

*Л. Н. Юрьева, В. Л. Подлубный*

Днепропетровская медицинская академия (г. Днепропетровск)

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В настоящее время не вызывает сомнения, что разработка современных реабилитационных программ для больных эпилепсией является актуальным и перспективным направлением, имеющим важное теоретическое и практическое значение, но не имеет еще достаточно четких общепризнанных положений и поэтому во многом исходит из концепции о реабилитации больных с психическими и неврологическими заболеваниями, что указывает на сложность проблемы реабилитации таких больных [1–4, 6, 9, 10].

Несмотря на значительные успехи эпилептологии последних лет, проблемы лечения и организации помощи больным эпилепсией продолжают оставаться актуальными. Это связано прежде всего с тем, что в последние годы отмечается рост как показателей болезненности, так и заболеваемости больных эпилепсией. Рост заболеваемости эпилепсией непосредственно связан с ухудшением здоровья населения Украины в целом вследствие низкого уровня жизни, утяжеления экономической ситуации [8].

Возрастание актуальности этой проблемы также связано с осознанием необходимости восстановления прав человека в обществе и его социального статуса, учитывая, что эпилепсия относится к заболеваниям, которые имеют четко выраженную социальную значимость и сопровождаются ограничением прав человека в обществе [1, 2, 5, 7]. Поэтому разработка реабилитационных, дифференцированных, патогенетически ориентированных программ для больных эпилепсией и определение эффективности психосоциальной реабилитации с использованием в качестве критериев оценки динамики клинических,

психологических и социальных показателей на разных этапах реабилитационного процесса являлась основной целью настоящего исследования.

На основе результатов клинического, клинко-психопатологического, экспериментально-психологического исследований и показателей социального функционирования сформулированы общие требования и организация поэтапной психосоциальной реабилитации больных эпилепсией. Разработан интегративный терапевтический комплекс, который включал современные методы психотерапевтического воздействия в сочетании с информационной и биологической терапией, способствующий коррекции личностных расстройств и выработке социально приемлемого жизненного стереотипа пациентов. В соответствии с разработанной комплексной системой поэтапной реабилитации было выделено 3 этапа лечебно-реабилитационных мероприятий. Между этапами нет четких границ, их длительность и структура во многом индивидуальны, каждый этап имел свои цели и задачи (см. табл.).

Главной задачей первого — **диагностического** этапа является купирование пароксизмов, клиническая, психологическая и социальная квалификация состояния больного и выработка медикаментозной, информационной и психотерапевтической тактики лечения.

На II этапе — **этапе реадaptации** — главной задачей было сохранение или восстановление социально-трудового статуса больного или приспособление его к жизни и трудовой деятельности, при этом сохраняет свое ведущее значение биологическая, информационная терапия и психокоррекция.

Таблица

**Реабилитационно-терапевтические мероприятия на этапах психосоциальной реабилитации больных эпилепсией**

Методы воздействия	Этапы лечебно-реабилитационных мероприятий		
	1 этап диагностический	2 этап реадаптации	3 этап реабилитация
Медикаментозное лечение	Интенсивная фармакотерапия, адекватная частоте и типу припадков	Дифференцированный выбор методов поддерживающей терапии (предпочтительнее препараты пролонгированного действия)	Индивидуальный подход к терапии с возможностью постепенной отмены препаратов
Методы психотерапии	Установление контакта с больным. Рациональная психотерапия с акцентом на образовательный подход	Проведение углубленного комплексного психолого-диагностического исследования. Индивидуальная психотерапия, направленная на восстановление социального статуса больного	Осуществление собственно психокоррекционных воздействий. Индивидуальная психотерапия, направленная на профилактику пароксизмов. Семейная психотерапия
Информационная терапия	Формирование мотивации успешного лечения заболевания. Специальные методические рекомендации для больных	Образовательные программы, направленные на поддержание постоянной обратной связи	Закрепление полученных навыков, интерактивное взаимодействие
Социально-психологическая терапия	Решение актуальных для больного социальных вопросов	Оказание действенной социальной помощи по трудовому и бытовому устройству	Консультации по вопросам социального функционирования

На третьем этапе — этапе **психосоциальной реабилитации** (полной или частичной) — главной задачей является восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, существовавших у него до болезни отношений с окружающей действительностью. Важными особенностями этого этапа были правильная оценка состояния здоровья пациентов, существенное сокращение объема биологической терапии у значительной части из них, решение вопроса о практическом выздоровлении и завершении реабилитационных программ.

