**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення стратегій комплексної реабілітації осіб з епілепсіЄю засобами медико-психологічної допомоги**

# **1.1. Епілепсія: причини, симптоми, наслідки**

Епілепсія - це поширене хронічне неврологічне захворювання.

Патологія проявляється спонтанними нападами м'язових судом, в деяких випадках вона також супроводжується: втратою свідомості, змінами особистості, порушенням чутливості нюхових, звукових та/або зорових рецепторів, галюцинаціями тощо. (Приступи хвороби називають епілептичними нападами.) Хвороба формується через ураження сірої речовини кори та підвищену активність нейронів головного мозку.

На сьогодні точних причин епілепсії не встановлено.

Існують тільки припущення щодо цього. Але більшість дослідників схиляється до думки, що епілепсія - спадкове захворювання: у 40% опитаних респондентів-епілептиків є/були кровні родичі з аналогічною проблемою. Але вона не є генетичним захворюванням у чистому вигляді.

Як правило, її поява зумовлена ​​сукупністю генетичних та набутих факторів.

Провокуючими чинниками можуть бути різні ушкодження мозку. Серед них:

* механічні травми;
* вірусні та паразитарні захворювання, які вражають головний мозок (наприклад, менінгіт, енцефаліт тощо);
* пухлинні процеси та абсцеси в головному мозку;
* розсіяний склероз;
* антифосфоліпідний синдром;
* регулярне / тривале вживання наркотичних речовин;
* хронічна алкогольна залежність;
* порушення обмінних процесів;
* прийом деяких препаратів від депресії та психічних розладів;
* прийом антибіотиків;
* проблеми із кровопостачанням мозку (зокрема кисневе голодування).

У 70 % пацієнтів неможливо визначити, що стало поштовхом до появи нападів.

Особливо це стосується тих випадків, коли виявляється епілепсія у дитини, яка через вік не може описати свій стан.

А ось із причинами нападів трохи простіше. Вони розвиваються під впливом певних тригерних чинників.

Попри те, що у кожного пацієнта вони індивідуальні, можна виділити найчастіші:

* сильні психоемоційні потрясіння (зокрема позитивні);
* мерехтіння світла (від екрана будь-якого пристрою, снігу, поверхні води);
* раптовий звук (навіть не гучний);
* надмірні фізичні та розумові навантаження;
* порушення сну (переважно його нестача);
* підвищена температура тіла.

Ознаки епілепсії (якщо не вести мову про результати медичної діагностики) відрізняються у кожному конкретному випадку і залежать від ділянки мозку, в якому знаходиться осередок порушень, а також масштабу його поширення.

До того ж симптоми епілепсії у дитини та дорослої людини можуть бути як тимчасовими, так і постійними. Натомість спостерігається різна специфіка симптомів епілептичного нападу залежно від віку.

Але попри це, саме характер нападу є головним симптомом.

Класифікація нападів передбачає такі два основні типи, як:

* **Генералізовані** залучаються обидві півкулі головного мозку:
	+ тоніко-клонічний: витягування шиї, конвульсії та мимовільне згинання кінцівок, стиснення щелепи (можливе прикушування язика), хрипкий крик при падінні, посмикування всього тіла, утруднене дихання, втрата свідомості на кілька хвилин, можливо - надмірне скупчення слини у роті, нетримання сечі;
	+ абсанс (генералізований напад у дітей 4-14 років): більш плавний перебіг, ніж при тоніко-клонічному, короткочасне порушення свідомості - як правило, погляд дитини зосереджений на одній точці;
	+ міоклонічний: скорочення окремих або більшої частини груп м'язів, найчастіше - напад триває не більше кількох секунд;
	+ атонічний: одномоментна короткострокова (до 15 секунд) втрата м'язового тонусу (можливе падіння через втрату рівноваги);
	+ тонічний: раптове короткострокове (до 20 секунд) скорочення та напруга м'язів, можливо - закриття очей та утруднення дихання;
	+ клонічний (рідкісний): багаторазові м'язові спазми та посмикування.
* **Фокальні** - залучається обмежена ділянка головного мозку: може супроводжуватися або не супроводжуватися порушеннями реагування, сприйняття та усвідомленості, суб'єктивними сенсорними чи психічними феноменами тощо (інколи ці напади можуть переходити у двосторонній конвульсивний напад.)

Також напади можуть супроводжуватися симптомами (зокрема невідомими), які не входять до жодної категорії класифікації.

## Наслідки епілепсії.

Епілепсія, що залишилася без лікування або із застосуванням некоректної терапії, може призвести до таких проблем, як:

* тяжкі функціональні порушення мови та пам'яті;
* затримка фізичного та розумового розвитку (у дітей);
* стійкі зміни психіки та особистості.

Також тему наслідків епілепсії можна розглядати у розрізі небезпеки, яку несуть для здоров'я пацієнта епілептичні напади.

Умовно їх можна поділити на моторні та генералізовані.

І, якщо моторні напади не несуть серйозної небезпеки для хворого, то генералізовані судомні напади, своєю чергою, є серйозною загрозою не тільки для здоров'я, але і для життя.

Генералізовані напади охоплюють абсолютну більшість м'язів тіла і можуть тривати 6-7 хвилин, під час яких хворий може:

* завдати собі серйозних механічних ушкоджень;
* захлинутися блювотними масами;
* проковтнути язик;
* задихнутися.

Подвійно такі напади небезпечні, якщо в момент їх початку хворий на епілепсію знаходиться поблизу відкритого вогню або будь-якої гарячої поверхні, за кермом автомобіля, на висоті, на платформі залізничного вокзалу або метро, ​​у виробничого конвеєра або тримає на руках маленьку дитину.

Перший епілептичний напад (або стан схожий на нього) може статися як у дитячому, так і у дорослому віці.

Незалежно від того, скільки років пацієнтові, при підозрі на епілепсію, потрібно пройти всебічне обстеження.

Для уточнення діагнозу можуть бути призначені такі лабораторні та інструментальні дослідження, як:

* [комп'ютерна томографія головного мозку;](https://csm.ua/kompyuternaya-tomografiya-kiev/)
* ЗАК (найчастіше, з лейкоцитарною формулою);
* біохімічний аналіз крові;
* ЕЕГ неспання та денного сну;
* УЗД судин голови та шиї;
* загальний аналіз сечі;
* [МРТ головного мозку.](https://csm.ua/magnitno-rezonansnaya-tomografiya-mrt-kiev/)

Крім цього, додатково можуть бути призначені консультації фахівців суміжного профілю - [невролога](https://csm.ua/nevrologiya-kiev/), [психіатра](https://csm.ua/psihiatriya-kiev/), ендокринолога тощо.

Обов'язково проводиться диференціація епілепсії від епілептичного синдрому, який хоч і має схожі симптоми - епізоди судом, схожі на епілептичний напад, але є окремою неврологічною проблемою, що виникає при багатьох захворюваннях.

Можлива діагностика стану пацієнтів у форматі онлайн-консультації. Для цього потрібно буде надати лікарю результати досліджень.

Правильно підібране лікування епілепсії (зокрема медикаментозне) допомагає:

* знизити частотність та інтенсивність епілептичних нападів;
* зберегти нормальний рівень інтелекту та психічного розвитку;
* покращити психоемоційний стан;
* зберегти чи підвищити якість життя.

Якщо захворювання було виявлено в дитячому віці, то при дотриманні рекомендацій лікаря можна досягти стабілізації мозкових процесів і значного поліпшення стану пацієнта в процесі дорослішання. (Згідно зі статистикою, у 70-80 % пацієнтів дитячого віку епілепсія легко піддається лікуванню, іноді - з повним припиненням нападів у 13-15 років.)

Для купірування нападів фахівець може призначити:

* антиконвульсанти (проводиться індивідуальний підбір препарату);
* [оксигенотерапію;оксигенотерапію;](https://csm.ua/oksigenoterapiya-kiev/)
* [масаж;](https://csm.ua/lechebnyj-massazh-v-kieve/)
* [кінезіотерапію (лікувальну фізкультуру);](https://csm.ua/kinezioterapiya-kiev/)
* імплантацію приладу для стимуляції блукаючого нерва;
* операцію на мозку.

Хірургія при епілепсії поділяється на два напрямки:

* імплантація приладу для стимуляції блукаючого нерва (імплантація стимулятора вагуса);
* хірургічне втручання в головний мозок (найчастіше це видалення скроневої частки мозку або видалення фокальних кортикальних дисплазій).

Обидва методи дуже рідко застосовують у педіатрії.

Як правило, цей метод рекомендований пацієнтам з органічним ураженням мозку, що може виникнути внаслідок [гематоми](https://csm.ua/gematoma-diagnostika-i-lechenie-kiev/), [інсульту](https://csm.ua/insult-lechenie-i-reabilitaciya-kiev/), пухлини.

І навіть у цих випадках, до хірургії на мозку вдаються при відсутності ефективності лікування протиепілептичними медикаментами та апаратної стимуляції блукаючого нерва.

Стимулятор блукаючого нерва імплантують не в мозок. Операція хоч і проводиться під загальним наркозом, але вважається простішою. Під час неї хірург робить два невеликі шкіряні надрізи - у лівій пахвовій западині та на шиї, в які й розміщується прилад для стимуляції.

Апарат допомагає:

* зменшити активність певних зон мозку;
* запобігти виникненню імпульсів, що провокують судоми;
* отримати більш виражений ефект від медикаментозного лікування (при використанні менших доз препарату).

Але при цьому стимуляція вагусу має свої недоліки, які проявляються у вигляді таких побічних явищ, як: кашель, захриплість у голосі, болючість, першіння та дискомфорт у горлі.

Щоб епілептичні напади не повторювалися часто, а також у випадках, коли потрібна профілактика наслідків епілепсії, фахівці надають рекомендації щодо:

* запобігання травмам голови та сильним ударам при падіннях;
* надання першої допомоги при нападі (дорослий хворий повинен ознайомити з правильними діями своїх близьких людей);
* створення сприятливої психоемоційної обстановки;
* використання спеціальних препаратів та інших методів зниження температури у дитини (для виключення початку конвульсій), релаксації та вправ з розслаблення для мінімізації стресових станів, які провокують напади;
* виключення провокуючих факторів тощо.

Незалежно від віку, хворий не повинен виходити з рамок нормального повсякденного життя. Потрібно створити умови, за яких можна буде продовжувати активно спілкуватися, вчитися, працювати, займатися спортом тощо. Напади епілепсії в жодному разі не повинні стати вироком.

Найбільш поширений провокатор епілептичних нападів - емоційний стрес (за різними даними, це від 30 до 66 %).

Людині з діагнозом «епілепсія», незалежно від віку, потрібно спати щонайменше 7-8 годин на добу. І краще, щоб це був безперервний сон, без будь-яких раптових пробуджень, оскільки висмикування зі сну теж може спровокувати початок епілептичного нападу.

Суперечки про справжні причини епілепсії не вщухають, але більшість дослідників сходяться на тому, що захворювання не є класичною спадковою хворобою (тобто не передається від батьків до дитини). Її поява зумовлена синергією генетичних та набутих факторів.

