

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

В.Е. Смирнов

Руководство по психотерапии. – Т., Медицина, 1979. – 620 с.

Применение психотерапии при эпилепсии отличается большая сложность и трудоемкость. Если трудоемкость обусловлена особенностями психической сферы больных, то сложность отражает чрезвычайную многогранность проблемы эпилепсии, разнообразие ее клинических форм и проявлений.

Еще в конце прошлого века А. А. Токарский (1890), отмечая трудности в оценке результатов психотерапии эпилептических приступов, указывал, что успешные результаты достигались, по-видимому, у больных со смешанными истеро-эпилептическими формами заболевания. Им описывались своеобразные и тяжелые случаи, когда приступы усиливались от всех средств, включая бром, они усиливались также и от применения гипнотизма. По его мнению, усиление приступов было связано с понижением деятельности высших нервных центров, усугубленным лечением. А. А. Токарский считал показанным применение гипнотизма "в курсе лечения эпилепсии".

Позднее Vogt (1915) выразил другую точку зрения словами: "Психотерапевтические методы (при падучей) не имеют значения, что само собой понятно". В последующем, в связи с верификацией эпилептического процесса путем электроэнцефалографии и распространением новых противосудорожных средств, психотерапия при эпилепсии была низведена до роли Золушки, чей бал миновал и которую призывали теперь для "уборки" фармакологических или хирургических артефактов, а чаще вообще игнорировали. Об этом свидетельствует анализ публикаций по проблеме эпилепсии в последние десятилетия — в многочисленных сборниках работы по вопросам психотерапии эпилепсии отсутствуют или же единичны. В несколько большем числе работ психотерапия упоминается, как, например, в статье "Психомоторная эпилепсия: реабилитация больных после хирургического лечения, M. J. Horovitz, F. M. Calien, A. Z. Scolnicoff, F. A. Saurde (1970). Авторы сообщают, что после височной лобэктомии расстройства познавательной деятельности у больных обычно оставались и нередко к ним присоединялись новые психические нарушения. Поэтому больные нуждались в психотерапии, которую следовало проводить в среднем не менее года после операции. В материалах V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в разделе, посвященном эпилепсии, работ по психотерапии нет и лишь в 2 статьях из 129 она упоминается в связи с медикаментозным лечением.

В 1953 г. американские исследователи Lennox and Markham выступили со статьей, в которой осветили тяжелое нравственное положение эпилептиков, с детских лет подвергающихся своего рода остракизму со стороны капиталистического общества. По мнению авторов, поддержание в больном надежды и моральных качеств более необходимо, чем педантичное исполнение деталей (время приема лекарств, диета и пр.). Предложенное ими "социально-психологическое лечение" включало в себя ряд продуманных бесед, в которых раскрываются специфические вопросы, волнующие больного.

Примечательна критическая позиция Lennox к одному из ведущих на Западе методов психотерапии. Lennox (1960) сообщает о студентке колледжа, перенесшей легкое повреждение головы без утраты сознания. Спустя несколько месяцев у нее начались слабые судорожные приступы. За исключением ликворного давления на высших границах нормы, все остальные анализы были без отклонений. Врач обнаружил, что каждому приступу предшествовали обстоятельства, которые эмоционально расстраивали больную. Социально робкая личность, свидания с "неизвестным" ей ранее человеком; все это, казалось, приводило к приступам. Начатый психоанализ был явно эффективен. Однако через несколько месяцев у больной возобновились приступы вне свиданий с неизвестным человеком, но с "неизвестным" становлением. Оперативное исследование выявило опухоль мозга (олигодендриоглиому), которая была удалена.

J. H. Schultz (1957) считает, что психоанализ и "организмические" методы психотерапии (гипноз, аутотренинг, ингибиционная терапия) могут способствовать пониманию и смягчению аффективной напряженности, общему успокоению и повышению порога судорожной возбудимости. Представляют практический интерес его данные о том, что 50% больных с повреждениями головного мозга при аутогенной тренировке лучше реагировали на формулировку: "голова приятно легкая и светлая", 30% — "затылок приятно теплый", 20% — "лоб немного прохладный".