В основу назначения и проведения медикаментозной терапии наблюдаемых пациентов были положены принципы: этиопатогенетического подхода к лечению, индивидуальности, подбора оптимальных доз лекарств, взаимозаменяемости лекарств, непрерывности и оптимальной длительности противосудорожного лечения.

Учитывая, как правило, низкий уровень знаний больных эпилепсией о своем заболевании, мы использовали информационную терапию. Программа индивидуального обучения ставила своей целью: 1) обеспечение больного и его семьи необходимой информацией; 2) развитие партнерства; 3) обмен информацией; 4) обсуждение полученных результатов; 5) наличие постоянной «обратной связи». Информационная терапия каждого этапа имела свои особенности и задачи: на первом этапе это создание мотивации успешного лечения заболевания; на втором этапе — поддержание постоянной «обратной связи»; и на третьем этапе — закрепление полученных навыков. На первом этапе реабилитации пациентам предоставлялась письменная информация, подготовленная нами, в виде практического руководства для больных эпилепсией с целью закрепления полученной вербальной информации.

В соответствии с клиникой и выявленными особенностями структуры личности у обследуемых строилась программа психокоррекции и психосоциальных воздействий. Индивидуальная психотерапия планировалась с учетом конкретных данных психологического исследования и выявленных изменений в системе отношений больного (отношение к болезни, лечению, социальному окружению или своему изменившемуся социальному статусу).

Психокоррекционная работа включала, во-первых, воздействие на эмоциональное состояние больного: проводилось внушение в состоянии бодрствования (гипноз мы не использовали) расслабленности, уверенности в себе. Во-вторых, осуществлялось воздействие на когнитивную сферу. Для этого применялись: повышение уровня знаний об эпилепсии, создание уверенности в выздоровлении и в излечимости заболевания, помощь в осознании желаемого состояния здоровья с использованием методики конструирования результатов, при опоре на имеющийся у пациента положительный сенсорный опыт; помощь в осознании путей достижения желаемого состояния и возможных барьеров; помощь в осознании пациентом его ведущих потребностей и возможных внутренних. В-третьих, осуществлялось программирование желаемого поведения и желаемых состояний пациента.

Настоящее исследование проводилось в течение пяти лет. Под нашим наблюдением на первом этапе (в течение 3 месяцев) реабилитации находилось 88 больных. В соответствии с задачами, поставленными в работе, и в зависимости от проводимых мероприятий больные были разделены на две группы: основная (52 человека) и сравнительная (36 человек), сопоставимые по демографическим и нозологическим признакам. В сравнительную группу включены больные, которые получали только стандартный комплекс лечения эпилепсии без специального информационного и психотерапевтического влияния. Наблюдение на втором этапе (в течение 1–2 лет) продолжалось за 83 больными эпилепсией (48 лиц основной группы и 35 — сравнительной), на третьем этапе, в течение пяти лет — за 79 пациентами (48 — основной группы и 31 — сравнительной).

Среди больных основной группы с ГТП было 22 пациента (42,3 %) и с ПТП — 30 (57,7 %), в сравнительной — 14 (38,9 %) и 22 (61,1 %) соответственно. Мужчин в первой группе было 29 человек (55,8 %), во второй — 21 (58,3 %). Средний возраст в группе лиц, получавших обычный комплекс лечения, был  $28,3 \pm 3,2$  года, лечившихся с применением психокоррекционных мероприятий —  $29,7 \pm 4,2$  года. Средняя длительность заболевания в годах составила  $10,6 \pm 4,6$  в основной группе и  $9,8 \pm 5,2$  — в сравнительной. Течение средней степени тяжести отмечено у 36 (69,2 %) больных первой группы и 24 (66,7 %) — второй. Эффективность лечения оценивали в зависимости от вида проводимой терапии с учетом клинических (ремиссия припадков, ремиссия заболевания), электрофизиологических, экспериментально-психологических данных (СМИЛ — стандартизированный метод исследования личности, ДМО — диагностика межличностных отношений, МЦВ — метод цветных выборов), показателей социального функционирования и качества жизни (КЖ). Для определения показателей социального функционирования и КЖ мы использовали русскую версию опросника ВОЗ КЖ-100.

Под влиянием восстановительной терапии первого этапа в обеих группах отмечены благоприятные сдвиги в течении заболевания, однако у больных основной группы они оказались достоверно лучше, чем в сравнительной. Так, купирование припадков было достигнуто у 65,4 % основной группы и у 38,9 % — сравнительной ( $p < 0,001$ ). Более эффективным лечение оказалось у пациентов с ГТП по сравнению с ПТП, как у больных основной группы (77,3 и 56,7 %, соответственно), так и сравнительной (50,0 и 31,8 % соответственно).