Щоб знизити частоту нападів, потрібно виключити продукти, що містять крохмаль, вуглеводи (зокрема цукор) та деякі супутні речовини. Категорично заборонені: рис, мед, цукор, солодкі фрукти та ягоди, борошняні вироби, солодощі, картопля, алкоголь, знежирені продукти (будь-які), напої, що містять кофеїн, газовані напої, гарбуз, батат, бобові тощо.

Після нападу епілепсії не можна поливати хворого водою, робити йому штучне дихання, намагатися розбудити, трясти, давати нюхати гострі запахи та застосовувати будь-які інші способи стимулювання свідомості. Це може спричинити погіршення свідомості та спричинити новий напад.

**1.2. Психологічний патоморфоз епілепсії за показниками особистісних розладів**

Епілепсія як одне з найбільш поширених неврологічних захворювань є прикладом міждисциплінарної проблеми, оскільки наявність у частини пацієнтів психіатричної коморбідності (ПК) потребує всебічної оцінки стану хворого не тільки неврологом, але і психіатром та психологом.

Літературні дані щодо поширеності і систематизації психічних розладів при епілепсії є суперечливими і залежать значною мірою від того, хто - невролог чи психіатр - оцінює цю симптоматику у хворого.

 Існує думка, що розбіжності в поглядах неврологів і психіатрів на перебіг, прогноз та лікування епілепсії можуть приводити до непорозумінь між фахівцями і негативно впливати на ефективність ведення хворих [19].

Але в останні роки саме завдяки необхідності мультидисциплінарного підходу до проблеми епілепсії відбувається відродження такої галузі, як нейропсихіатрія, розвиток якої бере початок у ХІХ столітті [14].

До ПК при епілепсії належить широкий спектр психічних порушень (афективних, особистісних, когнітивних, психотичних), які в частини хворих із часом набувають навіть більшого значення, ніж власне епілептичні напади. Вважається, що серед осіб з епілепсією хоча б один вид ПК мають від 5,9 до 64,1 % хворих [15].

За останні роки відмічений незаперечний патоморфоз психічних розладів при епілепсії, коли питома вага психозів значно знизилась, натомість зросла кількість форм епілепсії з непсихотичними порушеннями [2, 7], серед яких розлади особистості, за різними даними, спостерігаються в 1–2 % [10] до 40 % хворих на епілепсію [7].

Ці розлади мають незаперечне значення для оцінки особливостей перебігу і прогнозу епілепсії, оскільки вони можуть слугувати причиною втрати або зниження працездатності, появи конфліктних ситуацій, утруднювати адаптацію хворих до нових умов навколишнього середовища, тобто виникає психологічний патоморфоз епілепсії під впливом різноманітних чинників (біологічних, соціальних, терапевтичних тощо).

Вивчення розладів особистості при епілепсії має довгу історію, але остаточного вирішення цієї проблеми ще не знайдено [9, 13].

Існує декілька гіпотез розвитку «епілептичного характеру»: конституціональна, органічна, локалізаційна, пов’язана з формою епілепсії, лікуванням, прогредієнтністю хвороби [7].

На думку В. Карлова, існує внесок усіх цих складових у процес формування особистісних порушень при епілепсії.

В останніх публікаціях відстоюється думка, що особистісні розлади все ж найбільше пов’язані з тією структурною патологією головного мозку, яка сприяє виникненню епілептичних нападів [17].

Частина авторів вважають «епілептичний характер» або «зміни особистості за епітипом» патогномонічними ознаками епілепсії, наприклад синдром Ваксмана Гешвінда, інші називають ці зміни типовими, але не специфічними, і, нарешті, деякі дослідники заперечують наявність специфічних характерологічних особливостей, пов’язаних із захворюванням.

З точки зору психіатра М. Кіссіна, облігатними ознаками епілепсії є глішроїдний (або в’язкий) та експлозивний варіанти змін особистості, факультативними - паранойяльний, шизоїдний, психастенічний та істероїдний, які можуть виникати ще до маніфестації епілептичних нападів, а потім посилюватись упродовж захворювання.

Зміни особистості при епілепсії значною мірою залежать від ефективності протиепілептичної терапії.

Так, Т. Рогачова вважає, що у хворих на епілепсію, які знаходяться в ремісії, зміни особистості мають 30,7 % осіб, причому в 91 % з них вони мають незначний ступінь і не схильні до прогресування, а отже, успішність лікування певною мірою запобігає деформації характеру хворих на епілепсію.

В. Карлов вважає, що при хронічній прогредієнтній, особливо симптоматичній епілепсії з ознаками органічного ураження ЦНС формується цілком визначений тип змін особистості, коли втрачаються індивідуальні особливості характеру і розвивається притаманний тільки епілепсії психічний дефект. Таким чином, погляди фахівцівна проблему особистісних розладів при епілепсії зазнали суттєвих змін і навіть деякою мірою помінялись місцями.

Для визначення профілю особистості хворих на епілепсію був використаний перекладений українською мовою психометричний інструмент СМДО, який є адаптованим і стандартизованим варіантом анкетного тесту Mini-Mult - скороченої форми опитувальника MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Опитувальник СМДО містить 71 тестове запитання і, за результатами факторного аналізу, має найбільшу діагностичну цінність.

Опитувальник заповнили 28 пацієнтів із числа осіб, які знаходились під постійним тривалим спостереженням протягом (у середньому 8,5 ± 3,0).

На час проведення тестування вік пацієнтів становив від 19 до 64 років (у середньому - 33,9 року).

Хворих віком 19–30 років було (51,6 %), 31–45 років (29,7 %), 46–60 років (16,4 %), понад 61 рік (2,3 %).

Серед пацієнтів, які заповнили опитувальник, із ідіопатичною епілепсією було (10,9 %), із криптогенною (40,6 %), із симптоматичною (48,5 %).

Всім пацієнтам протягом періоду спостереження (у більшості випадків неодноразово) було проведене стандартне комплексне обстеження: клініко-неврологічне, клініко-психопатологічне, електроенцефалографічне (ЕЕГ) та нейровізуалізаційне (КТ/МРТ) з метою встановлення етіології епілепсії та моніторингу її перебігу.

 Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Statistica 6.0.

Для визначення ступеня та характеру зв’язку між параметрами дослідження був використаний статистичний метод групування та однофакторного дисперсійного аналізу (апостеріорний критерій Шеффе) та кореляційний аналіз (лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона); всі зазначені у статті відмінності та зв’язки є статистично значимими на рівні p < 0,05 або статистично вірогідними на рівні р < 0,01.

Між хворими з різною етіологією епілепсії (рис. 1.1) виявлено статистично значимі відмінності в показнику схильності до депресії: в осіб із симптоматичною епілепсією депресивні розлади були більш вираженими порівняно з хворими з ідіопатичною епілепсією (r = 0,23, р < 0,05), що відповідає літературним даним [11].

Це, серед інших чинників, може пояснюватись відсутністю структурних змін головного мозку, молодим віком та ремісією нападів у більшості хворих з ідіопатичними формами епілепсії (84,2 %) порівняно з контролем нападів лише в 57,6 % хворих із симптоматичною епілепсією.

Загалом пацієнти із симптоматичною епілепсією не демонстрували якихось особливих для певної етіології захворювання (судинної, післятравматичної тощо) особистісних розладів, окрім пацієнтів з епілепсією внаслідок уроджених вад мозку.

У таких випадках хворим були більш притаманні паранойяльність (r = 0,21, р < 0,05) та шизоїдність (r = 0,18, р < 0,05), тобто ті патологічні риси характеру, за присутності яких щоденні проблеми не викликають у людини емоційного відгуку, а в міжособистісних стосунках такі пацієнти виявляють відчуженість, вразливість або конфліктність, агресивність і злопам’ятність.

Такі хворі можуть почуватися не цілком повноцінними через стан свого здоров’я, заздрити здоровим, злитися на них, переживати стигматизацію і відчуження, унаслідок чого втрачають довіру до оточуючих та бажання йти на контакт, що призводить до уникнення стосунків, соціальної ізоляції хворого, формування соціальних фобій.

 Можливо, вроджені аномалії мозку (фокальні кіркові дисплазії, полімікрогирії, нодулярні гетеротопії) починають чинити свій негативний вплив на формування характеру пацієнта ще до маніфестації епілепсії, обумовлюючи негативний ендогенний довготривалий психологічний патоморфоз цієї форми епілепсії.

Не виключено, що через відсутність методів нейровізуалізації в минулих століттях власне пацієнти з недіагностованими вродженими аномаліями мозку та іншими клінічно «невидимими» структурними змінами ЦНС давали підстави психіатрам [5] для твердження про вроджений характер змін особистості у хворих на епілепсію.

Між хворими різного віку виявлено статистично значимі відмінності у двох показниках особистісного профілю (рис. 1.2).

Пацієнти віком понад 45 років мали вищі показники іпохондрії (р < 0,05) та істерії (р < 0,05) порівняно з більш молодими особами (віковий негативний ендогенний психологічний патоморфоз).

Отже, у зв’язку з віком (а не з тривалістю епілепсії) у хворих формується занепокоєння станом свого здоров’я на фоні високого рівня тривоги, песимізму та недовіри до лікувальних заходів; хворі намагаються привернути до себе увагу оточуючих, прагнуть їх підтримки.

Імовірно, це зумовлено соціальною роллю осіб середнього віку (виконання обов’язків у сім’ї, відповідальність за дітей, проблеми працездатності), що для пацієнтів молодшого віку має менше значення.

Старші хворі, ймовірно, також гостро переживають поступове згасання своєї соціальної та життєвої активності, незадоволення і розчарування при підбитті попередніх підсумків життя, шукають у хворобі виправдання та пояснення своїх життєвих невдач і помилок, почуваються спустошеними, знедоленими, скривдженими внаслідок тих особливих умов, у яких проходить їх життя.



Зазначимо, що однаково часто у хворих різних вікових груп, у чоловіків і жінок, відмічались психопатичні риси характеру, розвиток яких залежав від тривалості хвороби (r = 0,19, р < 0,05), упродовж якої наростає негативний вплив на головний мозок різних чинників: самих нападів, дії протиепілептичних препаратів (ПЕП), психогенних факторів, додаткових органічних церебральних порушень.

Високі показники за цією шкалою можуть свідчити про негативний змішаний (екзо- і ендогенний) довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії через значну соціальну дезадаптацію та стигматизацію таких хворих у зв’язку з їх конфліктністю, непередбачуваністю поведінкових реакцій, експлозивністю, емоційною нестійкістю.

Деякі автори вважають [7], що тривалість епілепсії не впливає на формування певного типу особистісних розладів, а лише підсилює прояви деяких рис характеру хворого.

Порівняно з жінками для чоловіків більш притаманними були іпохондричні (р < 0,05), істеричні (р < 0,05) та паранойяльні (р < 0,01) риси характеру (рис. 1.3).

