

Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН и Минздравсоцразвития России
Российская Противозпилептическая Лига

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2010 Том 2 №3



Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.epilepsia.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2010 Издательство ИРБИС

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ – СТИГМАТИЗАЦИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Михайлов В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Эпилепсия оказывает негативное влияние на качество жизни больного. Происходит стигматизация пациента, т.е. выделение индивида по факту какого-либо негативного качества, в частности, того или иного заболевания, влекущего негативные последствия для страдающего им человека. В статье приводятся результаты собственных исследований качества жизни и аспектов стигматизации больных эпилепсией с использованием опросника ВОЗ и современных методов обработки информации. Применение таких современных средств, как карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин и топирамат позволяет контролировать качество жизни и стигматизацию при реабилитации больных эпилепсией.

Ключевые слова: качество жизни, стигматизация, эпилепсия.

Эпилепсия, как одно из наиболее стигматизирующих заболеваний психоневрологического профиля, оказывает негативное влияние на все стороны жизни больного: получение образования и трудоустройство, уровень социального функционирования и создание семьи, то есть на качество жизни в целом. Таким образом, понятия стигматизации и качества жизни, прогноза и реабилитации больных эпилепсией тесно взаимосвязаны и должны рассматриваться вместе.

В настоящее время достигнуты несомненные успехи в лечении эпилепсии, в значительной мере определившие патоморфоз заболевания и оптимизацию его медицинского прогноза. По данным различных авторов адекватная противозепилептическая терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50–70% больных (1). Вместе с тем, достижения фармакотерапии не привели к значительным изменениям в социальном статусе больных эпилепсией, что связано с продолжающейся стигматизацией этих лиц обществом (2,3). Общество еще не готово к принятию того факта, что эпилепсию можно вылечить, а больного полностью восстановить в правах (4). Многие больные эпилепсией в современном обществе

подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестоким социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям. Даже в самых развитых странах существующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность больных эпилепсией, приводя к их социальной дезадаптации и изоляции. По мнению М. Beassart (1980), больные эпилепсией испытывают затруднения не столько в связи со своей болезнью, сколько в связи с плохой ориентацией в ней общества (5). Именно стигму многие исследователи считают основным препятствием для улучшения качества жизни больных психоневрологического профиля (6).

В настоящее время под термином «стигматизация» принято понимать выделение индивида (или социальной группы) по факту какого-либо негативного качества, в частности, того или иного заболевания, влекущего негативные последствия для страдающего им человека (7).

Исследователи стигматизации (7,8,9) при ее характеристике обычно выделяют внешнюю стигму (дискриминацию) и внутреннюю стигму (аутостигматизацию, самостигматизацию). При этом под внешней стигмой подразумевается несправедливое отношение социума к больному (дискриминация), под внутренней стигмой (аутостигматизацией) – чувство стыда и ожидание дискриминации, боязнь фактической стигмы, с которой пришлось столкнуться стигматизированному человеку. Аутостигматизация может привести к тому, что стигматизированный человек будет добровольно ограничивать свой жизненный опыт и возможности в попытке избежать дискриминации (9).

Устойчивый интерес к проблеме стигматизации в психоневрологии, наблюдающийся в последние годы и за рубежом и в России – явление не случайное, обусловленное как демократизацией общества и гуманизацией медицины, так и развитием концепции качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем. Отношением общества к больным эпилепсией, уровнем их стигматизации в значительной мере определяются результаты их реабилитации и прогноз заболевания.

В рамках осуществляемого институтом им. В.М. Бехтерева проекта ВОЗ «Реабилитация и качество жизни больных эпилепсией» (2000-2010) нами проводилось изучение социальных аспектов стигматизации больных эпилепсией. Исследование осуществлялось с помощью структурированного опросника стигматизации больных эпилепсией, разработанного в лаборатории медицинской психологии и отделе реабилитации неврологических больных института им. В.М. Бехтерева (В.А. Михайлов, Л.И. Вассерман, 2003). Проведен опрос 694 респондентов обоего пола (практически здоровые лица, не страдающие эпилепсией) в возрасте от 15 до 72 лет, проживающих в 12 различных географических регионах России.

Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне стигматизации этой категории больных в нашей стране, восприятию эпилепсии подавляющим большинством опрошенных (78,6% респондентов) как неизлечимого заболевания, диагноз которого у себя или близкого человека они предпочли бы скрывать (71,1%). Значительная часть респондентов (13,9%) с недоверием относится к лицам, страдающим эпилепсией; 26,2% опрошенных высказали колебания при ответе на вопрос – следует ли доверять такого рода людям. Еще более удручающим выглядит мнение опрошенных по поводу возможностей трудоустройства страдающих эпилепсией. 64,2% респондентов считают, что работодатель не возьмет на работу человека, страдающего данным заболеванием; хотя большинство участвовавших в опросе (54,9%) отмечают, что интеллект больных эпилепсией в целом не ниже, чем интеллект здорового человека. Почти половина опрошенных (46,5%) полагает, что люди, как правило, боятся больных эпилепсией, а практически здоровые нередко смотрят «свысока» на тех, кто лечится по поводу этого заболевания (24,9%).

Проведенные нами популяционные исследования показали, что лишь 20,6% всех опрошенных допускают возможность излечения заболевания. 61,3% респондентов полагают, что возможно лишь уменьшение проявлений заболевания, но не полное излечение; 11,0% – прогнозируют лишь временное улучшение и 1,3% – считают, что лечение бесперспективно. Пятая часть опрошенных (20,1%) не допускает возможности обучения в обычной школе детей, страдающих эпилепсией. Многие респонденты (20,1%) считают, что больные эпилепсией дети младшего возраста должны находиться только в специальных коррекционных детских садах, 15,3% из них не разрешили бы своим детям играть со сверстником, страдающим данным заболеванием. Большинство (91,3%) респондентов положительно относится к возможности вступления больных эпилепсией в брак, однако лишь 33,5% опрошенных ответили, что могли бы вступить в брак с больным эпилепсией, 64,8% респондентов не захотели связывать свою жизнь с больным. Большинство респондентов (71,7%)

достаточно лояльны и признают право больных на сохранение тайны диагноза при трудоустройстве. Однако почти треть из них (28,5%) все-таки считает необходимым ограничить права больных эпилепсией указывая, что при трудоустройстве они должны сообщать о своем заболевании администрации учреждения (24,1%), получить согласие коллектива (4,2%). 15,5% респондентов высказывает принципиальное мнение о том, что люди, страдающие данным заболеванием, вообще не должны занимать руководящие должности. 88,2% выборки оценивает свои представления об эпилепсии как недостаточные, полагая, что средства массовой информации должны уделять этому вопросу больше внимания (83,6%); вместе с тем 11,8% опрошенных полагает, что они вполне хорошо информированы о данной проблеме, а 15% и не видят необходимости в более подробном ее освещении.

Используемые классический критерий χ^2 Пирсона, однофакторный и двухфакторный дисперсионный анализы позволили обнаружить достоверные различия в ответах респондентов разного пола, возраста, уровня образования, проживающих в разных местах и занимающихся различными видами деятельности. На основании полученных результатов можно заключить, что отношение к больным эпилепсией в обществе нельзя назвать однозначным, поскольку оно во многом детерминировано целым рядом взаимно влияющих социально-демографических факторов.

Выявленные гендерные различия в оценках по большинству вопросов указывают на большую склонность к стигматизации женщин, чем мужчин. Можно отметить, что женщины в силу своей гендерной роли оказались менее лояльными к больным эпилепсией.

Представления и оценки респондентов с возрастом, по мере приобретения жизненного опыта, становятся более осторожными, в большей степени ограничивающими права больных эпилепсией. Наиболее толерантными по целому ряду вопросов оказались самые молодые респонденты – 14-18 лет, а наибольшими «стигматизаторами» – респонденты старше 45 лет.

