

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ КРИЗИСНЫЕ СОБЫТИЯ

УДК 616. 853: 685. 34.022.6

## СТИГМАТИЗАЦИЯ ЛИЦ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

### STIGMATIZATION OF FACES WITH EPILEPSY

*Григорьева И. В.*, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (г. Минск, Беларусь)

*Grigorieva I. V.*, PhD in Medical Sciences, associate Professor leading researcher Republican Research and Practical Center for Mental Health (Minsk, Belarus)

В данной статье представлены результаты исследования проявлений жизненного кризиса, связанного с стигматизацией лиц с эпилепсией, важности психотерапии для восстановления их психосоциального функционирования. Resume: This article presents the results of a study of the manifestations of a life crisis associated with the stigmatization of persons with epilepsy, the importance of psychotherapy for the restoration of their psychosocial functioning.

**Ключевые слова:** стигматизация, тревога, эпилепсия, психотерапия.

**Keywords:** stigmatization, anxiety, epilepsy, psychotherapy.

В разных культурах существуют разные формы стигматизации, так как стигма – социальный конструкт. Эпилепсия во многих странах рассматривалась как нечто постыдное, а люди с таким диагнозом – как жесткие, асоциальные и «одержимые» злыми духами. В развитых странах стигма выражается в чувстве стыда из-за осознания своего отличия от окружающих, страхе столкнуться с дискриминацией межличностных контактов [1, с. 96]. В традиционной китайской культуре эпилепсия рассматривается как помешательство. Связь эпилепсии с генетическим фактором также повышает стигматизацию и вызывает у окружающих желание дистанцироваться.

Страдающие эпилепсией люди в значительной степени подвержены стигматизации и дискриминации, вызывающей значительный уровень психологической травматизации [2, с. 11–13]. Действующие законодательные положения в разных странах значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации пациентов

и изоляции в связи ограниченной ориентацией в этом заболевании общества [3, с. 97].

Когда лица с эпилепсией начинают верить, что из-за своих приступов они отличаются от других людей, то стигма интернализуется и превращается в самостигматизацию. Появляется чувство стыда и вины за «создание неудобства для других», отсутствие ощущения защищенности, дистанцирование от окружающих. Высокий уровень самостигматизации по данным различных исследований связан с различными факторами, в которых лидирующими для лиц с эпилепсией являются: трудности с трудоустройством, низкий социально-экономический статус, сложности с образованием собственной семьи и налаживанием коммуникации.

Наличие негативного подкрепления стигмы по мере протекания заболевания, понимание необходимости постоянного приема противоэпилептических препаратов в течение всей жизни приводит к подавленности и минимизации контактов. Частота и тяжесть приступов, неоднократное нахождение в реанимации в случае выраженной генерализации вызывают недоверие к возможности восстановления физического и психического здоровья.

Повышение уровня самостигматизации приводит к тому, что лица с эпилепсией скрывают свой диагноз объясняя это так «пока никто не знал и на работе не видели приступов можно было работать» адаптируясь к изменению социального функционирования. Таким образом, сокрытие диагноза становится одной из стратегий для трудовой вовлеченности. Однако при обнаружении приступов и последующем увольнении с работы появляется много обид «за отсутствие понимания» и убежденность в дискриминации и социальном дистанцировании «есть только инвалидность и жалкое существование».

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 нем самом. Решение вопросов адаптации микросоциальной среды лиц с эпилепсией представляет актуальность не только для преодоления эффектов стигматизации, но и для их психологической адаптации от негативных реакций социального окружения [5, с. 51–53].

Наиболее деформированными у пациентов с эпилепсией являются стороны жизненного функционирования, которые непосредственно

ассоциированы с приступами и их последствиями: физическая безопасность и защищенность, зависимость от пожизненного приема препаратов и изменений лечения, частого физического дискомфорта, когнитивные нарушения и повышенная утомляемость, переизбыток отрицательных и недостаток положительных эмоций, сексуальные отношения, финансовые трудности, ограниченные возможности в развлечениях, отдыхе и приобретении новых навыков. Эти особенности определяют специфику выбора психотерапевтических воздействий, направленных на изменение системы отношений пациента к качеству жизни и имеющимся последствиям эпилептического процесса. Своевременность оказания психотерапевтической помощи способствует значительному улучшению перспективы восстановления социального функционирования, личностного развития.

Целью исследования явился выбор психотерапевтических подходов для проведения восстановления социального функционирования лиц с эпилепсией.

В исследование были включены 53 пациента с эпилепсией (наличием 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. Они были разделены на две группы численностью 30 и 23 человека. Пациентам основной группы (I) в дополнение к стандартной медикаментозной терапии был проведен курс групповой психотерапии, включающий интеграционный подход, продолжительностью 20 встреч; пациенты контрольной группы (II) получали медикаментозную терапию противосудорожными лекарственными средствами.

Методами исследования явились шкала реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина, госпитальная шкала тревоги (А) и депрессии (D) – HADS.

