

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853-055.1-055.2:316.812.1:364.642:616.8-085.851

Для цитирования: Казенных Т.В., Бохан Н.А. Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102)

Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода

Казенных Т.В.¹, Бохан Н.А.^{1,2}

¹ НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Изучение внутрисемейных взаимоотношений больных эпилепсией представляют интерес в силу высокой распространённости данного заболевания. Оптимизация микроклимата в семье, ценностных ориентаций и психиатрической грамотности родственников в отношении заболевания имеет большое значение для повышения уровня социальной адаптации больных эпилепсией. **Цель:** изучение актуального гомеостаза семей больных эпилепсией с последующей разработкой психотерапевтических стратегий коррекции отношений. **Материал и методы.** База проведения и период исследования: Междисциплинарный центр профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) Томского НИМЦ, 2001–2019 гг. Отбор в исследовательскую выборку проводили безвыборочным методом. Группа пациентов (n=1969) включала 971 мужчину и 998 женщин с разными формами эпилепсии, длительностью заболевания от 0 до 19 лет, различной выраженностью психических расстройств и без таковых. Группа членов семей (родственников) пациентов (n=1141) состояла из 675 женщин и 466 мужчин. Оценка внутрисемейных отношений во время посещения МЦППС проводилась по результатам беседы с пациентом и его родственниками и данным анкетирования с помощью разработанного нами опросника (метод полуструктурированного интервью, включая отношение к пациенту и системе медицинской помощи со стороны родных, влияние заболевания на отношение самого больного к ближайшим родственникам), и по результатам личностного опросника FACES-3. **Результаты и обсуждение.** 71,4% больных эпилепсией продемонстрировали высокую психиатрическую грамотность. Основным причинным фактором болезни они считают травмы головы и тяжелые инфекции (40%), отягощенную наследственность (20%), алкоголизм (6,7%). 88,9% связывают с болезнью финансовые затруднения и конфликтные отношения в семье. 82,6% согласны находиться под наблюдением невропатолога или эпилептолога, но не психиатра. 10% пациентов-мужчин связывали с приемом противосудорожных средств снижение сексуального влечения и активности. 40% мужчин считали себя лидерами семьи, но родственники отрицали их главную роль. Родственники пациентов не состояли на психиатрическом учете по поводу психических и поведенческих расстройств, в единичных случаях встречались заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем. Сплоченность и адаптацию (актуальный гомеостаз) семьи оценивали по FACES-3: выявлены гармоничные (40%) и негативные (10%) взаимоотношения, высокая сплоченность (50%). 35% семей быстро адаптировались в новых условиях, 13,5% семей в силу рассогласованности и ригидности характеризовались чрезмерной социальной гибкостью, 10% семей обладали низким адаптационным потенциалом. Обнаружены типы семей: среднесбалансированные (50%), сбалансированные (40%), дисгармоничные (10%). Выявлена степень субъективной удовлетворенности семейной жизнью: 43,3% – высокая и средняя, 56,7% – низкая. В практику МЦППС внедрены разработанные нами программы коррекции отношений в разных моделях семьи (больной – ребенок, больной – супруг/супруга, больной – родитель). Применение психотерапевтических программ в комплексной модели персонализированной терапии больных эпилепсией позволило повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы до 84,3%.

Ключевые слова: эпилепсия, семейные взаимоотношения, продуктивное сотрудничество, психологическое тестирование, психотерапевтическая коррекция.

ВВЕДЕНИЕ

Достижение многогранности взаимопонимания с больным эпилепсией позволяет уточнить тип течения и форму заболевания, структуру приступов. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия способствуют смягчению негативной аффективной напряженности и снижению судорожной готовности пациентов. Психотерапевтическое конструктивное общение психотерапевта и пациента в амбулаторных условиях эффективно в виде практического инструктажа. Доверительная беседа незаменима в ситуации психотерапевтического взаимодействия, придавая черты «исповедальности». Отвечая потребностям больного в сочувствии, диалог заряжает пациента оптимизмом, а уверенные формулировки терапевта повышают его настрой на сотрудничество. Т.е. психотерапия позволяет дифференцированно, гибко и «экономно» проводить долгосрочное планирование медикаментозной терапии и реабилитации [1].

