

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ СТАНАМИ

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH NEUROSURGICAL EPILEPSY WITH ANXIETY-DEPRESSIVE CONDITIONS

Згідно з результатами популяційних досліджень, що були проведені в розвинутих країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1 000 населення. У структурі неврологічних захворювань епілепсія займає третє місце, а за тяжкістю проявів та їх стійкістю до лікування відноситься до найбільш важких захворювань. Розповсюдженість епілепсії в розвинутих країнах становить 5–10 випадків на 1 000 населення. Хоча сьогодні великий відсоток хворих на епілепсію має позитивну динаміку в контролі над нападами, проте з 65 млн «активних» випадків епілепсії приблизно 30% пацієнтів із різних причин стійкі до сучасних ліків. У цих медикаментозно-резистентних випадках епілепсії пацієнти можуть пройти повне обстеження щодо вирішення питання необхідності нейрохірургічного втручання.

Доведено, що на якість життя пацієнтів, які страждають на епілепсію, негативно впливають прояви депресії та тривоги. Саме вони є одними з основних чинників, що забезпечують зниження якості життя разом з іншими показниками. Високий рівень тривожності пов'язаний із погіршенням щоденного функціонування, якості життя, оцінки своєї особистості та ефективності пацієнтів. Зокрема, необхідність тривалого прийому ліків, неефективність лікування, що може бути зумовлено різними причинами, зміна протиепілептичної терапії – усе це негативно впливає на психологічний стан хворих. Стійкий характер тривожного розладу та/або його компонентів значно обтяжував перебіг епілепсії, а у третині випадків навіть перекривав основні прояви епілепсії. Отримання контролю над нападами – важкий, трудомісткий та тривалий процес, якому передують комплексна діагностика з обов'язковим включенням і психологічного дослідження, що дає змогу більш об'єктивно судити про ступінь компенсації хворобливого процесу.

Резюмовано, що невід'ємною частиною комплексного підходу до надання медичної допомоги хворим на епілепсію нейрохірургічного профілю є психологічний супровід хворих.

Ключові слова: тривожний стан, депресивний стан, психологічна діагностика, хворий, епілепсія, функціональна нейрохірургія.

According to the results of population studies conducted in developed countries, the incidence of epilepsy varies from 0.28 to 0.53 per 1000 population. In the clinic of neurological diseases, epilepsy occupies the third place, and due to the resistance to treatment and the severity of the manifestations, it is one of the most serious diseases. The prevalence of epilepsy in developed countries is 5–10 cases per 1000 population. Although today a fairly significant percentage of patients with epilepsy have positive dynamics in the treatment and control of seizures, there remain about 65 million «active» cases of epilepsy, approximately thirty percent of patients, for various reasons, are resistant to modern drugs. In these drug-resistant cases of epilepsy, patients can undergo a full examination to determine the need for neurosurgery.

Among various other factors, it has been proven that the quality of life of epilepsy patients is primarily negatively affected by manifestations of depression and anxiety. They are the influential reasons that ensure a decrease in the quality of life, along with other indicators. High levels of anxiety are associated with impairment in daily functioning, quality of life, self-esteem, and patient performance. In particular, the need for long-term medication, the ineffectiveness of treatment, which can be caused by various reasons, a change in antiepileptic therapy – all this negatively affects the psychological state of patients. The persistent nature of the anxiety disorder and/or its components significantly aggravated the course of epilepsy, and in a third of cases even covered the main manifestations of epilepsy. Gaining control over attacks is a difficult, time-consuming and long process, which is preceded by a complex diagnosis with the mandatory inclusion of a psychological study, which allows for a more objective assessment of the degree of compensation of the painful process. It is summarized that psychological support of patients is an integral part of a comprehensive approach to providing medical care to patients with neurosurgical epilepsy.

Key words: anxiety state, depressive state, psychological diagnosis, patient, epilepsy, functional neurosurgery.

УДК 616.853-052
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.64.28>

Музичук Г.О.

