. У больных ДЦП такой тип динамики, по нашим данным, встречается чаще. Этому способствует адаптация к физическому дефекту и отношению окружающих, выравнивание эмоционального фона, жизнь в своеобразной социальной «нише» с пониженными требованиями к достижениям. Только у 3 (4,2%) человек значительно реже, чем в контрольной группе (38%;  $P < 0,05$ ), были депрессивные психогенные реакции на психический дефект, которые часто наблюдаются у больных ДЦП в детском и подростковом возрасте [8]. 58 (80,6%) больных при расспросе отмечали максимальную выраженность переживаний физической неполноценности в 14-17 лет. Так, например, больная, 27 лет, работающая библиотекарем, рассказывала: «В 17 лет мне хотелось многого, учиться в институте, путешествовать, наконец, личного счастья, но сейчас все сгладилось, самолюбия стало меньше». Другая больная, 39 лет, работница обувного предприятия прежде стеснялась того, что она больная, теперь же, по ее словам, гордится этим.

В таблице представлены часто встречающиеся отдельные психологические особенности клиники ДЦП в позднем резидуальном периоде. Они выявлялись в процессе беседы, наблюдения за поведением в реабилитационном центре, в том числе на психотерапевтических групповых занятиях и фиксировались лишь тогда, когда проявлялись отчетливо.

Большая частота встречаемости у больных ДЦП таких психологических особенностей, как стеснительность (38,3%), эмоциональная лабильность (36,2%), пассивность (31,1%), отгороженность (17%) определяет значительные трудности в общении. По нашим данным, такие трудности испытывали 62 (86%) из 72 обследованных. Нарушение коммуникативных способностей тесно

связано с недостатком тренинга общения, изолированным образом жизни многих больных. Инфантильность, импульсивность, эгоцентризм более характерны для больных ДЦП со снижением интеллекта, а общительность, добродушие, гипертимность, любознательность чаще встречаются при нормальном интеллекте.

Так же, как у детей и подростков, у взрослых больных выявляется зависимость психологических особенностей от преобладающего неврологического синдрома ДЦП. Для болезни Литтля менее, чем для других форм ДЦП, характерны активное стремление к контактам, стеничность. При гемипарезах чаще встречаются ригидность, стеничность, относительно реже — пассивность, эмоциональная лабильность, нарушение коммуникативных способностей. Больные этой группы чаще были способны передвигаться самостоятельно в отличие от больных с тетрапарезами. Вероятно, в связи с этим у последних чаще встречалась отгороженность, реже — стеничность. Больные с гиперкинезами наиболее стеснительны, эмоционально лабильны. При стойчивом стремлении к контактам они испытывают наибольшие трудности в общении, чему способствуют нарушения речи, встречающиеся у них относительно чаще.

Установлена также зависимость психологических особенностей от степени нарушения двигательной функции. У больных, не способных передвигаться самостоятельно, чаще встречались эмоциональная лабильность и ригидность, характерные для органического поражения головного мозга. В стремлении к контактам они не уступают больным, способным передвигаться самостоятельно.

Из 35 профилей личности, по данным СМИЛ, 4 можно отнести к нормальным (до 65 Т), 21 — к пограничным (до 75 Т) и 10 — к патологическим (свыше 75 Т). Чаще других отмечались пики по 8, 6, и 9-й шкалам.

Частота повышения 8-й шкалы (22,8% профилей, Т ср. — 74) отражает шизоидные черты, отгороженность, уход от жизненных трудностей в мир внутренних фантазий, желание осмыслить свое отношение к себе и другим людям, субъективизм, индивидуалистичность, интерес к оккультным наукам и психологии.

Пик по 6-й шкале (17,1%, Т ср. — 72) указывает на значительную психическую ригидность, обидчивость, упорство в достижении цели, педантизм, аккуратность, прямолинейность, трудность приспособления к новым условиям. Впервые дни многие пациенты тяготились прибыванием в Центре, скучали по дому, некоторые просили о выписке, плакали по ночам. В последствии тяжело переносили отъезд домой.

Высокая 9-я шкала (14,3%, Т ср. — 68) отражает эмоциональную незрелость, неустойчивость мотивов и установок, повышенное настроение, гиперактивность, снижение критического отношения к своему поведению, склонность к бурному проявлению своих чувств.

Ни в одном из 35 профилей не отмечено высокой 1-й шкалы, указывающей на ипохондрию, повышенное внимание к состоянию внутренних органов, что подтверждается клиническими наблюдениями. Больные субъективно легко переносили простудные и другие сопутствующие заболевания, многие занимались закаливанием. Относительно редки подъемы по двум другим шкалам невротической триады: в 3 профилях — пик по 2-й шкале (8,6%, Т ср. — 62), в одном профиле — по 3-й шкале (2,9%, Т ср. — 60). В контрольной группе из 20 обследованных по методике СМИЛ у 12 человек — пик по 2-й шкале (60%, Т ср. 78;  $P < 0,05$ ), у 4 — по 1-й шкале (20%, Т ср.;  $P < 0,05$ ), у 2 — по 3-й шкале (10%, Т ср. — 69;  $P < 0,05$ ).