По мнению M. Bachet and Cl. Weis (1954), не обязательно достижение сомнамбулической стадии внушенного сна, достаточно добиться "оцепенения", в котором вероятно наступление максимального

физического и психического отдыха, и разрядки напряжения. М. Ш. Вольф (1958, 1965) проводил гипнотерапию больных эпилепсией под контролем электроэнцефалографических исследований. Им было отмечено, что во время глубокого суггестивного сна у больных с симптоматическими формами заболевания наблюдалось исчезновение некоторых патологических компонентов электроэнцефалограмм, однако при пробуждении эти нарушения и, в частности, медленноволновая активность появлялись вновь. По мнению этого исследователя, психотерапия при эпилепсии служит дополнительным средством при обязательном условии регулярной медикаментозной терапии, М. Ш. Вольф сообщил также, что все внушения, в том числе и в состоянии бодрствования, носили неимперативный разъяснительный характер.

И. С. Завилянский (1964) описал случаи успешного применения при эпилепсии одновременно с лекарственным лечением рационально-успокаивающих бесед.

По мнению А. И. Плотичера (1958), неблагоприятным условием, способствующим учащению эпилептических приступов, является поверхностное торможение коры головного мозга. Наряду с лекарственными смесями, тонизирующими днем и тормозящими перед отходом ко сну, им был поставлен вопрос о психотерапевтическом значении труда при эпилепсии. Этот же аспект был затронут в работе Д. Е. Мелехова (1957), который писал, что правильное трудовое обучение и трудоустройство больного эпилепсией, содействие его адаптации в коллективе и в быту является лучшим психотерапевтическим стимулом, помогающим больному компенсировать чувство его собственной неполноценности, обусловленное болезнью.

Резюмируя, можно сказать, что психотерапевтическая методология при эпилепсии претерпела определенное развитие. Она направлена на преодоление ("в лоб") судорожно-спастических явлений, изучение межприступного периода, а также психического состояния больных в целом.

Психотерапевтические мероприятия при эпилепсии можно подразделить на общие и специальные. Главными задачами общих являются установление плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с больным и разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений. Специальные мероприятия нацелены на те расстройства (невротические, ипохондрические и др.), которые могут обрамлять и отягчать течение основного заболевания. Особого освещения заслуживают вопросы психотерапевтической тактики при отдельных вариантах эпилепсии, ее височной формы, эпилепсии, осложненной алкоголизмом, и в случаях, протекающих с мнестико-интеллектуальным снижением.

Если показания к применению противосудорожных средств диктуются прежде всего структурой приступов, их частотой и т. д., то психотерапия при эпилепсии по преимуществу обращена к личности больных и исходит от нее. П. И. Ковалевский (1898) отмечал, что с помощью брома задерживаются судороги, но больной, тем не менее, остается эпилептиком, У лиц с эпилептической болезнью отмечают внутреннюю подспудную напряженность, связанность и сдавленность, что в эмоциональной сфере приводит к ступению аффектов и "перебарщиванию" в реагировании. Эпилепсия повергает больного наземь не только во время приступа, она гнет его и вне пароксизмов. Поэтому мышление этих больных отличается грузность, вязкость, не соответствующая подчас обыденному конкретному содержанию их размеренной речи. В стиле их поведения сквозит стремление к устойчивости, в связи с чем могут представать утрированные черты обстоятельности, аккуратности, педантичности и пр. При неблагоприятном течении заболевания проступают медлительность и тяжелое увязание в мелочах, тугоподвижность, персеверации, инертность.

Модальность, объективизирующая понимание личности больного эпилепсией, отражает специфику страдания, протекающего циклами с судорожной потерей сознания и посткритическим или эпизодическими его расстройствами—соответственно большим и малым приступам, их эквивалентам и субклиническим приступам. Резкая недостаточность знаний больного о текущем и происходящем с ним ведет к уменьшению организованности системы его отношений с окружающими, к эгоцентрическому сужению его опыта и заземлению восприятия. Еще Fere (1890) прозорливо замечал, что импульсивные перерывы в непрерывности сознания сказываются не только на памяти, но и настроении эпилептиков. Дефицит в области познавательных чувств вызывает "неудовольствие", витального оттенка, присущее подсознательно этим больным. Этот дефицит преодолевается и вниманием к своему здоровью (некоторые больные ведут дневник, скрупулезно отмечая дни и часы возникновения приступов), и повышенным, подчас вездливим интересом к происходящему вокруг. Так как видение мира у них затенено, умонастроение отличается пасмурность, то своего рода сенсорное голодание побуждает их припадать (прилипать) к фактам, явлениям, лицам, попавшим в сферу их переживаний.

