

УДК:616. 853-08:615.851

О.С. Чабан<sup>1</sup>, В.В. Завгородня<sup>2</sup>

## ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З НЕПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ\*

<sup>1</sup>Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ;<sup>2</sup>Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня №1, ЛЕНЦ «Епілепсія»**Ключові слова:** психотерапія, епілепсія, непсихотичні розлади, специфічні зміни особистості.

Пошук ефективних методів психотерапії та покращення якості життя хворих на епілепсію залишаються серед найважливіших завдань сучасної епілептіології. Актуальність проблеми визначається не тільки розповсюдженістю різноманітних форм епілепсії, частим виникненням хвороби у працездатному віці, суб'єктивною тяжкістю прийняття хвороби, а й об'єктивною значущістю низки факторів. До їх числа належать високий відсоток хворих, в яких залишаються епілептичні приступи (при зменшенні їх кількості), незважаючи на протисудомну терапію, посилення специфічних змін особистості з набуванням психопатологічних синдромів дефіцитарного характеру та поступове зменшення соціальної адаптації [4, 6].

При терапії епілепсії необхідно враховувати, що зміни психічного стану хворих можуть бути викликані різними етіологічними факторами: а) пре- та постіктальними змінами психічного стану; б) змінами психічного стану як еквіваленту епілептичного приступу; в) розладами непсихотичного рівня у хворих на епілепсію, як прояв дезадаптаційних процесів особистості та вторинно-невротичних сполучень (внаслідок реакції хворого на захворювання).

Психотерапія, яка проводиться у комплексі лікування хворих на епілепсію, може мати патогенетичну мету (при дезадаптаційних непсихотичних розладах) чи проводиться як допоміжне і симптоматичне лікування (психологічне опрацювання психічних еквівалентів епілептичних приступів та пре- і постіктальних змін психічного стану). Її патогенетичне застосування базується на таких теоретичних принципах: багаторівневий підхід — при діагностиці преморбідних якостей особистості, рівня особистісних змін, причини змін психічного стану; системний підхід — при визначенні ступеня психотерапевтичного втручання залежно від актуальних особистісних можливостей для опрацювання хворобливого стану; індивідуальний підхід — формування фокусу психотерапевтичного втручання у контексті актуального запиту.

Відомо, що при захворюванні на епілепсію у 34% випадків спостерігаються специфічні зміни особистості [7], які пов'язують із проявами епілептичної енцефалопатії [1, 2, 3, 8]. Специфічні зміни особистості при епілепсії проявляються у трьох сферах психічної діяльності — емоційній, поведінковій та когнітивній. Під час розвитку специфічних змін особистості при епілепсії першими виникають емоційні та по-

ведінкові порушення, а потім когнітивні розлади. Наростання когнітивних порушень, які починають домінувати у клінічній картині змін особистості у сполученні із збільшенням соціальної дезадаптації хворих, з часом формує епілептичне слабоумство [5]. Тому діагностування особистісних змін та аналіз збереженої особистісної структури особистості, яка здатна опрацювати психотерапевтичний матеріал, є специфічним завданням психотерапевтичної діагностики при епілепсії.

**Матеріали та методи досліджень.** Нами було проведено комплексне обстеження 20 хворих на епілепсію з непсихотичними розладами (F06.83 — 10 хворих; F07.0 — 7 хворих, F07.8 — 3 хворих) віком від 20 до 58 років за допомогою клініко-психопатологічного, патопсихологічного методів дослідження. За непсихотичними розладами дана група мала наступний розподіл: помірний депресивний епізод (F 32,1) — 3 хворих (15%), важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F 32,2) — 1 хворий (5%), циклотимія (F34,0) — 1 хворий (5%), інші тривожно-фобічні розлади (F40,8) — 2 хворих (10%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F41,2) — 3 хворих (15%), інші змішані тривожні розлади (F41,3) — 1 хворий, змішані obsесивні думки та дії (F42,2) — 1 хворий (5%), розлад адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція (F43.22) — 2 хворих (10%), розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки (F43,25) — 3 хворих (15%), дисоціативний розлад моторики (F44,4) — 1 хворий (5%), змішаний дисоціативний (конверсійний) розлад (F44,7) — 1 хворий (5%) та емоційно неврівноважений розлад особистості (F60,3) — 1 хворий (5%). До базової схеми лікування додавалась психодинамічна терапія як метод для опрацювання непсихотичної симптоматики.

**Результати досліджень.** У комплексі терапевтичних втручань, які проводилися щодо даної категорії хворих, ми використовували різні методи психодинамічно-орієнтованої психотерапії.

У дослідженні переважали індивідуальні сеанси, що за даними літератури є більш ефективною формою роботи з даною категорією пацієнтів.

За структурою психотерапевтичне лікування мало такі етапи: діагностичне психотерапевтичне інтерв'ю, індивідуальне складання терапевтичного плану лікування, фокусна психодинамічноорієнтована психотерапія (експресивно-підтримуючий підхід), завер-

шення психотерапевтичної роботи із закріпленням досягнутих результатів.

