# Психологическая диагностика при эпилепсии

**Э**пилепсия на протяжении многих десятилетий является областью обширных клинических и функциональных междисциплинарных исследований.   
Очевидно, что это – пограничное нервно-психическое заболевание со сложным этиопатогенезом, полиморфной клиникой и весьманеоднозначным прогнозом, несмотря на несомненные успехи лекарственного и хирургического лечения.   
В многочисленных монографиях и руководствах по психиатрии и неврологии детально описываются формы эпилепсии, типы припадков,пароксизмальные и внепароксизмальные нарушения в психической сфере; преходящие и относительно стойкие нарушения познавательных процессов, характера и личностибольных, длительно страдающих эпилепсией. Однако даже в ряде известных отечественных монографий по эпилептологии последних лет (Болдырев А.И., 1984;Карлов В.А., 1990; Чхенкели С.А., Шрамка М., 1990) не приводятся результаты психолого-диагностических исследований при этой патологии, хотя и признается ихнеобходимость.   
Последнее обстоятельство, видимо, связано с недостаточным уровнем проникновения идей и методов медицинской психологии в эпилептологию,хотя не вызывает сомнений системный характер нарушений в психической сфере при эпилепсии.   
Между тем эпилепсия как одна из наиболее распространенных форм нервно-психической патологии, связанной с органическим повреждением мозга,уже более 100 лет является областью клинико-психологических наблюдений и экспериментально-психологических исследований. Первые психолого-диагностическиеисследования приэпилепсии были выполнены еще в конце XIX – начале XX вв. и связаны с именами В.А. Бехтерева, Э. Крепелина, А.Н. Бернштейна и др. Вуказанных исследованиях изучение сенсомоторных реакций, особенностей внимания и памяти, мыслительных процессов и речи соотносились с клиническими(описательными) характеристиками личности больных, страдающих эпилептическими припадками и их психическими эквивалентами,что позволило проследитьпричинно-следственные зависимости.   
Прогресс в создании антисудорожных препаратов и хирургического лечения эпилепсии протребовал разразработки более четких иобъективных диагностических критериев оценки функционального состояния мозга у больных, локализации преимущественных очагов поражения и определенияэффективности различных методов лечения. Впервые комплексные клинические, нейрофизиологические и экспериментально-психологические исследования такогоплана стали проводиться под руководством У. Пенфилда в 50-х годах.   
К настоящему времени накоплен большой опытмедико-психологических исследований больных эпилепсией как взрослых, так и детей. Этот опыт обобщен в ряде работ (Вассерман Л.И., 1989), однако ихзначение неуклонно возрастает. Обусловлено это, как нам представляется, рядом факторов:   
**1. Распространенностью эпилепсий в популяции**, которая, по данным эпидемиологических исследований, в развитых странах достигает 0,3 –1,2% и имеет тенденцию к увеличению. По данным экспертов ВОЗ, в мире насчитывается около 50 миллионов больных эпилепсией, что представляет серьезнуюпроблему не только для клинической медицины и здравоохранения, но и для общества в целом.   
**2. Расширением и углублением наших знаний об этиопатогенезе**, мозговых механизмах симптомообразования в сложной,полиморфной картине пароксизмальных и внепароксизмальных нарушений при эпилепсии, в частности при фокально-кортикальных ее формах: наличиедоминирующих и функционально обусловленных очагов в коре и подкорковых образованиях, вовлечение в патологическую цепь симметричных отделов другойгемисферы, наличие ультраструктурных изменений мозга под влиянием гипоксии вследствие припадков в тех мозговых структурах, которые граничат сэпилептическим фокусом и др.   
**3. Развитием современных представлений об интегративной(системной) деятельности мозга**, которые позволяют по-иному анализировать генез сложных и неоднозначных психических (психологических) феноменов приорганических поражениях различных его отделов, в том числе и при эпилепсии. Расстройства психических процессов при эпилепсии, например, могут бытьобусловлены не только поражением полушария (или одной из его долей), но и изменением межполушарного взаимодействия, влиянием одностороннего очага надеятельность интактного полушария, а также нарушением взаимосвязи кортикальных структур с лимбическими образованиями и морфофункциональным комплексом стволамозга.   
**4. Связью с рядом биологических и лекарственных факторов**, патоморфизмом эпилепсии, ее клинических проявлений, что подчеркивается многимиэпидемиологическими исследованиями (Болдырев А.И., 1984; Карлов В.А., 1990, Максутова Э.Л., 1995). Следует подчеркнуть, что в настоящее время наблюдаетсяпреобладание относительно нетяжелых форм эпилепсии и в стационарах находится лишь 8–10% всей популяции больных.   