Можливо, чоловіки гірше реагували на ситуації недостатнього самоконтролю (за наявності нападів вони почувались розгубленими і безсилими) і виявляли пов’язану з цим безпорадність, залежність від оточуючих, що є особливо травматичним саме для представників чоловічої статі, оскільки очікування оточуючих і їх власні вимоги до себе, згідно з гендерними стереотипами, є достатньо високими.

З’являлась «фемінізація» чоловіків, вони набували демонстративних рис характеру як психологічного захисту за типом «занурення» у хворобу і свідомої відмови від самоконтролю, постійного пошуку схвалення соціального оточення, залежності від думки оточуючих.

При аналізі розладів особистості залежно від результатів лікування (ремісія, резистентність, псевдорезистентність) було зазначено (рис. 1.4), що пацієнти із неконтрольованими нападами порівняно із хворими в ремісії мали статистично вищі показники за такими шкалами: психопатії (р < 0,01), паранойяльності (р < 0,05), шизоїдності (р < 0,05), іпохондрії (р < 0,01), депресії (р < 0,01), істерії (р < 0,01).

За останніми чотирма шкалами високі показники демонстрували також хворі з псевдорезистентністю, тобто особи, у яких не настала ремісія нападів через різні об’єктивні й суб’єктивні причини: прийом ліків у недостатніх дозах, що було зумовлено побічними діями ПЕП (у тому числі при підвищенні дози), небажанням самих хворих приймати адекватні дози ліків через фінансові проблеми, невелику частоту нападів, хибне уявлення про шкідливість лікування тощо.

Емоційна лабільність таких хворих, недостатній самоконтроль, втрата впевненості в успіху лікування часто зумовлювали некомплайєнтність, а це, у зворотному порядку, приводило до неефективності терапії.

Тривалий і малоуспішний підбір лікування, з іншого боку, емоційно виснажував хворого, спричиняв песимістичне бачення власної ситуації, зневіру у своїх силах, екстерналізацію локусу контролю хворого стосовно стану власного здоров’я, зняття з себе відповідальності за успіх лікування.

Можливість встановлення контролю над нападами сприяла зростанню впевненості у власних силах, самоефективності, формуванню оптимістичної картини майбутнього, побудові життєвих планів без особливого акценту на захворюванні, що приводило до зростання емоційної стабільності, задоволення життям та соціальної адаптації.

Тому ефективність лікування приводила до позитивного терапевтичного психологічного патоморфозу епілепсії.

Окреслюючи психологічний патоморфоз епілепсії за показниками особистісних розладів, можна стверджувати, що він має свої особливості залежно від низки чинників.

Негативний (по відношенню до здоров’я) ендогенний довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії спостерігався при симптоматичній епілепсії (коли у хворих виникала схильність до депресії) і, особливо, при вроджених вадах розвитку головного мозку, при яких виникали ознаки паранойяльності і шизоїдності.

При збільшенні віку пацієнтів їх характер набував іпохондричних та істероїдних рис (віковий негативний ендогенний психологічний патоморфоз).

Тривалість захворювання сприяла формуванню психопатичних рис характеру, обумовлюючи негативний змішаний (екзо- і ендогенний) довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії.

Психологічна зміна характеру пацієнтів чоловічої статі, які набирали істеричних, іпохондричних і паранойяльних ознак, свідчила про статевий негативний змішаний психологічний патоморфоз епілепсії.

При істинній та псевдорезистентності до лікування виникали тенденції до змін особистості за показниками шкал психопатії, паранойяльності, шизоїдності, іпохондрії, депресії та істерії, чого не спостерігалось у хворих у ремісії.

В останньому випадку можна говорити про позитивний терапевтичний психологічний патоморфоз епілепсії.

Отримані результати з виявленими особливостями психологічного патоморфозу епілепсії свідчать про те, що діагностика змін особистості у хворих на епілепсію повинна забезпечувати своєчасне їх лікування та попереджувати формування стійкого психічного дефекту, який, поряд з епілептичними нападами, є головним чинником дезадаптації хворого і погіршення якості його життя.

**1.3. Корекція функціонального стану організму осіб з епілепсією методами фізичної терапії та психотерапії**

Підрозділ присвячений перспективам використання сучасних технологій фізичної терапії у відновлювальному лікуванні хворих на епілепсію.

Систематизовано основні підходи до реабілітації та особливості використання методів і засобів фізичної терапії з метою корекції функціональних порушень в організмі тематичних хворих.

 Представлено загальну структуру програми фізичної терапії хворих на епілепсію, форми і методики використання лікувальної гімнастики, точкового масажу, принципи побудови кетогенної дієти, технічних засобів реабілітації та психотерапії.

 Одне з провідних місць в структурі нервово-психічних захворювань займає епілепсія поширеність якої серед дорослого населення становить від 0,3% до 2%, а у дитячій популяції частота захворювання становить від 0,5 до 0,75%.

Епілепсія це важке неврологічне захворювання, що характеризується хронічним і прогресуючим перебігом з появою у хворих епілептичних нападів різної частоти та психічних порушень.

Вірогідність захворіти на епілепсію в будь-який період життя досягає 5%.

За даними світової статистики поширеність епілепсії в популяції коливається від 3 до 15 випадків на 1000 населення, а поширеність судом - 17-20 випадків на 1000.

 Згідно з результатами Національного дослідження в США, число хворих на епілепсію становить 1%, а в Європі на епілепсію страждають 6 млн людей [2].

Зараз в Україні відзначається зростання показників захворюваності на епілепсію, у зв’язку із погіршенням здоров'я населення в цілому внаслідок військової агресії, низького рівня життя та ускладнення економічної ситуації в країні.

 За останні 15 років кількість хворих на епілепсію подвоїлась і при цьому питома вага пацієнтів із психіатричними проблемами становить близько 27%. Значним є число осіб, що втратили працездатність або мають істотні її обмеження [7].

Саме тому дослідження питань планування і проведення реабілітаційних заходів у хворих на епілепсію, які спрямовані на попередження розвитку психічних дефектів і інших патологічних змін, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності та на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів до суспільно корисної праці є важливими та актуальними.

Епілепсія це захворювання головного мозку, яке має хронічний характер і проявляється у вигляді раптових короткочасних судомних нападів. Епілептичний напад це клінічний прояв аномального та надлишкового розряду нейронів мозку, що викликає раптові транзиторні патологічні феномени (чутливі, рухові, психічні, вегетативні симптоми, зміни свідомості) [2].

Епілепсія може супроводжуватись різними ускладненнями, особливо в разі тривалого перебігу.

 Інвалідність може встановлюватися при розвитку психічних дефектів, порушень поведінки, інтелектуальної деградації, формування епілептичних рис характеру.

Іноді епілепсія ускладнюється руховими порушеннями – парезами, паралічами, порушенням координації рухів, що є показанням для встановлення групи інвалідності [4].

 Реабілітація хворих на епілепсію це система лікарських і немедикаментозних заходів, спрямованих на часткове або повне відновлення біологічного і соціального статусу хворого.

В даний час 90% хворих на епілепсію досягають тривалої ремісії припадків і 71% не мають нападів після відміни лікування

Зараз багато дослідників велику увагу приділяють вивченню якості життя хворих на епілепсію.

Відповідно до визначення ВООЗ, якість життя включає 3 основних аспекти: фізичне здоров'я (щоденна активність, загальне самопочуття, напади), психічне здоров'я (сприйняття свого самопочуття, самооцінка, занепокоєння, депресія) та соціальне здоров'я (соціальна активність і взаємини з сім'єю і друзями) [7].

Сучасні патогенетично обґрунтовані методи немедикаментозної терапії епілепсії засновані на наступних патофізіологічних уявленнях:

1) епілепсія є динамічним процесом і її прояви залежать від функціональної активності всього мозку та його спеціалізованих відділів, які забезпечують принципову можливість її контролю [2];

2) у виникненні та перебігу епілепсії велику роль відіграють фактори мотивації, навчання, соціального оточення і поведінки. Це створює можливість використовувати відомі методики психотерапії, педагогіки, поведінкової та соціально-сімейної терапії [6];

3) динаміка епілептичних процесів і протиепілептичних механізмів в мозку може бути об'єктивно відстежено на ЕЕГ, що, забезпечує можливість спостерігати в реальному часі ефективність лікувальних впливів, з іншого - надає параметр для використання методів біологічного зворотного зв'язку для регулювання активності мозку [1].

В багатьох країнах спостерігається упереджене ставлення до хворих на епілепсію, деякі лікарі вважають, що хворий не повинен працювати, йому забороняють одружуватися, водити автомобіль, обмежують в навчанні та інше.

Науково доведено кореляцію між рівнем задоволеності життям і соціальними відносинами людей.

Встановлено, що психічна дезадаптація, частіше, ніж напади епілепсії знижує якість життя хворих.

В ряді досліджень доведено, що роль епілептичного нападу відсувається на другий план, а на перше місце виходять характерологічні зміни, що призводять до порушення відносин хворого в родині і в суспільстві [6].

В умовах соціально-економічної нестабільності суспільства рівень соціальної адаптації хворих на епілепсію набагато нижче загально популяціонного і серед них підвищується безробіття, спостерігається збільшення числа розпадів сім'ї.

Саме тому правильне діагностування і розуміння особливостей особистості, її структури, вираженості ендо- та екзогенних зв'язків є ключем до раціональної фізичної та психологічної корекції, особливо при плануванні і проведенні реабілітаційних заходів.

Вони повинні бути спрямовані на попередження розвитку психічного дефекту і інших патологічних змін, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів до суспільно корисної праці.

Відновні заходи при епілепсії різні і спрямовані на відновлення соціального і трудового статусу хворого [5].

Реабілітація хворих на епілепсію починається з виявлення характеру основних фізичних і психічних порушень в організмі хворих та їх усунення. Індивідуальна програма ФР при епілепсії включає:

1) Медичну реабілітацію:

• з урахуванням основних принципів медикаментозної терапії;

• психотерапію (заняття з психотерапевтом), інші психологічні заходи (робота з сім'єю хворого, контроль психологічного клімату на роботі);

• диспансерне спостереження у епілептолога, ведення хворим карти самоконтролю (облік частоти нападів, дози ліків та ін.) [5].

2) Професійну реабілітацію:

• правильний вибір професії (у хворих в дитинстві);

• збереження соціальної адаптації: професійне навчання і перенавчання, максимальне використання можливостей працевлаштування; при необхідності створення спеціального робочого місця для хворого на епілепсію [4].

3) Соціальну реабілітацію:

• збереження соціального статусу, побутова та сімейна реабілітація;

• питання вступу в шлюб, народження дітей (можливо для хворих з рідкими нападами і помірними змінами особистості).

 • заняття спортом та підвищення загальноосвітнього рівня [4].

Повної або часткової соціальної реабілітації вдається домогтися у 90- 95% хворих на епілепсію

В процесі відновного лікування хворих на епілепсію протисудомна терапія доповнюється психо-терапевтичним лікуванням, ерготерапією і фізіотерапією, використанням методики біологічної підтримки (пацієнтам допомагають дізнатися такі особливості свого організму, які дозволяють їм самим впливати на напади, перериваючи їх або скорочуючи), масажем, фізіотерапією [1].

