
Г. М. Кожина, О. В. Полякова,

Харківський національний медичний університет,
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харків, Україна.

М. В. Маркова,

Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра сексології та медичної психології, Харків, Україна.

A. M. Kozhyna, A. V. Polyakova,

Kharkov national medical university,
department of psychiatry, narcology and medical psychology, Kharkov, Ukraine.

M. V. Markova,

Kharkov Medical academy of postgraduate education,
department of medical sexology and psychology, Kharkov, Ukraine.

ПСИХООСВІТНЯ ПРОГРАМА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

**ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В РЕАБИЛИТАЦИИ
МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

PSYCHO EDUCATION OF REHABILITATION PROGRAM IN MEN WITH EPILEPSY

УДК 616.89.02 613.86.70

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

Базуючись на результатах комплексного обстеження 96 чоловіків хворих на епілепсію, здійснено оцінку ефективності психоосвітніх програм у комплексній реабілітації хворих на епілепсію і розробку оптимальних підходів до їх застосування.

Встановлена висока результативність психоосвіти порівняно з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції афективної симптоматики, підвищення рівня соціального функціонування, якості життя у хворих на епілепсію. Доведено доцільність впровадження системи заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію, що включає диференційовані психоосвітні програми. На первинному рівні надання медичної допомоги: редукція афективної симптоматики (82,7%), підвищення рівня соціального функціонування (66,2%) та якості життя у хворих на епілепсію (75,1%). На вторинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,6%), підвищення рівня соціального функціонування (68,9%) та якості життя у хворих на епілепсію (88,4%). На третинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,7%), підвищення рівня соціального функціонування (72,5%) та якості життя у хворих на епілепсію (92,7%).

Ключові слова

епілепсія, психосоціальна реабілітація, психоосвіта, афективні розлади, соціальне функціонування.

Резюме

Основываясь на результатах комплексного обследования 96 мужчин больных эпилепсией, осуществлена оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных эпилепсией и разработка оптимальных подходов к их применению.

Установлена высокая результативность психообразования по сравнению с традиционным комплексным лечением по редукции аффективной симптоматики, повышению уровня социального функционирования и качества жизни у больных эпилепсией. Доказана целесообразность внедрения системы мер психообразовательной работы в комплексном лечении и реабилитации больных эпилепсией, включающей дифференцированные психообразовательные программы.

Оказана целесообразность оптимизации программы психосоциальной реабилитации больных эпилепсией путем имплементации интегративной модели психообразовательной работы, которая включает в себя использование различных информационных модулей, преподавания (мини-лекции), консультирования, коммуникативных тренингов, проблемно-ориентированных дискуссий, тренингов улучшения семейных коммуникаций.

Ключевые слова

эпилепсия, психосоциальная реабилитация, психообразование, аффективные расстройства, социальное функционирование.

Resume

Basing upon results of the comprehensive survey of 96 patients suffering from epilepsy, the authors evaluated the psychoeducation programs' efficiency in the rehabilitation of patients suffering from epilepsy and development of the effective methods of their use. Here is also established a high effectiveness of the psychoeducation comparatively with the traditional complex treatment as for the reduction of affective symptoms, increase of social functioning level and life quality of the patients with epilepsy. The reasonability of the implementation of the psychoeducation deal in treatment and rehabilitation of patients with epilepsy is demonstrated. The measures include differentiated psychoeducation programs. While a primary medical care: the reduction of affective symptoms contained 82,7%, the increase of a social functioning - 66,2%, and quality of life of the patients' with epilepsy - 75,1%. While the secondary care the reduction of affective symptoms contained 85,6%, the increase of a social functioning - 68,9%, and quality of life of the patients with epilepsy - 88,4%. While the tertiary care, the reduction of affective symptoms contained 85,7%, the increase of a social functioning- 72,5%, and quality of life of the patients with epilepsy - 92,7%.

Keywords

epilepsy, psychosocial rehabilitation, psychoosvita, affective disorders, social functioning.

Епілепсія, як одне з найбільш розповсюджених неврологічних захворювань, є значною медичною і соціальною проблемою. Розповсюдженість епілепсії в розвинутих країнах складає 5 – 10 випадків на 1000 населення. Згідно з результатами популяційних досліджень, що були проведені в розвинутих країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1000 населення [1 – 3].

Європейська комісія Міжнародної протиепілептичної ліги відмітила, що діапазон і характер проблем, пов'язаних з епілепсією, є подібним в усіх європейських країнах, незважаючи на їх економічні, соціальні та інші особливості. Це недостатній розвиток системи адекватної допомоги хворим, в тому числі реабілітаційних заходів, стигматизація і соціальні проблеми, недостатня кількість фахівців і спеціалізованої допомоги, дефіцит знань щодо епілепсії в суспільстві, недостатня інформація щодо поширеності захворювання [4 – 6].

