

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА**

---

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

*Пособие для врачей и медицинских психологов*



Санкт-Петербург

2008

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
им. В. М. Бехтерева

---

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

*Пособие для врачей и медицинских психологов*

Санкт-Петербург

2008

## АННОТАЦИЯ

В пособии предлагается методология исследования качества жизни больных эпилепсией, отличающаяся новым подходом к оценке связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) как совокупности переживаний и отношений человека (больного или здорового), основанных на понимании ценности здоровья и личностного смысла болезни. Такой подход предполагает изучение психологической структуры КЖ и тех ее компонентов, которые определяют адаптационный потенциал и социальную активность личности, исходя из ее актуальных потребностей и реальной жизненной ситуации.

Новизной методологического подхода и конкретного метода является выделение структурных психосоциальных составляющих понятия КЖ: социальной фрустрированности, внутренней картины болезни, актуального эмоционального состояния, стратегии преодоления стресса и ценностного сознания больных в их взаимодействии.

Приводятся конкретные результаты исследования КЖ и указанных личностных характеристик во взаимосвязи с клиническими проявлениями эпилепсии как пограничного нервно-психического заболевания.

Предназначено для врачей-психиатров, неврологов и медицинских психологов.

**Организация-разработчик:** Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, лаборатория клинической психологии;

**Авторы:** д. м. н., профессор Л. И. Вассерман; к. м. н., вед. н. сотр. В. А. Михайлов; к. м. н., н. с. С. Д. Табулина.

**Научный редактор:** д. м. н., профессор Л. И. Вассерман

ISBN: 978-5-94651-018-9

© СПб Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

### Введение

В теории и практике медицины и здравоохранения в настоящее время существенное место отводится концепции связанному со здоровьем качеству жизни (КЖ) больных и инвалидов. Это определяется многими факторами: социальными, экономическими, технологическими и т. п. Всё бóльшая технизация медицины, внедрение высокоточных и эффективных методов диагностики и лечения, в частности, мозговой патологии, новых информационных технологий в медицине, эффективных и безопасных лекарственных препаратов требуют объективной и, по возможности, интегральной оценки успешности не только собственной медицинской, но и социальной помощи больным и их семьям, что имеет профилактическую значимость в масштабе социума.

Концепция КЖ, как и концепция реабилитации, возникла, главным образом, из признания ограниченных возможностей чисто биологических подходов к проблеме здоровья и болезни, из необходимости биопсихосоциального обоснования разнонаправленных усилий медицинского сообщества (включающего клинических психологов и социальных работников) для реальной помощи больному как личности, а не только как «носителю заболевания». Теоретическое обоснование принципов оценки КЖ знаменует собой новый этап развития и концепции реабилитации как сложного, многомерного и многоуровневого процесса ресоциализации, как конечной цели разнонаправленных усилий (Кабанов М. М., 1985). Именно КЖ как системное понятие, характеризующее в определенной мере специфику субъективного (оцениваемого пациентом), прямого или опосредованного, влияния физического и психического здоровья человека на различные сферы его жизнедеятельности, стало в мировом сообществе одним из главных критериев эффективности системы мероприятий по оказанию медико- и психосоциальной помощи в целом. Следует отметить, что исследование КЖ, независимо от формы патологии, показало отчетливое понимание недостаточности требований общества (законодательно закрепленных во всех цивилизованных странах) о гуманном отношении к больному человеку, базирующихся на милосердии и уважении к

правам и достоинствам личности. Речь идет о необходимости дополнить эти позиции теоретически осмысленной и практически реальной деятельностью, предполагающей целостное видение человека (в предболезни, во время болезни или в период восстановления после болезни), учет всей совокупности значимых для него физических, психических и социальных переменных как необходимого условия оценки адекватности и эффективности мероприятий в области оказания медицинской и психологической помощи. Важнейшим положением такого подхода является стремление превратить пациента в осознанного и полноправного субъекта лечебно-восстановительного и реабилитационного процессов. Вместе с тем субъективный мир больного, со всей сложностью его переживаний и отношений, должен оставаться в поле пристального внимания представителей лечебного сообщества, поскольку проблемы со здоровьем (в том числе и психическим) являются очевидными фрустраторами для зрелой личности; они в той или иной степени блокируют ее актуальные потребности, снижая уровень КЖ или благополучия.