аспірант кафедри клінічної психології
ТОВ «Київський інститут сучасної
психології та психотерапії»

Згідно з результатами сучасних досліджень, частота розвитку епілепсії як розладу мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками, коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1 000 населення. В Україні поширеність епілепсії становить 6–10 осіб на 1 000 населення. Кожний двадцятий мав протягом життя мав хоча б один епілептичний напад. У структурі неврологічних захворювань епілепсія займає третє

місце, а за тяжкістю проявів та їх стійкості до лікування відноситься до найбільш важких захворювань [1–3]. У своєму повсякденному житті пацієнти з епілепсією регулярно відчувають складнощі, пов'язані із захворюванням. Переважно це проблеми сімейного життя, зниження соціальних і персональних амбіцій, підвищення рівня тривожності і депресії, низька самооцінка порівняно зі здоровими людьми. Хворі на епілепсію рідше одружуються, мають складнощі з формуванням кола спілкування, частіше є безробітними [4]. Покращення стану

здоров'я пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних показників, максимальне наближення якості життя хворого на епілепсію до рівня здорової людини є основними завданнями в процесі лікування.

Дослідження якості життя пацієнтів, які страждають на епілепсію, показують, що прояви депресії, а також тривоги – одні з основних чинників, що забезпечують його зниження [5; 6].

Тривога та її різновиди характеризуються багатоаспектністю та складністю. Треба зазначити, що тривога – це стан, який притаманний багатьом живим організмам та на рівні свого нормативного прояву є певною частиною пристосування індивіда до оточуючого середовища. Тобто вважається, що з еволюційного погляду тривога є адаптивною, оскільки вона сприяє виживанню та спонукає людину триматися далі від небезпеки. Окрім того, тривога є універсальним феноменом, який пов'язаний із реакцією на стрес. Це емоційний стан, який характеризується напругою, страхом, очікуванням чогось неприємного та наявністю поганих передчуттів [7]. Від страху тривоги відрізняє її безпредметний характер: страх завжди має у своїй основі той чи інший конкретний предмет. Так, для виникнення тривоги може не бути ніяких об'єктивних причин. На відміну страх – це реакція людини на конкретну небезпечну та загрозову ситуацію. Під час переживання тривоги людина хвилюється та майже не здійснює ніяких особливих захисних дій. Страх майже завжди пов'язаний із проявом конкретних захисних реакцій [8].

Науковці різних напрямів намагалися дослідити та пояснити відмінності між тривогою та депресією. Так, було виявлено, що депресія передбачає втрату надії на активну протидію стресу (захисна реакція не включається). Тоді як тривога передбачає спроби активної боротьби зі стресом. Психологічний чинник підвищеної збудливості розглядається як підготовка до боротьби зі стресом [9].

Синдроми тривоги та депресії мають у своєму складі компонент загального виснаження, який залежить від генетичних основ та пов'язаний із негативним впливом. Для тривоги є притаманним симптом підвищеної збудливості, а для депресії – відсутність позитивного впливу. Тривога і депресія представляють відмінні один від одного феномени, але мають деякі схожі ознаки [10; 11].

Одним із найвідоміших дослідників тривожності у США став К. Спілбергер. Він розділяв тривожність на дві форми – тривогу як стан, або ситуативна тривожність, та тривогу як властивість, або особистісна тривожність. Такий розподіл тривожності швидко увійшов та закріпився в психологічній діагностичній практиці. Згодом для вивчення феномена

тривожності стали частіше використовувати факторні моделі. Під час їх використання відбувається редукування симптоматики тривожності, а самому факторному підходу не передує ретельний науковий опис досліджуваного явища та докладне розведення нормальних і патологічних випадків [12].

Таким чином, можна зробити висновок, що тривога – це набір поведінкових, когнітивних та фізіологічних реакцій, що виникають без чітко визначеної зовнішньої загрози. Тривожність є одним із найважливіших показників особистості, що характеризує її схильність до переживань, побоювань та занепокоєння, що несе негативне емоційне забарвлення та особливості індивідуальних реакцій на стресові ситуації. Вона притаманна людині як необхідний та нормальний стан, адже якщо зовсім відсутнє відчуття тривоги, це в тому числі може свідчити про порушення/послаблення інстинкту самозбереження.