Однако существует около 30% больных, резистентных к медикаментозной терапии, для которых хирургическое лечение является,по-видимому, наиболее адекватным способом компенсации и вторичной профилактики (Чхенкели С.А., Шрамка М., 1990).   
На ранних этапах заболевания, как правило, не наблюдается выраженных психических нарушений, у больных сохранена критика к своемузаболеванию (исключая дебют в раннем детском возрасте).  
В литературе последних лет доминирует представление о том,что психические изменения при эпилепсии встречаются чаще всего в форме “пограничных”, неврозоподобных расстройств, астенических состояний,навязчивостей, эффективных расстройств и характеропатий, а не грубых интеллектуально-мнестических и личностных нарушений.   
Последние описываются преимущественно при длительном и прогредиентном течении заболевания. Сам же “эпилептический”, органическийдефект у больных эпилепсией является в известной мере функционально-динамическим, при котором важную декомпенсирующую роль играютличностно-средовые взаимоотношения и реакция на болезнь. Другиеизменения личности при эпилепсии также не являются выржением необратимого эпилептическогодефекта, а зависят в большей мере от констеляции биологических, индивидуально-психологических и социальных факторов, среди которых существенноеместо следует отвести социальной фрустрированности и эмоциональному стрессу. Факт констатации эпилепсии, не всегда правильное понимание больными и ихсоциальным окружением сущности болезни, ее прогноза, неизбежное ограничение общественными институтами социальной активности больных дезаптирует их в социальном плане инередко приводит к вторичным (неврозоподобным и психопатоподобным) нарушениям психической деятельности.   
**5. Успехи лекарственного и хирургического лечения эпилепсии** (включая стереотаксические методы диагностики и коррекции)требуют, в свою очередь, повышения точности и надежности идентификации расстройств познавательной и личностной сферы, как при уточнении первичных(исходных) данных, так и для оценки динамики лечения и социально-трудовой реабилитации больных.   
Значение медико-психологического аспекта изучения эпилепсии связано с развитием общемедицинской концепции реабилитации, внедрением вклиническую практику различных видов психотерапии и социотерапии, психогигиены и психопрофилактики. Это несомненно повышает интерес ксоциально-психологическим аспектам функционирования больных и специализации лечебных учреждений, привлекает к медицинской психологии особое внимание. Онастановится инструментом и средством, способствующим не только позитивной диагностике особенностей психических функций, состояний и личности больных, нои активной коррекции нарушенных систем отношений личности в связи с заболеванием.   
Таким образом, интерес к медицинской психологии в клинике эпилепсииобусловлен как особенностями развития эпилептологии, так и общей теории медицины, ее гуманизацией, привнесением личностного фактора в индивидуальноесознание врачей, который в наибольшей мере отражается в реабилитационном подходе.   
Реализация системной деятельности, называемой реабилитацией иимеющей конечной целью восстановление личного и социального статуса больного, в настоящее время не мыслится без идей и методов медицинской психологии, вкоторой трудно переоценить роль психологической диагностики.   
Психологическая диагностика понимается нами как широкаясистема непрерывной оценки больного на всех этапах лечения и реабилитации. Необходимым условием эффективности этой деятельности является определеннаяиерархия взаимоотношений врача и психолога (не говоря уже об отношениях в системе “врач-психолог-больной”), так как любое исследование личности следуетсоотносить с данными обследования организма для единой задачи. Реализация такого подхода представляется наиболее оптимальной в том случае, если работатерапевтического коллектива будет опираться на концепцию функционального диагноза в ее приложении к клинике эпилепсии.   
Клинический аспект – компетенция врача, который уточняет тип течения и формы эпилепсии, частоту пароксизмальных состояний, характерпсихических эквивалентов припадков, особенностей органического поражения мозга (на основе анализа данных электрофизиологической и лучевой диагностики) исопутствующие заболевания; уровень клинической компенсации, признаки лекарственной зависимости и др.

|  |
| --- |
| В задачи же психолога входит оценка медико-психологического и социально-психологического аспектов функционального диагноза. |

***Первый аспект*** предполагает необходимость охарактеризовать особенности психических функций состояний и личности больныхна разных этапах болезни:   
– структуру нарушенных и сохранных психических функций;   
– внутреннюю картину болезни;   
– коммуникативные свойства личности;   
– способы разрешения конфликтных ситуаций и психологическойзащиты;   
– уровень притязаний;   
– внеморбидные факторы психологической дезадаптации больных,имеющие стрессогенный характер и др.   
***Второй (социальный) аспект*** функциональногодиагноза добавляет информацию:   
– о семье больного;   
– о сохранности социальных связей;   
– о трудовых установках;   
– о мотивации деятельности;   
– о специфике ценностных ориентаций;   
– об уровне социальной фрустрированности и др.   
