

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.И. Вассерман^{1, 2}, С.Д. Табулина², А.В. Чуйкова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург

Представлены содержательные характеристики совладающего поведения (копинг-стратегии) больных височной эпилепсией с депрессивными расстройствами. Показано, что при преимущественно правополушарной латерализации параксизмальных очагов преобладают относительные малопродуктивные копинг-стратегии: трудности в принятии решений, импульсивность, нецеленаправленная поведенческая активность; при левополушарной – ориентированность на социальную поддержку, решение проблем и гиперсоциальность в вербальном поведении. Указанные характеристики копинг-стратегий могут являться актуальными мишенями для когнитивно-поведенческой психотерапии в системе комплексного лечения больных.

Ключевые слова: височная эпилепсия, депрессивные расстройства, совладающее поведение, психодиагностика.

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний со сложной этиологией и механизмами формирования морфофункциональных основ эпилептической системы и ее клинических проявлений в виде различных форм и синдромов. Возникновение эпилептических синдромов может быть обусловлено как экзогенными (например, последствия черепно-мозговой травмы или нейроинфекции), так и эндогенными факторами, «запускающими» параксизмальную активность мозга под влиянием внешних причин. Так называемая идиопатическая эпилепсия – наиболее сложная форма этой патологии с точки зрения понимания роли отдельных структур мозга в ее манифестации и лечении (Мухин, Петрухин, 2009). Наиболее распространенным вариантом при этой форме заболевания является височная эпилепсия, которая, по данным литературы, встречается в 70–80 % всех случаев (Карлов, 2008; Brown, Holmes, 2004). Патогенез эпилепсии включает в себя, как известно, не только клинично-неврологические проявления (в виде пароксизмов), но и различные психопатологические синдромы – аффективные, когнитивные и другие расстройства в постиктальном и межиктальном периодах. При этом аффективные расстройства – наиболее частый коморбидный психопатологиче-

ский синдром (Краснов, 2011, Engel, 2007). По данным эпидемиологических исследований, распространенность депрессии при эпилепсии варьирует от 20 до 55 % у пациентов с плохо контролируемыми приступами и от 3 до 9 % – у больных с медикаментозной ремиссией (Руденко, Котов, 2009, Краснов, 2011). В 80 % случаев депрессия маркируется как тревожное расстройство (вплоть до тревожно-депрессивного расстройства). В последние несколько лет всё чаще обсуждается вопрос о двунаправленном взаимоотношении между депрессией и эпилепсией, в соответствии с которым повышенный риск развития эпилепсии может быть обусловлен расстройством настроения. Очевидно, что такая феноменология объясняется существованием патогенетических механизмов, общих для обоих заболеваний. Вместе с тем, несомненным представляется и факт наличия психогенных механизмов расстройств в аффективной сфере, формирующихся как реакция больных на диагноз и саму болезнь, и связанных с ними ограничений социальной активности. Существенна роль стигматизации и блокирования актуальных потребностей личности в снижении их качества жизни (Вассерман и др., 2008). Последнее обстоятельство определяет задачи когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексе с целенаправленной фармакотерапией.

Данные современной инструментальной диагностики (ЭЭГ-мониторинга, МРТ-исследований) и нейропсихологических исследований показывают, что при височной эпилепсии преимущественная локализация эпилептической системы связана с дисфункциями височно-медиобазальных структур мозга: гиппокампа, миндалина и др. Этот структурно-функциональный комплекс (часто обозначаемый как «мезолимбический») играет существенную роль в формировании как когнитивных дисфункций (в частности, памяти), так и аффективных расстройств; а также исполнительских функций, обеспечивающих «эмоциональное познание» (Прибрам, 1975; Bennett, 1992; Goldstein, 1997; Heilman, Valenstein, 2003). Соотношение когнитивных и аффективных расстройств позволяет рассматривать височную эпилепсию с позиций мультиструктурных (системных) позиций (Вассерман с соавт., 2013). Упомянутая функциональная система, по данным литературы, связана с непосредственным участием в ней префронтальных структур лобной области, а также орбито-фронтальной и медиальной лобной коры (Карлов, 2008, Вассерман и соавт., 2013; Heilman, Valenstein, 2003). Следовательно, можно предположить, что когнитивные и аффективно-поведенческие расстройства при височной эпилепсии (височно-фронтальной) формируются при дисфункциональном состоянии тех морфофункциональных систем мозга, которые определяют метаболизм нейротрансмиттеров во всей сложности их влияния на аффективную сферу (Тювина, 2009; Мазо, Незнанов, 2012).

