ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЕДУКАЦІЇ та когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів з епілепсією

В.І. Коростій,
Харківський національний медичний університет, м. Харків;
І.Ю. Блажіна, В.М. Кобевка,
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Епілепсія 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.

Вікові особливості перебігу епілепсії

За даними деяких дослідників, близько третини осіб з епілепсією 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].

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.

Коморбідність епілепсії та депресії

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 [51].

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 [8, 19, 49].

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 [34].

Попри значну поширеність і вагомі наслідки коморбідної депресії в осіб з епілепсією, цей стан, як зауважують G.J. Hermann et al. (2000), R.J. Jones et al. (2003), R.A. Barry et al. (2008), A.M. Kanner (2011), часто лишається без лікування. Небажання лікарів призначати антидепресанти таким пацієнтам пов'язане з побоюваннями небезпеки зниження судомного порогу та несприятливих взаємодій антидепресантів із протиепілептичними препаратами. Ці причини, як наголошують R.A. Barry et al. (2008), S. Cotterman-Hart (2010), R.A. Noe et al. (2011), S. Ramaratnam et al. (2008), W.C. Kerr et al. (2011), визнано головною перешкодою лікування депресії в осіб з епілепсією, тому обґрунтування ефективності психотерапії було б особливо цінним.

Когнітивно-поведінкова терапія як метод лікування коморбідних станів за епілепсії

Деякі клінічні настанови щодо депресії та тривожності рекомендують КПТ як рівнозначне, а іноді й ефективніше лікування, ніж медикаментозне [31].

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 [21].

Як зазначають W.C. Kerr et al. (2011), 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 [30].

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 [14]. 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 [32].

V. Tang et al. (2014) запропонували модель, у якій довготривала практика КПТ-стратегій, націлених на зменшення нападів, зрештою сприяє змінам у нейронних ланцюгах, а отже, звуженню «епілептичної диспозиції» [51].

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) [30].

Когнітивно-поведінкові терапевтичні методи

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 [30].

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]. Кілька лікувальних програм self-менеджменту через інтернет-мережу були дієвими за хронічних станів, наприклад синдрому подразненого кишечника та синдрому хронічного болю [6, 11]. Наприклад, КПТ, що проводили онлайн у Російській Федерації, продемонструвала дієвість у лікуванні депресії та тривоги за хронічних захворювань, зокрема епілепсії [45].

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 et al. (2008) оцінили як методологічно слабкі, а отримані результати — як неоднозначні.

Так, 2013 р. науковці досліджували ефективність застосування КПТ за депресії у пацієнтів з епілепсією на підставі рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) і серії випадків [21]. 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 [21].

Когнітивно-поведінкова терапія для віддаленого застосування

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). Рандомізовані контрольовані дослідження здійснювали впродовж 2007–2009 рр.

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.

Упродовж 2009–2012 рр. 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 [52].

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 [12–14].

Ефективність трансдіагностичних втручань

Трансдіагностичні втручання використовують загальні методи лікування для двох і більше супутніх психічних розладів. Вони придатні для лікування депресії та тривоги — висококоморбідних у разі епілепсії [38, 41].

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.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії для контролю судом

Дані щодо ефективності КПТ для контролю судом не є однозначними. S.Y. Tan et al. (1986) 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 [50]. 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 [50].

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 [23]. 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 [23].

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 [28]. 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: A Workbook for Patients and Professionals) [44].

У неконтрольованому дослідженні у семи дорослих пацієнтів із рефрактерною епілепсією оцінювали групову методику, поєднуючи різноманітні психологічні прийоми, що частково основані на робочому зошиті [44, 48]. 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 [48].

McLaughlin et al. (2011) 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) [33].

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 [1]. 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 [43].

У дослідженні S.M. Elsas et al. (2011) КПТ-підхід, який базується на протоколі J. Reiter et al. (1987), застосовували у восьми пацієнтів із вогнищевою епілепсією [17, 44]. 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 [16].

R. Michaelis et al. (2013) 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 % [35].

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 [9]. 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 [9]. 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 [20].

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 [22].

В обмеженому дослідженні застосування КПТ у пацієнтів із тривожністю та депресією при епілепсії встановлено дещо неоднозначні результати [31]. Зокрема, 18 пацієнтів з епілепсією, пройшли 10-тижневий курс групової КПТ (Basics II). 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].

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 епілепсією 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 методи

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 інституту здоров'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

Клінічні 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.