В этом плане концепцию КЖ, обогащенную идеями гуманитарной парадигмы в медицине и гуманистической психологии в психотерапии, актуально рассматривать с позиций более общей и междисциплинарной концепции — психической адаптации человека (Вассерман Л. И. с соавт., 2001), ее многомерной функциональной системы, включающей биологические и психосоциальные компоненты. Последним отводится ведущая роль в субъективной оценке значимости личностных и средовых факторов в процессе болезни. Поэтому КЖ как сложный психосоциальный конструкт можно определить как совокупность переживаний и отношений человека (больного или здорового), которые органично связаны с субъективным пониманием ценности здоровья и потребностями в самореализации, в том числе и в условиях болезни.

Таким образом, связанное со здоровьем КЖ будет в значительной мере определяться отношением к здоровью как жизненной ценности, осознание которой в полной мере приходит с болезнью. Такое понимание четко интерпретируется с позиций теории отношений личности В. Н. Мясищева

(Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999). Психологические механизмы влияния болезни на личность и ее благополучие должны рассматриваться в связи с изменениями всего ядра личности в контексте реальной жизненной ситуации человека.

Существуют две основные тенденции в определении КЖ: относительно объективная (физическое и эмоциональное состояние, поведенческая активность, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус и др.) и субъективная, в которой основное значение в КЖ отводится удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни (Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П., 1999; Kendric A., 1997). Трудности в определении КЖ существенно снижаются, если рассматривать формирование этого феномена не как процесс, а как сложный, многокомпонентный личностный конструкт, отражающий и структурные, и уровневые механизмы формирования сферы здоровья человека. К ним относятся: знание и понимание проблем, связанных со здоровьем, и отношение к здоровью и болезни, удовлетворенность физическим, психическим и социальным функционированием в соответствующей культуре. Все сказанное следует рассматривать через призму клинической картины болезни и с учетом отношения в обществе к тем или иным заболеваниям и ограничениям, которые болезнь (а подчас и общество) накладывает на возможности самореализации больных. Иначе говоря, методология изучения КЖ должна строиться на основе биопсихосоциального подхода к нарушениям психической адаптации. Каждый из компонентов психической адаптации (биологический, личностный или социально-средовой), отличаясь своеобразием, вносит свой вклад в общий адаптационный потенциал. Нарушения адаптации, а следовательно, и изменения КЖ развиваются при дезинтеграции всей системы, но роль отдельных компонентов (подсистем) является подчас решающей для понимания механизмов срыва компенсаторных механизмов. Представляется, что такой подход чрезвычайно важен для выбора целей и средств компенсаторных воздействий и оценки их эффективности с использованием оценок КЖ.

Опыт разработки методологии исследования КЖ, в частности у больных эпилепсией (Вассерман Л. И. с соавт., 2001), дает возможность оценить

психологическое содержание и уровневые характеристики отдельных структурных компонентов КЖ, которые позволяют целенаправленно решать упомянутые задачи. К таким компонентам, в частности, относятся: уровень социальной фрустрированности, доминирующие аффективные проявления, отношение к болезни (внутренняя картина болезни), стратегии преодоления больными стрессовых ситуаций (включая стресс болезни), механизмы психологической защиты и система ценностного сознания. Данные характеристики, получаемые объективно с помощью компактных и доступных врачу психолого-диагностических методик, позволят определять содержательные «мишени» для направленных психотерапевтических и психосоциальных воздействий на различных этапах реабилитационного процесса и вторичной психопрофилактики.

В данном пособии отражены результаты комплексного исследования психологической структуры КЖ больных эпилепсией. Это фрагмент исследовательского проекта «Реабилитация и КЖ больных эпилепсией» института им. В. М. Бехтерева, выполнявшегося в рамках программ ВОЗ.

Известно, что эпилепсия — распространенное пограничное нервно-психическое заболевание с полиморфной клинической картиной и сложным прогнозом, несмотря на несомненные успехи лекарственной терапии и хирургического лечения в тяжелых случаях.