Повышение уровня образования способствовало формированию толерантности к больным, более адекватному подходу к проблемам эпилепсии: чем выше был уровень образования респондента, тем меньше «мифов», больше реализма и сочувствия по отношению к больным.

Тенденция давать «стигматизирующие» оценки усиливалась и была наиболее выражена в вопросах, эмоционально значимых для самого респондента – вступление в брак, обучение и общение детей, трудоустройство. В этих вопросах эмоциональное отвержение респондентами больных эпилепсией было наиболее очевидным.

Эпилепсия, как отмечено выше, в значительной мере влияет на КЖ больного, поэтому по мнению многих отечественных и зарубежных эпилептологов, стратегической задачей современного лечения

эпилепсии является не только частичное или полное купирование припадков и других проявлений заболевания, но и улучшение КЖ пациентов (11).

В рамках вышеуказанного проекта ВОЗ клиники эпилепсии и лабораторией клинической психологии института им. В.М. Бехтерева было проведено исследование качества жизни больных эпилепсией. Основным инструментом исследования явился опросник ВОЗ КЖ 100.

Обследовано 516 больных эпилепсией в возрасте от 15 до 70 лет, из них мужчин было 232 (44,96%), женщин – 284 (55,04%). Генерализованные припадки наблюдались у 140 (27,1%) больных, парциальные – у 376 (72,9%).

Анализ результатов исследования показал, что больные эпилепсией, вопреки общепринятым представлениям, по большинству параметров оценивают

свое качество жизни как удовлетворительное. Ни по одному из параметров качества жизни не получено полярных оценок (очень плохое или очень хорошее КЖ). Полученные данные, вероятно, следует рассматривать как показатель высокого реабилитационного потенциала больных эпилепсией, подтверждение того, что вне припадков многие из них склонны рассматривать себя как практически здоровых людей.

Оценка КЖ больными эпилепсией различалась в зависимости от их демографических и клинических показателей (пола, возраста больных, формы эпилепсии, типа, частоты и тяжести припадков). В целом, более низкие оценки КЖ давали женщины и лица старших возрастных групп, пациенты с более поздним дебютом заболевания, локализационно-обусловленной формой эпилепсии, парциальными, час-

Субсферы качества жизни	M (x)	m	Σ
G. Общее КЖ и состояния здоровья	11.98	.199	3.347
F1 Физическая боль и дискомфорт	12.56	.177	2.977
F2 Жизненная активность, энергия и усталость	13.17	.185	3.113
F3 Сон и отдых	15.60	.236	3.972
F4 Положительные эмоции	12.26	.185	3.119
F5 Мышление, обучаемость, память и концентрация	13.34	.173	2.908
F6 Самооценка	13.51	.175	2.948
F7 Образ тела и внешность	14.50	.192	3.234
F8 Отрицательные эмоции	12.47	.205	3.449
F9 Подвижность	16.72	.186	3.134
F10 Способность выполнять повседневные дела	14.80	.147	2.478
F11 Зависимость от лекарств и лечения	10.09	.261	4.381
F12 Способность к работе	15.65	.201	3.370
F13 Личные отношения	14.64	.172	2.888
F14 Практическая социальная поддержка	14.75	.195	3.274
F15 Сексуальная активность	12.61	.225	3.734
F16 Физическая безопасность и защищенность	13.35	.168	2.834
F17 Окружающая среда дома	13.66	.219	3.689
F18 Финансовые ресурсы	10.07	.213	3.590
F19 Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	11.53	.186	3.121
F20 Возможности для приобретения новой информации и навыков	13.93	.154	2.583
F21 Возможности для отдыха, развлечений и их использование	13.79	.189	3.182
F22 Окружающая среда вокруг	13.84	.162	2.727
F23 Транспорт	13.89	.225	3.788
F24 Духовность, религия, личные убеждения	14.50	.208	3.493
Сферы качества жизни	M (x)	m	Σ
Физическая	13.759	.162	2.728
Психологическая	13.202	.1370	2.3051
Уровень независимости	14.52519	.142052	2.3897
Социальные взаимоотношения	14.01777	.161209	2.71196
Окружающая среда	12.19991	.120815	2.03243
Духовная	14.50	.208	3.493
Общее качество жизни	82.16996	.709095	11.9288

