

Проблемы психологической диагностики детей, больных эпилепсией

БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л., УЛЬКИНА Н.А.

Психологическая диагностика детей с различными психическими заболеваниями постоянно нуждается как в теоретическом обосновании того или иного подхода, так и в разработке методов практических исследований (Н.Л. Белопольская, Б.В. Зейгарник, В.М. Коган).

Психологическая оценка особенностей психического развития ребенка преследует, как правило, несколько целей: определение соответствия уровня развития возрастным нормам, оценку перспективы развития и обучения, выявление патологических особенностей, присущих конкретному психическому заболеванию.

Часто практические психологи сталкиваются с проблемой явной нехватки психологических тестов и методик исследования, адекватных диагностическим задачам и контингенту больных детей.

Одной из сложнейших для психологической диагностики категорий больных детей являются дети, больные эпилепсией.

В настоящее время работа психологов с больными эпилепсией сводится к стандартной процедуре диагностики. Применяя ряд патопсихологических методик, в большинстве случаев психолог констатирует такие изменения в когнитивной сфере как общая медлительность, излишнее детализирование, «застревание» на незначительных деталях и пр.

Но, с другой стороны, эти особенности больных эпилепсией известны из клинических наблюдений, а задача психологического исследования, как говорила Б.В. Зейгарник, не дублировать врачебную диагностику, а получить именно психологическую диагностическую информацию о состоянии больного.

Из клинических наблюдений и беседы

психолог или врач могут сделать вывод о самооценке больного, осведомленности об окружающем, его желаниях, привязанностях, отношении к тем или иным событиям, сделать вывод о силе проявлений эпилептизации больного, стадии деменции.

На самом деле, важнейшей задачей для психологов в работе с данной нозологией является не только диагностика, направленная на выявление степени эпилептизации, но и анализ структуры нарушений психического развития ребенка: соотношение изменений в интеллектуальной и эмоциональной составляющих психического развития, выявление механизмов, лежащих в основе патологических изменений в развитии ребенка. Л.О. Ба-



далян (2001) писал, что: «Дети, страдающие эпилепсией, являются группой риска по развитию когнитивных нарушений, так как на когнитивную сферу влияет множество факторов, иногда бывает сложно определить относительную ценность каждого из них».

Без психологического анализа особенностей развития ребенка, больного эпилепсией, невозможно грамотно построить коррекционную работу.

Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных эпилепсиями

Следует отметить, что дети, больные эпилепсиями, представляют большой интерес для психологической диагностики как в теоретическом, так и в практическом отношении. Дело в том, что если в начале заболевания специалисты отмечают основные проблемы в эмоциональной сфере, то в дальнейшем, в процессе развития заболевания, часто можно наблюдать нарушения в интеллектуальной сфере этих детей. «Безусловно, (В.В. Ковалев, 1995) в начальной стадии заболевания психические изменения либо отсутствуют, либо носят стертый, невыраженный характер». Кроме того, известно, что сама эпилепсия неоднородна, и не во всех случаях возникают дементные состояния. Известное положение Л.С. Выготского о единстве интеллекта и аффекта приобретает в диагностике детей, больных эпилепсиями, особое звучание.

В ранних публикациях по описанию больных с эпилепсиями авторы указывают следующие характерные особенности личности таких больных: биполярность аффекта со склонностью «застревать» на отрицательно окрашенных аффективных переживаниях, с одной стороны, и аффективную взрывчатость с большой силой аффективного разряда - с другой (Зейгарник Б.В. (1986); Ковалев В.В. (1995); Сухарева Г.Е., Кононова М.П. (1995)). Аффекты эпилептика легко возбуждаются, но они отличаются болезненной устойчивостью, не такой, которая необходима для плодотворной профессиональной работы, а другого рода устойчивостью, не позволяющей аффекту угаснуть после определенного срока, если речь, например, идет о вспышке гнева или ярости. Аффекты эпилептика не лабильны в том смысле, что они не могут быть заменены другими аффектами,