Засобом профілактики і лікування епілептичних нападів є кетогенна дієта, яка містить значну кількість жирів і білків тваринного походження та мінімальний обсяг вуглеводів.

За рахунок такого харчування організм потрапляє в стан кетозу, при якому поповнення енергетичних витрат відбувається за рахунок накопиченого підшкірного жиру без розпаду м’язів.

Суть кетогенної дієти пролягає в тому, що вона стимулює використання організмом більшої кількості жирів і меншої кількості глюкози для поповнення витраченої енергії [2].

Лікувальна фізична культура проводиться у формі ранкової гімнастики, спеціальної індивідуальної і групової лікувальної гімнастики, а також у вигляді рухливих і спортивних ігор.

Для літніх людей і жінок комплекс вправ повинен бути більш простий, ніж для фізично здорових молодих людей.

Хворим, які раніше не займалися фізкультурою, слід починати з легких вправ.

Заняття обмежують 5-10 хвилинами, потім тривалість заняття поступово збільшуєть до 20 - 30 хв на день [6].

В комплекс повинні входити вправи, що охоплюють різні м'язові групи. Особливу увагу слід приділяти дихальним вправам і вправам, що навантажують м'язи живота.

В комплекс не включають вправи на швидкість (особливо на швидкий перехід з одного положення в інше) та вправи на рівновагу. Ізотонічні і ізометричні вправи використовують за умови, що хворий не затримуватиме дихання на вдиху і видиху.

При цьому важливо:

• стежити, щоб дихання було через ніс, для уникнення гіпервентиляції легень, яка небезпечна посиленням судомної готовності через надлишок кисню в крові;

• не допускати затримки дихання на видиху в зв’язку з підсвідомим сприйняттям цього, як прояву судом діафрагми;

• розтягування і розслаблення м'язів має відбуватися на видиху [6].

Рекомендується контроль ЧСС з визначенням резерву серця. 100% резерву серця не використовують, з метою уникнення перезбудження ЦНС.

Залежно від стану пацієнта допустимо фізичне навантаження, яке не перевищує 70 - 80% резерву серця [6].

Хворим на епілепсію показані різні види гімнастики (ходьба на лижах, але не в гірській місцевості), деякі спортивні ігри (теніс, волейбол, городки).

Питаннями використання ЛГ у хворих на епілепсію в даний час, на жаль, реабілітологи майже не займаються, спеціальні вправи для різних категорій хворих не розроблені.

Тому необхідна грунтовна науковаметодична розробка методів застосування ЛФК у тематичних хворих та впровадження результатів досліджень в комплекс фізичної терапії [6].

Психотерапія в комплексній реабілітації застосовується у формі:

• раціональної психотерапії (РП),

 • когнітивно-біхевіоральної психотерапії (КБТ)

• сімейної психотерапії (СП).

Ці форми психотерапії призначають індивідуально та в груповому варіанті [6].

Також в реабілітації хворих на епілепсію успішно використовують деякі методи фізіотерапії та нетрадиційні методи відновлення - Су-джок терапію, голковколювання, безконтактний і точковий масаж.

Точковий масаж здійснюють використовуючи точку Sp.1 Yinbai (Іньбай) (на 2-3 мм ззаду від зовнішнього кута кореня нігтя великого пальця ноги).

Точку масажують за годинниковою стрілкою протягом 15- 20 сек 1 раз в день на курс 10 сеансів [5].

З огляду на той факт, що поляризоване світло діє на клітини крові, в останній час у хворих на епілепсію ефективно використовують опромінення сонних артерій апаратом Біоптрон в місцях, де вони близько підходять до шкіри (вище грудинно-ключичного зчленування).

Час експозиції починають з 2 хвилин при відстані 4-5 см, потім експозицію збільшують до 4-6 хвилин.

Результат впливу помітний вже після перших сеансів - відбувається або припинення великих і малих нападів, або значне зменшення їх кількості та інтенсивності [5].

В останні роки у хворих на епілепсію успішно використовують дихальні тренажери, зокрема «Carbonik», з метою створення в організмі хворих помірної гіпоксії та гіперкапнії.

 Застосування приладу ефективно при будь-яких формах епілепсії, бо зменшує кількість і ступінь проявів епілептичних нападів та зменшує головний біль (використовувати тренажер необхідно від 10 до 30 секунд для профілактики нападу, або безпосередньо на його початку [3].

Програма відновного лікування хворих на епілепсію включає медичну, фізичну, професійну та соціальну реабілітацію.

При складанні комплексної програми реабілітації треба поєднувати обов’язкову протисудомну терапію та психотерапїю з ЛФК, дієтотерапію (кетогенна дієта), ерготерапією, масажем та технічними методами фізичної терапії.

**Е**пілепсія є хронічним поліетіологічним захворюванням, що проявляється повторними судомними або безсудомними пароксизмами, змінами особис­тості та коморбідною психічною патологією. Воно пов’язане з виникненням патологічних ділянок збуд­жен­ня в го­ловному мозку, які спричиняють порушення свідомості та розвиток судом.

Останнім часом досягнуто ­певного прогресу в лікуванні епілепсії, та водночас із отри­маною ремісією цієї хвороби важливими стають вивчення і корек­ція її проявів.

У всьому ­різноманітті психічної пато­логії виділяють власне когнітивні ­порушення, епілептичні психози, зміни емоційно-афективної ­сфери, ­обсесивно-компульсивні, тривожні та депресивні ­розлади, панічні стани, епілептичні енцефалопатії.

Найчастіше для лікування епілепсії застосовують медика­ментозні заходи, а за його неефективності - інші ­методи терапії, зокрема хірургічні, що знижують активність епілептичних вогнищ. Але й вони не завжди можуть бути дієві. Як свідчать статистичні дані, кількість осіб, які не отримують належного ефекту внаслідок застосовуваної терапії, практично не ­змінилася за останні двадцять років і становить близько 30 % усіх випадків.

За даними деяких дослідників, близько третини осіб з епілепсію страждають на коморбідні психіатричні розлади - депресії, тривожності, дисфорії, - які значною мірою ускладнюють перебіг основного захворювання і ­погіршують якість життя. Поширеність розладу з дефі­цитом уваги та гіперактивністю вища за дитячої ­епілепсії, ніж у загальній популяції, із показниками 30-40 % у ­дітей з епілепсією. Частіше по медичну допомогу звертаються пацієнти з коморбідними порушеннями; серед них вища частота самогубств, нижчий рівень ­дотримання рекомендацій лікування, нижча якість життя та гірший конт­роль над епілептичними нападами [[19](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/6%28117%29/pages-26-32/zastosuvannya-psihoedukaciyi-ta-kognitivno-povedinkovoyi-terapiyi-u-paciientiv-z-epilepsiieyu-#lit-19)].

Є певні відмінності між порушеннями когнітивних і ­поведінкових функцій у дитячому та дорослому віці. У дітей здебільшого епілептичні напади, а також терапія проти­епілептичними препаратами мають вплив на розвиток структур центральної нервової системи і фор­мування вищих психічних функцій, що забезпечують ­адаптацію дитячого організму до умов зовнішнього середовища. Це призводить до виражених змін особистості та функцій, які є основою когнітивної діяльності (увага, гнозис, пам’ять, ­мислення).

Водночас пластичність ­психічних процесів у дитячому віці зумовлює мож­ливість компенсації порушень за спрямованої корекції. У ­дітей можуть виникати особливі стани - епі­лептичні енцефало­патії (ранні злоякісні ­енцефалопатії та ­зумовлені подовженою активністю на електроенце­фалограмі під час повільнохвильового сну).

У дорослих та особливо в осіб літнього віку тривалий ­анамнез захворювання, дифузне або грубе вогнищеве ураження структур головного мозку та інші чинники можуть призводити як до інтелектуально-мнестичних порушень, аж до ступеня деменції, так і до виражених психічних розладів, які є більш ригідними до терапії та ­психоло­гіч­ної корекції.

Дані багатьох досліджень свідчать про взаємодію між епілептичними нападами та психологічними станами, що сприяє розробленню програм із застосування когні­тивно-­поведінкової терапії (КПТ) у пацієнтів з ­епілепсією. Метою психобіхевіоральної терапії є поліпшення психологічного самопочуття та конт­роль нападів.

Нині експерти розробляють програми навчання невро­логів методів проведення скринінгу в пацієнтів з епі­лепсією для виявлення депресії та тривоги і поліпшення як взаєморозуміння, так і взаємодії з ними. Проте для ­таких пацієнтів постає низка проблем, пов’язаних із ­пси­хі­атричним лікуванням, а саме: лімітованість послуг і фінан­сування; стигматизація, зумовлена психічними захворю­ваннями, та обмеження пересування й подорожей. Крім того, прихильність до психіатричного ­спостереження загалом є поганою, тому не дивно, що пацієнти з ­епілеп­сією та ко­морбідними розладами не дотримуються рекомен­да­цій лікарів.

Є суттєві доказові дані щодо підтверд­жен­ня ідеї взаємо­зв’язку між епілепсією та депресією. Спільні нейро­біологічні механізми, наприклад ураження медіальних скроневих структур і втрата об’єму ­гіпокампа, ­доводять причини їх співіснування та коморбідності. Депресія може передувати появі епілепсії.

Зокрема, ­депресивний стан в анамнезі пов’язується зі збільшенням ­ризику ­виникнення непровокованого нападу вдвічі-вчетверо. Також депресія може бути як психологічною реакцією на епілепсію, так і важливим предиктором результатів фармакологічних і хірургічних методів лікування епілептичних нападів. Сьогодні є нові докази щодо конкретних депресивних симптомів в осіб з епілепсією, причому поширеніший кластер становить когнітивний фенотип, а саме самокритичні когніції, такі як особиста неефектив­ність.

Небажання лікарів призначати анти­депресанти таким пацієнтам пов’язане з побоюваннями небезпеки зниження судомного порогу та ­несприятливих взаємодій антидепресантів із протиепілептичними препаратами. Ці причини ви­знано головною перешкодою лікування депресії в осіб з епілепсією, тому обґрунтування ефективності психо­терапії було б особливо цінним.

Деякі клінічні настанови щодо депресії та ­тривожності рекомендують КПТ як рівнозначне, а іноді й ­ефективніше лікування, ніж медикаментозне.

Когнітивно-поведінкова терапія - це форма психо­терапії, яка навчає пацієнтів нових способів керування ­своїми думками та почуттями. Основну увагу зосереджують саме на внут­рішніх проблемах особистості (міркуван­нях про себе та оточуючих; суд­жен­нях щодо власних пере­конань) і зовнішніх змінах (уміннях роз­в’язувати ­проблеми, управляти стресом, ­комунікувати, будувати осо­бисте життя та розвивати й ­підтримувати стосунки з іншими людьми). На відміну від медика­ментозного втручання, КПТ формує навички, які залиша­ються й ­після закін­чення лікування.

Нині КПТ є рекомендованим методом ­лікування ­депресії в осіб з епілепсією; хоча результати деяких досліджень, опублікованих у базі Кокранівської ­бібліотеки, інформують про недостатність доказових даних на користь того, що методи психотерапії ефективні за таких випадків.