Таблица 1. Средние значения для группы по шкалам опросника ВОЗ КЖ 100

Качество жизни:

* очень плохое (4-6 баллов);

** плохое (7-10 баллов);

*** среднее (удовлетворительное) (11-13 баллов);

**** хорошее (14-17 баллов);

***** очень хорошее (18-20 баллов).

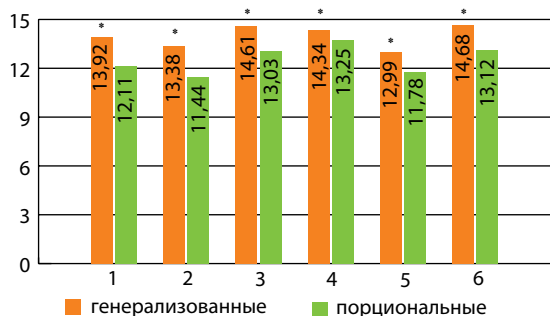


Рисунок 1. Показатели КЖ у больных с генерализованными и парциальными припадками.

Оценки КЖ по сферам функционирования:

- 1 – физическая сфера, 2 – психологическая сфера, 3 – уровень независимости, 4 – социальные отношения, 5 – окружающая среда, 6 – духовная сфера.

* $p \leq 0,05$.

тыми, тяжело протекающими припадками (рис. 1). Рисунки – сейчас находятся в конце статьи, при верстке их нужно поместить в контексте.

Психологическая структура КЖ больных эпилепсией достаточно характерна для данной нозологической формы и является отражением воздействия заболевания на жизнь больного. Наиболее «пострадавшими» оказались те стороны их жизни, которые непосредственно ассоциированы с припадками и их последствиями – это физическая безопасность и защищенность, зависимость от лекарств и лечения, боли и физический дискомфорт, когнитивные нарушения и повышенная утомляемость, переизбыток отрицательных и недостаток положительных эмоций, сексуальные отношения, финансовые трудности, ограниченные возможности в развлечениях, отдыхе и приобретении новых навыков, а также невозможность получения качественной медицинской и социальной помощи.

КЖ больных эпилепсией опосредовано рядом социально-средовых факторов. На оценку КЖ оказывали негативное влияние незанятость в трудовом и образовательном процессах, социальная неустойчивость. Больные с инвалидностью хуже оценивали как общее КЖ, так и ряд важнейших сфер

своего функционирования (физическая, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда). Высокий уровень социальной фрустрированности «снижал» КЖ, то есть чем больше больные были не удовлетворены отношениями с родными и социальным окружением, своим социальным положением и здоровьем, тем хуже они оценивали свое физическое, психологическое и социальное функционирование, уровень независимости и качество окружающей среды.

На оценку больными КЖ существенное влияние оказывали и их индивидуально-личностные характеристики. Больные с выраженным уровнем депрессии и тревоги ниже оценивали свое КЖ, практически во всех сферах жизненного функционирования. Выявленные особенности определили эффективные «мишени» для психокоррекционных воздействий, направленные как на изменение системы отношений больного, так и последствий болезни.

Исследования самостигматизации больных эпилепсией осуществлялось с помощью специального опросника самостигматизации; данные, полученные при исследовании самостигматизации, сопоставлялись с результатами исследования КЖ того же контингента больных и оценкой лечащего врача. Для лечащих врачей использовался специальный опросник врача (Панкратова А.Г., 2003). Сопоставление данных, полученных по этим методикам, позволило объективизировать самооценку больных и выявить «стигматизационные» факторы, влияющие как на качество жизни больных, так и на выраженность их стигматизации.

Анализ связей между показателями самостигматизации, клиническими оценками врача и общим показателем КЖ позволяет заключить, что КЖ и самостигматизация – два взаимосвязанных фактора: если больной неудовлетворен своим КЖ, то он уже наверняка «стигматизирован». В связи с этим, одной из важнейших задач, наряду с противоэпилептическим лечением, должно стать преодоление стигматизированности как у самого больного, так и у его семьи.

