

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.Б. Смычка

Выпуск 18



2016

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

М42

Р е ц е н з е н т ы:

д-р мед. наук, проф., заведующий кафедры медицинской реабилитации
и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского
университета *Л.А. Пирогова*;

канд. мед. наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук
Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М 42

Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.Г.
Смышка. – Минск : УП «Энциклопедикс» 2016. – 356 с.

ISBN 978-985-7090-92-1

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещающим названные проблемы.

Материал систематизирован в трех крупных разделах.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

*За точность и достоверность изложенного материала несет
ответственность автор(ы) статьи.*

ISBN 978-985-7090-92-1

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы
и реабилитации», 2016

© Оформление. УП «Энциклопедикс»

Психотерапевтические аспекты в реабилитации при эпилепсии

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

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Во многих странах мира люди с эпилепсией имеют высокий процент инвалидности. По статистическим данным первую группу имеют 2-4%, вторую 50-60%, третью 35-40% пациентов [1]. Причем, большинство людей с третьей группой продолжают работать под социальной защитой в специально созданных условиях труда, а при первой и второй группе остается мало шансов на полную реабилитацию данных лиц. Существенным является, что в течение пяти лет до определения бессрочной группы инвалидности у них существует большая возможность благодаря своевременному проведению реабилитационных мероприятий – включением психотерапевтических программ проведения процесса ресоциализации и реадaptации [1].

Большинством людей слово «эпилепсия» воспринимается негативно. Эпилепсия может сочетаться с психологическими и социальными проблемами. Больные эпилепсией иногда страдают от непонимания и отчуждения со стороны окружающих, испытывают трудности при поступлении на работу, ощущают крушение надежд, озлобление, недостаток безопасности. Данные проблемы для них являются часто более серьезными, чем приступы.

Даже в самых развитых странах действующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации пациентов и изоляции [2, 3]. Несмотря на то, что адекватная противосудорожная терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 90-97% пациентов, нежелательные побочные эффекты могут наблюдаться со стороны когнитивной и репродуктивной сферы [4].

По данным ряда авторов, только 35-40% пациентов с эпилепсией социально адаптированы: у 50% отмечаются те или иные проблемы, связанные с реакцией, как на саму болезнь, так и на обусловленные ею социальные ограничения с формированием чувства неполноценности, ущербности, а иногда и развитием депрессии [5].

Общество в настоящее время не готово к принятию того факта, что эпилепсию можно вылечить, а пациента полностью реабилитировать и восстановить в правах [6]. 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 поэтому 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 [7, 8].

Известно, что эпилепсия поддается лечению приблизительно в 70% случаев и в настоящее время работ отражающих эффективность вклада психотерапии и психокоррекции в терапевтический процесс улучшения состояния при эпилепсии недостаточное количество [8].

Человек, которому установлен диагноз «эпилепсия», нуждается в постоянной психологической и психотерапевтической поддержке на всех этапах лечения и реабилитации с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии.

Наиболее деформированными у пациентов с эпилепсией являются те стороны жизненного функционирования, которые непосредственно ассоциированы с приступами и их последствиями. Это физическая безопасность и защищенность, зависимость от пожизненного приема лекарственных средств и периодических изменений в процессе подбора новых терапевтических схем, частого физического дискомфорта в до и постприступном периоде, отмечающиеся когнитивные нарушения и повышенная утомляемость, переизбыток отрицательных и недостаток положительных эмоций, сложность сексуальных отношений, финансовые затруднения, ограничения возможностей в развлечениях и отдыхе, приобретении новых навыков и умений.

Высокий уровень социальной фрустрации пациентов с эпилепсией значительно снижает их качество жизни и оценку своего физического, психологического и социального функционирования, уровень защищенности и независимости [8].

Вышеперечисленные особенности определяют эффективные «терапевтические мишени» для проведения психотерапевтических воздействий, направленные, как на изменение системы отношений пациента к самому себе, так и последствий эпилепсии. Чем раньше они получают адекватную психотерапевтическую помощь, тем лучше их перспективы взаимодействия с самим собой и окружающими, развития и динамики гармоничных и продуктивных отношений в масштабах всей жизни.

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

Материалы и методы. В исследование были включены 53 пациента с анализом 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, , возраст от 25 до 55 лет. Пациентам основной группы (I) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии проводилась психотерапевтическая программа, продолжительностью 20 встреч, пациенты контрольной группы (II) получали меди-

каментозную терапию противосудорожными лекарственными средствами. Психологическое исследование проводилось с применением шкалы реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина (1976).