Поэтому уже первым беседам с больными придается психотерапевтический акцент информационно-конструктивный метод, который сохраняет свою силу и в дальнейшем. Уже при сборе анамнеза со слов

больного преследуется цель наряду с феноменологическим изучением болезни восстановление ее "внутренней картины" и восполнение пробелов в сознании личности. Это достигается путем компетентного опроса, опирающегося на знание основных закономерностей эпилептического процесса, структуры и топики вызываемых приступами нарушений. Подробное уточнение всех факторов и моментов, предшествовавших возникновению приступов и их повторению, дает материал для патогенетического лечения и одновременно нивелирует негативный эмоциональный компонент, неосознанно сопутствующий им. Л. П. Завилянская (1969) рекомендует применять методику "опережения", заключающуюся в том, что врач, составив себе предварительное мнение о больном в начале беседы после изложения им основных жалоб, останавливает больного и кратко сообщает ему о характерных проявлениях его заболевания.

Частным вопросом является сбор анамнеза. История болезни при эпилепсии должна прослеживаться уже по ходу собирания сведений об истории жизни. Зарницы эпилептического круга обнаруживаются нередко в раннем детстве в виде "младенческой", фебрильных судорог, непонятных испугов с обмороками, явлений сомнамбулизма и т. д. События жизни, относящиеся к первым проявлениям эпилепсии, обычно вскрываются пластово. Г. Бернштейн (1936), писавший о методике сбора анамнеза у больных эпилепсией, отмечал, что они часто забывают не только единичные симптомы своей болезни, но и такие нарушения, как большие приступы. При пластовом послойном вскрытии личности (с соблюдением хронологического порядка), эти сведения могут всплыть с улучшением самочувствия больных. Дополнительные сведения от больного могут поступить в нестандартных ситуациях, например, при беседе на обходе или при использовании врачом дополнительных методов обследования. Опыт показывает психотерапевтическую полезность психологических методик. Могут быть использованы таблицы Шульта, классификация, проба на запоминание 10 слов, тест лабиринтов, личностные методы. Больные эпилепсией отзывчивы на все виды квалифицированного экспериментального подхода к ним, рассматривая его как полезное дело, вклад в лечение. Существенным при проведении психологических проб является ободрение больных и доброжелательное отношение к полученным результатам.

Четко сформулированные вопросы к больному должны побуждать его к обобщающему обсуждению его состояния. Как правило, тщательный расспрос располагает больного к лечению, что является залогом успешности. Общий тон "лечебного диалога" должен быть равным, сочувственным, без неуместной, однако, снисходительности. К могущим иметь место проступкам. Внимательно выслушивая больного, не следует прерывать начатых им фраз, ибо первые попытки больного конструктивно отразить свое состояние сопряжены для него с видимыми усилиями в преодолении суженности его сознательной психической сферы. Поэтому врачу приходится дирижировать ходом беседы, тактично используя паузы и направляя обсуждение. Обращение с больным при любых обстоятельствах должно быть вежливым, исключая фамильярность. С самого начала существенным является повышение чувства собственного достоинства этих лиц. Больные эпилепсией, смутно страдая от своей неполноценности, особенно чувствительны к медицинскому церемониалу. Вежливый уважительный подход к ним восполняет их личностный статус и побуждает оправдать это отношение в дальнейшем.

Мерой психотерапевтической успешности первых бесед может служить затраченное на них время. Все больные эпилепсией это чувствуют. Скоропалительный терапевтический "технизм" здесь неуместен. Терпение, проявляемое врачом в предоставлении больному возможности свободно рассказывать о себе, служит фактором, облегчающим его напряженность и просветляющим его умонастроение.

Особую важность при эпилепсии имеют правила "психологической асептики" и продуманность поведения врача (В. В. Рожнов, 1974). Назначение определенных сроков бесед, обследования, проведения лечебных процедур должно неукоснительно соблюдаться, ибо эти больные в своем большинстве любят точность, понятно, что пунктуальность является для них компенсаторной чертой, тесно спаянной с личностью. Несоблюдение этого правила чревато появлением скрытого негативизма к лечению.

О некондиционном уровне врачебных мероприятий могут свидетельствовать факты навязчивого приставания больных с различными претензиями, высказываемое ими недовольство больничными порядками и т. д. Необходимо поэтому, воспитывая установку на лечение, подготавливать пациента к пребыванию в условиях различных коллективов, включая и больничный, который можно рассматривать как модель житейских перипетий.