На втором этапе стойкая ремиссия заболевания была достигнута у 47,9 % пациентов основной группы и у 25,7 % — сравнительной ( $p < 0,001$ ). нестойкая ремиссия отмечена у 41,7 % и 45,7 % больных соответственно. Отсутствовал эффект от проводимого лечения у 10,4 % больных первой группы и у 28,7 % — второй ( $p < 0,001$ ).

Ремиссия заболевания на третьем этапе имела место у 47,9 % больных основной группы и 18,4 % — сравнительной ( $p < 0,001$ ), ремиссия припадков отмечена у 43,8 % и 29,0 % больных соответственно.

Отсутствовал стойкий эффект от проводимого лечения у 52,6 % больных сравнительной группы, и только у 8,3 % пациентов основной группы ( $p < 0,001$ ).

Проведенные в динамике ЭЭГ-исследования показали, что несмотря на отчетливый терапевтический эффект, ЭЭГ-характеристики изменились у наблюдаемых лиц несущественно и только у 1/3 наблюдаемых со средним сроком ремиссии 5 лет отмечена нормализация ЭЭГ-показателей. Следовательно, клиническую ремиссию припадков нельзя расценивать как ремиссию эпилептического процесса, так как для эпилепсии, кроме припадков, необходимо учитывать наличие пароксизмальных и других признаков патологической активности на ЭЭГ, а также факт наличия расстройств личности и поведения.

Результаты исследования, полученные с помощью СМЛ в конце восстановительного лечения, не обнаружили статистически достоверного изменения показателей личностной структуры у больных, хотя ряд качеств имел тенденцию к улучшению: ослабевает аффективная напряженность, усиливается самоконтроль, снижается уровень социальной интроверсии, появляется вера в лечение, в себя и свои возможности, более выраженная в основной группе.

По данным МЦВ и ДМО у больных основной группы отмечено улучшение способности к самоактуализации, адекватность эмоциональных реакций, активизация личностной позиции, расширение сферы социальных контактов и сферы общения, повышение гибкости в межличностном взаимодействии, нормализация общего фона настроения и снижение эмоционального напряжения. Причем в основной группе эти изменения были достаточно значимыми, в то время как в сравнительной группе имелись лишь тенденции к улучшению психоземotionalного состояния.

После достижения ремиссии заболевания и в зависимости от ее длительности отмечается положительная динамика психологических показателей — улучшение результатов исследования самооценки и отношения к своему заболеванию и лечению. Многие больные перестали тяготиться своим заболеванием, поверили в возможность выздоровления.

Положительные сдвиги наступили не только в клинической и психологической картине, но и со стороны показателей социального функционирования и КЖ. При этом, если на первом этапе они имели только тенденцию к повышению, более выраженную в основной группе, то на втором этапе отмечено достоверное повышение показателей КЖ практически во всех сферах ( $p < 0,01$ ). Особенно выраженная положительная динамика определялась в таких сферах как психологическая, уровень независимости, социальных взаимоотношений, духовная сфера. Общая оценка показателей КЖ в основной группе составила  $93,1 \pm 2,5$  балла, а в сравнительной —  $76,8 \pm 3,6$  балла ( $p < 0,01$ ). Для третьего этапа реабилитации была характерна стабилизация показателей качества и социального функционирования. Более стабильными эти показатели оказались у пациентов с ГТП, чем с ПТП.

Наиболее высокие результаты получены при приеме больными со сложными парциальными припадками карбамазепина (финлепсина) и препаратов вальпроевой кислоты при генерализованных припадках. По всей видимости, это следует рассматривать как отражение процессов компенсации и психической адаптации у больных с контролируемой эпилепсией. Больные с контролируемой эпилепсией, и особенно с ремиссией заболевания, очень педантичны в выполнении рекомендаций врача. Успехи лечения, позволяющие значительно расширить их социальные возможности, они во многом связывают с правильно подобранной лекарственной терапией, информационной и психотерапией.

Анализируя результаты многолетнего исследования в целом, можно сказать, что применение опросника КЖ позволяет получить важные сведения о субъективной оценке больными эпилепсией физической, психологической, социальной сфер их функционирования, которые могут использоваться для разработки реабилитационных программ и мониторинга состояния пациента в процессе их реализации. В частности, до начала реабилитационных мероприятий больные оценивали свое КЖ как среднее и низкое, выявлялась его зависимость от ряда клинических факторов — типа, частоты и тяжести припадков. В процессе реабилитации показатели КЖ достоверно повышались, и в большинстве наблюдений эта оценка коррелировала с фактом терапевтической эффективности реабилитационных мероприятий.