Когнитивно обусловленные аффективно-поведенческие и личностные расстройства в соотношениях с данными нейровизуализации представлены в литературе в меньшем объеме, чем нейропсихологические исследования при ВЭ (Вассерман, 2010; Brown, Holmes, 2004). Этим обусловлены интерес и необходимость экспериментального исследования когнитивно-аффективных соотношений при ВЭ как адекватной клинической модели, в частности для выделения личностных поведенческих стратегий преодоления фрустрирующего влияния болезни, оценки эффективности антиконвульсантов и антидепрессантов, а также психотерапевтических техник когнитивно-поведенческого направления (Краснов, 2011). Представляется, что для решения этой задачи необходимы исследования «репертуара» копинг-стратегий у больных в соотноше-

ниях с клиническими проявлениями болезни и ее аффективными компонентами.

Когнитивная теория копинга, объясняющая в том числе механизмы когнитивной переработки экстремальных или кризисных для личности ситуаций и принятия решений в поведенческой сфере, рассматривает иерархию и содержание указанного личностного конструкта – копинг-поведения. Мозговые механизмы копинг-поведения несомненно связаны с системным взаимодействием морфофункциональных структур височной и лобных областей в интегративной деятельности мозга. Таким образом, можно сказать, что «мишенью» когнитивно-поведенческой психотерапии является копинг-поведение как психологический конструкт, включающий в себя трехкомпонентный фактор с когнитивной, аффективной и поведенческой составляющими.

Несмотря на всю сложность и неоднозначность взаимосвязи эпилепсии и расстройств депрессивного спектра, возникновение и развитие заболевания сопровождается мощными фрустрирующими и стрессовыми воздействиями, вызванными негативными эмоциями (тревога, страх, гнев, стыд и др.). Сама болезнь как эмоциональный стресс порождает адаптивные процессы переоценки человеком значения этой ситуации, отношений, собственных черт и представлений в целях ослабления психического дискомфорта и сохранения уровня самооценки. Такая переоценка осуществляется в рамках неосознаваемых механизмов психики (например, психологических защит), но когнитивный компонент указанной системы при его относительной сохранности позволяет акцентировать внимание на осознаваемых копинг-стратегиях, способствующих преодолению стрессового воздействия болезни в психосоциальном плане.

Согласно когнитивной теории копинга Р. Лазаруса и С. Фолкмана (1986), взаимодействие среды и личности регулируется двумя ключевыми процессами: когнитивной оценкой и копингом. Понятие когнитивной оценки (когнитивной интерпретации стрессора) является центральным для подхода Р. Лазаруса к преодолению стресса. Стадии когнитивной оценки, проявляющиеся первичной («Что это значит для меня лично?») и вторичной оценкой («Что я могу сделать?»), могут происходить независимо и синхронно. По мнению Р. Лазаруса, характер оценки является важ-

ным фактором, детерминирующим процесс и тип совладания со стрессором.

Необходимо отметить, что А. Беck (1976) в развитие теории социального научения А. Бандуры высказал следующее предположение, послужившее предпосылкой разработки теории когнитивной психотерапии: эмоции и поведение в значительной мере детерминированы тем, как человек структурирует мир. Представления человека (вербальные или образные «события», присутствующие в его сознании) определяются его установками и умопостроениями (схемами), сформированными в результате прошлого опыта. Психотерапевтические техники, основанные на когнитивной модели психопатологии, в том числе депрессии, позволяют выявить, проанализировать и скорректировать ошибочные и дисфункциональные убеждения (схемы) пациента. Когнитивно-ориентированная психотерапия помогает пациенту мыслить и действовать более реалистично и адаптивно и тем самым устраняет беспокоящие его симптомы (Хелл, Зиглер, 1997).

Разработанная на основе систематических клинических и экспериментальных исследований когнитивная модель депрессии (Беck, 1976), как известно, содержит три специфических понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии: 1) когнитивная триада депрессии, 2) схемы и 3) когнитивные ошибки (неправильная обработка информации). Все симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации выше-названных негативных паттернов. Понятие «схемы» позволяет объяснить, почему депрессивный пациент «держится» за свои болезненные негативные и разрушительные идеи. Весьма вероятно, что они поддерживаются субъективно социально-средовыми стимулами социальной стигматизации и др. (например, стрессовой ситуацией).