С завоеванием расположения больных к лечению следует подвигать их на путь выздоровления, конкретно и позитивно поясняя особенности действия лекарств. Тщательно расспрашивая больных о переменах в состоянии, привлекают их к активному участию в лечебном процессе. Первые признаки улучшения самочувствия используются для того, чтоб "сдабривать" каждый лечебный момент и переходить к обсуждению гигиенического режима. Надо указать на важность ритмической гармонии в образе жизни при

эпилепсии, на значение диеты и, в частности, ограничений в приеме жидкости, на противопоказанность ряда культуральных факторов. Объясняя, например, вредность курения, мы старались доходчиво рассказать о спазматическом влиянии никотина на сосуды и вытекающем отсюда ухудшении кровоснабжения головного мозга. Этот рациональный подход при неустанном повторении имел эффективность в случаях ипохондрически окрашенных головных болей. Больным эпилепсией противопоказано чрезмерное увлечение просмотром телевизионных передач.

Ключевыми в содержании бесед являются темы, относящиеся к эмоциональным условиям болезни, к семейным отношениям и социальному положению.

Еще много лет назад подчеркивалось значение эмоционального фактора в становлении эпилепсии (Tisso, 1970; Bej de Bers, 1871; Gowers, 1881; М. Дейтч, 1889, и др.). По сводным данным, приводимым С. Н. Давиденковым, резкие эмоции, способствовавшие появлению первых приступов, встречались у 5% больных. Отмечалось, что этот показатель значительно выше среди женщин (12,5%—по Krepelin, 1904). Bauchard и др. (1975) высказали предположение, что "неожиданные эмоции или особенные психологические стрессы в первые семестры жизни могут повлечь за собой пароксизмальные нарушения мысли и сознания...". Они отметили, что "мегалотерапевтические намерения" аналитика заключаются в надежде добиться полного исчезновения конвульсивных кризов. Если же он допустит, что они могут участиться или утяжелиться даже по ходу лечения, условия контрпереноса будут уже более благоприятствующими позитивной эволюции пациента, что в итоге приведет к улучшению. По этому поводу можно заметить, что действительно повторные приступы могут смягчать взаимоотношения больного, но это касается особых случаев, например, при параноических чертах в изменениях личности больного и речь может идти лишь о единичных приступах.

Опыт показывает, что индуктивное вскрытие ситуации первых приступов более оправдано в случаях, когда они относятся к периоду формирующейся или уже сформировавшейся личности. Следует иметь в виду, что физические травмы, в том числе и в связи с приступами, могут сопровождаться отрицательными эмоциями, интенсивно выраженными. В ряде случаев, например, при травме головы у больной в связи с попыткой насилия над нею, задачей психотерапевта является, руководствуясь мерой необходимости и такта, лишение этих обстоятельств "фактора неопределенности" (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1974). Другая задача (она встает и в случаях реактивных наслоений, психогений) — формирование определенной стоической направленности личности в будущее с преодолением встречающихся инфантильно регрессивных тенденций. Последние могут культивироваться чрезмерно заботливым надзором за взрослеющим больным со стороны родителей, в силу чего в подобных семьях нагнетается подчас "грозовая" атмосфера. В этих случаях в основе материнской (значительно реже—отцовской) гиперопеки просматривается более или менее осознанная неприязнь к больному, смешанная с чувствами стыда и виновности. Поэтому полезно осведомление родителей о сущности заболевания и разъяснение того, что педагогические издержки могут задерживать развитие личности, затруднять учебу и трудовую деятельность больного и, наконец, препятствовать лечению. Сущность заболевания раскрывается путем лишения его покровов таинственности и печати деградации. Уместно сравнение с такими хроническими болезнями, как ревматизм, туберкулез, диабет. Родным обычно разъясняется, что неправильные поступки больного, невнимательность, рассеянность и т. д. могут быть выражением субклинических или малых приступов или состояния измененного сознания. В нескольких словах можно сказать родственникам больного, что приступы отражают временами появляющуюся чрезмерную возбудимость нервных клеток. Глубоко обнадеживающим должно прозвучать утверждение, что при современной оснащенности медицины эту "привычку" мозга к сильным разрядам можно ликвидировать, полностью свести на нет. В некоторых случаях, например при височной эпилепсии, целесообразна рекомендация разъезда больного с родителями. Предметом обсуждения с солидными молодым и среднего возраста могут стать вопросы организации их собственной семьи. К числу облигатных относится указание на нежелательность брака с лицом, страдающим тем же заболеванием.