В группе больных эпилепсией с использованием клинико-психопатологического метода выявлено снижение самооценки в связи с диагнозом, необходимостью длительно/пожизненно принимать противоэпилептические препараты и постоянно находиться под медицинским наблюдением, склонность воспринимать перспективные вопросы будущего в семейном и трудовом аспектах как ограниченные и реагировать на это постоянной тревогой. С этим связана их нуждаемость в психологической поддержке с использованием дестигматизационной психотерапевтической программы, основанной на паритетном активном партнерстве «врач – пациент» на всех лечебно-реабилитационных этапах коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии. Использование шкалы реактивной и личностной тревожности предоставляет возможность осуществить мониторинг состояния пациентов с эпилепсией в процессе лечебных мероприятий, оценить влияние комплексной противоэпилептической терапии и её психотерапевтической составляющей [2].

В силу высокой распространенности эпилепсии в российской популяции значительная часть исследований посвящена изучению особенностей семей, воспитывающих детей, страдающих эпилепсией. Большое внимание авторы уделяют анализу отношения родителей к болезни ребенка, особенностям реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида (вид материнского отношения к больному ребенку, материнская депривация и фрустрированность ребенка, оценка родительского эмоционального восприятия ребенка по мере взросления, регуляция детско-

родительских отношений и пр.) [3, 4]. Однако публикуется незначительное число исследований, освещающих характер взаимоотношений в семьях больных эпилепсией более старшего возраста. Хотя практические результаты таких работ представляют очевидный интерес, поскольку изучение микроклимата в семейной системе, потребностей, ценностных ориентаций и интересов её членов, направлений личностного роста имеет большое значение для повышения уровня социальной адаптации больных эпилепсией [5].

С позиции биопсихосоциальной модели адаптации к детской эпилепсии показано, что вмешательства по формированию навыков преодоления трудностей могут быть эффективны не только в снижении психосоциальной дезадаптации, связанной с детской эпилепсией, но и способствуют снижению частоты приступов. Такой результат имеет первостепенное значение в реализации оптимальной противоэпилептической терапии [6].

Успехи фармакотерапии позволили улучшить контроль над приступами и качество жизни людям с эпилепсией (PWE). Но по-прежнему сохраняются трудности из-за отсутствия качественного образования и интеллектуального функционирования, слабой социальной и семейной поддержки, недостаточного лечения сопутствующих психических заболеваний, социальных ограничений, проблем с трудоустройством. Низкий социально-экономический статус препятствует полноценной интеграции PWE в социуме, сохраняющиеся предрассудки в некоторых расовых группах отражают тот факт, что общественная стигма в отношении PWE сохранилась в общественном сознании. Необходимы реформы в сфере психиатрии и психотерапии, чтобы помочь PWE жить продуктивной жизнью [7].

Эмоциональное воздействие состояния больного эпилепсией на членов семьи изучено недостаточно. Большинство исследований по этой теме ограничены детской эпилепсией, хотя не меньший интерес представляет изучение влияния эпилепсии у взрослых на психологическое и социальное благополучие отдельных членов семьи (психологическое и физическое благополучие, удовлетворенность социальными обстоятельствами и воспринимаемый уровень поддержки в семьях взрослых пациентов с трудноизлечимой эпилепсией). Адекватное медицинское обслуживание и позитивная система поддержки семьи, включая психотерапевтическое сопровождение, – приоритетная predisпозиция в оказании помощи страдающим эпилепсией [8].

Оценка эффективности лечения эпилепсии психолого-психотерапевтическими методами в снижении частоты приступов и/или улучшении качества жизни проведена по результатам рандо-

мизированных исследований. Не обнаружено значительного влияния релаксационной терапии на частоту приступов. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) эффективна при эпилепсии с депрессивным аффектом. Групповая КПТ расценивается двояко: одни авторы отрицают её влияние на частоту припадков, другие – описывают значимое снижение частоты и индекса припадков. Сообщается о снижении частоты и длительности припадков, улучшении когнитивного и моторного функционирования в исследовании биологической обратной связи с кожно-гальванической реакцией. Отмечается результативность сочетания релаксации и модификации поведения при тревоге и адаптации. Психообразовательные тренинги полезны для улучшения социальных навыков, знаний, понимания и преодоления эпилепсии в виде устойчивой ремиссии, соблюдения режима антиэпилептической терапии [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение актуального гомеостаза семей больных эпилепсией с разработкой психотерапевтических стратегий коррекции отношений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

База проведения и период исследования: Междисциплинарный центр профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) Томского НИМЦ, 2001–2019 гг. Отбор в исследовательскую выборку осуществляли безвыборочным методом. В группу пациентов (n=1969) были включены 971 мужчина и 998 женщин с разными формами эпилепсии, длительностью заболевания от 0 до 19 лет, различной выраженностью психических расстройств и без таковых. Группа членов семей (родственников) пациентов (n=1141) состояла из 675 женщин (289 жен, 366 матерей, 8 сестер, 12 дочерей) и 466 мужчин (278 мужей, 169 отцов, 4 брата, 15 сыновей).