Иными словами, чтобы лучше понять депрессивные нарушения в контексте когнитивного подхода, необходимо рассмотреть их с точки зрения используемых индивидом способов структурирования реальности. Если разделить последние на «примитивные» и «зрелые», то очевидно, что в депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами. Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер, а представленные в потоке его сознания значения и смыслы имеют исключительно негатив-

ную окраску, категоричны и оценочны по содержанию, что и порождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию (Беck, 1976, 1979).

Очевидно, что модель когнитивной психотерапии хорошо согласуется с когнитивной теорией копинга Р. Лазаруса, где структуру копинг-процесса условно можно представить следующим образом: восприятие стресса (и стрессора) – когнитивная оценка (угрозы) – возникновение эмоций (эмоциональная оценка угрозы) – выработка стратегий преодоления – оценка результата действий.

В окончательном же варианте Р. Лазарус и С. Фолкман (1987) классифицируют стратегии совладания в соответствии с выделенными ими основными функциями копинга: 1) копинг, сфокусированный на проблеме, направлен на устранение стрессовой связи между личностью и средой; 2) копинг, сфокусированный на эмоциях, направлен на управление эмоциональным стрессом. Необходимость учета обеих функций авторы обосновывают наличием эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов переживания стресса, которые образуют разнообразные комбинации. По мнению Р. Лазарус и С. Фолкман, существуют 8 видов ситуативно-специфических копинг-стратегий, подробное описание которых можно найти в соответствующей литературе (например, Вассерман, Абабков, Трифонова, 2010).

Таким образом, актуальность применения когнитивной теории копинга для исследований больных височной эпилепсией обусловлена представлениями о патогенетических механизмах эпилептогенеза или дисфункциях мезолимбического комплекса, а также представлениями о прикладных задачах клиники эпилепсии, касающихся возможностей применения в комплексном лечении когнитивно-поведенческой психотерапии, для чего необходимы соответствующие психотерапевтические «мишени».

Предположение о том, что качество и интенсивность эмоциональной реакции на событие определяются его когнитивной оценкой и могут изменяться в результате его переоценки, было высказано Р. Лазарусом еще в 1966 году. По его мнению, только после стадии когнитивной оценки ситуации индивид «пристывает» к разработке механизмов (или стратегий) преодоления стресса (т. е. собственно к копингу – совладающему поведению).

В связи с вышеизложенным было выполнено исследование, целью которого явилось экспериментально-психологическое изучение структуры стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных височной эпилепсией с депрессивными расстройствами.

Критериями включения в выборку исследования являлись:

1) наличие диагноза височной эпилепсии вследствие установленных ведущих этиологических факторов: последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций, атрофических процессов мозга;

2) верифицированная латерализация эпилептического очага – височная преимущественно право- либо левосторонняя, установленная на основании данных клинических и ЭЭГ-исследований.

Общую выборку составили 50 пациентов, в том числе 26 мужчин и 24 женщины. Средний возраст испытуемых среди женщин составил 36 лет, среди мужчин – 34 года. У всех пациентов регистрировались классифицируемые припадки. Возраст начала заболевания у 40 % испытуемых составлял от 1 до 10 лет, у 29 % – в пределах от 10 до 20 лет, и у 31 % – от 20 лет и старше. Длительность заболевания у 33,3 % – от 1 до 10 лет, у 66,6 % – от 10 лет и старше. Частота припадков колебалась от единичных приступов в анамнезе до нескольких приступов в день. Так, припадки с частотой от одного до нескольких раз в сутки отмечались у 10,4 %, с такой же частотой в неделю, в месяц и в год – у 10,4; 50 и 28,5 % соответственно.

В соответствии со вторым критерием были сформированы две группы больных численностью по 25 пациентов в каждой: 1) больные височной эпилепсией с правосторонней локализацией (группа ВЭПЛ); 2) больные височной эпилепсией с левосторонней локализацией (группа ВЭЛЛ).

Для определения копинг-стратегий использовалась методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП), представляющая собой рестандартизированный в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева опросник Р. Лазаруса (Вассерман с соавт., 2010). Методика имеет русскоязычные популяционные нормативы и системы оценок, позволяющие психологически обоснованно сопоставлять результаты различных групп испытуемых.

Методика позволяет выделить несколько клинико-психологических вариантов совладающего со стрессом поведения¹: 1) Конфронтация; 2) Социальная поддержка; 3) Дистанцирование; 4) Бегство-избегание; 5) Самоконтроль; 6) Принятие ответственности; 7) Положительная переоценка; 8) Планирование.