Особенностями клинических проявлений пограничных психических расстройств, развивающихся в течение ортопедических заболеваний (хронические заболевания и последствия повреждений костей и суставов), являются значительная ипохондрическая направленность, сдвиг в сторону аффективных нарушений, усиление тревожно-депрессивной и обсессивно-фобической симптоматики [6].

По тесту Кеттела выявлены отчетливые тенденции по 4 факторам: фактор С (у 8 больных менее 4 стенов) — эмоциональная неустойчивость, утомляемость; фактор I (у 7 больных более 7 стенов) — мягкость, зависимость, чувствительность, мечтательность; фактор L (у 8 больных более 7 стенов) — недоверчивость, осторожность, замкнутость; фактор Q (у 8 больных более 7 стенов) инфантильная тенденция к тревожности в трудных ситуациях, склонность к чувству вины, внутреннему беспокойству.

Данные теста Люшера выявили 4 основные тенденции:

- 1) желание отторгнуться от обязательств и внешних воздействий;
- 2) беспомощность перед обстоятельствами, снижение сексуального влечения;
- 3) неспособность самому изменить ситуацию, беспокойство, скрывание своей ранимости;
- 4) разочарованность в своих надеждах, недоверчивость, уныние, пессимизм.

В настоящее время большинство психотерапевтов признают наибольшую эффективность групповой психотерапии. Она позволяет помочь приспособиться к социальному окружению, улучшить коммуникативные способности, умение разрешать проблемы, развить большую способность к адекватным эмоциональным реакциям [5]. Основными лечебными факторами групповой психотерапии называют групповую сплоченность, восприятие себя «глазами» других, самовыражение в группе, переживание положительных эмоций по отношению к другим, проявление искренности и смелости, получение информации.

Результаты изучения психологических особенностей взрослых больных с ДЦП обусловили выбор нами групповой психотерапии в качестве основного метода психокоррекционной работы в РЦРИ. 56 больных из общего числа обследованных

прошли ее полный курс, состоящий из 10 двухчасовых еженедельных занятий. Группы были открытыми, состояли из 10-12 человек. В качестве основной использовалась методика групповой психотерапии по Роджерсу, дополненная гештальт-упражнениями. Отчетливое клиническое улучшение (увеличение активности, усиление общительности, повышение уверенности в себе, уменьшение эмоциональной неустойчивости) наблюдалось у 24 (42,9%) больных. При повторном поступлении и психологическом тестировании отмечалась устойчивость положительных изменений. В контрольной группе положительный эффект констатирован у 4 (20%) больных из 20 ( $P < 0,05$ ).

Большое значение для социально-психологической реабилитации придавалось терапевтическому воздействию среды: внимательное, партнерское, доброжелательное отношение персонала к больным, прекрасные бытовые условия и питание, эстетичность оформления комнат, проживание в отдельных коттеджах, расположение Центра в сосновом бору на берегу Волги. Больные принимали участие в концертах, праздниках, конкурсах, соревнованиях, что способствовало формированию активной жизненной позиции, взаимному сплочению. В результате у многих из них выявилось значительное изменение образа жизни и уровня общения.

Частота встречаемости отдельных психологических особенностей у взрослых больных ДЦП (в %)

Больные ДЦП	Психологические особенности							
	стеснительность	пассивность	отгороженность	эмоциональная лабильность	психическая ригидность	активное стремление к контактам	стеничность	коммуникативные нарушения
Основная группа в зависимости от преобладающего неврологического синдрома ДЦП	39*	31,2*	15,5	32,8	17,2*	4,5*	15,6	86,0*
болезнь Литтля (33)	27,2*	27,2	15,1	24,2	9	0		
тетраплегическая форма (17)	35,3*	23,5	23,5*	41,2	17,6*	5,9*	5,9*	64,7*
гиперкинетическая (15)	53,3*	20	20,0*	53,3*	6,7	13,3	13,3	80,0*
гемиплегическая (7)	28,5*	28,5	0*	0*	28,5*	0	14,3	57,0*
По степени нарушения двигательных функций								
способные передвигаться самостоятельно (47)	34	21,3	19,2*	27,6	10,6	14,9	21,3*	70,2*

Частота встречаемости отдельных психологических особенностей  
у взрослых больных ДЦП (в %) (продолжение)

Больные ДЦП	Психологические особенности							
	стеснительность	пассивность	отгороженность	эмоциональная лабильность	психическая ригидность	активное стремление к контактам	стеничность	коммуникативные нарушения
не способные передвигаться самостоятельно (25)	36	40,0*	20,0*	44,0*	32,0*	16,0	16,0	92,0*
По интеллектуальным способностям								
с нормальным интеллектом (49)	38,3*	31,9*	17,0*	36,2	19,2*	23,4	14,9	64,3*
с нерезко выраженной интеллектуальной недостаточностью (25)	41,2*	29,4*	11,8	23,5	14,3	5,9*	17,6	92,1*
Контрольная группа	18,2	21,0	10,2	30,1	4,2	18,3	14,2	14,8*

Примечание. \* достоверные отличия от данных контроля ( $P < 0,05$ );

\*\* в таблицу не включены больные с атонико-астатической и смешанной формами ДЦП.