Семья — это ячейка, в которой изнутри преломляются все личностные особенности больного эпилепсией. Нарушения в супружеской жизни, ослабление половой функции могут отягчать психические изменения больного, независимо от медикаментозного снятия приступов. Лекарственное купирование приступов также нельзя считать вполне удовлетворительным, если ему сопутствует мнестико-интеллектуальное снижение пациента. Во всех подобных случаях состав противосудорожной смеси следует пересмотреть. К числу средств, требующих осторожности в дозировках, относятся барбитураты, соли брома.

Социальные аспекты, подлежащие обсуждению, сводятся к вопросам образования, профессиональной занятости и общественных поручений. Как показывают исследования отечественных и зарубежных авторов

(Р. А. Шахнович, 1932; Л. И. Круглова, Ф. С. Рубинова, 1968, и др.), травматизм у больных эпилепсией в условиях производства незначителен, а при занятиях спортом процент этих случаев (у детей) меньше, чем в популяции (по Dreuer, 1960). Как правило, при увлеченной занятости больных каким-либо делом приступы возникают реже и даже у больных, которые регулярно не лечатся. Аналитическое изучение трудовых перспектив больного совместно с ним подкреплялось нами поощрением его интересов и творческих склонностей. Последние обнаруживаются у всех больных. Так, у одного из наших больных, с вязкостью, раздражительностью, тугоподвижностью и в целом чертами слабоумия, выявилась увлеченность географией. Он с удовольствием отвечал на вопросы, касающиеся названий столиц, протяженности рек и высоты гор. Занимаясь с предоставленной в его распоряжение картой, он обретал сосредоточенное спокойствие, полностью отвлекаясь от своего положения в отделении. Мы приносили ему соответствующие книги и журналы, например, журнал "Вокруг света" и просили потом рассказать о наиболее интересных статьях и заметках.

Таким образом, общие психотерапевтические мероприятия при эпилепсии осуществляются в виде целенаправленных бесед (нескольких или одной основной) на которые не следует жалеть времени. Лечебный диалог включает в себя диалектику при конструктивном обсуждении состояния больного. Беседа должна носить селективный информационно избыточный характер и заканчиваться краткой оптимистически заряженной формулировкой врача, относящейся к общему самочувствию пациента, его настроению. Эта формула, немного измененная, повторяется при последующих беседах с больным, включая и происходящие во время обхода. В каждом случае беседа должна быть подготовлена предшествующим ходом диалога и отвечать потребностям больного в сочувствии. В словах врача должен доминировать уверенный жизнерадостный тон, так как положительные эмоции проясняют сознание и снимают информационные барьеры: "Ваше самочувствие постепенно улучшается, единичные неполные приступы могут проскочить в связи с активностью проводимой терапии. Вас это не должно смущать. Вы чувствуете себя бодрее, яснее и свежее осознаете себя. Будущее открывается Вам как поле широких возможностей. В перспективе Вы сможете занять подобающее Вам место в обществе и быть полезным для других". Медленная усвояемость больных эпилепсией, плотность их психических структур (низкая внушаемость) требуют повторения этих формул "открытым текстом", наряду с косвенным неустанным ободрением больных, опосредованным через все виды лечебных воздействий. Результаты этого психотерапевтического подкрепления сказываются обычно не сразу, но именно они позволяют более дифференцированно, экономно подойти к назначению различных медикаментозных средств, в том числе седативных, нейролептических.

В виду разнообразия случаев, обычно приходится запасаться не только терпением, но и находчивостью. Чем нестандартнее обращение с больным, чем менее оно казенно, тем более оно энергетически информативно и, следовательно, более целительно в восстановлении личностных коммуникаций. Позиция врача не должна быть слишком авторитарной, а его указания—слишком директивными. Врач должен выступать скорее как заинтересованный союзник больного. Больные эпилепсией чувствительны к аффективному состоянию окружающих, что отражает их глубокую потребность в привязанности. Во многих случаях брутальному налету на поведение больного должна противостоять обходительность со стороны врача. Соблюдение этого условия обеспечивает полноту взаимопонимания с больным.