Расчет данных производился с помощью программы SPSS 20.0.

Результаты исследования по методике «Стратегии совладающего поведения» для больных височной эпилепсией с правосторонней (ВЭПЛ) и левосторонней (ВЭЛЛ) локализацией эпилептического очага представлены в таблице.

Иерархическая структура предпочтений в выборе совладающих стратегий в выборке пациентов с правосторонним эпилептическим очагом позволяет предположить, что эти пациенты склонны разрешать проблемы за счет нецеленаправленной поведенческой активности, осуществляя конкретные действия, направленные либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Наиболее предпочитаемой стратегией совладающего поведения среди больных с правосторонней латерализацией оказалась стратегия «Конфронтация». Такая стратегия характеризуется в поведении усилением активности (часто – импульсивной, непослуживательной и хаотичной) с целью попытки повлиять на ситуацию; в эмоциях – эмоциональным возбуждением, преобладанием стенических эмоций (прежде всего – агрессивности, злости и досады), настойчивостью, чрезмерной прямолинейностью и отсутствием гибкости; в когнитивной сфере – отсутствием плана действий, дезорганизацией мыслительной деятельности, аффективной охваченностью ситуацией (Исаева, 2009).

Второе место в иерархии копинг-стратегий занимает стратегия «Социальной поддержки», предполагающая активное взаи-

¹ Перечисленные формы поведенческих стратегий относительно условны, но их содержание, отражающее теоретическое представление авторов методики, позволяет использовать их как достаточно структурированную и адекватную модель копингов.

Шкальные значения показателей стратегий совладающего поведения у больных височной эпилепсией с правосторонней (ВЭПЛ) и левосторонней (ВЭЛЛ) латерализацией эпилептического очага

Название стратегии	Диапазон значений				Значения			
	Минимум		Максимум		Mx		σ	
	ВЭПЛ	ВЭЛЛ	ВЭПЛ	ВЭЛЛ	ВЭПЛ	ВЭЛЛ	ВЭПЛ	ВЭЛЛ
Конфронтация	40	29	72	68	53,72	47,69	11,04	10,09
Дистанцирование	32	0	75	60	50,44	44	11,42	13,99
Самоконтроль	22	19	76	60	49,28	44,60	11,11	10,31
Соц. поддержка	31	38	66	69	52,36	53,26	10,20	7,9
Принятие ответственности	26	0	67	67	48,16	46,04	11,55	13,97
Бегство-избегание	34	28	73	66	50,32	45,30	9,14	9,55
Планирование решения проблемы	30	0	64	65	47,68	49,52	8,17	14,62
Положительная переоценка	26	36	66	67	47,84	47,69	11,07	8,48

Примечание: Mx – среднее арифметическое значение, выборочное среднее, σ – стандартное отклонение, среднеквадратичное отклонение

модействие и общение с другими людьми, сосредоточенность на ней (охваченность ею), беспокойство или угнетенность, наличие острой потребности в защите и безопасности, сочувствии, принятии; в когнитивной сфере – активный сбор информации с целью преодоления неопределенности, восприятие чужого опыта, постоянное проговаривание ситуации с другими с целью ослабить эмоциональное напряжение.

Можно предположить, что частое использование этого вида копингов у больных ВЭПЛ напрямую связано с тенденцией гиперсоциализации (Болдырев, 1978; Вассерман, 1989), что, в свою очередь, обусловлено компенсаторными механизмами течения болезни.

Стратегия «Дистанцирование», занимающая третье место в их иерархии, отражает стремление больных эпилепсией сохранить привычное поведение, основанное на стереотипах и автоматизмах, что подтверждает характерную для них определенную ригидность психических процессов. Дистанцирование вызывает стремление к сохранению эмоционального равновесия, осознаваемые пациентом усилия по подавлению неприятных переживаний, желание эмоционального отстранения от ситуации, а в когнитивной сфере – мысленное отстранение, выбрасывание негативных, пессимистических («дурных») мыслей.

Избегание стратегий «Положительная переоценка» и «Планирование» больными с правосторонним эпилептическим очагом, возможно, также связано с ригидностью психических процессов и эмоциональной лабильностью, формирующихся при правополушарном поражении (Доброхотова, 2006).

При левосторонней латерализации эпилептического очага в височной области иерархия доминирующих стратегий совладания выглядит несколько иначе (см. таблицу): предпочтительный выбор стратегий «Социальная поддержка» и «Планирование решения проблемы», а среди наименее предпочитаемых – стратегия «Дистанцирование» и «Самоконтроль».

