

УДК 616.853-05:159

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ИХ РОЛЬ В ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. Ю. Кривцова*,

В. А. Жаднов, доктор медицинских наук,

Н. В. Яковлева, кандидат психологических наук

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Минздрава России, 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

РЕЗЮМЕ С целью исследования факторов, влияющих на мотивацию к лечению, проведено психометрическое тестирование (опросники УСК, BDI и STAI) 60 больных эпилепсией. Выявлено, что мотивация к лечению значительно влияет на эффективность терапии эпилепсии. Низкая интернальность в области здоровья «погружает» человека в заболевание и способствует формированию рентной установки. Больные эпилепсией с наличием группы инвалидности и отсутствием ремиссии имеют низкий показатель интернальности здоровья, что уменьшает эффективность терапии заболевания.

Ключевые слова: эпилепсия, мотивация, интернальность, комплаентность.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: krivcova-aleksandra@mail.ru

В настоящее время одним из нередких неблагоприятных эффектов фармакотерапии эпилепсии является парадоксальное ухудшение её течения. Речь идёт об учащении или утяжелении уже имеющихся приступов, присоединении новых их типов, появлении или усугублении эпилептической энцефалопатии [4, 5, 6, 9, 13, 14]. Причем такие изменения описаны при использовании самых разных противозепилептических препаратов [4, 5, 8, 9, 10, 11, 14]. В клинической практике врач часто считает такое явление спонтанным утяжелением заболевания и либо увеличивает дозу препарата, либо прибегает к политерапии [4, 13]. Если говорить о фармакоэкономическом аспекте, то в 2000 г. расходы на лечение эпилепсии составили около 0,5% всех затрат на здравоохранение в мире [3, 12].

Нужно учитывать, что адекватная противозепилептическая терапия позволяет добиться ремиссии заболевания у 50–70% пациентов, а у 60% больных с впервые диагностированной эпилепсией возможно полное прекращение приступов [2, 7].

В настоящее время ведется бурная научная дискуссия о том, сколько попыток применения одного противозепилептического препарата должно быть предпринято, прежде чем перевести пациента на политерапию, а также о том, один или несколько противозепилептических препаратов (и в скольких комбинациях) должны показать свою неэффективность, прежде чем заболевание можно будет расценивать как «медикаментозно-рефрактерное» и будет необходима операция [1, 4, 5, 7, 10, 13, 14].

Считается, что невозможность достижения ремиссии обусловлена двумя группами причин или их сочетанием:

- непреодолимыми причинами (истинная фармакорезистентность, грубый структурный дефект головного мозга, злокачественное течение эпилепсии и наличие необратимых психических отклонений, умственной отсталости, олигофрении и др.),
- преодолимые (неправильная диагностика эпилепсии, неправильный выбор препарата или

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES IN PATIENTS WITH EPILEPSY AND THEIR ROLE IN THE TREATMENT FOR THE DISEASE

Krivtsova A. Yu., Zhadnov V. A., Yakovleva N. V.

ABSTRACT 60 patients with epilepsy were psychometrically tested by UCK, BDI and STAI questionnaires in order to investigate the factors which influenced the motivation for treatment. It was revealed that the motivation for treatment significantly influenced the efficacy of epilepsy treatment. Low internality in the field of health "immersed" the patient into his disease and was conducive to the rent purpose forming. Patients with epilepsy, invalidism and remission absence had low index of health internality and it decreased the efficacy of the treatment for the disease.

Key words: epilepsy, motivation, internality, compliance.

неправильная его дозировка, нерациональная политерапия, плохая информированность пациента о возможностях эпилептологии, низкая комплаентность и желание больного скрыть свой диагноз) [1].

Однако существует ситуация, когда пациент даёт ложную информацию об учащении припадков и утяжелении своего заболевания (агравация) [11, 13, 14], а иногда намеренно пропускает приём лекарств или вообще не принимает их. Это говорит об отсутствии у него мотивации к выздоровлению, о рентной установке [13, 14], при этом комплаентность очень низка и, несмотря на старания врача, результат лечения при любой тактике будет неудовлетворительным (без динамики или даже с отрицательной динамикой).