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

При поступлении в жалобах пациентов преобладали: снижение памяти, значительное чувство тревоги относительно возможности ухудшения состояния, опасения возможной травматизации тела, снижения настроения до и после приступов. Проявления значительной стигматизации отмечали 40 % пациентов начиная с детского возраста, в основном со стороны одноклассников – «называли эпилептиком». 83 % лиц отмечали психологическую травматизацию от социальных ограничений в возможности получить желаемое обучение и трудоустройство. На момент лечения все пациенты имели вторую группу инвалидности. В процессе

психотерапии выявлен высокий уровень самостигматизации и собственного обесценивания, что подтверждалось наличием «чувства подавленности» в связи с потерей работы, невостребованности, обремененности и вины перед родными, изоляции в связи с заболеванием.

Интегративный групповой психотерапевтический подход включил следующую последовательность:

**нервномышечная релаксация с включением индивидуальных ресурсов (10 сеансов)** – для снятия телесного напряжения, сформированного в течении длительного периода эпилептического процесса, восполнения ресурсного потенциала;

**дестигматизация (5 сеансов)** – нивелирования накопленного травмирующего стигматизационного опыта и освобождение памяти от негативных воспоминаний;

**формирование позитивных моделей поведения (5 сеансов)** – освоение технологий оказания самопомощи и совладания с эпилептическим дистрессом, научение работе с антистрессовыми телесными зонами, для профилактики отрицательных последствий до и после приступа, работу с формированием коммуникативных навыков в среде окружающих людей и сотрудничества с общественными организациями, оказывающим помощь инвалидам, создания жизнестойкого жизненного сценария.

Проведенный анализ подтвердил наличие умеренно выраженной РТ у пациентов I и II групп в начале исследования –  $31,07 \pm 2,1$  и  $30,65 \pm 2,86$ , что свидетельствует о наличии значительного психоэмоционального напряжения несмотря на проводимое лечение. После проведения психотерапии отмечено статистически значимое снижение РТ до низкого уровня после терапии в I группе –  $22,13 \pm 1,72$  и  $29,22 \pm 2,45$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

Выявлено наличие высоких показателей ЛТ, как в I так и II группе в начале исследования –  $51,6 \pm 1,81$  и  $48,39 \pm 1,76$ . Снижение уровня ЛТ в I группе после проведения психотерапии до умеренного уровня  $40,57 \pm 1,63$  и  $47,27 \pm 2,35$  ( $p < 0,001$ ). Полученные результаты характеризуют статистически значимое снижение по обоим уровням РТ и ЛТ в I группе ( $p < 0,05$ ), что подтверждает значительное снижение психоэмоционального напряжения и разрешение важных вопросов связанных с эпилептическим дистрессом после прохождения психотерапии.

Анализ показателей по шкале HADS показал повышение показателей по шкале тревоги в I и II группе до уровня субтревоги в начале исследования –  $8,6 \pm 0,85$  и  $8,22 \pm 0,96$  и по нормальные показатели по шкале депрессии –  $6,4 \pm 0,69$ ;  $7,22 \pm 1,03$  соответственно. После проведения

психотерапии отмечено значительное снижение показателей в I группе по шкале тревоги А  $8,6\pm 0,85$  и  $4,6\pm 0,48$  ( $p < 0,001$ ) и шкале депрессии D  $6,4\pm 0,69$  и  $3,87\pm 0,46$  ( $p < 0,001$ ) по обеим шкалам, и отсутствие динамики показателей во II группе по шкале тревоги А  $8,22\pm 0,96$  и  $7,65\pm 0,91$  ( $p > 0,05$ ); по шкале депрессии D  $7,22\pm 1,03$  и  $6,65\pm 1,13$  ( $p > 0,05$ ).

Значительное снижение психоэмоционального напряжения связанного с эпилептическим и стигматизационным дистрессом после прохождения психотерапии лиц с эпилепсией подтверждает эффективность применения психотерапии в дестигматизационном процессе и улучшения их социального функционирования.

### **Литература**

1. 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.
2. Ястребов, В. С. Применение метода анализа иерархий в практике психосоциальной реабилитации и в программе дестигматизации: методические рекомендации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, И. И. Михайлова и др.; Науч. центр психического здоровья РАМН. – М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 26 с.
3. 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.
4. Вассерман, Л. И. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. / Л. И. Вассерман, В. А. Михайлов, С. Д. Табулина // Пособие для врачей. – СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2008. – 22 с.
5. Тюменкова, Г. В. Стигматизация и дискриминация больных эпилепсией / Г. В. Тюменкова, А. А. Портнова, З. И. Кекелидзе // Российский психиатрический журнал, 2005. – № 4. – С. 51–57.

УДК 159.9

## **ТРИГГЕРЫ АГРЕССИВНОСТИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ AGGRESSIVENESS TRIGGERS IN ALCOHOL DEPENDENT PERSONS**

**Григорьева И. В.**, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (г. Минск, Беларусь)

**Grigorieva I. V.**, PhD in Medical Sciences, associate Professor leading researcher Republican Research and Practical Center for Mental Health (Minsk, Belarus);