Приоритетное использование стратегий «Социальная поддержка» и «Планирование решения проблемы» приводит таких больных к активному взаимодействию с внешней ситуацией, с информацией и с людьми, к появлению сознательных попыток решения проблем, к эмоциональной сосредоточенности и уравновешенности, к сохранению самообладания. В когнитивной сфере характерными являются мысленные усилия по поиску способов решения проблемы, анализ ситуации, обращение к прошлому опыту (Исаева, 2009).

Стратегии «Положительная переоценка» и «Конфронтация», также достаточно активно используемые этими пациентами, проявляются достаточно обычным поведением, в эмоциональном плане такие пациенты сохраняют веру, надежду и оптимизм (что по своему содержанию очень близко действию механизмов психологической защиты по типу «гиперкомпенсация» и, в меньшей мере, «сублимация»). Когнитивное функционирование характеризуется попытками анализа ситуации, поиска смысла случившегося с фокусированием на положительных аспектах; переосмыслением себя, своих отношений и жизненных ценностей; отмечается сосредоточение внимания и направленность мыслительной

деятельности на извлечение «пользы/выгоды» из сложившейся ситуации.

Выбор стратегии «Планирование решения проблемы» у больных эпилепсией сопровождается активным взаимодействием в рамках внешней ситуации, с имеющейся у них информацией и с окружающими их людьми. Отмечаются осознаваемые попытки решения проблемы, в эмоциональной сфере – сосредоточенность и уравновешенность, сохранение самообладания. Когнитивное функционирование характеризуется мысленными усилиями по поиску способов решения проблемы, анализу ситуации и обращением к прошлому опыту.

«Положительная переоценка» как копинг-стратегия обуславливает у таких больных сохранение даже в повседневном поведении эмоционально поддерживающих их проявлений веры, надежды и оптимизма. Стремление к анализу ситуации, поиску смысла случившегося с ними с последующим фокусированием на положительных аспектах являются важными когнитивными характеристиками наряду с попытками переосмысления себя, своих отношений и жизненных ценностей (иногда даже посредством обращения к Богу).

Дефицит стратегий «Дистанцирование» и «Самоконтроль» у больных с левосторонней локализацией эпилептического очага скорее всего свидетельствует о неспособности к целенаправленному подавлению и сдерживанию эмоций, а также к использованию интеллектуальных приемов и в итоге к контролю поведения.

В целом можно предположить, что больные эпилепсией с левосторонним очагом поражения отличаются своей ориентированностью на взаимодействие (главным образом вербальное) с другими людьми, ожиданием внимания со стороны окружающих, их совета, сочувствия. Выбор стратегии «Социальная поддержка» предполагает наличие попыток разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов и поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Факт предпочтения в выборе данной стратегии больными эпилепсией согласуется с материалами других работ (Болдырев, 1978; Ковалев с соавт., 1988; Вассерман, 1989), в которых описываются очевидные гиперсоциальные тенденции у больных эпилепсией, проявляющиеся их стремлением максимально следовать нормам, влияющим на качество жизни больных эпилепсией (Вассерман

соавт., 2008). Больные эпилепсией с левосторонней локализацией очага стремятся преодолеть имеющиеся проблемы за счет целенаправленного анализа сложившейся ситуации и выбора оптимального из возможных вариантов поведения, выработать ту или иную стратегию разрешения проблемы, спланировать собственные действия с учетом объективных условий, имеющегося у них прошлого опыта и ресурсов. Предпочтение в выборе такой стратегии говорит, возможно, о стремлении больных эпилепсией максимально обезопасить свою жизнь за счет целенаправленного и планомерного разрешения проблемных ситуаций.

Устойчивость, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживания и поведения делают описанные выше защитные копинг-стратегии патологическими, противодействующими целям лечения. Общей их чертой является отказ личности от продуктивной деятельности, направленной на разрешения ситуации или проблемы, что вызывает негативные и мучительные для «Я» переживания.

Описанные выше очевидные проявления расстройств психологического и психопатологического характера требуют своей коррекции и терапии. Психологическая терапия больных эпилепсией в рамках когнитивно-поведенческого подхода преследует пять целей:

1. Уменьшение и/или полное устранение симптомов расстройства.
2. Снижение вероятности возникновения рецидива после завершения лечения.
3. Повышение эффективности психотерапии.
4. Решение психосоциальных проблем (предшествующих появлению заболевания либо являющихся его следствием).
5. Устранение причин, способствующих развитию психопатологии: изменение дезадаптивных убеждений (схем), коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения.