Проведенное исследование позволило установить, что на формирование самостигматизации

Сферы КЖ	Социальная фрустрированность	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Депрессия
Физическая сфера	-0,2925*	-0,3893**	-0,4591**	-0,5128**
Психологическая сфера	-0,4018**		-0,4442**	-0,4812**
Уровень независимости	-0,3037*		-0,3946**	-0,5407**
Социальные отношения	-0,4610**		-0,2855*	-0,3968**
Окружающая среда	-0,4673**	-0,3199*	-0,3184*	-0,4136**
Духовная сфера	-0,3083*			-0,3241*
Общее КЖ и состояние здоровья	-0,4805**	-0,3350*	-0,2821*	-0,3387*
Общее КЖ (итоговый балл)	-0,4827**	-0,3002*	-0,4809**	-0,5827**

Таблица 2. Взаимосвязи между показателями КЖ и уровнями социальной фрустрированности, депрессии, личностной и ситуативной тревожности. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

влияет совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих друг с другом клинических, социально-средовых и демографических факторов.

В отличие от больных с генерализованным типом припадков пациенты с парциальными приступами были больше стигматизированы – достоверно чаще страдали от социальных ограничений в обучении и трудоустройстве, нуждались в помощи в реализации социальных льгот, имели инвалидность и проблемы в общении с друзьями. Они ниже оценивали общее КЖ, а также свое функционирование в социальной сфере и в сфере «окружающая среда». Среди них наиболее «стигматизированными» были пациенты с незаконченным средним и средним образованием.

Инвалиды также отличались высокой самостигматизированностью – страдали частыми приступами и изменениями личности, чаще испытывали ограничения в трудоустройстве и проблемы в создании семьи. Поскольку их заболевание привело к потере работы, они чаще испытывали чувство вины перед родными и окружающими, нуждались в психологической поддержке сами и помощи в улучшении семейных взаимоотношений. Они также низко оценивали свое КЖ в социальной сфере и давали пессимистический прогноз своего заболевания.

Длительно протекающее заболевание и его последствия – изменения личности способствовали самостигматизации больного. Пациенты, длительно страдающие эпилепсией, чаще опасались вступить в брак и заводить детей из страха передачи заболевания по наследству, страдали больше от отношения к ним общества, обвиняя окружающих в равнодушном или враждебном отношении к ним. Они чаще нуждались в помощи в отношениях с органами власти и были наименее комплаентны, а также низко оценивали свое качество жизни в психологической, социальной сфере и сфере окружающей среды.

Больные с частыми приступами чаще теряли из-за болезни работу и не могли трудоустроиться, нуждались в психологической поддержке, вынуждены были ограничивать себя в посещении общественных мест, а также ниже всех оценивали свое КЖ, и, в частности, социальное функционирование и КЖ в сфере окружающей среды.

Уровень образования также оказывал влияние на выраженность самостигматизации. Пациенты с высоким уровнем образования чаще скрывали от окружающих свой диагноз, испытывали чувство неполноценности, давали пессимистичный прогноз своего заболевания и были наименее комплаентны, а также чаще отмечали значительное влияние болезни на их КЖ и социальные возможности. От ограничений в работе чаще страдали пациенты со средним специальным образованием. В то же время, пациенты с низким уровнем образования давали пессимистичные ответы на вопросы о перспективах их возможного лечения новыми противоэпилептическими препаратами, чаще отмечали негативное отношение общества к ним.

Больные старшего возраста чаще из-за болезни теряли работу, испытывали социальные ограничения в трудоустройстве, нуждались в помощи в реализации социальных льгот, ограничивали себя в посещении общественных мест, отмечали значительное влияние болезни на их КЖ и социальные возможности. Они также ниже оценивали свое социальное функционирование.