Як зазначають W. C. Kerr etal., попри брак пере­конливих доказових даних щодо ­лікування депресії в осіб з епілепсією, Міжнародний консенсус клінічної ­практики лікування нервово-психічних станів, пов’язаних з епілеп­сією, рекомендував КПТ як психотерапію вибору в ­таких пацієнтів.

За теорією когнітивного біхевіоризму, думки чинять вплив на поведінку та фізіологічні процеси. КПТ, яку ­часто застосовують разом із підходом «розум-тіло», досліджує взаємозв’язок думок, емоцій і конкретних подій (тобто судомних нападів).

Пацієнти вчаться виявляти в себе дезадаптивні моделі думок і замінювати їх на здорові когнітивні та поведінкові реакції. Метою такої стратегії є сприяння посиленню почуття самоконт­ролю над виникненням епілептичних нападів. Цей процес зазвичай поєднує оцінювання психологічних стресорів, які можуть спричинити зниження судомного порогу, та виявлення чинників навколишнього середовища чи по­ведінкових факторів, що перешкоджають здоровому ­способу життя (наприклад, поведінки, яка заважає достатньому сну або систематичному прийманню ліків).

Програми поєднують вивчення епілепсії, регулювання настрою, когнітивних і поведінкових методів припи­нення судом, розв’язання конфліктних думок та емоцій («когні­тивний дисонанс»), управління стресом та ­модифікацію способу життя для мінімізації дії тригерів.

Для лікування епілепсії КПТ може бути ефективною не лише завдяки змінам способу життя, які редукують вплив тригерів судомних нападів і поліпшують сприйнят­ливість до інтервенцій. Є і прямий зв’язок між когніцією та судомною активністю.

 За науковими ­даними, когнітивні завдання (письмові та усні ­обчислення, читання, письмо, просторова побудова) можуть гальму­вати (у 64 % випадків) та провокувати (у 7,9 % випадків) епілепти­формні електроенцефалографічні розряди.­

Отримані результати дають змогу припус­тити, що існує можливість розроблення когнітивних завдань для інгі­бування епілептиформної активності, а також заміни ­когнітивної ­активності, яка індукує ­епілептиформні ­розряди, для зменшення частоти нападів. Такі когнітивно-­поведінкові заходи також можуть спричинити довго­строкові зміни збудливості.

V. Tang etal. запропонували модель, у якій довго­тривала практика КПТ-стратегій, націлених на ­зменшення нападів, зрештою сприяє змінам у нейрон­них ланцюгах, а отже, звуженню «епілептичної диспозиції».

Конкретні психологічні та поведінкові методи, які використовують у таких програмах, базуються на спостереженні за тригерами та розробленні конт­рзаходів і самоконтролю судом, реструктуризації мислення, оброб­ленні, акти­вації поведінки, систематичній десенситизації, системній сімейній терапії та мотиваційному інтерв’ю. Програми різняться за частотою сеансів терапії, трива­лістю та способами здійснення і можуть поєднувати інди­відуальні або групові сеанси (за участю членів сім’ї, ­інших ви­хователів або без них).

 Реструктуризація мислення полягає в тому, що пацієнт вчиться визначати, розпізнавати ірраціональні чи дез­адаптивні думки й почуття та власне протистояти їм; пере­­осмислювати негативні міркування, щоб реагувати у більш здоровий спосіб.

Оперантне кондиціонування являє собою систему заохочень і покарань як за відсутності, так і за­ ­виникнення судомних нападів відповідно.

Поведінкова активація - це підхід до лікування депресії, що переорієнтовує пацієнтів на їхні цілі за ­допомогою планування активності для стимулювання участі в діях, яких вони зазвичай уникають. Крім того, такий метод дає ­змогу аналізувати функцію когнітивних проце­сів, що слугують формою уникнення.

Систематична десенситизація полягає в тому, що па­цієнт щоразу піддається сильнішим стимулам, які зумовлюють тривогу, і вчиться користуватися технікою релаксації для протидії негативним емоціям - «тренування звикання». Така техніка може застосовуватися в разі ­тривоги, що підбурюється початком нападів, чи умов, які їх прово­кують.

Сімейна системна терапія базується на твер­джен­­ні про те, що людину не можна сприймати ­ізольовано. Індивід має розглядатися у контексті власної родини (сім’ї) як ­єдиної емоційної одиниці.

Мотиваційне інтерв’ювання - це свідомо спрямований терапевтичний метод, за якого пацієнта стимулюють і ­заохочують розробляти ідеї та плани щодо зміни ­власної поведінки та пошуку розв’язання проблем ­самостійно, без допомоги психотерапевта.

Групова КПТ дорослих пацієнтів може ґрунтуватися на гіпотезі існування так званого біологічного зворотного зв’язку - експериментального методу лікування, основаного на ідеї того, що за допомогою спеціальних приладів можливо навчитися конт­ролювати ­електричну активність клітин ­головного мозку і в такий спосіб пригнічувати напади.

Навчання біозворотного зв’язку - процес тривалий, а його результат - віддалений і нестійкий. ­Зменшення кількості нападів відбувається ­приблизно у 50 % осіб з епілепсією, яка не піддається медикаментозному лікуванню. Цей метод цінний як супутній за фармако­терапії, але щодо його ефективності, на жаль, ­неможливо ­судити ­заздалегідь. Тому використовувати метод ­біозворотного ­зв’язку ізольовано не рекомендовано, адже набагато результативні­шим є його поєднання з медика­ментозним втручанням.

Програми self-менеджменту (управ­ління собою), які доповнюють класичне лікування епілепсії, нині визнано корисними та економічно ефективними, попри головну проблему - брак доступу до лікарів-психі­атрів і психотерапевтів [[26](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/6%28117%29/pages-26-32/zastosuvannya-psihoedukaciyi-ta-kognitivno-povedinkovoyi-terapiyi-u-paciientiv-z-epilepsiieyu-#lit-26)]. Кілька лікувальних програм self-менеджменту через інтернет-мережу були дієвими за хронічних станів, наприклад синдрому подразненого кишечника та ­синдрому хронічного болю.

Наприклад, КПТ, що проводили онлайн у Російській Федерації, продемонструвала дієвість у лікуванні депресії та тривоги за хроніч­них захворювань, зокрема епілепсії.

У Кокранівському ­огляді, де вивчали ­результати 16 рандо­­мізованих контрольованих і квазірандомізованих ­до­сліджень застосу­вання психотерапії в осіб з ­епілепсією, не було надано надійних доказів ­ефективності методів психо­логічного лікування (релаксаційної, КПТ) для поліпшення якості життя чи конт­ролю над судом­ними нападами. ­Різноманітні за своїм ­терапевтичним змістом методи ­лікування, ­описані в цьому огляду, S. Ramarantnam etal. оцінили як методологічно слабкі, а ­отримані результати як неодно­значні.

Так, науковці дослід­жували ефективність ­застосування КПТ за депресії у пацієнтів з епілепсією на підставі рандомізованих конт­рольованих досліджень (РКД) і серії випадків.

В основі згаданого досліджен­­ня - систематизований і якісний огляд літератури з баз даних MEDLINE, PsycINFO і the Cochrane Evidence-Based Medicine. Автори мали на меті визначити тип КПТ, який можливо запропонувати як метод вибору особам з епілеп­сією, які страждають на депресію. До критеріїв відбору належали: наявність у пацієнтів епілепсії; ви­користання КПТ; достовірні показники депресії; публікація англійською в рецензованому ­журналі. Досліджен­ня оцінювали два незалежні експерти вчені. Вони визначили 14 підсумкових доку­ментів для 13 досліджень ефективності КПТ, зокрема шість РКД і сім ­досліджень серій випадків. Відомо, що позитивні результати КПТ у пацієнтів із депресію було ­зареєстровано в трьох із ­шести РКД.

За даними огляду, усі ефективні ­подібні дослід­жен­ня спеціально адаптували для зменшення ознак ­депресії. І навпаки, два з трьох РКД, у яких не вдалося виявити результати, пов’язані з депресією, спрямовано на по­ліпшення конт­ролю над нападами. Така картина також ­спостерігалася і в дослід­жен­нях ­серій випадків. Попри ­незначну кількість інформації та методологічні обме­ження, за даними вивчення результативності ­лікування, що ­увійшли до огляду, КПТ-втручання, спрямовані на ­редукцію депресії, можуть бути ефек­тивними. Натомість ті, що спрямовані на ­поліпшення конт­ролю над напа­дами - неефектив­ними для ­лікування депресивних станів. Результати огляду продемонстрували необхідність проведення подальших РКД у цій сфері для підтвер­джен­ня можливої ефективності КПТ за депресії у пацієнтів з епілепсією.

Частка осіб, які мають доступ до інтернету (навіть за незначних матеріальних ресурсів), нині є високою. Це руйнує деякі соціально-економічні бар’єри у певних групах пацієнтів з епілепсією. Методики, які впроваджують через інтернет, мають додаткову терапевтичну цінність для розширення прав і можливостей пацієнтів щодо ­власного здоров’я. Такі програми допомагають особі бути безпосередньо відповідальною за самодопомогу та само­догляд. Зокрема, для пацієнтів із високим рівнем стигма­тизації проблем психічного здоров’я або для тих, які вважають свій стан недостатньо тяжким для офіційного лікування у психі­атра, втручання на базі інтернету дає ­змогу ­поступово опанувати вміння чинити вплив на власне ­психічне здоров’я.

Науковці університету Еморі в Атланті (США) ­вперше розробили й протестували проєкт UPLIFT (Using Prac­tice and Learning to Increase Favorable Thoughts), який фінансує Центр із конт­ролю та профілактики захво­рю­вань США (CDC).

 Експерти оцінювали вплив проєкту UPLIFT на ­знання, навички та симптоми ­депресії в учасників. Ними стали 40 осіб з епілепсією, яких лікували в Центрі епілепсії університету Еморі та обстежува­ли на депресію. У випадковий спосіб цих пацієнтів поділили на дві групи: перша  ­отримувала звичайну медичну допомогу, а друга  брала участь у проєкті UPLIFT. Половина учасників проєкту UPLIFT долучалися до телефонних груп, а решта  до веб-груп. Особи, яким надавали звичайну ­медичну ­допомогу, доєдналися до проєкту UPLIFT приблизно ­через 10 тижнів.

Згідно з результатами вказаного дослід­жен­ня, в учасників більше ­зростали знання та навички, а ознаки ­депресії ­помітно зменшувалися у тих, хто брав участь у проєкті UPLIFT, порівняно з когортою осіб, які отримували ­звичайну ­медичну допомогу.