Результаты описанного исследования определяют «мишени» применения когнитивной психотерапии: дезадаптивные копинг-стратегии – «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль» совместно с использованием других клинических интервенций. Такой подход нацелен не только на коррекцию собственно поведения, но и включает в себя когнитивную и эмоциональную составляющие. На первом этапе психотерапевтиче-

ская работа должна затрагивать когнитивную оценку ситуации болезни и отношение пациента к лечебному процессу (взаимодействие с врачом, комплайентность при фармакотерапии и т. д.), другие способы формирования терапевтического альянса с врачом и переосмысления (рефрейминге) роли заболевания в адаптивном процессе. Второй этап включает непосредственную работу с малоадаптивными копинг-стратегиями и о подразумевает работу, направленную на осознание причинно-следственных связей элементов неконструктивного поведения с депрессивно-тревожными проявлениями в различных фрустрирующих ситуациях с последующей переориентацией на более адаптивные копинг-стратегии. Переоценка фрустрирующего влияния болезни, изменение совладающего поведения должны способствовать смягчению тревожного, астено-депрессивного эмоционального фона (не достигающего психотического уровня) в проблемных для больных ситуациях и последующему улучшению качества жизни пациентов с височной эпилепсией.

Формирование психотерапевтической программы в работе с указанными больными требует комплексного подхода с многомерной диагностикой когнитивных и личностно-поведенческих расстройств с учетом (и под контролем) результатов объективных инструментальных (ЭЭГ, МРТ) исследований, которые в соотношении с психологической диагностикой, позволяют реализовывать методологию структурно-функционального подхода в исследовании больных с мозговой патологией вообще и при височной эпилепсии, в частности. Когнитивно-аффективные соотношения, как известно (Вассерман с соавт., 2013) позволяют решать вопросы психотерапии, сопряженной с психофармакотерапией и с оценкой эффективности и прогноза.

Как показывают результаты многомерных исследований когнитивно-аффективных соотношений при депрессиях и височной эпилепсии с аффективными расстройствами (Доброхотова, 2006), такой подход наиболее актуален для решения вопросов и оценки эффективности целенаправленной комплексной терапии больных и оценки прогноза социальной адаптации.

**Работа выполнена при поддержке гранта
РГНФ шифр ИАС 8.16.470.2014.**

Литература

1. Болдырев, А.И. Социальные аспекты больных эпилепсией / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 1978.
2. Бек, А. Когнитивная психотерапия депрессий / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – New York: Hoeber, 1979.
3. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика нарушений интеллектуальной деятельности при эпилепсии: методические рекомендации / Л.И. Вассерман. – СПб.: СПб Психоневрологический институт им.В.М. Бехтерева, 1989.
4. Вассерман, Л.И., Нейропсихологическая диагностика при эпилепсии: коллективная монография/ Л.И. Вассерман. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2010.
5. Вассерман, Л.И. Аффективно-когнитивные расстройства: методология структурно-функциональных соотношений на модели височной эпилепсии / Л.И. Вассерман, Н.И. Ананьева, А.Л. Горелик и др. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». –2013. –Т. 6, № 1. – С. 67–71.
6. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонов. – СПб.: Речь, 2010.
7. Вассерман, Л.И. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, В.А. Михайлов, С.Д. Табулина. – СПб.: СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008.
8. Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – М.: Бином, 2006.
9. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009.
10. Карлов, В.А. Височная эпилепсия / В.А. Карлов. – М.: ООО «Системные решения», 2008.
11. Ковалев, В.В. Эпилепсия / В.В. Ковалев, В.П. Белов, Е. Венцовский // Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1. – С. 532–536.
12. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011.
13. Мазо, Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов. – СПб, 2012.
14. Мухин, К.Р. Идиопатические формы эпилепсии: симптоматика, диагностика, терапия / К.Р. Мухин., А.С. Петрухин. – М.: Арт-Бизнес-Центр, 2000.
15. Прибрам, К. Языки мозга: пер. с англ. / К. Прибрам. – М.: Прогресс, 1975.
16. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл., А. Зиглер. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 607 с. – (Серия «Мастера психологии»).