Окрім того, слід зазначити, що тривога може розглядатися у двох взаємопов'язаних проявах: як компонент реагування на стрес та як потенційний стресор. Тривога не обов'язково пов'язана з чітко визначеною фізіологічною відповіддю. З іншого боку, тривога являє собою взаємодію між стимулами зовнішнього середовища, стресорами та специфічними механізмами реагування на них [13].

Страх і тривога доволі довго вважалися фундаментальними людськими емоціями. Тривога включає два компоненти: емоційний (суб'єктивне відчуття вираженого дискомфорту, скутості, хвилювання, безконтрольної емоційної нестійкості) та фізичний (тремор, задишка, серцебиття). До загальних психічних і поведінкових симптомів тривоги відносять занепокоєння за незначного приводу, відчуття напруженості й скутості, нездатність розслабитися, дратівливість і нетерплячість, «перебування на грані зриву», неможливість сконцентруватися, дисфункції у роботі пам'яті, труднощі засипання та порушення нічного сну, швидку стомлюваність, страхи. Як ми вже зазначали, це є нормальним явищем, але коли з'являються значні симптоми, вони викликають особисті страждання та можуть порушити повсякденну діяльність на певний час, що схиляє фахівців на діагностування тривожного розладу, які є найбільш поширеними психічними розладами у світі [14].

Щодо особливостей проявів тривожних розладів у хворих на епілепсію дослідження виявили низку особливостей, зокрема їм притаманні нестійке почуття власної гідності і більш високий рівень тривоги та знижений настрій.

Проблема тривожних розладів у хворих на епілепсію вивчається відносно недавно. У результаті дослідження, проведеного у США,

виявлено, що 52,1% дорослих, хворих на епілепсію, мають тривожні розлади. Найчастіше зустрічаються агорафобія, генералізований тривожний розлад та соціофобія [15]. Стійкий характер тривожного розладу та/або його компонентів значно обтяжує перебіг епілепсії, а іноді навіть перебиває основні прояви епілепсії. Даних щодо особливостей виникнення та клініки аутоагресії у таких хворих у літературі не виявлено.

Велика кількість хворих на епілепсію відчуває також стигматизацію [16]. Стигматизація може впливати на стан хворого з епілепсією так: вона є хронічним стресором для особистості, посилює вплив чинників ризику і зменшує дію захисних чинників на вихід хвороби, знижує ефективність лікування, призводить до ігнорування хвороби і відмови від лікування.

I. Мочарський визначає такі рівні стигматизації хворих на епілепсію в Україні:

а) на рівні держави (недооцінка соціального значення проблеми, необґрунтовані обмеження до різних видів діяльності, труднощі у доступі до антиепілептичних препаратів);

б) на рівні системи охорони здоров'я (недостатній рівень знань з епілептіології у медичних фахівців, труднощі в реалізації права на безоплатне лікування, необґрунтовані протипоказання до санаторно-курортного лікування тощо);

в) на рівні безпосереднього оточення (упереджене ставлення з боку роботодавців, сусідів, однокласників, педагогів тощо);

г) на рівні сім'ї (гіперопіка хворого, позбавлення його прав на самостійність, небажання створювати сім'ю з хворим);

г) прояви самостигматизації (приховування хвороби, обмеження соціальних контактів, самообмеження у різних сферах життя тощо) [17].

Розглянемо дещо докладніше останній рівень, а саме самостигматизацію. Це процес, що складається з наявності психіатричного діагнозу, засвоєних міфів щодо психічних хвороб та застосування їх до себе, побоювання дискримінації та її ситуаційного підтвердження, дистанціювання від потенційних «стигматизаторів», зниження соціального статусу, самооцінки й утворення «порочного кола» впливу низької самооцінки на прогресуючу десоціалізацію. Хворі на епілепсію часто страждають від нерозуміння та відчуження з боку оточуючих, відчувають труднощі під час працевлаштування, крушіння надій, недостатню безпеку [18].