Відповідно до статистичних досліджень, в останні роки відзначається зростання в структурі психічної захворюваності форм епілепсії з непсихотичними психічними розладами, що відбиває очевидний патоморфоз клінічних проявів хвороби, який обумовлений впливом ряду біологічних і соціальних факторів [2, 7].

На якість життя пацієнта з епілепсією впливають медикаментозна ремісія, його психосоціальна адаптація до свого захворювання і пов'язані з ним обмеження в повсякденному житті, а також наявність або відсутність у хворого афективних і когнітивних розладів [8 – 10].

Реабілітація хворих на епілепсію не обмежується усуненням пароксизмальних проявів та психопатологічної симптоматики, що виникає на тлі органічної патології та патологічно зміненої реактивності нервової системи, і повинна бути націлена на створення для цієї категорії хворих оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності – в сучасних умовах реформування медичної допомоги ця проблема стає ще більш значущою [2, 10].

Актуальність використання психоосвітніх програм у структурі реабілітаційних заходів у хворих на епілепсію зумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, більш успішного і ефективного пристосування до вимог реального оточення, що в свою чергу дозволить досягти скорочення термінів і частоти госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів родин хворих на епілепсію [5, 7, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: оцінка ефективності психоосвітніх програм в комплексній реабілітації чоловіків хворих на епілепсію і розробка оптимальних підходів до їх застосування.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено комплексне обстеження 96 чоловіків у віці 18 – 35 років з встановленим діагнозом епілепсія (відповідно до класифікації епілепсії й епілептичних синдромів, прийнятих комісією з класифікації і термінології епілепсії Міжнародної протиепілептичної Ліги, 1989) і уточненою локалізацією вогнища. Термін захворювання на епілепсію не перевищував 10 років. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу.

Основну групу, пацієнти якої брали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень, склали 64 особи, в контрольну групу увійшли 32 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-неврологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Результати дослідження.

У ході роботи було проведено вивчення потреби хворих на епілепсію та їх родичів в інформації про психічні захворювання, методи їх лікування, основні і побічні дії лікарських препаратів. Як показали результати дослідження, найбільш важливою для хворих на епілепсію та їх родичів є достовірна інформація про причини виникнення епілептичних нападів (86,7% обстежених хворих та 83,2% їх родичів); необхідну допомогу хворому з епілептичним нападом (76,9% та 83,2% відповідно); ліки, які використовуються для лікування епілепсії, механізми їх дії, можливі побічні ефекти (92,1% та 95,2% відповідно); обмеження, що накладаються захворюванням на епілепсію (89,9% та 91,4%), юридичні аспекти, що пов'язані з захворюванням на епілепсію (45,6% та 36,2% відповідно), сексуальна дисфункція як наслідок побічної дії антиконвульсантів епілепсії (45,3% та 29,2% відповідно).

Базуючись на отриманих даних, розроблена програма психоосвітньої роботи, яка являє собою комплексну біфокальну (орієнтовану як на пацієнта, так і на членів його сім'ї) поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі лікувально-відновлювальних заходів. Основною метою психоосвіти є надання знань хворим на епілепсію і членам їх сімей про епілепсію та залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання; зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигмати-

зованості та самостигматизованості; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Психоосвітні заняття для хворих на епілепсію проводилися в закритих групах (після початку циклу нові учасники не приймалися), з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл психоосвіти складався з 10 – 12 занять, тривалістю 45 хвилин з частотою 1 – 2 рази на тиждень.

Психоосвітні заняття з родичами пацієнтів проводилися з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл складався з 6 занять, тривалістю 45 хвилин з частотою 1 раз на тиждень.

Заняття проводив лікар-психіатр, також можливою була наявність двох ведучих – лікаря-психіатра та медичного психолога або соціального працівника.

Як показали результати дослідження, групова робота дає пацієнту можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом знайти вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають пацієнту та його родичам краще розуміти характер і особливості захворювання та те, як воно впливає на хворого і членів його сім'ї. Не менш значущим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

При проведенні психоосвітньої роботи ми використовували наступні методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Система заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію включає диференційовані психоосвітні програми для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Таб. 1. Програми психоосвітніх заходів щодо хворих на епілепсію та їх сімей

Завдання етапу медичної допомоги	Виконавці	Необхідні психоосвітні дії
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (лікар загальної практики – сімейної медицини)		
Проведення необхідних діагностичних заходів при першому зверненні пацієнта з судомним нападом	Сімейний лікар	Надання інформації щодо можливих причин судомного нападу та алгоритму діагностичних заходів. Встановлення комплаєнсу.
За умови виключення соматичних причин епілептичного нападу направлення хворого до лікаря невролога		Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо можливого діагнозу епілепсія. Зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигматизованості.
Моніторинг стану пацієнта з встановленим діагнозом епілепсія та виконання комплексу лікувальних та реабілітаційних заходів		Пояснення хворим необхідності дотримання здорового способу життя і роз'яснення особливостей лікування. Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 50-75%). Формування прихильності до лікування.