Дослідники з університету Еморі, Мічиганського університету, Центру медичних наук Техаського університету в Х’юстоні та Вашинг­тонського університету (США) провели друге рандо­мізоване конт­рольоване дослід­жен­ня в межах проєкту UPLIFT. Науковці перевіряли ефективність UPLIFT щодо запобігання депресії у пацієнтів з епілепсією. Його учасни­ками стали 118 осіб з епілепсією та помірними симпто­мами депресії зі штатів Джорджія, ­Мічиган, Техас і Вашингтон. Протягом 10-тижневого ­періоду частота ­серйозних депресивних розладів серед тих, хто отримував звичайну медичну допомогу, становила 10,7 %. Натомість серед тих, хто брав участь у проєкті UPLIFT, таких розладів не виявлено взагалі. На початку дослід­жен­ня, як зазначають учені, залучали учасників із яв­ними ­помірними симптомами депресії, проте в осіб, які ­брали участь у ­проєкті UPLIFT, ознаки депресії зменшилися суттє­віше проти когорти із залученням звичайної медика­ментозної ­тера­пії. Серед тих, хто брав участь у ­проєкті UPLIFT, ­вагоміше поліпшувалась і задоволеність ­життям порівняно з тими, хто отримував звичайну медика­ментозну терапію. Так, за даними подальших неконтрольованих досліджень застосування онлайн-КПТ (проєкт UPLIFT) мало позитивні результати у ­лікуванні ­депресії в ­пацієнтів з епілепсією.

Проєкт EASE (Epilepsy, Awareness, Support, and Educa­tion) розробили як телефонну ­програму, яка поєд­нувала принципи мотиваційного інтерв’ю і концентру­вала особ­ливу увагу на соціальній ­підтримці, само­ефективності та вибудовуванні цілей для ­поліпшення аутоменедж­мен­ту, пов’язаного з прийманням ліків, конт­ро­лем ­нападів, проблемами безпеки та ­питаннями щодо способу життя. Запровад­жен­ня цієї ­програми та її наступника WebEase також спонукали пацієнтів до систематизації ­дотримання лікарських призначень, але дані про зменшення ­частоти епілептичних нападів досі не оприлюднено.

Трансдіагностичні втручання використовують ­загальні методи лікування для двох і більше супутніх психічних розладів. Вони придатні для лікування депресії та тривоги - висококоморбідних у разі епілепсії.

Попередні дослід­жен­ня, у яких вчені ­зосереджувалися лише на депресії за епілепсії, мали незначні результати, можливо, через обмежену увагу лише до одного стану пацієнта, а не до обох. Використання трансдіагностичних ­втручань дає змогу охопити клінічні реалії психічних супут­ніх захворювань при епілепсії.

Дані щодо ефективності КПТ для контролю судом не є однозначними. S.Y. Tan etal. ­здійснили рандо­мізоване конт­рольоване дослід­жен­ня із застосуванням КПТ, що охоплювало конт­роль стресу, ­тренування на­вичок релаксації та подолання труднощів, когнітивну ­перебудову дезадаптивного мислення, репетицію позитивної соціальної поведінки та дискусії щодо шляхів розв’язання проб­лем. Як відомо, попри вдоско­налення психо­терапевтичних ­заходів для ­психологічної адаптації пацієнтів з епілеп­сією, суттєвих змін ­частоти нападів, якості конт­ролю за приступами або поліпшення дотримання рекомен­дацій медикаментозного лікування з КПТ не спостерігалося.

Неконт­рольоване дослід­жен­ня застосування КПТ, що поєднувало ідентифікацію тригерів, здоровий спосіб ­життя, розслаблення, прийоми переривання судом, когнітивні методи протидії негативним думкам і когніціям або судомам, пов’язаним із настроєм, та поступовий вплив на фобічні ситуації, мало певні психологічні переваги, проте не змогло змінити частоту епілептичних нападів у шести дорослих осіб із рефрактерною епілепсією та коморбідними психіатричними і/або психосоціаль­ними ускладненнями. Однак було продемонстровано ефективність ­мотиваційного інтерв’ю (підхід до консультування, який часто застосовують за КПТ) щодо поліпшення дотримання режиму приймання ліків.

За моти­ваційного інтерв’ювання терапевт ставить ­відкриті запитання, використовує рефлексивне ­слухання, інтерпретаційні та ­заохочувальні коментарі й підкріп­лення умовисновків пацієнта ­стосовно позитивної, на­ціленої на здоров’я поведінки, щоб допомогти йому визначити перешкоди та створити плани для майбутніх позитивних змін. Отже, терапевт не надає прямих порад, а лише скеровує пацієнта до його власних висновків.

Відповідно до даних масштабного РКД, ­застосування мотиваційного інтерв’ювання у поєднанні з ­додатковими методами корекції поведінки впродовж трьох і ­шести ­місяців спостереження ефективно поліпшувало дотримання пацієнтами режиму ­приймання медикаментів порівняно з конт­рольною групою. У групі мотиваційного інтерв’ювання фіксували також зниження ступе­ня тяжкості нападів, поліпшення якості життя та підвищення ефективності застосування лікарських препаратів у межах терапевтичного або супратерапевтичного діапазону після поліпшення інших психологічних показників.

Багатонадійним щодо зменшення кількості й сили ­епілептичних нападів є метод Рейтера–Ендрюса, який значною мірою базується на концепціях КПТ. Такий підхід передбачає, що всі судоми мають основний ­тригерний чинник і що емоції, які здатні чинити вплив на схильність до виникнення нападів, можуть відображати ­основні когнітивні процеси, які піддаються КПТ. Цей ­метод ­часто поєднує КПТ із релаксацією, візуальними ­зображеннями, біологічним зворотним зв’язком даних електроенцефало­графії, консультуванням і методом пере­ривання аури.

Модель такого лікування формалізована в робочій ­книзі «­Конт­роль над епілепсією: робочий зошит для ­пацієнтів та фахів­ців» (Taking Control of Your Epilepsy: AWork­book for Patients and Professionals).

У неконтрольованому дослідженні у семи дорослих пацієнтів із рефрактерною епілепсією оцінювали групову методику, поєднуючи різноманітні психологічні ­прийоми, що частково основані на робочому зошиті. Група досягла середнього зниження частоти епілептичних ­нападів на 74 %, водночас у двох пацієнтів не виникало припадків узагалі. Отримані результати значною мірою ­зберігалися понад три місяці поспіль після завершення програми.

McLaughlin etal. використовували ­модифіковані методи для групової програми КПТ у дорослих віком від 60 років. У рандомізованому дослід­жен­ні частота епілептичних нападів суттєво зменшилась у групі КПТ порівняно з тими, де застосовували контроль релаксації. Після ­лікування результат зберігався три місяці поспіль. Крім того, в обох групах поліпшилися психологічні показники (зменшилась вираженість депресії, дис­тимії, психо­соціальної функції та психологічної адаптації).

Вивчення ефективності підходу Рейтера–Ендрюса у пацієнтів зі складними частковими нападами ­засвідчило зменшення частоти епілептичних нападів у 79,5 % ­суб’єктів протягом шести місяців, яких відслідковували ­впродовж двох років. Частота судоми ­зменшилася в ­середньому більш ніж на 90 %. Проте у згаданому дослідженні не було конт­рольної групи нелікованих пацієнтів для порівняння. Власне, у неконт­рольованому дослідженні 5-денної програми стаціонарного лікування, яке ґрунтувалось на ­цьому ­методі, ­брали участь 11 па­цієнтів зі складними ­частковими судо­мами. Зокрема, у дев’яти пацієнтів, які мали до лікування до чотирьох нападів на місяць, вони зникли, а у двох інших  ­частота приступів знизилася до менш ніж двох.

У дослід­жен­ні S.M. Elsas etal. КПТ-підхід, який базується на протоколі J. Reiter etal., ­застосовували у восьми пацієнтів із вогнищевою епілепсією. Відповідно до його результатів, один учасник досягнув ремісії напа­дів, ще один - відчув зменшення їх частоти на 90 %, двоє  отримали зменшення частоти припадків більш ніж на 50 % за рік від початку КПТ, а також установлено підвищення якості життя і тимчасове ­поліпшення настрою.

R. Michaelis etal. здійснили ретроспективне до­слід­жен­ня за участю пацієнтів, які застосовували підхід Рейтера–Ендрюса, зокрема стратегії уникнення тригерів і десенситизації. Як відомо, 37 % вибірки досягли повної ремісії епілептичних нападів, у середньому протягом 2,2 року, а у 50 % респондентів частота судом ­зменшилася на понад 50 %.

Хоча підхід Рейтера–Ендрюса продемонстрував позитивні результати в цих дослід­жен­нях, випробування ­часто мали безконт­рольний характер. Тому нині залишається не­зрозумілим, які компоненти терапії є ефективними. Крім того, механізм виникнення позитивних результатів невідомий і може стосуватися посилення ­сприйнятливості до ліків у ­деяких пацієнтів.

Доволі обнадійливими також є результати ­пілотного дослідження серед пацієнтів зі скроневою ­епілепсією та депре­сією. Експерти оцінювали групову КПТ для лікування депресії у тих, хто страждає на скроневу епілеп­сію. Зокрема, 23 пацієнтів із вказаним діагнозом і ­великим ­депресивним розладом (згідно з критеріями DSM-IV) розділили на дві групи для отримання 16-­тижневих сеансів КПТ. Основними показниками ­результату були ­ступінь тяжкості депресії (за шкалою депресії Бека) та якість ­життя (за 31-пунктовим опитувальником щодо якості життя за епілепсії  QOLIE-31). Шістнадцять пацієнтів (70 %) завершили щонайменше 80 % сеансів.

Із восьмого тижня застосування КПТ учасники мали знач­ний позитивний вплив на тяжкість депресії, який спостерігався до закінчення лікування. До того ж було досягнуто значного поліпшення якості життя пацієнтів. ­Підтверджено також ефективність використання методів КПТ через мережу інтернет у 27 пацієнтів, які страждали на епілеп­сію. Автори зазначили можливість проведення корекції у територіально віддалених пацієнтів.

Оцінювали порівняльну ефективність терапії сертраліном і КПТ щодо вираженості депресії, якості життя, редукції судом і побічних ефектів лікування у 140 ­дорослих пацієнтів з епілепсією і великим депресивним розладом. Було призначено сертралін або щотижневу КПТ упродовж 16 тижнів в амбулаторних умовах. Основним результатом була ремісія депресії. Вторинні наслідки — показники кількості нападів. Депресію виявляли у більшої частини пацієнтів, які отримували терапію сертраліном або КПТ. За результатами проведеного дослід­жен­ня, ­редукція симптомів депресії поліпшує якість життя, а інгібування зворотного захоплення серотоніну, імовірно, не посилює судоми або суїцидальні тенденції в осіб з ­епілепсією.

В обмеженому дослід­жен­ні застосування КПТ у пацієнтів із тривожністю та депресією при епілепсії встановлено дещо неоднозначні результати. Зокрема, 18 пацієнтів з епілепсією, пройшли 10-тижневий курс групової КПТ (BasicsII). Результати засвідчили зменшення ознак депресії, тривожності, негативних автоматичних думок, поліпшення знань і навичок внаслідок застосування когнітивної тера­пії. Групова терапія загалом була прийнятною для пацієнтів, що підтверджують високі показники відвідува­ності (лише одна особа припинила лікування). Відповідно до даних цього пілотного проєкту, групова КПТ є можливою, допустимою та перспективною лікувальною методикою для пацієнтів з епілепсією та коморбідною депресією із симптомами тривожності [[31](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/6%28117%29/pages-26-32/zastosuvannya-psihoedukaciyi-ta-kognitivno-povedinkovoyi-terapiyi-u-paciientiv-z-epilepsiieyu-#lit-31)].

