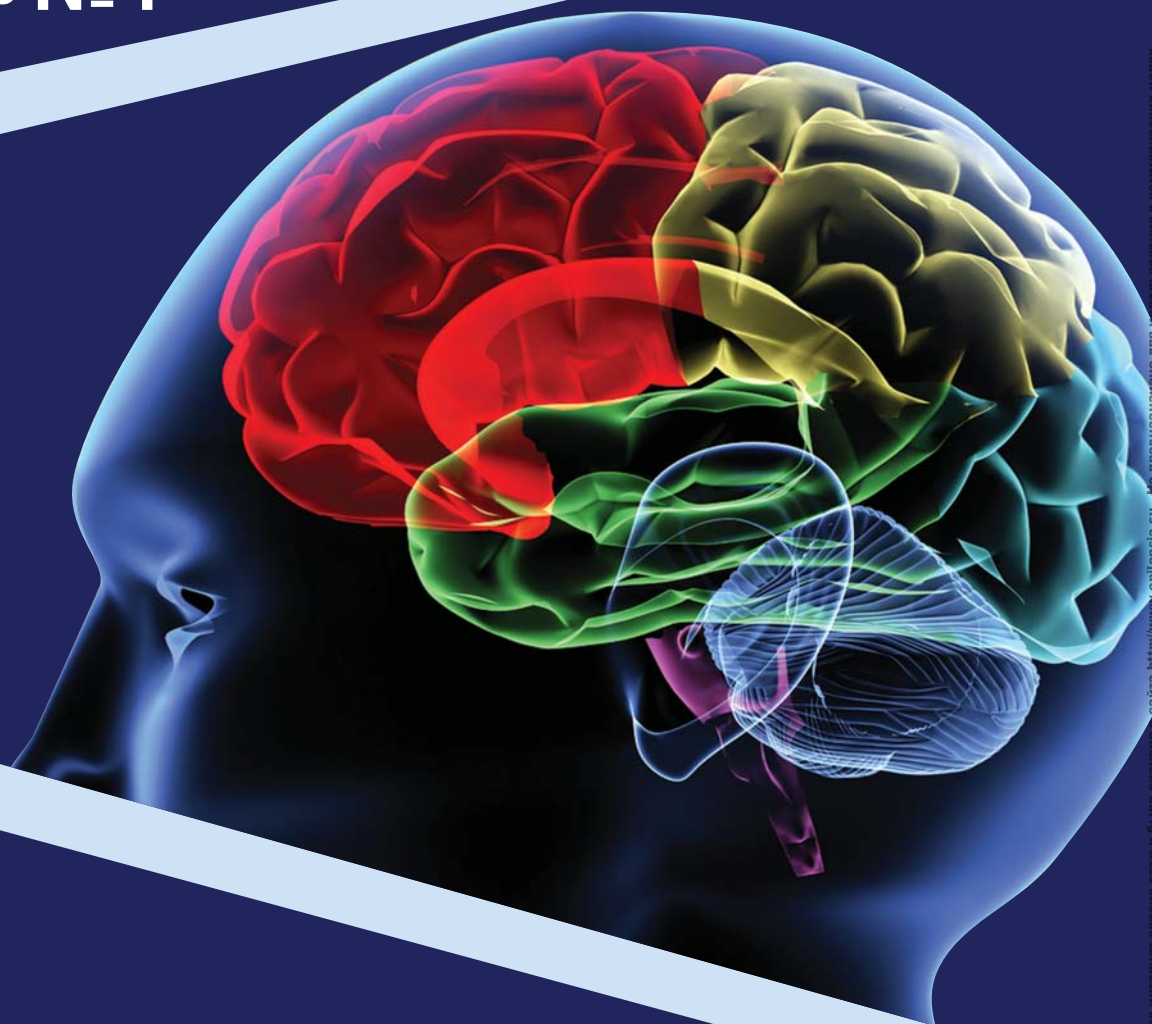


Проблемная комиссия «Эпилепсия. Пароксизмальные состояния» РАМН  
и Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская Противозепилептическая Лига

# ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2013 Том 5 №4



Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов  
и изданий ВАК

# ОСНОВНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В ПРОЦЕССЕ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Григорьева И.В., Докукина Т.В., Махров М.М., Хлебоказов Ф.П.

ГУ «РНЦ психического здоровья» (Республика Беларусь, Минск)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ее партнеры признают, что эпилепсия является значительной проблемой общественного здравоохранения. Международная противэпилептическая лига и Международное бюро по эпилепсии определяют данное заболевание как мозговое расстройство, характеризующееся склонностью к возникновению эпилептических приступов, а также сопровождающееся нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями (Болдырев А.И., 1960). Во многих странах мира люди, страдающие эпилепсией, и их семьи могут подвергаться стигматизации и дискриминации, которая вызывает часто более значительный уровень психологической травматизации, чем сами эпилептические приступы. Дискриминация проявляется несправедливым отношением социума к пациенту с эпилепсией, аутостигматизация – чувством стыда и ожиданием дискриминации, боязнью фактической стигмы, с которой пришлось столкнуться ранее (Ястребов В.С., 2009).