Перелічені вище явища сприяють виникненню у хворих на епілепсію депресивних проявів. За літературними даними, депресивні стани у хворих на епілепсію асоціюються з жіночою статтю, старшим віком, типом та частотою випадків, страхом випадків, типом

епілепсії, а також низькою соціальною адаптацією [19–24].

Каннер (A. Kanner) відзначає, що розлади настрою у хворих на епілепсію мають суттєвий негативний вплив на якість їхнього життя. Хворі на епілепсію з депресією мають більш високу частоту випадків, гіршу соціальну адаптацію, більш високий рівень безробіття, частіше потребують медичної допомоги, ніж хворі на епілепсію без депресії [25].

Для оцінки розладів емоційної сфери при епілепсії рекомендовано застосування низки психодіагностичних методик [26; 27].

Окрім вищезазначених взаємопов'язаних між собою феноменів, високий рівень тривожності також корелює з погіршенням щоденного функціонування, якості життя, оцінки своєї особистості та ефективності пацієнтів.

Оцінка якості життя дає змогу отримати як вихідну інформацію про фізичне, психологічне та соціальне функціонування хворого, так і здійснити моніторинг цих функцій та перебігу захворювання, що сприяє покращенню результатів лікування.

У разі медикаментозно-резистентної епілепсії пацієнти можуть пройти повне обстеження щодо вирішення питання необхідності нейрохірургічного втручання. Резистентними до медикаментозного лікування є хворі, у яких не вдається позбутися нападів під час використання двох протиепілептичних препаратів або більше (за визначенням Американської академії неврології). Хворим на епілепсію з низькою ефективністю лікування на тлі монотерапії або політерапії протиепілептичними препаратами обов'язково слід провести комплексне обстеження: обов'язкові та додаткові методи обстеження, консультації різних спеціалістів (невролог, нейрофізіолог, нейрохірург, клінічний психолог, епілептолог).

За комплексного підходу до лікування хворого, насамперед, проводиться збір повного анамнезу життя та хвороби, оцінка неврологічного, соматичного та психічного статусу пацієнта, детальне вивчення частоти і характеру нападів, тривалості та, за можливості, причин початку хвороби, а також аналіз чинників ризику. На цьому етапі обов'язково проводять діагностику рівнів епілепсії згідно із сучасною класифікацією епілепсій Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE), зокрема типу нападів, форми епілепсії, епілептичного синдрому. Проводиться дохірургічна оцінка визначення типу епілепсії, локалізації епілептогенного фокуса та шляхів поширення епілептогенної активності, а також можливості ефективного хірургічного лікування хворого.