Серед засобів лікування осіб з епілепсією, які поєднують медикаментозні заходи, дієту, хірургічні ­втручання, нейромодуляцію та психологічні прийоми, останні найконкретніше спрямовані на поліпшення показника ­якості життя, пов’язаної зі здоров’ям (HRQoL). ­Пацієнти з епілепсією, як правило, мають нижчий показник HRQoL, аніж здорові особи чи пацієнти з іншими хронічними захворюваннями. Навіть один епілептичний напад уже асоціюється зі зниженням HRQoL. Також низькі ­показники HRQoL у пацієнтів з епілепсію можуть бути зумовлені побічними ефектами приймання медикаментів, призначенням декількох протиепілептичних препаратів, психологічними та психо­соціальними труднощами (­безробіття, інвалідизація), особливо в разі неможливості досягти ­ремісії нападів.

Психоедукаційні заходи - це пояснення і донесення знань про епілептичні напади, методи ­лікування, коморбідні стани і життєві проблеми. Більшість психо­едукаційних втручань передбачає як аспект освіти, так і на­вчання. Відповідно до національних рекомендацій Шотландської міжуніверситетської мережі з ­розроблення ­настанов (SIGN), Національного ­інститутуздоров’я і клінічної досконалості Великої Британії (NICE), Американського товариства з вивчення епілеп­сії (AES), ­додаткова персоналізована інформація про лікування, ­можливі результати та специфічні ризики має бути ­надана пацієнтам та членам їхніх родин одразу після ­встановлення діагнозу епілепсії. Такі пацієнти можуть зіштовхну­тися з ­труднощами адаптації до власного ­ді­агнозу та пере­живати тривогу, дізнавшись про ­можливі юридичні, психосоціальні та медичні наслідки.

Крім того, за даними досліджень, особи з епілеп­сією та/або ті, хто їх доглядають, часто неправильно розу­міють основну інформацію про вказане захворювання, а саме щодо діагнозу, чинників, які провокують ­напади або ­їхніх причин; потенційні побічні ефекти протиепілептичних засобів; проблеми безпеки та ризики судом. Значна ­дисперсія показників HRQoL пояснюється уявленнями ­пацієнтів про захворювання, проте психо­едукація може змінити ставлення особи до ­хвороби та поліпшити рівень HRQoL. ­

Доцільно також слідкувати за початковим зв’язком ­діагнозу епілепсії з психоосвітою про судоми, лікування та його побічні ефекти, ­коморбідні стани.

Рекомендації щодо психоедукації пацієнтів з епілепсією уміщують такі правила:

1. Кожен пацієнт, який страждає на епілепсію, має ­отримати психоедукацію (або психоосвіту).

2. Оскільки діагноз епілепсії може спричинити страх і шок у деяких осіб та/або членів їхніх сімей, після попереднього його встановлення рекомендовано надати конкретні деталі щодо психоедукації для симптомів, особ­ливостей і потреб окремого пацієнта з епілепсією.

3. Психоедукація може фокусуватися на поглибленні знань про епілептичні напади та методи лікування, потре­бах пацієнта в інформаційній чи психологічній ­підтримці, вивченні коморбідних станів.

4. Можливо проводити психоедукацію як індивіду­ально, так і в групі.

5. Надавати психоедукацію слід пацієнтам, зважаючи на рівень їхнього розвитку, медичну грамотність і по­треби в інформаційній підтримці.

6. Клініцистам рекомендовано обирати психоедукаційні втручання на підставах доказовості та відповідно до потреб вікової категорії (дорослі чи діти, групові чи індивідуальні), оцінюючи результати до та після ­проведення заходів (наприклад, знання), щоб мати змогу контролювати, чи навчаються пацієнти.

7. Клініцистам бажано продовжувати регу­лярно оціню­вати потреби таких паці­єнтів у психоедукації щодо епілеп­сії, її ліку­вання та коморбідних станів протягом ­усього їхнього життя.

Прямі наслідки хвороби (непрогнозовані ­епілептичні напади, тривале медикаментозне лікування, різні обмеження та необхідні заходи безпеки), безсумнівно, ­чинять негативний вплив на повсякденне ­функціонування ­пацієнтів з епілепсією. Однак, за даними досліджень, стерео­типи та дискримінація спричинюють значний дистрес, оскільки пацієнти, які страждають на епілепсію, ­насправді сприймають їх як більший тягар, аніж переживання епілептичних нападів.

Так, у дітей та дорослих осіб молодого віку з ­епілепсією якість життя нижча, навіть коли вони не мають активних епілептичних нападів. Крім того, у них ­значно нижча якість життя загалом і більше психосоціальних проб­лем порівняно не лише з іншими дорослими ­особами моло­дого віку, але і з тими їхніми представниками, які страждають на хронічні захворювання (бронхіальну ­астму чи цук­ровий діабет).

Діти та дорослі молодого віку з епілепсією часто стика­ються з багатьма стресовими ситуаціями:

* страхом виникнення епілептичних нападів;
* почуттям стигматизації;
* проблемами взаємин з однолітками.

Водночас стратегії подолання стресу (стратегії ­копінгу) для цих пацієнтів не такі ефективні порівняно із загальною ­популяцією. Ця проблема стає ще серйознішою, якщо брати до ­уваги самозвіти пацієнтів, у яких стрес є одним із найпошире­ніших чинників, що провокують епілептичні напади. За даними досліджень, ­поліпшення навичок само­обслуговування та вміння ­справлятися з трудно­щами ­можуть сприяти кращій адапта­ції до ­епілепсії, поліп­шенню соціального статусу та розширенню можливостей праце­влаштування. Когнітивно-поведін­ковий підхід був задокументований як ефективний і загально­прийнятний метод вдосконален­ня важливих психо­соціальних навичок у дітей і моло­ді з хронічними захворюван­нями, ­зокрема з епілепсією.

У Хорватії провели дослід­жен­ня, під час ­якого вивчали ефективність коротких курсів стратегії копінгу КПТ для дорослих молодого віку та дітей з ­епілепсією, які прово­дили під час 8-денного перебування в кем­пінгу.

Когнітивно-поведінкове втручання ­розділили на дві психоедукаційні частини:

1) спрямована на підвищення навичок копінгу (під ­керівництвом двох психологів);

2) присвячена симптомам епілепсії (під керівництвом двох невропедіатрів).

Програму було структуровано в інтерактивні, ­навчальні та стимулювальні модулі відповідно. Тренери активно залучали та заохочували учасників висловлювати ­власні ­коментарі чи запитання. Для тренерів підготували ­детальні посіб­ники, щоб забезпечити дотримання запланова­ного дизайну семінарів, а для учасників створили робочі ­зошити. Як додаткову інформацію під час семінарів використовували презентації в PowerPoint.

Усі матеріали розглядали та затверджували зовнішні експерти (клінічні ­психологи). Загалом у дослід­жен­ні взяли участь сімнадцять дітей із діагнозом «епілепсія», шість хлопців та 11 дівчат (середній вік 13,4 року; ­віко­вий діапазон 9-17 років).

Результати дослід­жен­ня підтвердили ефективність короткого втручання КПТ щодо підвищення знань про епілепсію та стрес, а також про різноманітність ­можливого використання стратегій копінгу. Застосування КПТ виявилося ефективним, зважаючи на загальне збільшення частоти використання різних стратегій ­копінгу та страте­гій ­розв’язання проблем; пошуку соціальної підтримки друзів і членів родини, а також когнітивної реструктуризації. Короткі та економічно вигідні когнітивно-­поведінкові психоедукаційні втручання мали позитивні результати, ­відповідно до яких можливо припустити, що вони корисні для лікування дитячої епілепсії.

Окрім того, більшість батьків травматично сприймає досвід пер­шого нападу в дитини, що може ­спричинити тривогу через стан її здоров’я. Як наслідок, у дітей ­виникає страх перед судомами, коли вони спостерігають тривожні батьківські реакції. Власне, когнітивно-­поведінкові психо­едукаційні заходи, спрямовані на зменшення тривоги у дітей, можуть мати вторинну мету — ­побороти страх батьків перед судомами.

На думку R. Schweingruber і K. Stіmpfli, подолання упереджень щодо осіб з епілепсію, відкрите ­обговорення з усіма членами сім’ї таких проблем, як сек­суальні та подружні взаємини, медичні соціальні кон­суль­тації, ­сприяють соціальній інтеграції цих пацієнтів.

Психічні розлади спостерігаються загалом у 30-60 % пацієнтів з епілепсією. Часто саме психосоціальні проб­леми для згаданої категорії осіб виходять на перший план, що є передумовою для ефективного викорис­тання психо­едукаційних освітніх програм.

Застосування психоедукації у пацієнтів, які страждають на епілепсію, сприяє кращому дотриманню режиму приймання ліків і редукції проблем, пов’язаних із медика­ментозними заходами; зростанню рівня знань про епі­лепсію; поліпшенню психосоціальної адаптації та підви­щенню якості життя.

Діапазон можливостей використання психотерапії в комплексному лікуванні епілепсії досить широкий. ­Однак необхідно зауважити, що психотерапевтична корек­ція має застосовуватися адекватно до клінічної ­картини захворювання та з обов’язковим урахуванням особ­ливостей пацієнта.

Когнітивно-поведінкові методи лікування епілепсії мають низку переваг, оскільки вони відносно ­дешеві, не­інвазивні, не мають серйозних побічних реакцій і полегшують стан пацієнтів. Тож, когнітивно-поведінкові втручання можливо розглядати як додаткові ­заходи до стандартних методів терапії, оскільки вони мають низький рівень ризиків.

Дані щодо ­ефективності таких втручань наразі обме­жуються невеликою кількістю суб’єктів, неадекватною ­рандомізацією та конт­ролем, короткою тривалістю до­сліджень, різними методологіями і варіабельністю у ­поданні результатів.

Методи КПТ використовують як самостійно, так і в ком­бінаціях, а також як доповнення до медикамен­тозного лікування у пацієнтів з епілепсією. Сам ме­ханізм потенційного зниження частоти епілептичних ­нападів досі не з’ясовано, але він може бути пов’язаний зі зменшенням актуальності стресу та асоційованих із ним дез­адаптивних реакцій, зменшенням коморбідних ­психічних симптомів, підвищенням самоефективності для поліпшення управління нападами або вивчення поведінки, що змінює основні епілептогенні нейронні ­шляхи.