Уровень образования среди родственников пациентов оказался достаточно высоким – около половины из них (n=539; 47,2%) имели законченное высшее образование, 12 продолжали обучение в вузах (1,0%), большинство родственников получили среднее или среднеспециальное образование (n=602; 51,8%).

Для выяснения характера внутрисемейных отношений во время посещения МЦППС проводилась беседа с самим пациентом и его родственниками. Все участники исследования прошли процедуру анкетирования с использованием разработанного нами опросника (метод полуструктурированного интервью) и опросника Олсона по оценке семейной сплоченности, адаптации и коммуникации (FAES-3). Оценка внутрисемейных отношений прежде всего интересовала с психиатрической (наличие психопатологической симптоматики) точки зрения. Собственная мето-

дика полуструктурированного интервью с больными эпилепсией и их родственниками позволяла объективно оценить отношение к пациенту и системе медицинской помощи со стороны родных, влияние заболевания на отношение самого больного к ближайшим родственникам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные эпилепсией продемонстрировали высокую психиатрическую грамотность: большинство из них (n=1 406; 71,4%) верно называют основные симптомы эпилепсии, более половины (n=1 184; 60,1%) относят разные виды приступов к клиническим проявлениям заболевания, правильно называют принимаемые ими противоэпилептические препараты. Отрицательное воздействие травм головы или тяжелых инфекций (40,0%), отягощенной наследственности (20,0%), алкоголизма (6,7%) считают причиной болезни. Одинаковое число респондентов (16,7% и 16,6%) либо затруднились ответить, либо дали не соответствующие медицинской концепции ответы.

Оценка сексуальности в обследуемой выборке больных и их родственников проводилась в соответствии с предположением о взаимосвязи между половыми отношениями партнеров и психоэмоциональной сбалансированностью семьи. Больные откровенно отвечали на вопросы о сексуальной активности, только 10% пациентов-мужчин из числа опрошенных сообщили о снижении сексуального влечения и активности, дисгармонию в сексуальной сфере они непосредственно связывали с приемом противоэпилептических средств. По материалам опроса родственников (жен больных) отсутствовали сведения о том, что сниженная сексуальная активность мужа ведет к напряжению, семейному кризису или распаду супружеских отношений.

Выявлена дихотомия мнений по вопросу о лидерстве в кругу семьи: 40,0% опрошенных уверенно и стенично называют лидерами себя (все мужчины), в то время как родственники не признавали их главенство в семье.

Большинство (n=1 752; 88,9%) пациентов связывают серьезные финансовые затруднения с болезнью. Более половины (n=621; 57,8%) имеющих собственные семьи пациентов считают, что прогрессирующая болезнь ведет к распаду семьи.

Большая часть (n=1 627; 82,6%) респондентов полагают, что должны находиться под наблюдением у невропатолога или эпилептолога, 200 (10,2%) – у участкового врача поликлиники, 64 (3,3%) – у психотерапевта. Лишь незначительная доля (n=78; 3,9%) участников исследования согласна по собственному запросу получать профессиональную помощь психиатров, но высказываются против постановки на учет и диспансерного наблюдения у психиатра.

Большинство респондентов положительно высказывались об организации и функционировании городской психиатрической службы, качестве оказания специализированной помощи. Наиболее актуальной проблемой участники опроса считали временное вынужденное прекращение медикаментозной терапии из-за высокой стоимости АЭС, а также ссылались на «невозможность попасть в стационар». Значительное «душевное облегчение» все пациенты отмечали в связи с возможностью обращения и наблюдения в МЦППС.

Среди родственников пациентов не выявлено состоящих на диспансерном психиатрическом наблюдении, по данным психометрического обследования у членов семей не обнаружено выраженных расстройств личности, но методами клинико-психологической диагностики определены характерологические личностные акцентуации. Вместе с тем у 28 родственников (мужья или отцы больных) имелись заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем.