На заключительном этапе психосоциальной реабилитации выделено преимущественно три группы больных: 1) достигшие клинического выздоровления и восстановившие свой биологический и социальный статус (полная реабилитация); 2) больные с существенным уменьшением болезненного дефекта (неполная реабилитация) — у них речь идет о частичной реабилитации, они, как правило, достаточно хорошо адаптированы к труду и в обществе; 3) больные с невыраженным клиническим улучшением. Если в первых двух группах реабилитационные мероприятия могут завершаться в связи с выполнением программ или свертываться в связи с улучшением состояния, то у третьей группы они, наоборот, должны совершенствоваться, расширяться и наряду с биологической терапией здесь особое внимание должно быть уделено психосоциальным воздействиям, социальной и трудовой адаптации этих больных.

Таким образом, проведенные нами исследования дают основание считать, что для каждого из перечисленных этапов характерны, наряду с изменяющейся клинической картиной, определенные психологические и социальные феномены, которые необходимо учитывать при проведении психосоциальной реабилитации больных эпилепсией. Следует отметить, что эта схема динамична, временная протяженность этапов индивидуальна, больные могут и не проделать всех этапов или возвращаться к предыдущим. Психосоциальная реабилитация больных эпилепсией должна быть целостной системой, подчиненной единой цели — восстановлению или сохранению личностного и социального статуса пациентов.

Использование патогенетически ориентированных программ психосоциальной реабилитации позволяет значительно увеличить процент больных с длительной и качественной ремиссией заболевания, что способствует улучшению качества жизни больных эпилепсией и их социального функционирования.

#### Список литературы

1. Болдырев А. И. Социальный аспект больных эпилепсией. — М.: Медицина, 1997. — 200 с.
2. Громов С. А., Лобзин В. С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. — СПб.: Образование, 1993. — 238 с.
3. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001, — Т. 11, № 3. — С. 5—13.
4. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации // Там же. — 2005, № 1. — С. 100—104.

5. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психических больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Там же. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 22—27.

6. Мецов П. Г., Щербина У. А., Абрамов В. А. Реабилитация личности при шизофрении, эпилепсии и последствий черепно-мозговой травмы. — К.: Здоров'я, 1991. — 172 с.

7. Карлов В. А. Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.

8. Харчук С. М., Щеглова Я. Н., Рейнгардт О. Б. Социальные аспекты медицинской помощи больных эпилепсией в Украине // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30) — С. 137—138.

9. Hammen A., R. Wohlfarth, D. Kolander, A. Schulze-Bonhage, P. Martin. Rehabilitation following epilepsy surgery // Epilepsy. — 41, p. 188 (2000).

10. Liberman R. P. (Ed.). Psychiatry rehabilitation of chronic mental patients. — Washington. — DC: American Psychiatry Press, Inc, 1988. — 311 p.

*Надійшла до редакції 03.12.2005 р.*

*Л. М. Юр'єва, В. Л. Підлубний*

#### Ефективність психосоціальної реабілітації хворих на епілепсію

*Дніпропетровська медична академія  
(м. Дніпропетровськ)*

Розроблений терапевтичний комплекс, який включав у себе біологічну та інформаційну терапію, а також сучасні методи психотерапевтичного впливу, що сприяли появі прийняттого життєвого стереотипу пацієнтів та корекції розладів їх особистості. Використання патогенетично орієнтованих програм психосоціальної реабілітації дозволяє значно збільшити частку хворих з довгою та якісною ремісією захворювання, що сприяє покращанню якості життя хворих на епілепсію та їх соціального функціонування.

*L. N. Yurieva, V. L. Podlubny*

#### The effects of the psychosocial rehabilitation of epilepsies

*Dnipropetrovs'k medical Academy  
(Dnipropetrovs'k)*

It is developed a therapeutic complex which includes biological and informational therapy, and also modern methods of psychotherapeutic influence promoting development of socially comprehensible vital stereotype of patients and correction of personal frustration. Usage of the pathogenesis focused programs of psychosocial rehabilitation allow to increase considerably percent of patients, both with remission of attacks, and with proof remission of disease that promotes improvement of quality of life of patients with epilepsy with frustration of the person and behavior.