Целью нашего исследования стало изучение специфических влияющих на комплаентность личностных особенностей больных эпилепсией и оценить их значимость в терапии заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основную группу вошли 60 пациентов с эпилепсией (средний возраст – $35,2 \pm 1,9$ года), в группу контроля – 20 здоровых и условно-здоровых (с вегетососудистой дистонией и остеохондрозом) человек (средний возраст – $37,0 \pm 2,3$ года). Средняя длительность эпилепсии составила $10,6 \pm 1,5$ года. Больные были разделены на подгруппы по двум критериям:

- 1) 24 пациента с ремиссией (средняя ее длительность – $4,26 \pm 0,6$ года) и 36 человек без таковой,
- 2) 35 человек, имеющих группу инвалидности, и 25 больных без таковой.

Выполнялось психодиагностическое тестирование, включающее опросник УСК (оценка уровня общего субъективного контроля (Ио), интернальности в области здоровья (Из) и межличностных отношений (Им)), опросник BDI (оценка выраженности депрессии) и опросник Тейлора STAI (определение ситуационной и личностной тревожности), а также проводилось открытое анкетирование пациентов (определение возраста, длительности заболевания, характера приступов, наличие ремиссии и инвалидности и их длительность).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительной оценке психолого-диагностических параметров больных эпилепсией и здоровых лиц установлены статистически значимые различия уровня общего субъективного контроля ($3,61 \pm 0,238$ и $4,5 \pm 0,137$ соответственно, $p = 0,005$), уровня интернальности в области здо-

ровья ($3,84 \pm 0,261$ и $4,5 \pm 0,112$, $p = 0,02$) и выраженности депрессии ($11,92 \pm 1,17$ и $2,5 \pm 0,812$, $p = 0,001$).

Сравнение показателей подгрупп больных, выделенных в зависимости от наличия ремиссии, показало, что только два показателя из исследуемых различаются статистически значимо. Уровень интернальности в области здоровья был больше у больных с ремиссией, чем у лиц без таковой, и составил соответственно $5,11 \pm 0,376$ и $3,09 \pm 0,282$ ($p = 0,001$). Личностная тревожность, напротив, у пациентов с ремиссией была ниже, чем у больных без таковой – $43,11 \pm 1,459$ и $48 \pm 1,96$ соответственно ($p < 0,05$). Осознание эпилепсии как комплексного стрессогенного фактора, значительно изменяющего качество жизни, приводит к снижению уровня контроля над жизнью и ответственности за здоровье.

В подгруппах больных, имеющих и не имеющих инвалидность, наблюдались статистически достоверные различия четырех показателей. Уровень общего субъективного контроля ($2,0 \pm 0,314$ и $3,0 \pm 0,320$, $p = 0,02$) и интернальности в области здоровья ($1,5 \pm 0,275$ и $3,0 \pm 0,297$, $p = 0,005$) был ниже у больных с инвалидностью, чем у лиц без таковой. Выраженность депрессии у первых в 3 раза выше, чем у вторых – $20,0 \pm 2,230$ и $7,0 \pm 1,299$ ($p < 0,05$). Ситуационная тревожность снижена у больных с группой инвалидности ($49,0 \pm 1,914$) по сравнению с таковой у лиц без инвалидности ($57,0 \pm 1,727$, $p = 0,002$). Полученные данные свидетельствуют о том, что больные эпилепсией, не имеющие группы инвалидности, более склонны к самостоятельному контролю жизненно важных событий, в том числе в области здоровья, что повышает комплаентность и, как результат, эффективность терапии.

При проведении корреляционного анализа установлены статистически значимые связи показателей с особенностями заболевания: уровень интернальности в области здоровья положительно коррелирует с наличием ремиссии ($r = 0,475$), уровнем личностной тревожности ($r = 0,221$) и отрицательно – с наличием инвалидности ($r = 0,599$); выраженность депрессии положительно коррелирует с наличием инвалидности ($r = 0,249$) и отрицательно – с уровнем общего субъективного контроля ($r = 0,299$); выявлена положительная корреляция личностной тревожности с длительностью заболевания ($r = 0,391$), наличием инвалидности ($r = 0,286$) и отрицательная связь – с уровнем общего субъективного контроля ($r = 0,421$).

Больные эпилепсией и здоровые по общему уровню субъективного контроля являются экстерналами. Такие люди не видят связи между своими

действиями и значимыми событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство событий является результатом случая или действий других людей. Экстернал убежден, что причины его неудач – невезение, случайность, отрицательное влияние других людей.

Чем ниже общая интернальность, тем выше показатель депрессии и личностной тревожности, которая в свою очередь зависит от длительности заболевания и возрастает с увеличением последней. Наличие у больного группы инвалидности и отсутствие ремиссии уменьшает уровень общей интернальности.