Согласно результатам анкетирования, 93,3% родственников больных эпилепсией владеют достаточным уровнем информации о течении болезни и клиническом диагнозе. 96,7% корректно оценивают симптоматику во время эпилептических приступов, знают наименования и правила приема (дозировку, время приема) терапевтических средств. В то же время 100% не понимают логической связи между поведением больного в межприступный период и проявлениями болезни; развитие эпилепсии, как правило, связывают со стереотипными факторами риска (травматический, инфекционный, генетический, злоупотребление алкоголем или табакокурением, психоэмоциональный стресс). 13,3% родственников сообщили, что неуравновешенность, вспыльчивость и стремление больных эпилепсией доминировать в ближайшем окружении не только порождают психоэмоциональную напряженность в межличностной коммуникации, но и служат главным источником конфликтов и экстремально-стрессовых ситуаций в семье. С одной стороны, родственники больных эпилепсией официально демонстрировали благожелательное отношение к психиатрической службе, с другой – прилагали максимум усилий, чтобы скрыть от окружающих факт заболевания члена семьи. На предложение о терапевтическом сотрудничестве, партнерстве и доверительном взаимодействии с другими родственниками в рамках скоординированных сообществ или групп помощи и поддержки практически все ответили отказом.

Для изучения актуального гомеостаза семьи нами использовался опросник FACES-3 [10], позволяющий оценить уровень семейной сплоченности и адаптации.

В соответствии с полученными оценочными показателями 40% пациентов удовлетворены гармоничными и теплыми эмоциональными взаимоотношениями в семье, отмечают общую эмоциональную близость и в то же время необходимую автономно каждому члену семейной системы. О негативной атмосфере в семье сообщили 10% больных (максимальная удаленность друг от друга, незаинтересованность проблемами других членов семьи, полная сконцентрированность и погруженность в свое личное пространство). 50% пациентов оценивали собственные семьи как сплоченные и дружные, где не ограничивают самостоятельность, а при необходимости можно получить поддержку, где поощряются взаимная ответственность, альтруизм, доброта и заботливость.

35% пациентов считали свои семьи способными к адаптации в новых условиях, к совместному преодолению стрессовых ситуаций; сформированная в структуре семьи психосоциальная гибкость позволяла позитивно перестроить взаимоотношения в соответствии с социальным запросом или онтогенетическим развитием семейного функционирования. 13,5% семей характеризовались чрезмерной социальной гибкостью (расгласованность в соблюдении социальных норм и правил, бесосновательная смена лидера, несогласие с семейными традициями и ценностями, неподчинение и протестное поведение). Низкие адаптационные возможности наблюдались в 10% семей, что свидетельствует об авторитарной модели взаимоотношений, ригидных установках, низкой способности отказаться от прежних планов, убеждений, взглядов с учетом изменившихся обстоятельств.

В соответствии с моделью D. Olson, включающей ключевые параметры (сплоченность, иерархия, гибкость) структуры семейных взаимоотношений, семейные системы были квалифицированы по типам на основе объективных измерений и оценки результатов заданий теста. Сбалансированными (согласованными) считались семьи с нормативными значениями уровня сформированности сплоченности и адаптационных возможностей. К дисгармоничным были отнесены семьи с полярными характеристиками (крайние значения). Промежуточное положение занимали среднесбалансированные семьи, в отношении которых зафиксированы отклонения от средненормативных показателей по одной из характеристик теста.

На рисунке 1 представлены итоги ранжирования структуры семей по типам согласно полученным данным субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности больных эпилепсией семейным функционированием.

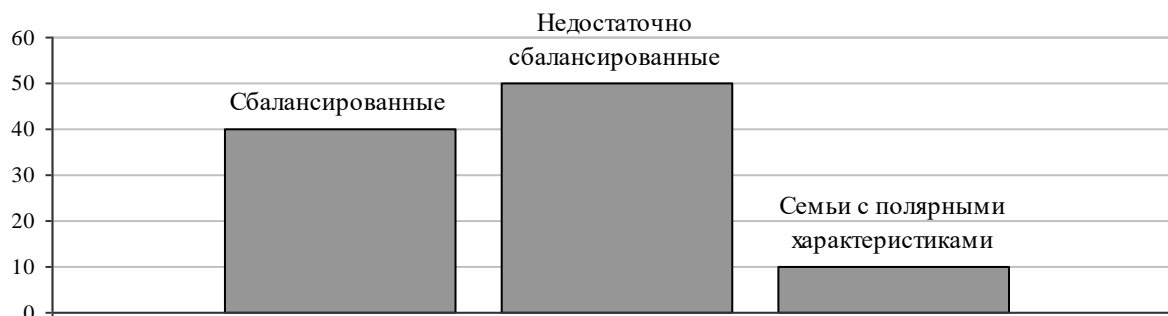


Рисунок 1. Распределение типов семей в группе больных эпилепсией, наблюдающихся в МЦППС, по данным тестирования по опроснику FACES-3 (экстенсивные показатели)