На діагностичному етапі (2–3 сеанси) застосовували комбіноване та спеціалізоване психіатричне та психодинамічне інтерв'ю (з використанням психопатологічного та психодинамічного підходів). За допомогою спеціалізованого інтерв'ю проводили діагностику форми епілепсії за МКБ-10; визначали рівень зниження особистості під впливом епілептичного процесу, преморбідні якості особистості, типологічну її організацію, досліджували переважаючі механізми психологічних захистів, які використовує хворий, та надавали пробні психодинамічні інтерпретації з аналізом опанування їх пацієнтом. Головна спрямованість даного етапу — діагностична.

На етапі складання індивідуального терапевтичного плану (1–2 сеанси) на підставі діагностичних даних та актуального запиту пацієнта проводили обговорення та формування фокусу психотерапевтичного впливу. Використовуючи матеріал первинного інтерв'ю та актуальні скарги пацієнта, за допомогою психодинамічного методу аналізу, формували модель конфлікту в актуальній ситуації як і шляхи її опрацювання, що формувало базу терапевтичному альянсу для початку психотерапевтичної роботи. Головна спрямованість даного етапу — прогностична.

Базовим принципом для корекції порушень у психічній сфері для хворих на епілепсію було адекватне застосування психотерапевтичних технік відповідно до рівня організації особистості та можливостей опрацювання психологічного матеріалу. У комплексі психотерапевтичної корекції на лікувально-корегуючому етапі (5–12 сеансів) використовували методи, які базувалися як на загальній моделі психоаналітичної психотерапії, так і на експресивних та підтримуючих техніках.

У процесі психотерапії неспсихотичних розладів при епілепсії загальну модель психоаналітичної психотерапії використовували у пацієнтів, які мають: достатньо добре структуроване Его; стабільну преморбідну особистісну структуру, яка активно протидіє руйнуючому впливу епілептичного процесу; рідку частоту епілептичних приступів, повільне розгортання особистісних змін, збереженість спостережючого Его та асоціативних і символічних процесів. Система психотерапевтичної корекції для таких хворих будувалася на підставі дидактичного підходу, якій передбачав: збільшення відносної сили Его-процесів, використання пацієнтом більш адаптивних механізмів захисту. При цьому у процесі психотерапевтичного впливу активно використовували техніки аналізу опору та переносу, роботу з емпатією та контейнуванням, інтерпретативні та реконструктивні техніки.

Експресивні та підтримуючі техніки психотерапевтичного впливу при психотерапії неспсихотичних розладів у хворих на епілепсію використовували у тих осіб, які мали межову преморбідну особистісну структуру або виражені зміни особистості. Такі хворі мали поступову втрату спостережючого Его, хаотичні переходи між різними станами Его (що заважало формуванню стабільного терапевтичного альянсу); дифузну

ідентичність та хрупкість Его-кордонів, переважання атакуючих Его-афектів дистимічно-дисфоричного кола та необхідність опрацювати їх за допомогою примітивних механізмів захисту; поступове зменшення символічних асоціативних процесів. Система психотерапевтичної корекції для таких хворих будувалася на підставі уявлень про функціонування межових розладів, які передбачають: стабілізацію та посилення Его-функцій, зменшення використання примітивних (первинних) та збільшення долі вторинних механізмів захисту, що покращувало адаптивні можливості та якість життя даної категорії хворих.

При використанні експресивних технік залучались такі базові методики: а) формування безпечних кордонів терапевтичного процесу — для хворих на епілепсію з вираженими змінами особистості характерні часті зміни Его-станів, що зумовлювало необхідність формувати чітку психотерапевтичну рамку в роботі з ними; б) техніку описання контрастних чуттєвих станів — формування інтерпретацій для хворих на епілепсію, які втрачають здатність до самостійних інтегративних функцій, має містити в собі повністю описаний інтегральний образ матеріалу, що аналізується (терапевт виконував функцію допоміжного Его для пацієнта — як модель відновлення та посилення втрачених функцій); в) техніку інтерпретації примітивних захистів — при частковому збереженні у пацієнтів спостережючих функцій Его; г) «звернення до пацієнта за консультацією» — як засіб підвищення відчуття автономії у пацієнтів та укріплення терапевтичного альянсу; д) підтримка індивідуалізації та перешкода регресії — для запобігання флуктуації Его-станів та укріплення стабільного настрою; е) техніку інтерпретації у стані спокою — як головну техніку опрацювання актуального домінуючого афекту (аналіз роздратованості, емоційної лабільності, напруженості проводився після того, як пацієнти відходять від охоплення даними почуттями).

Слід зазначити, що всі окреслені техніки психотерапевтичного впливу зазнавали певних змін при роботі з неспсихотичними розладами у хворих на епілепсію. Характерною ознакою таких змін є переважна робота на конкретному (не символічному) рівні та вибір техніки відповідно до психогенезу симптоматичних розладів.