17. Руденко, А.М. Депрессивные расстройства у больных эпилепсией / А.М. Руденко, А.С. Котов. – М., 2009.
18. Ташлыков, В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков. – Томск: Изд-во ТГУ, 1990.
19. Тювина, Н.А. Современное представление о патогенезе депрессии и подходы к антидепрессивной терапии (обзор литературы) / Н.А. Тювина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 4.
20. Beck, A. *Cognitive therapy and the emotional disorders* / A. Beck. – New York: International Universities Press, 1976.
21. Beck, A. *Cognitive therapy of depression* / A. Beck, J. Rush, B. Shaw, G. Emery. – New York: Basic Books, 1979.
22. Bennett, T. *The neuropsychology of epilepsy* / T. Bennett. – New York: Plenum Press, 1992.
23. Browne, T. *Handbook of Epilepsy* / T. Browne, G. Holmes. – 3d ed. – New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.
24. Engel, J. *Epilepsy* / J. Engel. – New York: Williams and Wilkins, 2007.
25. Goldstein, L.H. *Neuropsychological assessment* / L.H. Goldstein // *The clinical psychologist's Handbook of epilepsy. Assessment and management* / ed. by L.H. Goldstein & C. Cull. – London – NY, 1997.
26. Folkman, S. *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms* / S. Folkman, R.S. Lazarus // *J. Personal. and Soc. Psychol.* – 1986. – Vol. 50, No. 3. – P. 571–579.
27. Lazarus, R. *On the primacy of cognition*. *Am.Psychologist.* – 1984. – 39. – P. 124–129.
28. Heilman, K. *Clinical Neuropsychology* / K. Heilman, E. Valenstein. – 4th ed. – Oxford: Academ. Press., 2003.
29. Tothmpson, P. *Epilepsy and memory* / P. Tothmpson // *The clinical psychologist's Handbook of Epilepsy. Assessment and management.* – 1997.

Вассерман Людвиг Иосифович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), psy_lab@inbox.ru

Табулина Светлана Дмитриевна, старший научный сотрудник отделения эпилепсии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), заместитель главного врача по медицинской части, врач-психиатр. tabsd@mail.ru

Чуйкова Анна Владимировна, клинический психолог, аспирант факультета психологии Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), anna_chuykova@mail.ru.

Поступила в редакцию 22 декабря 2014 г.

STRATEGIES OF COPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH TEMPORAL LOBE EPILEPSY WITH DEPRESSIVE DISORDERS

L.I. Wasserman, St. Petersburg State University, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russian Federation, psy_lab@inbox.ru

S.D. Tabulina, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russian Federation, tabsd@mail.ru

A.V. Chuikova, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation, anna_chuykova@mail.ru

The article presents the results of the substantial characteristics of coping strategies of temporal lobe epilepsy patients with depressive disorders. When predominantly right-hemisphere lateralization paroxysmal foci dominated relative unconstructive coping strategies: difficulty

in making decisions, impulsiveness, unfocused behavioral activity; with left hemisphere – the focus on social support, problem-solving and hypersociality in verbal behavior. These characteristics of coping strategies may be relevant targets for cognitive-behavioral psychotherapy in the complex treatment of patients.

Keywords: temporal lobe epilepsy, depressive disorders, coping behavior, psychodiagnosis.