Половина (50%) испытуемых охарактеризовала свои семьи как среднесбалансированные (неудовлетворенность межличностными взаимоотношениями и совместной деятельностью, низкая способность к быстрой перестройке семейного функционирования в постоянно меняющихся условиях). 40% пациентов оценили свои семьи как сбалансированные (признание самостоятельности и независимости каждого из членов стабильной семейной системы, сотрудничество, пластичный переход к преобразованиям в зависимости от обстоятельств). 10% пациентов считали свои семьи дисгармоничными (признание приоритетности только своих потребностей, ограничение прав других, разобщенность интересов, эмоциональная холодность, неспособность к перестройке межличностных отношений).

Анализ изучения субъективной удовлетворенности семейной жизнью показал следующее распределение: 43,3% – высокая и средняя удовлетворенность жизненных потребностей, 56,7% – низкая степень удовлетворенности семейной жизнью.

Данные, полученные в рамках исследования взаимоотношений в семьях больных эпилепсией, были положены в основу разработанных программ коррекции отношений в различных моделях семьи (больной – ребенок, больной – супруг/супруга, больной – родитель) и внедрены в практическую деятельность МЦППС.

Больной – ребенок

В отечественной эпилептологии работа с семьями больных эпилепсией не являлась предметом широкого обсуждения, несмотря на необходимость специальной подготовки, без которой трудно оценить возможности больного эпилепсией ребенка и верно идентифицировать изменение состояния в конкретной ситуации. Чтобы родители стали равноправными партнерами специалистов в терапии и реабилитации больного ребенка,

они должны владеть основами оказания психокоррекционной помощи [11].

Так как становление и развитие ребенка с эпилепсией происходит в контексте семьи, именно на старших членов семьи возлагается ответственность за научение навыкам эффективной жизнедеятельности в ситуации болезни и оказание помощи в социальной адаптации ребенка в создаваемой болезнью обстановке – как в возрастной среде, так и обществе в целом. Ребенок нуждается в постоянной психологической поддержке, его нельзя оставлять наедине с создавшимся трудным положением. Объяснение и правильная ориентировка – два важных принципа помощи в приспособлении к проблемам, порождаемым его общением с окружающей средой. Поддержка и содействие врача и социального работника играют важную роль в приобретении родителями практических знаний. Они должны точно представлять, что может, не может или не должен делать их ребенок. Иногда врачу приходится преодолевать устаревшие, бессмысленные концепции в отношении заболевания ребенка. Врач в доступной форме и полном объеме должен ознакомить родителей с понятной для восприятия и освоения информацией о причинах заболевания, его течении, эффективных методах терапии, возможных исходах. Родители должны овладеть поведенческими ограничениями в процессе взаимодействия с больным ребенком, объективно оценивать возможности коммуникации с учетом его личностных особенностей, обусловленных фактором болезни. Недопустима чрезмерная забота и предпочтение больного ребенка здоровым братьям и сестрам, что может стать причиной противоречий и межличностных конфликтов в семье. Самое разумное решение – рассматривать ребенка как обыкновенного, нормального, маленького человека, которому повышенная забота нужна только в области здоровья.

В целях коррекции отношений в семьях, где растет ребенок, страдающий эпилепсией, необходимо: 1) разъяснение родителям больного ребенка всех интересующих вопросов, обязательным является требование отказаться от поиска «виноватого» в болезни ребенка; 2) привлечение матери в качестве помощника врача для контроля за приемом АЭС, ведение дневника приступов, соблюдение режимов дня и питания. Необходимо активное вовлечение отца во все мероприятия; 3) психокоррекционная работа в семьях, направленная на гармонизацию взаимоотношений между отцом и матерью, здоровыми братьями и сестрами; 4) привлечение социального работника для решения проблем пребывания больного ребенка в детском саду, школе и других учреждениях, информирование о его болезни и обучение окружающих основам оказания помощи при возникновении у больного ребенка приступов.