Примеры клинических наблюдений ----- вырезаны -----

В ряде случаев с массивным проявлением психогенных моментов может быть эффективной гипносуггестивная терапия (К. И. Платонов, 1962; П. И. Будь, 1974, и др.). Клинически ее успешность обнаруживается в случаях с медикаментозно достигнутым урежением приступов, когда имеются астено-невротические наслоения (фобии, навязчивости), а также при лабильности настроения, ипохондрических включениях.

При эпилепсии, осложненной алкоголизмом, существенным является выработка и поддержание трезвеннической установки у больного в интересах его семьи и повышения его личного социального статуса. Больным назначался плацебо-препарат (из числа общеукрепляющих) и лечение завершалось "пробами" в использовании никотиновой кислоты и пираретама (особенностью последнего препарата является проясняющий, отчасти антидепрессивный, эффект). Указанный облегченный вариант проб служил конкретным преломлением суггестивных, в отдельных случаях, гипносуггестивных мероприятий. Больным внушалась плохая переносимость, отвращение к вкусу и запаху спиртных напитков. Гипносуггестивная терапия может послужить благотворным вкладом в лечение больных с мнестико-интеллектуальным ослаблением и продолжающимися приступами, когда дальнейшее увеличение дозировок противосудорожных средств представляется нецелесообразным. В этой связи можно вспомнить слова Н. П. Краинского (1896) о том, что приступ представляет собой "взрыв предохранительного клапана".

Soulayrol (1969), обращая внимание на неблагоприятные психические эффекты противосудорожных препаратов, задается вопросом: высвобождают ли они "пульсации" или являются "средством" избежать невыносимых конфликтов? Приведенные положения, относясь к числу гипотетических, отражают, однако, сложность проблемы. Так, F. A. Gibbs, G. M. Everett and R. R. Richards (1949) отмечали, что в 20% случаев терапевтического подавления генерализованных пароксизмов характерологические нарушения усугублялись, а с возобновлением приступов—смягчались. Ряд авторов (Alajruanine, 1958; Tellenbach, 1965, и др.) считают, что подавление приступов способствует возникновению эпилептических психозов, чему могут помешать лишь значительные изменения личности. С другой стороны, Biliqiewicz (1971) считает, что к чертам эпилептической энцефалопатия может присоединиться хроническая барбитуратная интоксикация и вторичная психическая деградация, вызванная бездействием.

Больных эпилепсией часто отличает склонность к сверхценным идеаторным образованиям, иногда ундулирующим бредоподобным измышлениям в пределах семьи, ближайшего конкретного окружения. За фасадом угодливой предупредительности у этих лиц тлеет конфликтная и сутяжная готовность. У некоторых из них (нередко с сопутствующим урежением приступов) развиваются психозы. Чаще, однако, их отличают изменения личности, степень выраженности которых достигает непсихотического уровня. Взрывчатость их аффективных проявлений может сочетаться с склонностью менторски рассуждать. Их можно было бы назвать категориистами не только из-за категоричности их тона, но и из-за свойственной им манеры описаться при осмыслении текущего на крупные веские понятия. Электроэнцефалографически у них выявлялись нарушения в стволовой и лобно-височной областях.

Особенность бесед с этими больными заключалась в предоставлении им возможности свободно высказываться. Врач большей частью внимательно выслушивал и в меру возможного соглашался с теми или иными доводами, что очень важно, так как у этих больных ярко выражена потребность в признании. Полезным может оказаться письменное изложение своих взглядов, обид, возмущений. Важным являлось также переключение внимания больного на профессиональные, трудовые интересы с поддержанием и поощрением устремлений.