Даже в развитых странах действующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации и изоляции пациентов, часто именно в связи с плохой ориентацией в этом заболевании общества (Baskind R. et al., 2005; Sartorius N., 1999). Несмотря на то что адекватная противэпилептическая терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50-70% пациентов, нежелательные побочные эффекты могут наблюдаться со стороны когнитивной и репродуктивной сферы (Гехт А.Б., 2005). Общество, заботясь об их здоровье и профилактике травматизма, в то же время исключает людей с эпилепсией из производственной сферы или подвергает их жестоким социально-трудовым ограничениям, уменьшая для них возможности финансово содержать себя и свою семью.

По мнению M. Veassart, высказанном в 1980 г., люди с эпилепсией испытывают затруднения не столько

в связи со своей болезнью, сколько в связи с плохой ориентацией в этом заболевании общества. Существующие в развитых странах законодательные положения значительно ограничивают социальную активность этих людей, зачастую приводя их к социальной дезадаптации и изоляции. Общество в настоящее время не готово к принятию того факта, что эпилепсию можно вылечить, а пациента полностью восстановить в правах (Гехт А.Б., 2005). Цель врача, курирующего пациента с эпилепсией, наряду с предупреждением приступов с помощью медикаментозной терапии способствовать оптимизации качества жизни, на которое влияют как состояние медикаментозной ремиссии, так и психосоциальная адаптация пациента к своему заболеванию и связанные с этим ограничения в повседневной жизни.

Психологическая нагрузка, обусловленная контактом или проживанием с человеком, у которого есть эпилепсия, приводит часто к значительному эмоциональному напряжению со стороны родственников, относительно частоты и структуры приступов, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается на самом пациенте. Решение вопросов адаптации микросоциальной среды относительно пациентов с эпилепсией представляет актуальность не только для преодоления эффектов стигматизации, но и для их психологической адаптации от негативных реакций социального окружения (Тюменкова Г.В., 2005).

Еще Lennox and Markham в 1953 г. предложили «социально-психологическое лечение», которое включало в себя ряд продуманных бесед, в которых раскрывались специфические вопросы, волнующие пациента с эпилепсией. Эффективность применения психотерапии показал М.Ш. Вольф в 1958 и 1965 гг., когда во время глубокого суггестивного погружения у пациентов с симптоматической эпилепсией наблюдал кратковременное исчезновение патологических компонентов на электроэнцефалограммах.

Психотерапевтические мероприятия при эпилепсии можно подразделить на общие и специальные.

Главными задачами общих являются: установление плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с пациентом и разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений. Психотерапия при эпилепсии по преимуществу обращена к личности пациентов и исходит от нее (Смирнов В.Е., 1979).

Начало настоящего столетия можно считать периодом развития и внедрения психотерапевтической методологии в лечение эпилепсии, которая направлена на преодоление пароксизмальных проявлений, изучение межприступного периода и внутренней картины болезни, а также создание эффективных подходов к адаптации пациентов в обществе в целом.

**Цель исследования** – оценить эффективность действия дестигматизационной психотерапевтической программы для пациентов с психическими и поведенческими расстройствами при эпилепсии.

### Объекты и методы исследования

Критерии включения: наличие в личном анамнезе согласно МКБ-10 диагнозов из рубрик F 06.4–F 06.7, F 07.0 вследствие G.40.0–G.40.06, длительность заболевания не более 20 лет, возраст от 25 до 55 лет, отсутствие клинически выраженных признаков острого психического расстройства, отсутствие тяжелых соматических расстройств, информированное согласие пациента на участие в работе. Критерии исключения: другие виды психических и поведенческих расстройств, отсутствие достаточной готовности к сотрудничеству.

Все 53 обследованных пациента находились на стационарном лечении в 3-м отделении ГУ «РНПЦ психического здоровья» и получали противосудорожную терапию. Они были разделены на две сопоставимые группы численностью 30 и 23 человека. Пациентам основной группы (I) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии, с которыми проводилась дестигматизационная психотерапевтическая программа, включающая нервномышечную релаксацию и ресурсные технологии (всего 20 встреч), пациенты контрольной группы (II) получали медикаментозную терапию противосудорожными лекарственными средствами.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-статистический.

Диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 V раздела («Психические и поведенческие расстройства») и VI раздела («Болезни нервной системы»). Психологическое исследование проводилось с применением методик: шкала реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Ч.Д. Спилбергера, модифицированная и адаптированная Ю.Л. Ханиным (1976), госпитальная шкала тревоги (А) и депрессии (D) – «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS), разработанная А. Зигмонд, Р. Снайт (1983).

### Результаты

В I группе наблюдалось 30 пациентов: 24 (80%) женщин и 6 (20%) мужчин, во II группе – 23 пациента: 15 (65,2%) женщин и 8 (34,8%) мужчин.