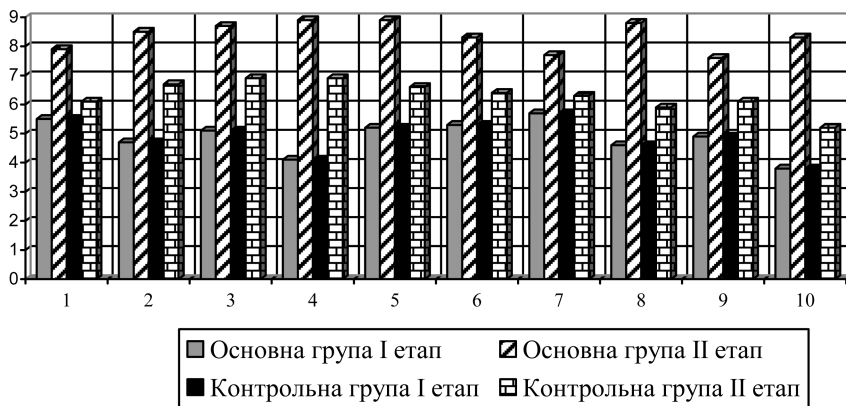
Завдання етапу медичної допомоги	Виконавці	Необхідні психоосвітні дії
ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (спеціалізована неврологічна та психіатрична допомога)		
Проведення необхідних діагностичних заходів для встановлення діагнозу епілепсія	Невролог Психіатр	Зниження емоційного напруження при діагностичних заходах для встановлення діагнозу епілепсія та роз'яснення необхідності їх проведення. Вироблення у хворих та їх родичів комплаєнсу.
Постановка діагнозу та призначення лікування	Невролог Психіатр Медичний психолог	Надання інформації про етіопатогенез та особливості клінічної картини епілепсії. Зниження емоційного напруження, що спровоковано фактом і проявами безпосередньо епілепсії. Надання інформації про медикаментозне лікування (механізми дії та особливості прийому антиконвульсантів, побічні ефекти).
Проведення підтримуючої терапії	Невролог Психіатр Психотерапевт Медичний психолог	Формування у хворих та членів їх родин адекватного уявлення про захворювання та його ускладнення. Навчання пацієнта та його родичів: спостереженню за регулярністю прийому протиепілептичних препаратів, моніторингу їх побічної дії, контролю за частотою нападів у випадках неможливості повної ремісії.
ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (високоспеціалізована неврологічна, психіатрична та нейрохірургічна допомога)		
Уточнення діагнозу та корекція схеми лікування	Невролог Психіатр Психотерапевт Медичний психолог	Корекція завдань психоосвітньої роботи закладами, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, відповідно до результатів консультації або обстеження та рекомендованої терапевтичної тактики. Покращення якості життя та соціального функціонування хворого.
Подолання фармакорезистентності. Нейрохірургічне лікування	Невролог Нейрохірург Медичний психолог	Формування у хворих та членів їх родин адекватного уявлення про необхідність застосування полі терапії. Медико-психологічний супровід хворого при проведенні нейрохірургічного лікування.

При наданні первинної медичної допомоги основну роль в проведенні психоосвіти відіграє лікар загальної практики – сімейної медицини. При наданні вторинної та третинної медичної допомоги основну роль в проведенні психоосвіти відіграє мультидисциплінарна бригада, склад якої визначається станом хворого (наявність психічних розладів, показання до хірургічного лікування тощо) (табл. 1).

Ефективність психосвітньої роботи була доведена достовірною позитивною динамікою результатів психодіагностичного дослідження до та після проведення комплексу психоосвітніх заходів.

До проведення психоосвітніх заходів у 75,8 ± 1,9% обстежених хворих виявлено легкий (16,4 ± 1,3 бали), у 11,5 ± 1,1% – помірний (24,6 ± 1,7 бали) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 55,4 ± 2,1% обстежених хворих виявлено легкий (16,6 ± 1,3 бали), у 40,2 ± 2,6% – помірний (24,9 ± 1,8 бали) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. За шкалою астеничного стану виявлена перевага слабкої і помірної астенії у всіх хворих. За шкалою нервово-психічної напруги – переважала помірна і надмірна напруга (p < 0,05). У всіх обстежених хворих у загальній структурі якості життя найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка – 15,1%; фізичне благополуччя та працездатність – 11,3%; суспільна і службова підтримка – 14,4%; самообслуговування та незалежність у діях – 10,1%; само-реалізація – 7,9%; міжособистісна взаємодія – 8,3%; психологічне, емоційне благополуччя – 7,2%; загальне сприйняття якості життя – 11,6%.