При використанні підтримуючих технік для хворих на епілепсію з неспсихотичними розладами враховувалися фактори дестабілізуючого впливу, які викликають періодичну дестабілізацію у пацієнтів даної категорії. Такими факторами є епілептогінез хвороби та весь комплекс церебральних впливів, обумовлених органічним враженням (дисфункцією) мозку. Такі коливання накладають на Его пацієнта додаткове навантаження та вимагають частіше використовувати примітивні механізми психологічного захисту. Для зміцнення Его-функціонування ми використовували такі базові підтримуючі методики психотерапевтичного впливу: а) створення стабільної та безпечної психологічної атмосфери під час сеансу з відчуттям надійності терапевтичних стосунків, що допомагало хворому стабілізувати власне функціо-

нування; б) підтримуючу та просвітницьку модель психотерапії — при станах дезорієнтації в власних психічних почуттях у хворих (при зміщенні психічних еквівалентів приступів з базовим психічним функціонуванням, коли тривога чи відчуття «сходження з розуму» є аурую чи психічним еквівалентом приступу та не розглядається хворим як ознака хвороби, а сприймається як частина особистісного функціонування); в) техніку пов'язання афектів тривоги з певними життєвими стресами пацієнтів — початком використання даної техніки було приєднання до домінуючого афекту пацієнта, підтримуюче коментування його стану з поступовим спрямуванням до аналізу витоків домінуючого афекту.

Загальний фокус психотерапевтичного впливу формувалася залежно від запиту хворого, але загальне завдання лікувально-корегуючого етапу відповідало рівню особистісного функціонування та симптомокомплексу неспсихотичного розладу. Для хворих з мінімальним рівнем змін особистості головним завданням даного етапу була корекція, покращення невротичних захистів і зміщення функціонування Его у межах преморбідного типу особистості. Для хворих із межевою структурою особистості та середнім чи вираженим рівнем епілептично зумовлених змін особистості головним завданням на даному етапі було зміцнення збережених частин особистісного функціонування, корекція первинних (архаїчних) захистів, зменшення дифузності Его-ідентичності та посилення Его-кордонів. Головна спрямованість психотерапії даного етапу — патогенетична.

Заключний профілактично-закріплюючий етап спеціалізованої психотерапевтичної допомоги хворим на епілепсію з неспсихотичними розладами (1–2 сесії) був спрямований на закріплення досягнутого терапевтичного результату, окреслення набутих знань, навичок емоційного та поведінкового реагування, закріплення корисного інтерпретативного матеріалу. Головна спрямованість психотерапії даного етапу — профілактична.

Аналіз ефективності застосування психотерапії у досліджених хворих показав, що редукція неспсихотичних розладів мала місце у 73% випадків. При цьому спостерігалось покращення як особистісних, так і емоційних проявлень захворювання, а також показників соціальної адаптації.

**Висновки.** Головними принципами побудови системи психотерапії для хворих на епілепсію з неспсихотичними розладами є :

- 1) системність, багаторівневість діагностики та психотерапевтичного впливу;
- 2) етапність психотерапевтичних втручань, які базуються на дидактичному підході;
- 3) диференційоване використання психотерапевтичних підходів та технік залежно від рівня функціонування особистості, ступеня епілептологічного впливу й можливостей особистісного опрацювання матеріалу неспсихотичного розладу;
- 4) коригування методик при застосуванні їх у хворих зі специфічними особистісними змінами, зумовленими епілепсією;
- 5) максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу.

#### Література

1. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
2. *Болдырев А.И.* Социальный аспект больных эпилепсией. — М.: Медицина, 1997. — 208 с.
3. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии. — М., 1999. — 416 с.
4. *Максимова А., Фрейзер В.* Психотерапия эпилепсии. — Берлин: Блеквел Виссеншафтс-Ферлаг, 1998. — 180 с.
5. *Носов С.Г.* Особенности специфических изменений личности у больных эпилепсией // Вісник епілептології. — 2004. — № 2 (9–10). — С. 7–10.
6. *Смышляев Э.Б.* Исходные состояния эпилепсии (эпилептическое слабоумие) — М., 1960.
7. *Шаниро Б.А.* К вопросу о классификации психических расстройств при эпилепсии и эпилептических синдромах // Вісник епілептології. — 2003. — № 2 (5–6). — С. 35–37.
8. *Trimble M.R.* A neurobiological perspective of the behavior disorders of epilepsy // Disorders of Brain and Mind. — Cambridge University Press, 1999. — P. 233–251.

#### ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.С. Чабан, В.В. Завгородняя

В работе приведены данные о применении специализированной психотерапии в лечении неспсихотических расстройств у больных эпилепсией. Описаны основные направления психотерапии и предложена система специализированных психотерапевтических техник. Отображены принципы построения психотерапии при данных расстройствах.

**Ключевые слова:** психотерапия, эпилепсия, неспсихотические расстройства, специфические изменения личности.

#### THE PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH EPILEPSY WITH NONPSYCHOTIC DISORDERS (THE METHOD OF PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCE)

O.S. Chaban, V.V. Zavhorodnyaya

In the article are described particularities of psychotherapeutic diagnostic of nonpsychotical disorders of patients with epilepsy which is connected with specifically personality changes at epilepsy.

There are described special modification of the technique of therapeutic work at epilepsy.

**Key words:** psychotherapeutic technique, epilepsy, nonpsychotic disorders, changes of personality.

Надійшла 14.10.2009