Интернальность здоровья у больных эпилепсией значительно снижена по сравнению со здоровыми, причем чем дольше ремиссия, тем выше данный показатель. Уровень интернальности здоровья больных, имеющих группу инвалидности, крайне низкий – в 2 раза ниже, чем у больных, которые не имеют таковой, и в 2,5 раза ниже, чем у здоровых. Такие пациенты не стремятся к выздоровлению и могут игнорировать предписания и советы врача.

Уровень депрессии у больных значительно превышает этот показатель у здоровых, причем у пациентов с группой инвалидности он в 3 раза выше, чем у лиц без таковой, и в 10 раз выше,

чем у здоровых. Это связано с тем, что пациент с эпилепсией не в состоянии контролировать свою жизнь, приступы приобретают характер непрогнозируемого фактора, спонтанно нарушающего его «здоровую» жизнь.

ВЫВОДЫ

Интернальность как системная личностная характеристика существенно влияет на мотивацию к лечению. При выраженной интернальности человек считает себя ответственным за свое состояние и настроен на его изменение собственными силами. При выраженной экстернальности человек снимает с себя эту ответственность и возлагает ее на других лиц, в первую очередь на врача, что значительно снижает комплаентность.

Больные эпилепсией имеют психологические особенности: низкие общую интернальность и интернальность в области здоровья, а также повышенный уровень депрессии, которые «погружают» человека в заболевание и могут способствовать формированию рентной установки. Эти специфические личностные особенности, снижая комплаентность и общую эффективность терапии, являются мишенями для психологической коррекции, которая должна стать важной составляющей лечения пациентов с эпилепсией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян, А. Г. Неэффективность противосудорожной терапии. Основные причины и возможные пути ее преодоления / А. Г. Авакян, М. Г. Аксенова, О. Л. Бадалян // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 2. – С. 40–42.
2. Броди, М. Течение и рациональная терапия эпилепсии / М. Броди // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 10. – С. 62–64.
3. Гехт, А. Б. Эпидемиология и фармакоэкономические аспекты эпилепсии / А. Б. Гехт // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 8. – С. 63–64.
4. Зенков, Л. Р. Утяжеление течения эпилепсии, связанное с противосудорожной фармакотерапией / Л. Р. Зенков // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 10. – С. 52–53.
5. Зенков, Л. Р. Фармакорезистентные эпилепсии / Л. Р. Зенков, А. Г. Притыко. – М.: Медпресс, 2003. – С. 25–29.
6. Зенков, Л. Р. Утяжеление течения эпилепсии под влиянием противосудорожной фармакотерапии / Л. Р. Зенков, Е. Л. Усачева // 5-я Восточно-Европейская конференция «Эпилепсия и клиническая нейрофизиология»: матер. – Ялта; Гурзуф, 2003. – С. 177–179.
7. Перукка, Э. Усугубление приступов на фоне приема противосудорожных препаратов / Э. Перукка // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 9. – С. 61–63.
8. Amerio, R. Efficacy and tolerability of topiramate in 363 drug-resistant epilepsy patients / R. Amerio, A. Tonon, P. Benetello // *Epilepsia*. – 2002. – Vol. 43, Suppl. 8. – P. 119.
9. Benna, P. Modification of seizure semiology during add-on therapy in partial epilepsy / P. Benna, E. Montalenti, A. Rovera // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41, Suppl. 7. – P. 124.
10. Boero, G. A prospective open-label study of efficacy and tolerability of topiramate as add-on treatment in patients with refractory focal epilepsy / G. Boero, N. Specchio, G. de Agazio // *Epilepsia*. – 2002. – Vol. 43, Suppl. 8. – P. 120.
11. Elger, C. E. Aggravation of focal epileptic seizures by antiepileptic drugs / C. E. Elger, J. Bauer, J. Sherrman // *Epilepsia*. – 1998. – Vol. 39, Suppl. 3. – P. 15–18.
12. Leonardi, M. The global burden of epilepsy / M. Leonardi, T. B. Ustun // *Epilepsia*. – 2002. – Vol. 43, Suppl. 6. – P. 21–25.
13. Perucca, E. Pharmacoresistance in epilepsy: how should it be defined? / E. Perucca // *CNS drugs*. – 1998. – Vol. 10. – P. 171–179.
14. Regesta, G. Clinical aspects and biological bases of drug-resistant epilepsies / G. Regesta, P. Tanganelli // *Epilepsia*. – 1999. – Vol. 34, Suppl. 4. – P. 109–122.