В ряде случаев по размаху выраженности психические изменения у больных височной эпилепсией напоминают описанное. Gasto (1951) писал: "...нарушения поведения и характера очень часты у эпилептиков. Они проистекают из ненормального образа жизни, к которому их принуждают приступы и несправедливые предупреждения. Существует, между тем, особая разновидность парциальной эпилепсии, которая происходит из-за повреждения темпоральных, гиппокамповых и перифальциформных областей, ответственных за особые нарушения поведения, составными частями которого являются раздражительность, агрессивность, импульсивность. Эти больные легко выходят из равновесия, они эксплозивны, подвержены внезапным переменам настроения. К тому же о;[н обидчивы, заискивающие, "липкие", нередко с извращенным характером, с навязчивыми идеями и болезненной религиозностью". Как и в отношении больных предыдущей группы, с которыми их объединяют и электроэнцефалографические корреляты, обязательным условием является медикаментозное упорядочение поведения с использованием (симптоматически) нейролептических, седативных препаратов, а также солей лития, тегретола и др. Наряду с общими психотерапевтическими мероприятиями у этих больных можно с успехом применять аутогенную тренировку. Учитывая ослабление чувства реальности у некоторых из них, полезно обсуждение поведения больного в группе из 5—6 человек. "Собрание" может происходить импровизированно на обходе или в комнате трудотерапии. Роль врача заключается в побуждении членов группы к обсуждению и заключению.

Отдельные наблюдения и самоотчеты больных свидетельствуют в пользу того, что в ряде случаев определенная эмоциональная гамма, а также волевые усилия, препятствуют возникновению приступа. На наш взгляд, ведущим является формирование системы преобладающего заряженного бодростью, ясного умонастроения. (В известном смысле, это поиск в рамках индивидуального эвристического сотрудничества с больным позитивно окрашенного "эквивалента"). Разрешению этой задачи могут успешно способствовать приемы аутогенной тренировки. Нами она применялась путем суггестии в форсированном варианте. Аутотренинг при эпилепсии отличается рядом особенностей. Так, за исключением лиц с истерическими компонентами поведения, фиксация на чувстве тяжести не проводилась и не представлялась желательной. Тепловые ощущения в конечностях дополнялись холодowymi в области лица и головы. Освоение всего объема используемых приемов можно подразделить на три этапа. На первом этапе наряду с формулами спокойствия ведущими являлись упражнения, задающие ритм дыханию и частоте пульса. Дыханию придавался легкий поверхностный характер. На втором этапе отрабатывались упражнения, относящиеся к лицу к голове. Образцом многократного повторения формул могут служить следующие: "Голова светлая и ясная, лицо овеивает прохладный ветер. На непокрытую голову, за шиворот падают редкие снежинки". Если исходной являлась "поза кучера", больному предлагалось представить себя на берегу прозрачного ручья ("мысли текут прозрачно и холодно, как ключевая вода в ручье"). Этой "ключевой водой, от которой стынут

зубы", пациент "обтирал свое лицо, припадая к ней и делал несколько глотков". (Последнее в случаях с наклонностью к обстипациям).

На третьем этапе больным предлагалось вызвать у себя ряд конкретно-чувственных представлений, образов, преимущественно обонятельных (например, сладковатую горечь полыни в открытой степи, приторный аромат в поле цветущего мака, резкое благоухание белых ландышей в тени деревьев и т. д.) Индивидуальное проведение этих приемов варьировало у каждого лица.

Вместе с тем в случаях эпилепсии с интермиттирующей астенизацией (В. Е. Смирнов, 1972) более полезным были упражнения с преобладанием тепловых ощущений.

В состоянии отвлеченного покоя больные пребывали 15 — 20 минут. На -выходе из него включалась формула особой просветленности сознания, хорошего самочувствия, бодрости и ясности духа. (Насыщение визуальными представлениями стадии углубленного обездвиженного покоя, возможно, "эквивалентно" восполняет дефицит сновидческой фазы сна, наблюдающейся при эпилепсии).

Таким образом, психотерапевтические мероприятия при эпилепсии опираются на систему личностного коммуникативного подхода к больному. Как замечает Janz (1975), важно, чтобы больной как заинтересованное лицо получил всю необходимую информацию о лечении. Все лекарственные назначения следует подкреплять общими психотерапевтическими мероприятиями, разъяснять и побочные действия лекарств. В амбулаторных условиях разъяснения могут принять форму инструктажа. Lind (1973) сообщает, что даже простые усилия в этом направлении приводили к благоприятным результатам, выразившимся в повышенном и устойчивом содержании лекарственного начала в сыворотке крови.

В заключение можно отметить, что достижение полноты взаимопонимания с больным эпилепсией позволяет уточнить тип течения и форму заболевания, структуру приступов. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия способствуют смягчению негативной аффективной напряженности и формированию позитивного умонастроения, что снижает судорожную готовность. Психотерапия при эпилепсии позволяет более дифференцированно, гибко и "экономично" решать вопросы долгосрочного планирования медикаментозной терапии.