Когнітивно-поведінкова терапія, підхід «розум-тіло» та багатомодельні навчальні й виховні втручання ­постійно демонструють позитивні результати щодо ­поліпшення ­психічного самопочуття пацієнтів.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ стратегій комплексної реабілітації осіб з епілепсіЄю засобами медико-психологічної допомоги**

**2.1. Процедура дослідження та характеристика обстежених**

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено комплексне обстеження 48 хворих, обох статей, 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) і уточненою локалізацією вогнища, у яких в міжприступному періоді були діагностовані непсихотичні афективні розлади. Термін захворювання на епілепсію не перевищував 10 років.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу.

Основну групу склали пацієнти якої приймали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень.

В контрольну групу увійшли хворі, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-неврологічний за загальноприйнятими клінічними критеріями, клініко-анамнестичний, який включав структуроване інтерв’ю із вивченням спадковості, впливу соціальних та біологічних факторів на розвиток захворювання, психодіагностичний, статистичний.

Психодіагностичний метод застосовувався з використанням опитувальника оцінки якості життя (H. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, у модифікації Н.О. Марути); валідізованого опитувальника для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих (І.Я. Гуровіч, О.Б. Шмуклер, адаптованого для хворих на епілепсію В.Ю. Шестаковим); опитувальника нервово-психічної напруги (Т.А. Немчін); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton), адаптованих до МКХ-10 (Г.П. Пантелеєва), шкали астенічного стану (Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова).

Результати представлені у вигляді середнього значення ± похибка репрезентативності при рівні вірогідності р<0,05.

**2.2. Дослідження особливостей комплексної реабілітації осіб з епілепсією засобами медико-психологічної допомоги**

Як показали результати дослідження, у обстежених хворих серед непсихотичних афективних розладів найбільш розповсюдженими були депресивні розлади (37,4±2,6% обстежених) (рис. 2.1), які включали в себе тужливі, адинамічні, іпохондричні, тривожні та деперсоналізаційні варіанти.

Депресивні розлади включали в себе: тужливі депресії (39,2%) з переважанням тужливого афекту, дратівливістю, гіперестезіею, почуттям тривоги, астенічними проявами.

Адинамічні депресії (28,1%) характеризувалися підвищеною стомлюваністю, млявістю, виснаженням, бездіяльністю, байдужістю.

Тривожні депресії (16,6%), проявлялися у вигляді невмотивованого занепокоєння, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися страхів, тривоги, побоювань. Іпохондричні депресії (15,2%), супроводжувалися іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами.

Депресії з деперсоналізаційними порушеннями (0,9%) виявлялися домінуванням у клінічній картині відчуттів спотвореності сприйняття власного тіла, навколишнього, часу; зазначені переживання, на відміну від істинних пароксизмів деперсоналізації, характеризувалися збереженням свідомості з повним орієнтуванням і носили фрагментарний характер.

**Рис. 2.1. Клінічна структура непсихотичних афективних розладів у хворих на епілепсію**

Афективні реакції відмічались у 26,1±3,1% обстежених хворих та проявлялися яскраво вираженою дратівливістю (69,3%), нестриманістю (53,6%), нетерплячістю (47,8%), на відміну від дисфорій мали безпосередній причинно-наслідковий зв'язок з психогенними моментами і поза зв'язку з психогенїєю не наступали.

У 24,2±4,5% обстежених відмічалися дисфорії, в структурі яких формувалися дратівливість (67,2%), афект злості (79,2%), агресія (37,3%).

У 12,3±2,7% обстежених виявлено обсесивно-фобічні розлади у клінічній картині яких спостерігалися внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися (36,8%), нав'язливі страхи (44,1%), нав'язливі думки (39,2%), нав'язливі рухи і дії (37,5%), тривога (37,2%).

Отримані в ході роботи дані, дозволили систематизувати афективні розлади у хворих на епілепсію за етіопатогенетичним фактором: психогенні - (34,2±2,5% обстежених), сполучені (30,7±2,6%), медикаментозні - викликані впливом антиепілептичних препаратів (21,4±3,7%) та нозогенні, що спровоковані самим захворюванням (11,3±2,5%) (рис. 2.2).

**Рис. 2.2. Етіологічна структура непсихотичних афективних розладів у хворих на епілепсію**

Психогенні афективні розлади виникали внаслідок переживання обмежень, які накладає на хворого захворювання на епілепсію (57,8%), внаслідок соціальної стигматизації хворих на епілепсію (49,7%), як реакція на наявність захворювання на епілепсію (43,1%).

У клінічній картині психогенних розладів найбільш часто спостерігалися пригніченість настрою (24,6%), тривожні прояви (21,2%), бурхливі реакції на незначні емоційні події (47,3%), почуття внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися (28,5%), страхи та побоювання (24,3%), нав'язливі думки (18,3%).

Сполучені розлади виникали внаслідок поєднаного впливу екзогенних та ендогенних факторів і проявлялися у вигляді тривожно-депресивних розладів (61,3%), афективних реакцій (39,5%), дисфорій (25,3%).

Медикаментозні афективні розлади виникали як наслідок впливу антиконвульсантів: в результаті передозування (54,6%), внаслідок специфічного побічного ефекту діючої речовини (45,4%).

Як показали результати дослідження, при прийомі барбітуратів (22,3%), дифеніна (11,4%) і вігабатрина (7,3%) виникали тривожно-депресивні стани; при прийомі сукцинамідів (56,1%) – афективні реакції, фобічні розлади, дисфорії; бензодіазепінів (33,2%) – підвищена астенічні прояві, загальмованість психічних функцій.

Нозогенні розлади були обумовлені самим епілептичним процесом і проявлялися у вигляді депресій з тужливо-злобним афектом (61,3%), афектом туги і тривоги (51,8%), різноманітними страхами та побоюваннями (44,3±2,3%), внутрішнім напруженням з неможливістю розслабитися (40,1±2,9%), інтенсивність виразності цих розладів залежала від клініки самої епілепсії (її тяжкості, тривалості, частоти нападів, терапевтичної резистентності).

 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 припадків (86,7% обстежених хворих та 83,2% їх родичів); необхідну допомогу хворому з епілептичним припадком (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).

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

Псіхоосвітні 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 псіхооосвіти складався з 10 - 12 занять, тривалістю 45 хвилин з частотою 1 - 2 рази на тиждень.

Псіхоосвітні 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 пошукати 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.

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. 2.1).

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 астенічного стану виявлена перевага слабкої і помірної астенії у всіх хворих.

За шкалою нервово-психічної напруги – переважала помірна і надмірна напруга (р<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%; самореалізація – 7,9%; міжособистісна взаємодія – 8,3%; психологічне, емоційне благополуччя – 7,2%; загальне сприйняття якості життя – 11,6%.

*Таблиця 2.1*

**Програми психоосвітніх заходів щодо хворих на епілепсію та їх сімей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Завдання етапу** **медико-психологічної допомоги** | **Виконавці** | **Необхідні психоосвітнї дії** |
| **первиннА медико-психологічна допомогА** |
| Проведення необхідних діагностичних заходів при першому зверненні пацієнта з судомним нападом. | Сімейний лікарПсихологФізичний реабілітолог | Надання інформації щодо можливих причин судомного нападу та алгоритму діагностичних заходівВстановлення 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. |
| **вториннА медико-психологічна допомогА** |
| Проведення необхідних діагностичних заходів для встановлення діагнозу епілепсія. | НеврологПсихіатрПсихологФізичний реабілітолог | 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 | НеврологПсихіатрМедичний психологФізичний реабілітолог | Надання інформації про єтіопатогенез 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 | НеврологПсихіатрПсихотерапевтМедичний психологПсихологФізичний реабілітолог | 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 медико-психологічна допомогА** |
| Уточнення діагнозу та корекція схеми лікування | НеврологПсихіатрПсихотерапевтМедичний психологПсихологФізичний реабілітолог | Корекція завдань психоосвітньої роботи закладами, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, відповідно до результатів консультації або обстеження та рекомендованої терапевтичної тактикиПокращення якості життя та соціального функціонування хворого.  |
| Подолання фармако-резистентності. Нейрохірургічне лікування | НеврологНейрохірургМедичний психологПсихологФізичний реабілітолог | Формування у хворих та членів їх родин адекватного уявлення про необхідність застосування полі терапії.Медико-психологічний супровід хворого при проведенні нейрохірургічного лікування. |

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 и 10,5% контрольної груп - помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона.

У 25,7% обстежених основної и 45,4% обстежених контрольної групи виявлено легкій, а 11,3% та 35,3% відповідно - помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона.

За шкалою астенічного 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. 2.3).

**Рис. 2.3. Динаміка рівня якості життя у хворих на епілепсію під впливом психоосвіти**

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

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.

**2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів дослідження і їх узагальнення**

 У дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі розробки психоосвітніх заходів в комплексній реабілітації хворих на епілепсію з афективними розладами на основі вивчення їх клініко-психопатологічних особливостей, закономірностей психосоціального функціонування та якості життя.

 Виділені наступні клінічні варіанти непсихотичних афективних розладів у хворих на епілепсію: депресивні розлади (37,4±2,6% обстежених), афективні реакції (26,1±3,1%), дисфорії (24,2±4,5%%) і обсесивно-фобічні розлади (12,3±2,7% ).

 У хворих на епілепсію в залежності від етіопатогенетичного фактора виділені: психогенні (34,2±2,5% обстежених), сполучені (30,7±2,6%), медикаментозні (21,4±3,7%) і нозогенні (11,3±2,5%) афективні розлади.

 Для пацієнтів, хворих на епілепсію та їх родичів, найбільш важливою є достовірна інформація про причини виникнення епілептичних припадків (86,7% обстежених хворих та 83,2% їх родичів); необхідну допомогу хворому з епілептичним припадком (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).

 Науково обґрунтовані та розроблені психоосвітні заходи у комплексному лікуванні хворих на епілепсію.

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

 Оптимізацію програми психосоціальної реабілітації хворих на епілепсію доцільно проводити шляхом імплементації інтегративної моделі психоосвітньої роботи, яка включає в себе використання різноманітних інформаційних модулів, викладання (міні-лекції), консультування, комунікативних тренінгів, проблемно орієнтованих дискусій, тренінгів поліпшення сімейних комунікацій.

 Встановлена висока результативність психоосвіти в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції афективної симптоматики, підвищення якості життя у хворих на епілепсію.

 Доведена доцільність впровадження системи заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію, що включає диференційовані психоосвітні програми. 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%).

Для покращення якості реабілітації хворих на епілепсію рекомендовано проведення програми комплексної реабілітації осіб з епілепсією засобами медико-психологічної допомоги.

Програма комплексної реабілітації осіб з епілепсією засобами медико-психологічної допомоги повинна передбачати поетапне введення психокорекційних методик у залежності від індивідуальних особливостей хворих та етапу лікувально-діагностичного процесу.

При цьому задачі змістовної частини повинні включати принцип взаємного потенціювання, змістовна частина психокорекційного процесу повинна бути строго аргументована об'єктивними фактами та відповідати реальному поетапному втіленню в життя.

 Програма комплексної реабілітації осіб з епілепсією засобами медико-психологічної допомоги повинна включати викладання (мінілекції), емоціональну підтримку, стимуляцію, поради, роз’яснення, уточнення, об’єктивацію, інтерпретацію.