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

При поступлении в стационар эмоциональные нарушения выявлялись практически у всех пациентов в виде жалоб на постоянное чувство тревоги, относительно неизвестности возникновения следующего приступа или серии приступов, опасения возможной травматизации тела, колебания настроения до и после приступов. У 80% пациентов имела место вторая группа инвалидности, и у них отмечался наиболее высокий уровень тревоги, как в связи с потерей работы, так и постоянного наличия чувства неустойчивости, обремененности и вины перед родными, имеющейся социальной изоляции. Выявленные особенности определили эффективные «терапевтические мишени» для психотерапевтических вмешательств, направленные, как на изменение системы отношений пациента к самому себе, окружающим, так и к последствиям эпилепсии.

Цели психотерапевтической программы: оказание помощи в разрешении имеющегося негативного психотравмирующего опыта связанного со стигматизацией, имеющихся социальных и семейных конфликтов и травм, опосредованно влияющих на эмоциональное состояние и поведение пациента с эпилепсией: семейная психотерапия пациента с эпилепсией и его семьи, нормализация жизненного стиля; обучение самостоятельной работе с антистрессовыми телесными зонами для максимального нивелирования отрицательных последствий до и после эпилептического приступа; формирование позитивных моделей поведения и научение технологии оказания самопомощи; обучение навыкам совладания с эпилептическим дистрессом; создание приверженности на возможность получения хороших терапевтических результатов в процессе терапии и изменения системы отношений пациента к самому себе, окружающим и к последствиям эпилепсии; помощь в образовании и включении внешних и внутренних ресурсов, взаимоотношений с самим собой, семьей, социальной средой. Выход из директории эпилептического хронического болевого поведения и проведение процесса ресоциализации – восстановление социального и личностного статусов, поддержание процесса реадaptации и динамического функционирования в обществе.

Психотерапевтическая программа включала четыре последовательных этапа: информационно-мотивирующий, релаксационный, перестроительный, стабилизационный.

Информационно-мотивирующий этап: способствовал установлению контакта и взаимопонимания с пациентом, созданию условий для получе-

ния доступа к информации способствующей повышению адаптации к лечебно-активизирующему режиму сеансов; ориентации на возможность получения хороших терапевтических результатов.

Релаксационный этап: включал освоение навыков релаксации для снятия телесного напряжения в до и постприступном периоде, отдаленном периоде после приступов; продолжение занятий после выписки из стационара по программе релаксации и интеграции мозговой деятельности.

Переформирующий этап: переформирование негативного опыта и составление набора альтернативных конструктивных подходов, новых индивидуальных вариантов реагирования и функционирования.

Стабилизационный этап: формирование позитивных моделей поведения и технологий оказания самопомощи и совладания с эпилептическим дистрессом; научения работе с антистрессовыми телесными зонами для нивелирования отрицательных последствий до и после приступа, подключение ресурсов изменения для собственной активизации в будущем.

Проведенный анализ показал наличие умеренно выраженной РТ у пациентов обеих групп до проведения психотерапии – $31,07 \pm 2,1$; $30,65 \pm 2,86$; и снижение ее до уровня низких показателей после терапии $22,13 \pm 1,72$; $29,22 \pm 2,45$ ($p < 0,05$) 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 $40,57 \pm 1,63$ ($p < 0,05$). Полученные результаты характеризуют снижение по обоим уровням РТ и ЛТ в I группе ($p < 0,05$), что подтверждает эффективность применения психотерапевтической программы у пациентов с эпилепсией.

Заключение. Проведение в процессе реабилитации психотерапевтической программы способствует повышению формирования у пациентов с эпилепсией позитивных моделей поведения и успешности процесса ресоциализации и адаптации в целом.

Литература

1. Инвалидность при эпилепсии/ [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://www.medconsult.ru/epilepsia/invalidnost.html>. – Дата доступа: 23.02.2016.
2. Baskind, R. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease / R. Baskind, G.L. Birbeck // *Epilepsy Behav.* – 2005. – № 7 (1) P. 68-73.
3. 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.
4. Громов, С.А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А. Громов, В.С. Мобзин. – СПб.: Образование, 1993. – 238 с.
5. Громов, С.А. Современные аспекты реабилитации больных эпилепсией / С.А. Громов // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2011. – №8. – С.14-18.
6. Тюменкова, Г.В. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией / Г.В. Тюменкова // *Российский психиатрический журнал.* – 2005. – №4. – С.51-57.
7. Baskind, R. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: The social landscape of a disease / R. Baskind, Birbeck G.L. // *Epilepsy Behav.* – 2005. – № 7 (1) P. 68-73.