Помимо коррекции противоэпилептической терапии и психических расстройств разной степени выраженности с членами семей, имеющих (n=53) детей, наблюдающихся психиатром-эпилептологом МЦППС, было проведено собеседование, выявляющее исходный уровень знаний родителей об эпилепсии. Скрининг продемонстрировал достаточную информационную осведомленность о проявлениях и причинах заболевания. Все родители выражали готовность участвовать в обучающих беседах, однако предпочитали работать индивидуально, объясняя это нежеланием «...выносить свое горе и отчаяние на людей», «...лучше раскрыть душу и обсуждать проблемы без посторонних, только с врачом». Основой психокоррекции являлось формирование нового стиля поведения в результате положительного подкрепления. Клинико-катамнестическое наблюдение членов обратившихся семей выявило: снижение эмоционального напряжения, отказ от неадаптивных стереотипов, социальную адаптацию и расширение контактов больного ребенка. Все дети обучались в общеобразовательной школе, имели друзей по интересам, самореализовались в учебе и общении. Клиентцентрированная терапия позволяла приостановить когнитивное снижение, редуцировать тревожные и депрессивные переживания, оптимизировать коммуникации в системе отношений, через осознание и переработку личных проблем повысить самооценку и развивать потенциальные возможности. Дети школьного возраста ответственно подходили к лечению, самостоятельно вели дневники приступов, под контролем родителей строго следовали режиму приема противоэпилептических средств.

Коррекционная работа с семьями детей, больных эпилепсией, требует объединения усилий медицинских и социальных работников, осу-

ществляющих реабилитационные мероприятия. Развитие амбулаторных форм медицинского обслуживания ставит задачу организации эмпатической среды, в которой терапевт создает атмосферу принятия ребенка. Соответственно происходящие изменения в восприятии себя и окружающей действительности помогут эффективно регулировать внутрисемейные процессы. Функционируя в фокусе реабилитационно-профилактической направленности, МЦППС призван обеспечить этапность в оказании помощи страдающим пароксизмальными состояниями.

Этап I – диагностика и разработка индивидуально-дифференцированных программ реабилитации детей, страдающих различными формами эпилептической болезни, обоснованный выбор противосудорожной терапии.

Этап II – катамнестическое прослеживание, своевременная и адекватная психическому состоянию коррекция АЭС; организация и проведение обучающих семинаров, тренингов.

Этап III – динамическое наблюдение пациентов до достижения 18-летнего возраста, что обеспечит преемственность в реабилитации, отсутствие у больных и членов их семей психотравмирующей ситуации, связанной со сменой наблюдающего врача, поддержание комплаентного единства между больным и специалистом-эпилептологом.

Больной – супруг/супруга

Ни в одной другой сфере социальной деятельности у больного эпилепсией не возникает такого множества всесторонних и масштабных проблем, как в области межличностных взаимоотношений. Поэтому основной задачей психотерапевтической коррекции являлось разъяснение большого спектра интересующих родственников вопросов, формирование у них релевантного отношения к больному и его болезни.

Плодотворное сотрудничество формировалось в процессе систематических психотерапевтических бесед с мужем/женой больного в формате «вопрос-ответ». Членам семьи рекомендовалось ознакомиться со специальной тематической литературой по эффективным алгоритмам диагностического обследования, комплексной терапии заболевания и рисками возможных осложнений. Не всегда понятная терминология в силу недостаточной медицинской компетенции членов семьи интерпретировалась врачом в рамках собеседования. Непременным атрибутом в системе психообразования являлось разъяснение того, что эпилепсия проявляется не только судорожными приступами (моторика, измененная двигательная активность во время приступа), но и расстройствами психологического развития, симптомами расстройств личности и поведения.

Ведущие разделы работы: 1) проведение индивидуальной и семейной психотерапии, направленной на улучшение микроклимата в семье и формирование доминанты расположенности и принятия больного родственника; 2) привлечение в случае необходимости врачей других специальностей (сексопатологов, гинекологов и т.д.) для решения вопросов о сексуальной активности, проблемах, связанных с планированием сроков беременности; 3) ориентированность на всестороннее развитие и функционирование, включая формирование самостоятельности пациента (контроль приема противоэпилептических средств, регулярное пополнение и хранение лекарств, планирование врачебных визитов, ведение дневников приступов).

Больной – родитель

К данной категории относились пациенты, длительный период страдающие эпилепсией, имеющие вследствие заболевания стойкие личностные изменения. Коррекция внутрисемейных отношений затруднена, так как родственникам бывает сложно поддерживать нормальное общение с больными позднего возраста в силу их склонности на фоне возрастных изменений к застремости, конфликтности, капризности, злобности, агрессии, недоверию, подозрительной мнительности, злопамятности, прогрессирующей скупости, мелочной придирчивости. Тем не менее именно контингент пожилых больных эпилепсией более других категорий пациентов с этим диагнозом нуждается не только в заботе и помощи со стороны членов семьи и близких, но и в социальной опеке в лице государственных структур.