Такой подход, значительно расширяющий и обогащающийнозологический и синдромологический диагноз, позволяет более полно охарактеризовать систему взаимосвязей биологического, психологического исоциального уровня в процессе лечения и реабилитации больных. Отражение методами психологической диагностики индивидуально-личностных особенностейбольных эпилепсией является важнейшей предпосылкой для разработки адекватной системы психотерапевтической помощи больным и их семьям, условий для социально-трудового приспособления больных, особенно в сложных жизненных условиях, способных привести к дополнительным социально-стрессовым расстройствам.   
Особую ценность представляет психодиагностика на ранних этапах наблюдения больных эпилепсией, когда только формируются основные формыличности. Можно с полным основанием утверждать, что чем меньше тяжесть заболевания (в клинической оценке), ее прогредиентность, тем большее значениеследует придавать личностным и ситуационным факторам болезни, представляющим потенциальную угрозу для нарушений психической адаптации больных.Психологическая диагностика при этом должна быть направлена на выявление содержательных характеристик личности – факторов риска психической дезадаптациии, тем самым, на поиск психотерапевтических “мишеней”, опираясь на которые врач совместно с психологом может организовать систему помощи больному в трудной длянего ситуации переживания болезни и личностно-средового взаимодействия.   
Так, например, в качестве психотерапевтических “мишеней”могут служить типы личностного реагирования на болезнь (отношение к болезни) больных с разными формами болезни и типами припадков. Наши исследования,проведенные на большом материале, показали, что имеются различия в типах отношения к болезни у больных с первично-генерализованными (общесудорожными) икомплексными парциальными припадками (височная эпилепсия).   
У последних отчетливо преобладает дезадаптивный характеротношения к болезни с формированием астено-ипохондрических проявлений и патохарактерологических изменений, а также других расстройств. Их можнорассматривать как трансформацию личностных особенностей при социальном функционировании в ситуации болезни.   
Негативные эмоционально-личностные компоненты отношения к болезни существенно нарастают и меняют свою структуру при увеличениидлительности заболевания, частоты припадков и у больных с клинически выявляемыми изменениями личности.   
В то же время ценностно-ориентационная система (ценностное сознание) больных эпилепсией, рассматриваемая как высший уровень саморегуляцииличности, в значительной мере сохранена (сходна с нормой). Глобальной деструкции ценностей-целей в связи с болезнью не наступает.   
Больные сохраняют достаточно высокую идентификацию с макро- и микросоциальным окружением. В большей мере меняются ценности-средствадостижения цели, отражая те личностные изменения (преимущественно по органическому типу), которые формируются в процессе болезни.   
Данные примеры, разумеется, следует рассматривать в контексте результатов исследования когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферыпсихической деятельности больных и учитывать при разработке индивидуальных программ психологической коррекции.   
Методы психологической диагностики практически незаменимы для оценки динамики психического (функционального) состояния больных в процесседифференцированного противоэпилептического лечения, включая и нейрохирургическую коррекцию. Наблюдение и объективный экспериментально-психологический анализизменений в психической сфере и поведении больных, личностного реагирования на болезнь, лечение и реальную жизненную ситуацию, понимание и осознание имисвоего заболевания и отношение к нему, изменения ценностного сознания, социальных позиций и трудовых установок под влиянием лечения – все эточрезвычайно важно для своевременной и направленной психологической коррекции на любом этапе работы с больными, прежде всего, в связи с задачами вторичнойпсихопрофилактики.   
Проблема заключается в том, что клинический, психопатологический анализ состояния больного, субъективные впечатления одинамике личностных изменений больных необходимо дополнять объективно-психологическими, экспериментальными исследованиями с помощьюадекватных для этой цели психодиагностических методик, способных воспроизводить полученные феномены и оценивать степень их выраженности. В современных условияхтакой подход может быть реализован при создании “банка” клинической и психодиагностической информации о больных на основе использования персональнойвычислительной техники.  
Как показывают наши исследования, необходимо умело и тонко сочетать психологическое наблюдение с результатами применения тестовых инетестовых методик экспериментального исследования. В диагностическом процессе качественные и количественные показатели должны рассматриваться во внутреннемединстве, дополняя друг друга. Задача медико-психологического исследования, как правило, формулируется врачом (или, по возможности, совместно с опытнымпсихологом), но приоритет в выборе методов исследования принадлежит всегда психологу.  
Особенно значимой представляется психологическая диагностикадетей больных эпилепсией, так как она способствует уточнению факторов, участвующих в формировании их личности и характера. Прослеживая формированиеличности ребенка (подростка) в условиях патологического развития: отношение к нему со стороны микросоциального окружения (семьи, школы), можно более четкопредставить себе этапы становления так называемого эпилептического характера у взрослых, начиная с детских лет.  