References

1. Boldyrev A.I. *Social'nye aspekty bol'nyh jepilepsiej* [Social aspects of epilepsy patients]. Moscow, Medicina Publ., 1978
2. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford, 1979.)
3. Vasserman L.I., *Psihologicheskaja diagnostika narushenij intellektual'noj dejatel'nosti pri jepilepsii. Metodicheskie rekomendacii*. [Psychological diagnosis of intellectual activity in epilepsy]. Sankt-Peterburg, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 1989.
4. Vasserman L.I., *Nejropsihologicheskaja diagnostika pri jepilepsii. Kollektivnaja monografija*. [Neuropsychological diagnosis of epilepsy]. Sankt-Peterburg, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2010.
5. Vasserman L.I., Anan'eva N.I., Gorelik A.L., Ezhova R.V., Ershov B.B., Lipatova L.V., Folomeeva K.G., Chujkova A.V. [Affective and cognitive disorders: Methodology structure-function relationships in the model of temporal lobe epilepsy]. *Bulletin of South Ural State University. Ser. Psychology*, 2013, vol. 6, no. 1. pp. 67–71. (in Russ.)
6. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Sovladanie so stressom. Teorija i psihodiagnostika. Uchebno-metodicheskoe posobie* [Coping with stress. Theory and psychological testing]. Sankt-Peterburg, 2010.
7. Vasserman L.I., Mihajlov V.A., Tabulina S.D., *Psihologicheskaja struktura kachestva zhizni bol'nyh jepilepsiej//Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov*. [Psychological structure of the quality of life of patients with epilepsy]. Sankt-Peterburg, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2008.
8. Dobrohotova T.A. *Nejropsihiatrija*. [Neuropsychiatry.]. Moscow, Binom Publ., 2006.
9. Isaeva E.R. *Koping-povedenie i psikhologicheskaja zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni*. [Coping behavior and psychological protection of the individual in terms of health and disease]. Sankt-Peterburg, SPb. St. Med. Univ. Publ., 2009.
10. Karlov V.A., *Visochnaya epilepsiya*. [Temporal lobe epilepsy]. Sistemnye resheniya Publ. 2008.
11. Kovalev V.V., Belov V.P., Ventsovskiy E. [Epilepsy] *Rukovodstvo po psikhiiatrii* [Manual of Psychiatry]. vol. 1. Moscow, Medicina Publ., 1988. pp. 532–536. (in Russ.)
12. Krasnov V.N. *Rasstroystva affektivnogo spectra* [Affective disorder spectrum]. Moscow, Prakticheskaya medicina Publ., 2011.
13. Mazo G.E., Neznanov N.G. *Terapevticheski rezistentnye depressii*. [Treatment-resistant depression]. Sankt-Peterburg, Beresta Publ., 2012. 448 p.
14. Mukhin K.R., Petrukhin A.S. *Idiopaticheskie formy epilepsii: simptomatika, diagnostika, lechenie*. [Idiopathic epilepsy: symptoms, diagnosis, treatment]. Moscow, Art-Biznes-Center Publ., 2000.
15. Pribram K. *Languages of the brain; experimental paradoxes and principles in neuropsychology*. Englewood Cliffs, New York, 1971.
16. Hjelle L., Ziegler D. *Personality Theories: Basic Assumptions, Research, and Applications*. 3th ed.: McGraw-Hill, 1992.
17. Rudenko A.M., Kotov A.S. *Depressivnye rasstroystva u bol'nykh epilepsiej: Uchebnoe posobie* [Depressive disorders in patients with epilepsy: Textbook]. Moscow. MONIKI. 2009. 66 p.
18. Tashlykov V. A. [Personal coping mechanisms (coping behavior) the protection of the neurotic patients in psychotherapy]. *Mediko-psikhologicheskie aspekty okhrany psikhicheskogo zdorov'ya: sb.nauch.tr.* [Medical and psychological aspects of mental health: Collected Papers]. Tomsk, 1990, pp. 60–61.
19. Tyuvina N.A. [The current understanding of the pathogenesis of depression and approaches to antidepressant therapy (review)]. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P. B. Gannushkina*, 2009, vol. 11, no. 4. pp. 35–38. (in Russ.)
20. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
21. Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Basic Books, 1979.
22. Bennett T. *The neuropsychology of epilepsy*. New York: Plenum Press, 1992.
23. Browne T., Holmes G. *Handbook of Epilepsy*. 3 Ed. 2004. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.
24. Engel J., *Epilepsy*. New York: Williams and Wilkins, 2007.
25. Goldstein L.H. Neuropsychological assessment. *The clinical psychologist's Handbook of epilepsy*. Assessment and management. Ed. by L.H. Goldstein & C.Cull. London – NY, 1997.

Клиническая (медицинская) психология

26. Folkman S., Lazarus R.S. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J. Personal. and Soc. Psychol.* 1986, vol. 50, no. 3, pp. 571–579.
27. Lazarus R. On the primacy of cognition. *Am. Psychologist*, 1984, 39, pp. 124–129.
28. Heilman K., Valenstein E. *Clinical Neuropsychology*. 4 ed. Oxford: Academ. Press., 2003.
29. Thompson P. *Epilepsy and memory*. The clinical psychologist's Handbook of Epilepsy. Assessment and management. 1997.

Received 22 December 2014

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Вассерман, Л.И. Стратегии совладающего поведения у больных височной эпилепсией с депрессивными расстройствами / Л.И. Вассерман С.Д. Табулина, А.В. Чуйкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 1. – С. 71–80.

REFERENCE TO ARTICLE

Wasserman L.I., Tabulina S.D., Chuikova A.V. Strategies of Coping Behavior in Patients with Temporal Lobe Epilepsy with Depressive Disorders. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 1, pp. 71–80. (in Russ.)