На базе МЦППС в данном направлении реализуются психообразовательные проекты, включающие: 1) обучение родственников больного роли опекунов с «низкоэмоциональным поведением» по отношению к больному; 2) психокоррекционные мероприятия по стабилизации психологического микроклимата в семье родственников, являющихся опекунами больного; 3) организация юридического консультирования в сфере правового и социального просвещения (опекунство, наследование собственности и т.п.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разработанных персонифицированных психотерапевтических программ в комплексной модели персонализированной терапии больных эпилепсией позволило повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы до 84,3% (зарегистрированное улучшение во всех сферах социального функционирования и качества жизни больных эпилепсией и членов их семей в том числе базируется на их удовлетворённости качеством оказания психотерапевтической помощи).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлено по бюджетному финансированию ГЗ 075-01184-22-00 в рамках выполнения комплексной темы НИР НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири» (регистрационный номер 122020200054-8).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование было проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 133/2.2020 от 19.06.2020 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Смирнов В.Е. Психотерапия при эпилепсии: учебное пособие. М.: ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», 2014. 104 с. Smirnov V.E. Psychotherapy for epilepsy: a textbook. Moscow: SBEI PE "Russian Medical Academy of Postgraduate Education", 2014:104 (in Russian).
2. Григорьева И.В., Докукина Т. В., Махров М. М., Хлебкозав Ф. П. Основные психотерапевтические задачи в процессе дестигматизации пациентов с эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2013. Т. 5, № 4. С. 10-12. Grigoryeva IV, Dokukina TV, Makhrov MM, Khlebkozav FP. The main psychotherapeutic tasks in the process of destigmatization of patients with epilepsy. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2013;5(4):10-12 (in Russian).
3. Шалькевич Л.В., Кудлач А.И., Ивашина Е.Н. Перинатальные факторы риска в развитии эпилепсии у детей. Медицинские новости. 2018. № 5 (284). С. 32-36. Shalkevich LV, Kudlach AI, Ivashina EN. Perinatal risk factors in the development of epilepsy in children. *Medical News*. 2018;5(284):32-36 (in Russian).
4. Балакирева Е.А., Халаимова О.А., Матвиенко Е.В., Калмыкова Г.В., Коваленко Ю.В. Длительный катамнез эпилепсии на разных этапах: подросток – женщина – мать. Трудный пациент. 2022. Т. 20, № 1. С. 47-49. Balakireva EA, Khalaimova OA, Matvienko EV, Kalmykova GV, Kovalenko YuV. Long-term follow-up of epilepsy at different stages: teenager – woman – mother. *Difficult Patient*. 2022;20(1):47-49. doi: 10.224412/2074-1005-2022-1-47-49 (in Russian).

5. Якунина О.Н., Шова Н.И., Михайлов В.А. Особенности семейной адаптации больных эпилепсией с суицидальными мыслями. Психология и психотерапия семьи. 2021. № 3. С. 29-38. Yakunina ON, Shova NI, Mikhailov VA. Features of family adaptation of patients with epilepsy with suicidal thoughts. *Psychology and Psychotherapy of the Family*. 2021;3:29-38 doi:10.24412/2587-6783-2021-10020 (in Russian).
6. Wagner JL, Smith G. Psychosocial intervention in pediatric epilepsy: a critique of the literature. *Epilepsy Behav.* 2006 Feb;8(1):39-49. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.08.011. Epub 2005 Oct 24. PMID: 16246636.
7. Bautista RE, Shapovalov D, Saada F, Pizzi MA. The societal integration of individuals with epilepsy: perspectives for the 21st century. *Epilepsy Behav.* 2014 Jun;35:42-9. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.04.006. Epub 2014 May 3. PMID: 24798409.
8. Saada F, Wang ZS, Bautista RE. In focus: The everyday lives of families of adult individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2015 Sep;50:10-3. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.05.041. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26093217.
9. Ramaratnam S, Baker GA, Goldstein LH. Psychological treatments for epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jul 16;(3):CD002029. doi: 10.1002/14651858.CD002029.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2:CD002029. PMID: 18646083.
10. Olson D.H., Portne J., Lavee Y. "Faces III": Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales, Family Social Science. St. Paul: University of Minnesota, 1985.
11. Семкина Н.В., Михайлов В.В., Злоказова М.В. Качество жизни, психическая адаптация, направления психологической реабилитации матерей детей, страдающих эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017. Т. 9, № 4. С. 22-30. Semakina NV, Mikhailov VA, Zlokazova MV. Quality of life, mental adjustment and psychological rehabilitation of mothers of children with epilepsy. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions.* 2017;9(4):22-30. DOI: 10.17749/2077-8333.2017.9.4.022-030 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.02.2022
Утверждена к печати 27.05.2022

Казенных Татьяна Валентиновна, кандидат медицинских наук, ученый секретарь НИИ психического здоровья. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID РИНЦ 626033. SPIN-код РИНЦ 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644.