Особенностью психолого-диагностической работы в детской эпилептической клинике является широкое применение игровых методик исследованияличности и психологической коррекции поведения, целенаправленная работа с семьей больного ребенка.  
Опыт работы психологов детского психоневрологического отделения Института им. В.М. Бехтерева показывает, что психотерапевтическаяработа с детьми, страдающими эпилепсией, должна строиться только на основе учета личностных факторов, конкретных обстоятельств жизни ребенка (подростка),психогенных факторов, характерных для детей в разные возрастные периоды, а также при истинно партнерских взаимоотношениях с семьями больных детей. Значениепоследнего обстоятельства предполагает также широкое использование методов психологической диагностики и коррекции семьи как малой группы, чтонеоднократно подчеркивается специалистами.  
Важное теоретическое и практическое значение в изучении механизмовмозга при эпилепсии как междисциплинарной проблемы имеет нейропсихология. Нейропсихологическая диагностика, применение которой в эпилептологииисторически тесно связано с развитием хирургического лечения эпилепсии, решает вопросы топической диагностики очагов поражения мозга в предоперационномисследовании больных, оценивает динамику восстановления специфических и неспецифических компонентов высших психических функций. Спецификанейропсихологической диагностики при эпилепсии заключается в том, что при этой патологии в дооперационном периоде крайне редко выявляются свойственные клиникелокальные поражения мозга (травматического, сосудистого, опухолевого генеза), очаговые нейропсихологические синдромы (афазии, агнозии, апраксии и др.).Нарушения высших психических функций выражены, как правило, негрубо и выявляются лишь при использовании тонких сенсибилизированных проб и заданий.Поэтому методики нейропсихологической диагностики при эпилепсии кроме валидности и надежности должны обладать особой чувствительностью кслабоструктурированным расстройствам, быть относительно независимыми от интеллектуального и социо-культурального статуса больных.   
В Институте им. В.М. Бехтерева на протяжении многих лет разрабатываются и практически используются стандартизованныенейропсихологические методики для исследования различных сторон речи, гнозиса, праксиса, ориентировки в пространстве, кратковременной памяти различноймодальности и др. При создании многих из этих проб и заданий использовались идеи и методы теории информации и распознавания образов, которые развиваютпредставление о мозге как о системе, воспринимающей, хранящей и перерабатывающей информацию. Введение системы стандартной оценки успешностивыполнения заданий позволяет сопоставлять результаты исследования в индивидуальном и групповом аспектах.   
Наши исследования более 400 больных с различными формами эпилепсии показывают, что при сравнении результатов нейропсихологическогоисследования с данными о локализации (латерализации) инициального эпилептического очага, полученными традиционными для клиники методами, отмечается высокаястепень корреляции этих показателей. Так, сопоставление с психопатологической симптоматикой, имеющей топико-диагностическое значение (характер пароксизмов,их психических эквивалентов, протрагированных эпилептических психических расстройств и др.), выявляет совпадение в 77,8 – 86,7% наблюдений, в то времякак с неврологическими данными подобное совпадение составляет 59%.   
Колебания зависят от распространенности процесса: более высокаястепень совпадений оказалась при этом у больных с относительно изолированными поражениями височных, височно-теменных и лобно-центральных структур (данныекомпьютерной томографии). Столь же высоким было соответствие по электрофизиологическим данным – 83,3 – 84,6% совпадений, однако в 50%наблюдений очаговая локализация пароксизмальной активности по ЭЭГ может отсутствовать или быть многозначной. Чаще наблюдается гипердиагностика височнойэпилепсии – совпадение в 81%. Гиподиагностика имеет место при височно-теменных, височно-лобно-центральных и лобных очагах, которые нейропсихологическиеметодики в отличие от данных клиники выявляют более успешно. Эффективными нейропсихологические методы исследования оказались и при бессудорожныхэпилептических пароксизмах.   
В последние годы успешно развивается нейропсихологическаядиагностика эпилепсии в аспекте функциональной специализации полушарий с учетом вклада специфических и неспецифических структур мозга, что представляет большойтеоретический и практический интерес для изучения закономерностей влияния эпилептического поражения левого и правого полушарий мозга, в частности еговисочных областей. Известно, что медиобазальные структуры мозга непосредственно связаны с лимбическим комплексом – эмоциональными зонами срединных мозговыхструктур, что может отражать особенности эмоциональной сферы, поведения и адаптивной деятельности больных в целом.   
Все три аспекта этой проблемы развиваются в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева, в том числе применительнок медико-психологическим исследованиям при эпилепсии