При поступлении в стационар эмоциональные нарушения были выявлены у пациентов обеих групп. Предъявлялись жалобы на постоянное чувство тревоги относительно неизвестности возникновения следующего приступа или серии приступов, опасения возможной травматизации тела, колебания настроения до и после приступов. Все пациенты отмечали в своем жизненном опыте проявления дискриминации в виде ограничений и непонимания со стороны близких и родных, значительную психологическую травматизацию от социальных ограничений в обучении и трудоустройстве. Около 80% пациентов имели вторую группу инвалидности и у них отмечался наиболее высокий уровень самостигматизации как в связи с потерей работы, так и постоянного наличия чувства невостребованности, обремененности и вины перед родными, имеющейся социальной изоляции. Практически 50% пациентов молодого возраста опасались создавать семью и планировали проживание только с партнером, у которого есть аналогичное заболевание, объясняя это наличием понимания и подготовленности в оказании помощи, с опасением рассматривали вопрос о рождении детей из-за возможности влияния противоэпилептических препаратов и риска передачи заболевания по наследству.

Психотерапевтическая дестигматизационная программа включала три последовательных блока: 1) на фоне курса нервно-мышечной релаксации было акцентировано внимание на освоении навыка релаксации, как важной необходимости снятия телесного напряжения в до- и постприступном периоде, отдаленном периоде после приступов; 2) благодаря выявленному наличию имеющегося характера самостигматизации и стигматизации и их различных составляющих во внутренней картине болезни, было определено наличие вторичной выгоды от самостигматизации, составлен набор альтернативных конструктивных подходов и осуществлен подбор для каждого пациента новых индивидуальных вариантов реагирования и функционирования; интегрировано знание о формировании индивидуального текста обращения, находящегося у пациента и прикрепленного на видном месте, к окружающим людям при наличии приступа эпилепсии в городе, незнакомом месте с кратким описанием возможной помощи с их стороны; 3) сформированы позитивные модели поведения и технологии оказания самопомощи и совладания с эпилептическим дистрессом, обучения работе с антистрессовыми телесными зонами для нивелирования отрицательных последствий до и после приступа, подключение ресурсов изменения и собственной ресоциализации в будущем.

Проведенный анализ показал наличие умеренно выраженной РТ у пациентов обеих групп до проведе-

ния психотерапии –  $31,07 \pm 2,1$ ;  $30,65 \pm 2,86$ ; и снижение ее до уровня низких показателей после терапии  $22,13 \pm 1,72$ ;  $29,22 \pm 2,45$  со статистически значимым различием ( $p < 0,05$ ) в I группе. Выявлено наличие высоких показателей ЛТ в I и II группе до психотерапии –  $51,6 \pm 1,81$ ;  $48,39 \pm 1,76$ ; и снижение уровня ЛТ в I группе после терапии до умеренного уровня  $40,57 \pm 1,63$  со статистически значимым различием ( $p < 0,001$ ). Полученные результаты характеризуют статистически значимое снижение по обоим уровням РТ и ЛТ в I группе ( $p < 0,05$ ), что подтверждает эффективность применения психотерапевтической дестигматизационной программы у пациентов с эпилепсией.

Анализ показателей по шкале HADS показал повышение до уровня субтревоги в I и II группе до проведения психотерапии –  $8,6 \pm 0,85$ ;  $8,22 \pm 0,96$  и депрессии –  $6,4 \pm 0,69$ ;  $7,22 \pm 1,03$  соответственно. Отмечено значительное снижение показателей по обоим шкалам А и D после психотерапии  $4,6 \pm 0,48$ ;  $3,87 \pm 0,46$  со статистически значимым различием ( $p < 0,001$ ) в I группе по обоим шкалам, и отсутствие динамики показателей во II группе  $7,65 \pm 0,91$ ;  $6,65 \pm 1,13$  ( $p > 0,05$ ). Полученные данные подтверждают существенное изменение психоэмоционального состояния благодаря снижению уровней тревоги и депрессии в I группе и свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности использования психотерапевтической дестигматизационной программы в процессе реабилитации.

## Выводы

1. Проведенное клинико-психопатологическое исследование показало наличие высокой личностной тревожности у пациентов с эпилепсией, склонность к снижению самооценки в связи с наличием диагноза «эпилепсия» и ограничений, связанных с длительным, а иногда пожизненным приемом противоэпилептических препаратов, необходимостью в постоянном медицинском наблюдении, а также склонности воспринимать перспективные вопросы своего будущего в семейном аспекте и вопросах трудоспособности как ограниченные и реагировать на это постоянным состоянием внутренней тревожности.

2. Пациенты, которым установлен диагноз «эпилепсия», нуждаются в постоянной психологической и психотерапевтической поддержке с использованием дестигматизационной психотерапевтической программы, основанной на активном партнерстве «врач – пациент» на всех этапах лечения и реабилитации с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии.

3. Использование шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина у пациентов с эпилепсией дает возможность осуществлять мониторинг их состояния в процессе проведения лечебных мероприятий, а также оценить влияние как проводимой противоэпилептической терапии, так и психотерапевтическую составляющую комплексной терапии.