Бокхан Николай Александрович, академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. ResearcherID P-1720-2014. Author ID РИНЦ 152392. SPIN-код РИНЦ 2419-1263.

✉ Казенных Татьяна Валентиновна, kazennykh@sibmail.com

UDC 616.853-055.1-055.2:316.812.1:364.642:616.8-085.851

For citation: Kazennykh T.V., Bokhan N.A. Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2022; 2 (115): 94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102)

Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach

Kazennykh T.V.¹, Bokhan N.A.^{1, 2}

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"
Moskovsky Trakt 20, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. The study of intra-family relationships of patients with epilepsy is of interest due to the high prevalence of this disease. The study of the microclimate in the family, the value orientations of its members, the psychiatric literacy of relatives in relation to the disease are of great importance for increasing the level of social adaptation of patients with epilepsy. **Objective:** to study the actual homeostasis of families of patients with epilepsy with the subsequent development of psychotherapeutic strategies for correcting relationships. **Material and Methods.** Base and period of the study: Interdisciplinary Center for the Prevention of Paroxysmal Conditions (ICPPS) of the Tomsk National Research Medical Center, 2001–2019. Selection for the research sample was carried out by a non-sampling method. The group of patients (n=1969) included 971 men and 998 women with different forms of epilepsy, disease duration from 0 to 19 years, various severity of mental disorders and without them. The group of family members (relatives) of patients (n=1141) consisted of 675 women and 466 men. Evaluation of intra-family relations during the visit to the ICPPS was carried out based on the results of a conversation with the patient and his relatives and questionnaire data using a questionnaire developed by us (semi-structured interview method, including the attitude of relatives towards the patient and the medical care system, the impact of the disease on the attitude of the patient himself towards the closest relatives), and according to the results of the FACES-3 personality questionnaire. **Results and Discussion.** 71.4% of patients with epilepsy demonstrated high psychiatric literacy. They consider head injuries and severe infections (40%), aggravated heredity (20%), and alcoholism (6.7%) to be the main causative factor of the disease. 88.9% associate financial difficulties and conflict relations in the family with the disease. 82.6% agree to be under the supervision of a neurologist or an epileptologist, but not a psychiatrist. 10% of male patients associated with the intake of antiepileptic drugs a decrease in sexual desire and activity. 40% of men considered themselves leaders of the family, but relatives denied their main role. Relatives of the patients were not registered with psychiatrists for mental and behavioral disorders; in isolated cases, there were diseases associated with alcohol abuse. Cohesion and adaptation (actual homeostasis) of the family was assessed by FACES-3: harmonious (40%) and negative (10%) relationships were revealed, high cohesion (50%). 35% of families quickly adapted to the new conditions, 13.5% of families, due to inconsistency and rigidity, were characterized by excessive social flexibility, 10% of families had low adaptive potential. Found types of families: medium balanced (50%), balanced (40%), disharmonious (10%). The degree of subjective satisfaction with family life was revealed: 43.3% – high and medium, 56.7% – low. The programs developed by us for the correction of relations in different family models (the patient is a child, the patient is a spouse, the patient is a parent) have been introduced into the practice of the ICPPS. The use of psychotherapeutic programs in a complex model of personalized therapy for patients with epilepsy made it possible to increase the efficiency of treatment and rehabilitation work up to 84.3%.

Keywords: epilepsy, family relationships, productive cooperation, psychological testing, psychotherapeutic correction.

Received February 10.2022

Accepted May 27.2022

Kazennykh Tatyana V., PhD, Academic Secretary, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID RSCI 626033. SPIN-code RSCI 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644.

Bokhan Nikolay A., academician of RAS, MD, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of Addictive States Department, director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. ResearcherID P-1720-2014. Author ID RSCI 152392. SPIN-code RSCI 2419-1263.

✉ Kazennykh Tatyana V., kazennyh@sibmail.com