Гендерная принадлежность также влияла на уровень самостигматизации: мужчины, в отличие от женщин, чаще считали себя больными, скрывали свой диагноз, реже имели инвалидность и в меньшей степени психологически поддерживались друзьями.

Оценки врачей и пациентов о проблемах и КЖ практически совпали, что свидетельствует как о

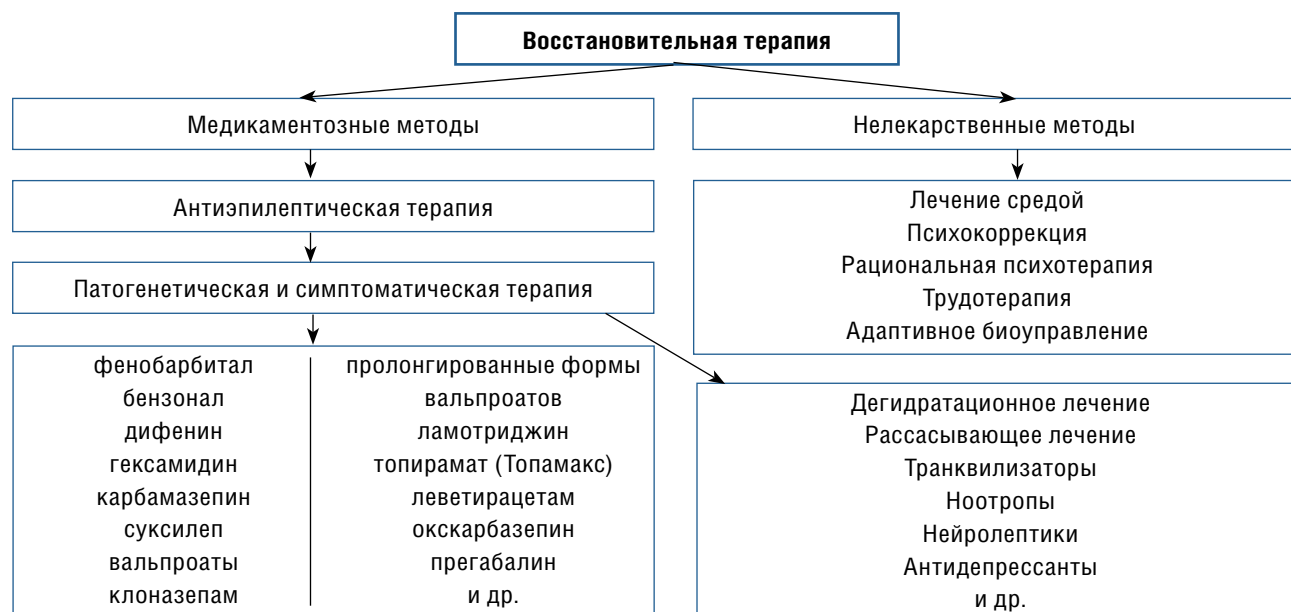


Рисунок 2. Восстановительная терапия больных эпилепсией.

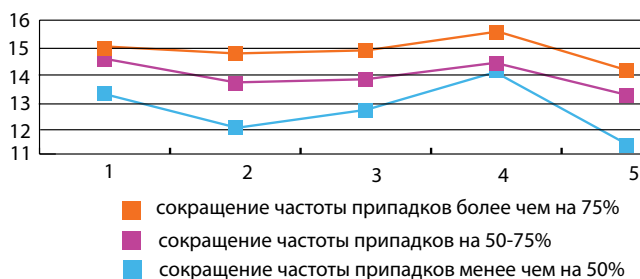


Рисунок 3. Сравнительная оценка показателей качества жизни в зависимости от эффективности восстановительной терапии.

1 – физическая сфера, 2 – психологическая сфера,
3 – уровень независимости, 4 – социальные отношения,
5 – общее качество жизни и состояние здоровья.

хорошей индивидуальной психотерапевтической работе с больным, так и о надежности используемого методического инструментария оценки. Эти методы позволяют не только определить наличие самостигматизации, но и дают хороший материал для дальнейшей психотерапевтической работы с больным и его семьей.

