

и интенсивного осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки последовательного плана действий по достижению трезвости.

Выводы: применение РПКП у пациентов с зависимостью от алкоголя обеспечивает расширение использования адаптивных стратегий и устойчивость личностных изменений, продолжение трезвого образа жизни, нормализацию семейных и социальных отношений.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ПРИ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Григорьева И.В., Докукина Т.В., Махров М.В., Трущенко М.Н.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
г. Минск, Республика Беларусь*

Во многих странах мира люди с 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.

Даже в самых развитых странах действующие законодательные положения значительно ограничивают социальную активность, приводя к социальной дезадаптации пациентов и изоляции, часто именно в связи с плохой ориентацией в этом заболевании общества. Несмотря на то, что адекватная противоэпилептическая терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50 - 70% пациентов, нежелательные побочные эффекты могут наблюдаться со стороны когнитивной и репродуктивной сферы.

Общество занимает двойственную позицию: с одной стороны проявляет заботу о здоровье и меры по профилактике травматических последствий

приступов у людей с эпилепсией, а с другой стороны, одновременно исключает их из производственной сферы или подвергает жестоким социально-трудовым ограничениям, уменьшая для них возможности финансово содержать себя и свою семью.

В большей степени по мнению Veassart M. 1980 г. люди с эпилепсией испытывают затруднения не столько в связи со своей болезнью, а в связи с плохой ориентацией в этом заболевании общества. Существующие в самых развитых странах законодательные положения значительно ограничивают социальную активность этих людей, приводя часто 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. Целью терапевтического подхода для врачей курирующих пациентов с эпилепсией становится одновременно с предупреждением приступов с помощью противосудорожной 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 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.

Еще Lennox and Markham в 1953г. предложили «социально-психологическое лечение», которое включало в себя ряд продуманных бесед, в которых раскрывались специфические вопросы, волнующие пациента с

эпилепсией. Эффективность применения психотерапии показал Вольф М. Ш. в 1958г., 1965г., когда во время глубокого суггестивного погружения у пациентов с симптоматической эпилепсией наблюдал кратковременное исчезновение патологических компонентов на электроэнцефалограммах.

Психический стресс, отрицательные эмоции, насильственные методы воспитания провоцируют эпилептические приступы и ухудшают течение заболевания.

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 крайне мало.

Человек, которому установлен диагноз «эпилепсия», нуждается в постоянной психологической и психотерапевтической поддержке, проведении 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.

Процесс дестигматизации является одним из ведущих направлений программы психического здоровья ВОЗ (В.С. Ястребов, 2001).

Длительная стигматизация в различных жизненных директориях снижает самооценку людей с эпилепсией, приводит к разрушению семейных связей и отрицательно влияет на их возможности принимать участие в жизни общества, получать жилье и устраиваться на работу. Они часто испытывают чувство стыда после случившихся в присутствии окружающих людей приступов, что часто приводит их к социальной изоляции из-за страха получить позорное клеймо «эпилептика». Они не обращаются своевременно за психологической помощью считая, что при эпилепсии она неэффективна «даже если я буду чувствовать себя спокойно, это не повлияет на приступы и их не уберет».

К факторам, неблагоприятно влияющим на социальную адаптацию пациентов с эпилепсией относятся: длительное течение заболевания, изменения личности, определенный личностный преморбид, искаженная внутренняя картина болезни, накладываемые со стороны общества социальные ограничения.

Социальная стигматизация при эпилепсии и ограниченные возможности при трудоустройстве являются причиной дополнительных страданий этих людей, препятствуют их включению в общественную жизнь и негативно отражаются на качестве их жизни.

В настоящее время благодаря успехам противоэпилептической терапии появилось большое количество пациентов, имеющих относительно легкий уровень когнитивных расстройств, которые страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений 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.

К факторам, способствующим социальной адаптации при эпилепсии относятся: наличие объективных знаний об эпилепсии; своевременное

обращение и систематическое наблюдение у специалистов; знание путей преодоления возможных негативных последствий приступов; понимание и поддержка близких людей; проведение собственной самокоррекции и последовательной интеграционной работы.

Вышеперечисленные особенности определяют эффективные «терапевтические мишени» для проведения психотерапевтических и психокоррекционных 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. Очень важно проведение эффективной психотерапевтической программы для изменения отношения к личному, социальному и семейному психотравмирующему опыту, изменению социального статуса связанного со стигматизирующим и самостигматизирующим опытом при эпилепсии, комплексом специальных занятий и обучением пациентов новым адаптивным навыкам собственного взаимодействия.

Психотерапевтические мероприятия при эпилепсии можно подразделить на общие и специальные.

Общие мероприятия: способствуют установлению плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с пациентом и разъяснительному подкреплению всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений.

Специальные мероприятия: создают условия для проработки накопленного личного негативного опыта, его переформирования и закрепления новых навыков и умений связанных с процессом позитивной адаптации и выздоровления.

В связи с тем, что эпилепсия является заболеванием с растянутым во времени прогредиентным течением и длительным периодом врачебного наблюдения индивидуальная психотерапия пациента и семейная

психотерапия родителей и близких родственников также являются длительным процессом.