### Выводы

1. У взрослых больных с ДЦП выявлена благоприятная динамика личностных изменений в виде тенденции к постепенному сглаживанию патологических форм реагирования, уменьшения частоты неврозов и психогенных депрессивных реакций на осознание физической неполноценности.

2. Психологическими особенностями взрослых больных с ДЦП, затрудняющими социальную адаптацию, являются переживания по поводу своей стеснительности, неумения свободно общаться, чувства неуверенности в непривычной обстановке. Значительное нарушение коммуникативных способностей у этих больных определяет групповую психотерапию как оптимальную форму психологической коррекции.

3. Психологические особенности взрослых больных с ДЦП так же, как и у детей и подростков, зависят от вида неврологического синдрома. Для гемипаретической формы характерны

аффективная ригидность, стеничность, для больных с тетрапарезами — отгороженность, с гиперкинезами — стеснительность, эмоциональная лабильность, нарушение коммуникативных способностей.

### Литература

1. Бадалян Л.О., Дунаевская Г.Н., Скворцов И.А.// Вестн. АМН СССР — 1983. — №4. — С. 71-79.
2. Институт социологических исследований АН СССР — Тест Кеттла, личностный опросник — М., 1972.
3. Кербиков О.В.// Избранные труды — М., 1971.
4. Ковалев В.В.// Психиатрия детского возраста — М., 1979.
5. Ледер С., Чабала Ч.// Исследование в области групповой психотерапии — Групповая психотерапия — М., 1990.
6. Напреенко А.К.// Пограничные психические расстройства при ортопедических заболеваниях — М., 1991.

7. Рубинштейн С.Я.// Экспериментальные методики патопсихологии — М., 1970.
8. Семенова К. А., Махмудова Н.М.// Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных ДЦП — Ташкент, 1979.
9. Собчик Л.Н.// Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) — М., 1990.
10. Собчик Л.Н.// Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера — М., 1990.
11. Kobat H.// Phys. Therapy. Rev. — 1953. — Vol. 33. — P. 53-64.
12. Lagergren J.// Acta Paed. Scand. — 1981. — Vol. 289. — P. 1-71.
13. Lewitt K., Simons D.// Arch. of Physical Med. and Rehab. — 1984. — Vol. 65. — P. 452-455.
14. Stanley F. J.// Dev. Med. Child. Neurol. — 1987. — Vol. 29. — P. 258-270.

Поступила 01.07.93.

Балалардагы церебраль паралич авырулы өлкән яшьтәгә кешеләрнең шәхси үзенчәлекләрен клиник-психологик тикшерү

*Э.И.Богданов, Ю.А.Калмыков, В.А.Исанова, Р.З.Мухаметзянов, З.А.Галимуллина*

Балалардагы церебраль паралич авырулы 16 яшьтәдә 35 яшькәчә булган 72 кешедә клиник һәм эксперименталь психологик тикшеренүләр үткәрелгән. Авыруларның шәхес үзенчәлекләрен тикшерү өчен яраклаштырылган вариант ММР, Кеттел ысулы һ.б.

кулланылган. 56 авыру Роджерс ысулы буенча психотерапия курсы үттеләр. Өлкән яшьтәгә ДЦП авыруларның аерым психологик үзенчәлекләренә соңгы резидуаль периодтагы торышы, неврологик синдромның һәм хәрәкәтләнү функциясенә үзгәреш турында мәгълүмәт бирелгән. Психотерапия үткән гуруппада активлыкның үсүе, аралшау дәрәжәсенә, үз-үзенә ышанычның артуы һәм эмоциональ тотрыксызлыкның азаю очраклары яктырылган.

#### Clinicopsychologic examination of peculiarities of adult patients with so-called infantile cerebral paralysis

*E.I.Bogdanov, Yu.A.Kalmykov, V.A.Ivanova, R.Z.Muchametzyanov, Z.A.Gallimulina*

The clinical and experimental-and-psychologic examination of 72 patients with infantile cerebral paralysis aged 16 to 35 years is performed. The adapted variant of MMPI, Kettel's 16-factor questionnaire and so on are used for the examination of patients' personality. As many as 56 patients are treated by means of Rodjer's group psychotherapy course. The tendency to progressive smoothing over psychogenetic pathologic development of the personality of a deficient type in adult patients with infantile cerebral paralysis is revealed. The individual psychologic peculiarities of patients with infantile cerebral paralysis in late residual period as well as their dependence on the overwhelming neurologic syndrome and the degree of motor function disorders are described. The group psychotherapy results in the increase of activity, sociability, self-reliance and decrease of emotional instability.