Застосування психоедукації

Для дослідження застосування психоедукації низка авторів здійснила огляд наукових праць, опублікованих у Кокранівській бібліотеці [34]. Із 15 рандомізованих контрольованих досліджень, які вивчали психоосвітні втручання, чотири — *II рівня доказовості*, чотири — *III рівня доказовості*, сім — *IV рівня доказовості*.

Дані усіх чотирьох досліджень *II рівня доказовості* продемонстрували поліпшення певних первинних результатів: дотримання режиму приймання ліків і редукцію проблем, пов'язаних із застосуванням медикаментів, зростання рівня знань про епілепсію та задоволення інформаційною й психологічною підтримкою, підвищення показника HRQoL.

У дослідженнях *II рівня доказовості* психоедукаційні втручання здійснювали спеціалізовано підготовлені медсестри або лікарі. Це були звичайні візити, під час яких використовували персоналізовану інформацію або серії запланованих сесій із загальними інформаційними пакетами.

Вплив епілепсії на якість життя пацієнтів

Діти та дорослі молодого віку, які хворіють на епілепсію, мають гіршу психосоціальну адаптацію, нижчу якість життя та вищу частоту психіатричних проблем порівняно з однолітками [3, 10, 15, 42, 53].

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 [4, 36, 49].

Так, у дітей та дорослих осіб молодого віку з епілепсією якість життя нижча, навіть коли вони не мають активних епілептичних нападів [29]. 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) [2, 27].

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

- страхом виникнення епілептичних нападів;
- почуттям стигматизації;
- проблемами взаємин з однолітками [7, 17, 24].

Водночас стратегії подолання стресу (стратегії копінгу) для цих пацієнтів не такі ефективні порівняно із загальною популяцією [40]. Ця проблема стає ще серйознішою, якщо брати до уваги самозвіти пацієнтів, у яких стрес є одним із найпоширеніших чинників, що провокують епілептичні напади [18, 25, 37, 54]. За даними досліджень, поліпшення навичок самообслуговування та вміння справлятися з труднощами можуть сприяти кращій адаптації до епілепсії, поліпшенню соціального статусу та розширенню можливостей працевлаштування [47]. Когнітивно-поведінковий підхід був задокументований як ефективний і загальноприйнятний метод вдосконалення важливих психосоціальних навичок у дітей і молоді з хронічними захворюваннями, зокрема з епілепсією.

2015 р. 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 [5].

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. Stimpfli (1979), 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.

Д.А. Гігінейшвілі, Т.Ш. Геладзе, З.З. Шакарішвілі (1998) під час обстеження 31 сім'ї виявили прагнення 2/3 опитаних батьків приховати інформацію про наявність епілепсії в дитини. Автори припускають, що соціальні та поведінкові проблеми дитини з епілепсією настільки обтяжують життя сім'ї, що матері цих дітей відчувають і психологічний, і соціальний дискомфорт. Зрештою внутрішньосімейна атмосфера стає надлишково напруженою в 40 % таких сімей.

Висновки

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. Проте дані щодо впливу на контроль нападів залишаються суперечливими і потребують подальшого доопрацювання.

Література

1. Andrews D.J., Reiter J.M., Schonfeld W. et al. A neurobehavioral treatment for unilateral complex partial seizure disorders: a comparison of right- and left-hemisphere patients. *Seizure*. 2000. Vol. 9. P. 189–97. Doi: 10.1053/seiz.1999.0375.

2. Austin J.K., Huster G.A., Dunn, D.W., Risinger M.W. Adolescents with active or inactive epilepsy or asthma: a comparison of quality of life. *Epilepsia*. 1996. Vol. 37. P. 1228–38.

3. Baca C.B., Vickrey B.G., Caplan R. et al. Psychiatric and medical comorbidity and quality of life outcomes in childhood-onset epilepsy. *Pediatrics*. 2011. Vol. 128. P. 1532–43.

4. Bandstra N.F., Camfield C.S., Camfield P.R. Stigma of epilepsy. *Can J Neurol Sci*. 2008. Vol. 35. P. 436–40.

5. Batista M., Meštrović A., Vekić A.M. et al. Coping skills in children with epilepsy — evaluation of cognitive behavioral therapy intervention. Clinical Department of Pediatrics, Sestre milosrdnice University Hospital Center; BEA Centre for Eating Disorders; Department of Psychological Medicine, School of Medicine, University of Zagreb. *Croatia Original Scientific Paper Acta Clin Croat*. 2015. Vol. 54. P. 467–474.

Повний список літератури, який уміщує 54 джерела, знаходиться в редакції.