как это имеет место при органических заболеваниях и при алкоголизме. Персеверация проявляется как в мыслительной деятельности, так и в аффектах. Также характерен эгоцентризм с концентрацией всех интересов на себе, сочетание грубости к одним и услужливости к другим, мстительность, агрессивность, медлительность, ухудшение памяти, трудности переключения, проявления олигофазии. Эти особенности хорошо видны при экспериментальном обследовании: от неудач многие делаются нетерпеливыми, сердитыми, раздражительными. Аффект, напряженный, вязкий, может сохраняться длительное время. У большинства больных эпилепсией эмоциональная сфера как бы гипертрофируется, эмоциональная насыщенность становится настолько велика, что может перейти в постоянную аффективную напряженность, и поэтому больные становятся гиперчувствительными к внешним раздражителям. Данные нарушения бывают различной степени тяжести.

Вопреки этому, в современной эпилептологии в ряде случаев наблюдается тенденция отрицать качественную специфику изменений личности при эпилепсии, многие авторы упоминают об отсутствии изменений личности, нарушений когнитивных процессов и считают, что болезнь проявляется исключительно в судорожных состояниях. Например, по данным Д.Н. Исаева: «...изменения психики либо совсем не обнаруживаются, либо малозаметны при ненаправленной беседе». И еще: (Л.О. Бадалян, М.Н. Никанорова, (2001)): «Встречаются как больные с выраженным повреждением мозга и неврологическим дефицитом, так и совершенно нормальные в неврологическом отношении дети с нормальным интеллектом».

Между тем, при обращении родителей детей с эпилепсиями в Центры психологической помощи, к школьным психологам или в другие психологические службы, одной из основных проблем оказывается нарушение межличностных взаимодействий с друзьями, одноклассниками, сиблингами, особенно при отсутствии осведомленности окружающих людей о болезни ребенка. Родители обеспокоены тем, что ребенок не имеет друзей, часто агрессивен, дерется, долго помнит обиду, грубит учителю, особенно если педагог придерживается авторитарного стиля. Администрация и педагоги школ предлагают таким детям переходить на домашнее

обучение, мотивируя это предложение тем, что у ребенка может развиваться приступ, и они не могут брать на себя ответственность за больного ребенка. К сожалению, в большинстве случаев родители и дети вынуждены скрывать диагноз, даже если приступы отсутствуют в течение длительного времени.

Кроме характерных изменений в поведении у таких детей возникают сложности и в учебной деятельности. Родители просят психолога поработать с ребенком для преодоления невнимательности, крайней медлительности. «Все понимает, но такой медлительный. Не может сдержаться, если его кто-нибудь обозвал, сразу лезет в драку». – Это пример описания мамой проблем ребенка на консультации у психолога.

Экспериментально-психологическое исследование понимания эмоций детьми и подростками, больными эпилепсиями

В Центре ППРК «Детская личность» было проведено исследование эмоциональной сферы у детей с эпилепсиями с сохранными интеллектуальными возможностями или с легким когнитивным дефицитом. Всего было обследовано 30 детей и подростков в возрасте 8-18 лет. На первом этапе применялись стандартные проективные методики: «Сказочный апперцептивный тест», «Расскажи историю», «САТ», «Рисунок человека», цветовой тест Люшера. Как известно, эти тесты направлены на выявление внутренних конфликтов личности, скрытых мотивов и пр. Тест «Рисунок человека» из всех психодиагностических рисуночных тестов является наиболее распространенным, для него разработана система интерпретации признаков.

Исследование детей этими методами, к сожалению, не дало существенных результатов. Дети в большинстве случаев не проявляли интереса к самому процессу тестирования и выполняли тест формально. При составлении историй по картинкам долго подбирали слова, быстро истощались, не принимали ситуацию как проекцию собственных отношений. Ответы были малоинформативными, формальными, в некоторых случаях дети вообще не могли придумать даже одного предложения. Особые трудности вызывала длительность диагностической процедуры.