Проведення у хворих психологічного дослідження є обов'язковою умовою, що дає змогу більш об'єктивно судити про ступінь компенсації хворобливого процесу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Wang J. A comparison of quality of life in adolescents with epilepsy or asthma using the Short-Form Health Survey (SF-36). *Epilepsy Research*. 2012. Vol. 101. № 1/2. P. 157–165.
2. Luoni C. Determinants of health-related quality of life in pharmaco-resistant epilepsy: results from a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments. *Epilepsia*. 2011. Vol. 52. № 12. P. 2181–2191.
3. Mazza M., Martini A., Scoppetta M., Mazza S. Effect of levetiracetam on depression and anxiety in adult epileptic patients. *Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2008. Vol. 32. № 2. P. 539–543.
4. Jakoby A., Baker G.A., Steen N. The clinical course of epilepsy and psychological correlates: finding from a UK community study. *Epilepsia*. 1996. № 37. P. 148–61.
5. Herbert G., Lemaitre A.L., Cochereau J., Moritz-Gasser S., Duffau H. Neuropsychological assessment before and after surgery for sporadic low-grade gliomas. *J. Neurosurgeon*. 2020. Online a head of print doi: 10.3171/2020.7.JNS201507
6. Kwon O. What is the role of depressive symptoms among other predictors of quality of life in people with well controlled epilepsy on monotherapy? *Epilepsy Behav.* 2011. Vol. 20. № 3. P. 528–532.
7. EL So. Value and limitations of seizure semiology in localizing seizure onset. *J Clin Neurophysiol*. 2006. Aug; 23(4). P. 353–357.
8. Steimer T. The Biology of Fear and Anxiety Related Behaviors. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2002. Vol. 4. Issue 3. P. 231–249.
9. El Sheshtawy Coping with stress and quality of life in schizophrenic patients. *Asian J. Psychiatr.* 2011. Vol. 4. P. 51–54.
10. Hung Ching-I, Liu Chia-Yih, Yang Ching-Hui, Gan Shu-Ting. Comorbidity with more anxiety disorders associated with a poorer prognosis persisting at the 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 260. P. 97–104.
11. Huppert J., Weiss K., Lim R., Pratt S., Smith T. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*. 2001. Vol. 51. P. 171–180.
12. Spielberger C. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y). *Consulting Psychologists Palo Alto*. 1983. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>
13. Pfaff D., Joels M. Hormones, Brain, and Behavior 3rd edition. *Oxford: Academic Press*. 2017. Vol 5. P. 133–158.
14. Impey B., Gordon R., Baldwin D. Anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *Medicine*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.08.005>
15. Scheffer I., Berkovic S., Capovilla G., Connolly M., French J., Guilhoto L., Hirsch E., Jain S., Mathern G., Moshé S., Nordli D., Perucca E., Tomson T., Wiebe S., Zhang Y., Zuberi S. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017. Apr. 58(4). P. 512–521.
16. Baker G., Jacoby A., Buck D., Stalgis and D. Monnet. Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia*. 1997. 38 (3). P. 353–362.
17. Мочарський І. Стигматизація хворих на епілепсію в Україні. *Вісник епілептології*. 2002. № 2(2). С. 4–14.
18. Robertson M. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*. 1987. № 28. P. 364–372.
19. Grabowska-Grzyb A., Naganska E., Jedrzejcák J. Risk factors for depression and psychosis in patients with epilepsy. Abstracts from the 6th European Congress on Epileptology. *Epilepsia*. 2004. Vol. 45. Suppl. 3. P. 163.
20. Hauf M., Haefeli T., Mathis J. Depression in epilepsy: high prevalence, rarely treated. Abstracts from the 7th European Congress on Epileptology. Helsinki, 2–6 July 2006. P. 100–101.
21. Martinovic Z. Screening for symptoms of anxiety and depression in adolescents with epilepsy and in the general population. Abstracts from the 7th European Congress on Epileptology. Helsinki, 2–6 July 2006. P. 24.
22. Pelle F., Scarpa P., Zanardi G. Assessment of personality and emotive profile in temporal drug-resistant epilepsy patients: a follow-up study. Abstracts from the 7th European Congress on Epileptology. Helsinki, 2–6 July 2006. P. 99.
23. Swinkels M. Interictal psychopathology in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. Abstracts from the 7th European Congress on Epileptology. Helsinki. 2–6 July 2006. P. 98.
24. Sancho J., Rufo M., Pena P. Humanistic impact as assessed by quality of life, depression, anxiety and health status in patients with refractory epilepsy: a cross-sectional evaluation in Spain. Abstracts from the 7th European Congress on Epileptology. Helsinki, 2–6 July 2006. P. 104.
25. Kanner A. and Sheline Y. Depression and Brain Dysfunction. Taylor & Francis: London, New York. 2007. P. 298
26. Krishnamoorthy E. The evaluation of behavioral disturbances in epilepsy. *Epilepsia*. 2006. Vol. 47. suppl. 2. P. 3–8.
27. Batzel L. Emotional and intellectual correlates of unsuccessful suicide attempts in people with epilepsy. *Journal of Clinical Psychology*. 1986. № 5. P. 699–702.