Исследования КЖ позволяют осуществлять мониторинг состояния больного в процессе лечебных и реабилитационных воздействий и оценивать их эффективность. С этих позиций чрезвычайно

важными являются исследования КЖ на этапе восстановительной терапии – первом этапе реабилитации (рис. 2).

Эффективность проводимого лечения оценивалась на основании изменения частоты приступов, данных повторной ЭЭГ. КЖ определялось дважды (при поступлении в стационар и перед выпиской из отделения).

В процессе восстановительного лечения у 73,6% пациентов было достигнуто выраженное улучшение состояния с урежением приступов на 75% и более, у ряда больных это сочеталось с улучшением показателей ЭЭГ. В этой группе больных выявлена статистически достоверная положительная динамика субъективной оценки КЖ в сферах: «физическая», «психологическая» и «социальные взаимоотношения» (рис. 3). Наиболее высокие результаты были получены при приеме карбамазепина у больных со сложными парциальными приступами и препаратов вальпроевой кислоты при генерализованных приступах. Восстановительное лечение препаратами новейшего поколения (ламотриджин, топирамат) существенно улучшало клиническое течение заболевания и повышало качество жизни пациентов с приступами, резистентными к терапии традиционными антиконвульсантами, тем самым экономически обосновывая дополнительные затраты на новые, более дорогостоящие лекарства.

Литература:

- Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. Справочное руководство для врачей / Л.Р.Зенков. – М., 2001. – 232 с.
- Гехт А.Б. Качество жизни больных эпилепсией / А.Б.Гехт // Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты: материалы международной конференции. – М., 2005. – С. 120-124.
- Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice / N.Sartorius // The Image of Madness/ ed. by Guimon J., Fisher W., Sartorius N. – Basle. – 1999. – P. 96-105.
- Громов С.А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А.Громов, В.С.Лобзин. – СПб.: Образование, 1993. – 238 с.
- Beaussart M. Elements statistiques d approche des problemes poses par l epilepsie / M.Beaussart // J.Sci.med. Lille. – 1980. – V.9. – № 10. – P. 61-67.
- Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М.Кабанов, Г.В.Бурковский //Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 2000. – №1. – С.3-9.
- Тюменкова Г.В., Портнова А.А.,Кекелидзе З.И. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией. Российский психиатрический журнал, 2005, № 4, стр. 51 – 57.
- Baker G.A., Brooks J.L., Buck D., et al. The stigma of epilepsy: a European perspective // Epilepsia. – 2000. – V. 41. – P. 98-104.
- Baskind R., Birbeck G.L. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease // Epilepsy Behav. – 2005. – № 7 (1) P. 68-73.
- Л.И.Вассерман, В.А.Михайлов, С.Д.Табулина Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. Пособие для врачей. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2008. – 22 с.
- Карлов В.А. Основные принципы терапии эпилептических приступов / В.А.Карлов // Неврологический журнал. – 1997. – № 5. – С. 4-8.
- Панкратова А.Г. Популяционный и адаптационный образы болезни при эпилепсии и факторы, влияющие на их формирование: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.Г.Панкратова – Бишкек, 1998. – 19 с.

TOPICAL ISSUES OF EPILEPTOLOGY – STIGMATIZATION, QUALITY OF LIFE AND REHABILITATION OF PATIENTS

Mikhailov V.A.

Saint-Petersburg psycho-neurologic scientific research institute named after V.M. Behterev

Epilepsy negatively affects patient's quality of life leading to patient's stigmatization, i.e., isolation of an individual based on one's negative qualities, for instance, one or the other disease, which entails negative consequences for a subject suffering from the disease. This article presents results of author's own studies on quality of life and stigmatization aspects of epileptic patients using the WHO questionnaire and up-to-date methods of information analysis. Administration of such modern medications as carbamazepine, valproic acid, lamotrigine and topiramate allows control of quality of life and stigmatization during rehabilitation of epileptic patients.

Key words: quality of life, stigmatization, epilepsy.