Результаты диагностики по тесту Лю-

шера показали устойчивые личностные предпочтения, практически одинаковые для всех испытуемых. Большинство детей предпочитали красный, желтый, зеленый цвета, которые по интерпретации данной методики символизируют активность, агрессивность, наступательность, властность, стремление к общению, честолюбие, веселость, самоуважение, упрямство, самоуверенность.

Рисунки детей, больных эпилепсией, были предметом исследования С.А. Болдыревой.

При обследовании в центре было выявлено, что ребенок, страдающий эпилепсией, не может придать рисунку ту характерную динамичность, которая наблюдается в детских рисунках в норме. Имеет место повторение тематики рисунка, но стереотипии не прослеживаются. Рисунки некоторых больных находились на гораздо более ранних возрастных стадиях развития, чем у детей того же возраста в норме.

Полученные результаты по выполнению рисунка человека подтвердили данные С.А. Болдыревой. Так же можно отметить из-



лишнюю детализацию и неадекватность в пропорциях на большинстве рисунков. Для подростков характерно выполнение рисунка штрихами, из чего можно сделать выводы об упрямстве и настойчивости, неумении ограничивать себя.

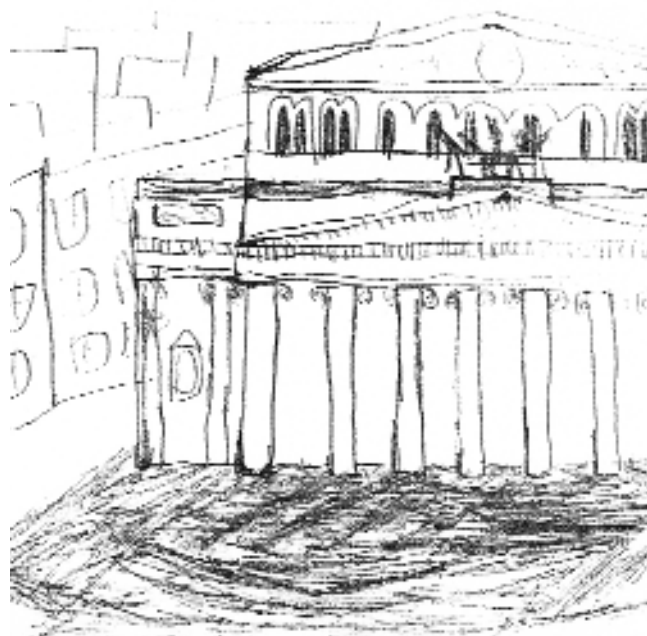
Таким образом, применение стандартных тестов фактически дало меньше диагностической информации, чем уже имевшаяся из клинической беседы и наблюдений за больными.

В центре «Детская личность» была разработана модификация методики «Рисунок человека», подстроенная под задачи данного исследования.

Ребенку или подростку предлагалось нарисовать двух человек: доброго и злого.

Дети с интересом приступали к выполнению задания, спрашивали, какого человека надо рисовать первым. Большинство испытуемых, узнав, что нет жестких требований в последовательности рисунков, начинали со «злого». Часто дети 9-13 лет комментировали свои рисунки. Комментарии были очень эмоциональными: «Ух какой злой! Он бы мог убить всех». Подростки, выполняя задание, в основном молчали, но тщательно прорисовывали детали и волновались за качество рисунка.

Типичными для рисунков были неточности в изображении лиц: они не соответствовали эмоциональным состояниям. Дети не могли передать характерные признаки доброго человека. Нельзя говорить о том, что они не придавали значения деталям лица, но их словесные комментарии не совпадали с тем, что они рисовали. Например, мальчик 10 лет, ученик гимназии, рисуя лицо злого человека, говорил, какой он злодей, изображая при этом рот, закругленный кверху. Следует отметить, что, рисуя злого человека, больные старались отягощать фигуру различными видами оружия: автоматом, ножом и др. Они больше делали акцент на речевые высказывания во время рисунка и на оружие, чем на характерные мимические подтверждения. Понимание детьми злого человека у большинства отождествлялось с внешней агрессией. В некоторых случаях невозможно было различить рисунки без комментариев больного, настолько изображения были похожи между собой. При интерпретации данных изображений по признакам рисунка можно говорить о контроле больного за те-



лесными импульсами, о чрезмерной озабоченности властью и силой, избегании зрительного контакта, проявлениях агрессии, склонности к тщеславию и высокомерию, экспансивности, компенсаторном превознесении себя в воображении.