Цели психотерапевтической программы:

1. Оказание помощи в разрешении имеющегося негативного психотравмирующего опыта связанного со стигматизацией и самостигматизацией, имеющихся социальных и семейных конфликтов, и травм, опосредованно влияющих на эмоциональное состояние и поведение пациента с эпилепсией.
2. Семейная психотерапия пациента с эпилепсией и его семьи, как ресурсного фактора для помощи в стабилизации состояния и нормализация жизненного стиля.
3. Обучение самостоятельной работе с антистрессовыми телесными зонами для максимального нивелирования отрицательных последствий до и после эпилептического приступа.
4. Формирование позитивных моделей поведения и научение технологии оказания самопомощи, обучение навыкам совладания с эпилептическим дистрессом.
5. Создание приверженности на возможность получения хороших терапевтических результатов в процессе терапии и изменения системы отношений пациента к самому себе, окружающим и к последствиям эпилепсии.
6. Помощь в образовании и включении внешних и внутренних ресурсных 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.

Основными целями достижения пациента в процессе психотерапевтической работы становятся:

1. тщательная проработка негативного психотравмирующего опыта и закрепление новых позитивных жизненных выборов;
2. нормализация жизненного стиля и улучшение личностного и социального функционирования;
3. улучшение семейных отношений;
4. восстановление состояния трудоспособности;
5. активное использование приобретенных в процессе психотерапии стратегий совладания в сложных жизненных обстоятельствах.

Групповая, индивидуальная и семейная психотерапия воздействует в первую очередь на эмоциональные травмы пациента с эпилепсией, оказывает помощь в установлении полноценного семейного контакта и коррекции эффективного контакта с окружающими.

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

Обследованный контингент и методы исследования: для разработки дестигматизационной психотерапевтической программы (ДПТП) было проведено исследование в условиях РНПЦ психического здоровья в котором участвовало 53 пациента у которых отмечалось наличие в личном анамнезе согласно МКБ-10 диагнозов F 06.4 - F 06.7, F 07.0 вследствие G.40.0 - G.40.06. Длительность заболевания была до 15 лет, а возрастная категория от 25 до 55 лет. Все пациенты получали противосудорожную терапию. Пациенты были разделены на две группы: основной группе (I) в которой было 30 пациентов - 24 женщины (80%) и 6 мужчин (20%), проводилась дополнительно дестигматизационная психотерапевтическая программа продолжительностью 15 сессий, пациенты контрольной группы (II) – 23 пациента: 15 женщин (65,2%) и 8 мужчин (34,8%) проводилась стандартная терапия.

Психологическое исследование проводилось с применением шкалы реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина и

госпитальной шкалы тревоги (А) и депрессии (D) – «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS).

Результаты

При поступлении в стационар различные 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. 80% пациентов имели вторую группу инвалидности и у них отмечался высокий уровень самостигматизации, как в связи с потерей работы, так и наличия постоянного чувства невостребованности, обремененности и вины перед родными, имеющейся социальной изоляции. 50% пациентов молодого возраста опасались создавать семью и планировали семейное проживание только с партнером, у которого есть аналогичное заболевание, объясняя это наличием понимания и подготовленности в оказании помощи. Они рассматривали вопрос о значительных сложностях рождения детей из-за опасений влияния противосудорожных препаратов и риска передачи эпилепсии по наследству.

Выявленные особенности восприятия влияния эпилепсии на дальнейшую жизнь пациентов определили эффективные «терапевтические мишени» для психотерапевтических воздействий, направленные, как на изменение системы отношений пациента к самому себе, окружающим, так и к последствиям эпилепсии. Пациенты с частыми приступами, с их слов, чаще теряли из-за эпилепсии работу и не могли трудоустроиться, нуждались в психологической поддержке, вынуждены были ограничивать себя в

посещении общественных мест, а также имели сниженную оценку своих возможностей в сфере социального и физического функционирования.

Психотерапевтическая дестигматизационная программа включала три последовательных блока: 1) на фоне курса нервно-мышечной релаксации акцентированно 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 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, научения работе с антистрессовыми телесными зонами для нивелирования отрицательных последствий до и после приступа, подключение ресурсов изменения и собственной ресоциализации в будущем.

Проведенный анализ выявил наличие уровня умеренно выраженной РТ у пациентов обеих групп до проведения психотерапии – $31,07 \pm 2,1$; $30,65 \pm 2,86$ ($p > 0,05$) и высоких показателей ЛТ – $51,6 \pm 1,81$; $48,39 \pm 1,76$ ($p > 0,05$). Полученные данные подтверждались и показателями по шкале HADS: уровень субтревоги в обеих группах (шкала А) $8,6 \pm 0,85$; $8,22 \pm 0,96$ ($p > 0,05$) и нормальные показатели по уровню депрессии (шкала D) $6,4 \pm 0,69$; $7,22 \pm 1,03$.

После проведения ДПТП отмечено снижение уровня РТ особенно в I группе: $22,13 \pm 1,72$; $29,22 \pm 2,45$ ($p < 0,05$) и снижение уровня ЛТ до умеренного уровня только в I группе $40,57 \pm 1,63$; $45,39 \pm 1,02$ ($p < 0,001$).

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.

Отмеченное значительное снижение показателей по обоим шкалам А и D после ДТПП в I группе: $4,6 \pm 0,48$; $3,87 \pm 0,46$ ($p < 0,001$) 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, отмеченного в снижении уровней тревоги и депрессии в I группе и свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности использования психотерапевтической дестигматизационной программы в процессе реабилитации.

Выводы:

1. У пациентов с эпилепсией отмечается наличие высокой личностной тревожности, склонность к снижению самооценки в связи с наличием диагноза эпилепсия и ограничений, связанных с длительным, а иногда пожизненным приемом противоэпилептических препаратов, необходимости в постоянном медицинском наблюдении, 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, проведении 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.