Після проведення психоосвітніх заходів у 34,5% обстежених хворих основної групи та у 56,8% контрольної виявлено легкий депресивний епізод, у 3,7% обстежених основної і 10,5% контрольної груп – помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 25,7% обстежених основної і 45,4% обстежених контрольної групи виявлено легкий, а 11,3% та 35,3% відповідно – помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. За шкалою астеничного стану у 13,5% обстежених основної групи виявлені ознаки слабкої астенії, у обстежених контрольної групи у 35,6% відмічалися ознаки слабкої, у 29,2% – помірної астенії. За шкалою нервово-психічної напруги – у 22,5% обстежених основної групи відмічалася лише слабка напруга, у обстежених контрольної групи помірна і надмірна напруга – 34,6% та 29,2% відповідно. Після проведення психоосвітніх заходів показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився на 40,2%; у контрольній – на 27,7% (рис. 1).



Умовні позначення шкал:

- | | |
|--|--|
| 1 – фізичне благополуччя; | 6 – соціо-емоційна підтримка; |
| 2 – психологічне благополуччя; | 7 – суспільна і службова підтримка; |
| 3 – самообслуговування і незалежність дій; | 8 – самореалізація; |
| 4 – працездатність; | 9 – духовна реалізація; |
| 5 – міжособистісна взаємодія; | 10 – загальне сприйняття якості життя. |

Рис. 1. Динаміка рівня якості життя у хворих на епілепсію під впливом психоосвіти

За результатами катамнестичного спостереження доведена доцільність впровадження системи заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію, що включає диференційовані психоосвітні програми для первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. На первинному рівні: редукція афективної симптоматики (82,7%), підвищення рівня соціального функціонування (66,2%) та якості життя у хворих на епілепсію (75,1%). На вторинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,6%), підвищення рівня соціального функціонування (68,9%) та якості життя у хворих на епілепсію (88,4%). На третинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,7%), підвищення рівня соціального функціонування (72,5%) та якості життя у хворих на епілепсію (92,7%).

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії епілепсії, який включав в себе психофармакотерапію з використанням антиконвульсантів у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дзяк Л. А. Эпилепсия / Л. А. Дзяк, Л. Р. Зенков, А. Г. Кириченко // К.: «Книга плюс», 2001. – 168 с.
2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при епілепсії: діагностика та лікування епілепсії дорослих. – К., 2013. – 234 с.
3. Fenton G. W. Psychiatric disorders and epilepsy: classification and phenomenology / G. W. Fenton, E. H. Reynolds, M. R. Trimble [et al.] // *Epilepsy and psychiatry*. – New York, 2011. – P. 12 – 26.
4. Дубенко А. Е. Неэпилептические пароксизмальные состояния у больных с верифицированной эпилепсией / А. Е. Дубенко, Т. А. Литовченко // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. – 2013. – Т. 5, №1. – С. 11 – 14/
5. Полякова А. В. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация больных эпилепсией: современные подходы / А. В. Полякова // *Медицина психология*. – 2013. – Т. 8, №1 (29). – С. 107 – 110.
6. Carbamazepine as a single drug in the treatment of epilepsy / N. Callaghan, M. Callaghan, B. Duggan [et al.] // *J. Neurol., neurosurg., psychiat.* – 2013. – Vol. 41. – P. 907 – 910.
7. Кожина А. М. Психообразование в системе современной психиатрической помощи / А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук // *Таврический журнал психиатрии*. – 2013 – Т. 17, №2 (63). – С. 38 – 39.
8. Кожина Г. М. Система психотерапевтической коррекции эмоциональных расстройств и медико-психологической реабилитации osób молодого віку з емоційними розладами при психосоматичних захворюваннях / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, М. В. Маркова // *Наукові записки міжнародного гуманітарного університету*. – 2014. – Одеса, Вип. 21. – С. 187 – 189.
9. Пріб Г. А. Принципи, структура та технологія медико-соціальної реабілітації психічно хворих / Г. А. Пріб // *Архів психіатрії*. – 2014. – Т. 20. – №3 (78). – С. 8 – 13.
10. Юрьева Л. Н. Эффективность психосоциальной реабилитации больных эпилепсией / Л. Н. Юрьева, В. Л. Подлубный // *Український вісник психоневрології*. – 2006. – Т. 14, Вип. 1 (46). – С. 104 – 107.
11. Пшук Н. Г. Предикторы формирования процесса психосоциальной реабилитации психически больных / Н. Г. Пшук // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, Вип. 3. – С. 145.