Если проанализировать отдельно рисунки доброго и злого человека, то больше информативен второй вариант. При анализе рисунка доброго человека по сравнению со злым можно говорить об уменьшении агрессии, о меньшей озабоченности контролем за телесными импульсами.

Данный метод оказался довольно информативным для исследования нарушений эмоциональной сферы детей с эпилепсиями. Он показал, что дети имеют значительные трудности с субъективным эмоциональным пониманием злого и доброго человека, надеясь, а иногда полностью отождествляя злого с агрессией, направленной во вне.

Вторая методика, разработанная нами, была направлена на исследование возможностей детей, больных эпилепсиями, различать эмоциональные состояния. Детям предъявляли 4 схематических изображения лица со следующими эмоциями: радость, злость, грусть, удивление. Затем предлагали рисунок лица и фотографии лица с теми же эмоциями. Больные должны были определить эмоциональное состояние.

Результаты исследования показали, что больные испытывали сложности уже в определении эмоций радости и злости. Дети с трудом и долго подбирали само слово, обоз-

начающее эмоцию, хотя инструкцию они понимали хорошо. Характерной интерпретацией карточки с изображением радости была следующая: «он веселый, хорошее настроение, веселится». Большинство детей были несостоятельны в определении эмоций грусти и удивления. Наиболее типичные ошибки: о грусти - «плохое настроение», «расстроился», «плачет»; об удивлении - «орет», «плачет», «испугался».

К увеличению ошибок при интерпретации приводило первичное предъявление не схематических изображений, а фотографий людей. Больные делали больше ошибок, а иногда говорили, что они не знают, какие это эмоции.

Таким образом, можно говорить о проблеме ошибочного восприятия мимики людей детьми, больными эпилепсиями. Больные не учитывают мимические признаки силы проявления эмоции, путая хорошее настроение с выраженной радостью, даже на простых картинках, где основные признаки эмоции выделены. При интерпретации фотографии, несущей намного больше эмоциональных проявлений, чем рисунок, больные сталкиваются с проблемой самостоятельного распознавания основных, то есть информативных мимических сигналов эмоционального состояния человека. Возможно, неточное распознавание мимических выражений приводит к неправильной интерпретации

детьми различных ситуаций в целом, а следовательно, к нечеткости понимания ситуации при общении. Ясно, что ориентация на речевое высказывание в беседе и недостаточное или ошибочное понимание мимики собеседника, учителя, друга и т.д. могут приводить к неадекватным поступкам. Между тем тенденция к отрицательной интерпретации эмоционального состояния окружающих людей может приводить к частому аффективному реагированию. Как указывают ряд исследователей (Э.Блейлер, К.Ясперс), аффект тормозит все те ассоциации, которые противоречат ему, и способствует возникновению тех ассоциаций, которые ему соответствуют. Помимо этого он повышает значимость соответствующих ему ассоциаций и понижает значимость противоположных.

Заключение

Проведенное исследование позволило наметить пути психологической диагностики особенностей эмоциональной сферы детей, больных эпилепсиями.

Полученные результаты исследования больных в различении эмоций, в особенности позитивных, во многом объясняют характерные реакции в поведении таких детей.

Предложенные методики могут использоваться психологами для диагностики особенностей эмоциональной сферы детей и подростков, больных эпилепсиями.

Литература

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1995.
2. Бадалян Л.О. Невропатология. - М.: Academia, 2001.
3. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. - СПб.: Речь, 2002.
4. Хрестоматия по детской патопсихологии / Под ред. Н.Л. Белопольской. - М.: Когито-Центр, 1995.
5. Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие. - М., 1974.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во МГУ, 1986.
7. Ясперс К. Общая психопатология. - М., 1995.
8. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974.