Наш опыт и анализ литературы по КЖ больных эпилепсией (Kendric, 1997 и др.) показывает, что у больных с этим диагнозом возникает множество проблем, связанных не только с клиническими проявлениями болезни, обусловленными мозговой патологией, но и с отношением больных к болезни, к необходимости постоянно принимать лекарства, с отношением общества к больным, которое не всегда обоснованно ограничивает их стремление к получению образования, к профессиональной деятельности, созданию семьи и т. п. (Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А., 2001 и др.). Снижение социальной активности больных оказывает значительное влияние на их КЖ. Диагноз «эпилепсия» уже

является мощным фрустрирующим фактором для больного и его родственников. Даже значительное урежение пароксизмов не избавляет многих больных от страха их возобновления. А между тем у более чем 50% больных удается при адекватном лечении получить ремиссию припадков и их психических эквивалентов (Громов С. А., 2004).

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что расстройства личностно-средового взаимодействия и другие психосоциальные механизмы (наряду с клиническими факторами), опосредующие адаптацию больных эпилепсией к болезни, являются, вероятно, наиболее существенными факторами оценки уровня КЖ.

Отсюда основная цель исследования, результаты которого в обобщенной форме представлены в пособии: показать роль и влияние на КЖ индивидуально-личностных и психосоциальных характеристик больных эпилепсией (в контексте проблем «болезнь — личность» и «личность — болезнь»), а также разработать методические — психологодиагностические — подходы, с помощью которых эти вопросы могут решаться не только в научных исследованиях, но и в клинической практике.

### **Показания**

Показанием к применению данной методологии является необходимость в обосновании психосоциального раздела функционального диагноза больных эпилепсией, в особенности если в межпароксизмальном периоде отмечаются аффективные, астенические, сомато-вегетативные и личностно-поведенческие расстройства разной степени выраженности, которые можно отнести преимущественно к разделу нарушений психической адаптации (F 43.2 по МКБ-10). Специфика указанных структурных компонентов, определяющих КЖ, должна учитываться при обосновании и проведении лечебно-восстановительных

и реабилитационных мероприятий в стационарах, а также в практике диспансерного наблюдения и периодического обследования.

### **Противопоказания**

Противопоказаниями могут являться: выраженное интеллектуально-мнестическое снижение больных или склонности к статусному течению; плохое знание языка общения.

Программа не может реализовываться у детей и подростков младше 12–14 лет.

### **Материально-техническое обеспечение**

Тестовые методики психологической диагностики и критериально ориентированные шкалы для выявления личностных, эмоциональных и поведенческих характеристик больных эпилепсией. Применяются бланковые варианты методик, не требующих для анализа результатов специальной техники или технологических решений.

Возможна автоматизация опроса и обработка результатов по некоторым методикам на основе новых компьютерных технологий, для чего следует иметь на рабочем месте ПК уровня «Пентиум» и сертифицированное программное обеспечение.

### **Описание метода**

#### *1. Стигматизация больных эпилепсией*

Как результат медико-социологического исследования представлены данные изучения особенностей стигматизации больных с эпилепсией или эпилептиформными припадками, отличить которые от собственно

эпилептических может только специалист (и то не всегда). Понятие стигматизации (стигма — клеймо, «ярлык», признак негативного качества, заболевание и т. п.) давно и хорошо известно, особенно в психиатрии, однако в исследовательскую практику в медицине и медицинской социологии вошло относительно недавно (Серебрянская Л. Я. с соавт., 2002; Финзен А., 2001).

Изучение этого феномена привлекло специалистов прежде всего в области реабилитологии, в связи с интересом к личности больных и инвалидов, к этическим принципам в медицине и клинической психологии (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 2003).

В рамках проекта «Реабилитация и качество жизни больных эпилепсией» нами предпринята первая широкомасштабная попытка исследования стигматизации и стигматизирующих факторов на большом и репрезентативном материале\*. С этой целью разработана совместно клиническим психологом и эпилептологом (Л. И. Вассерман и В. А. Михайлов) специальная, строго структурированная анкета-опросник, пригодная для компьютерной обработки и создания банка психодиагностической информации. С помощью данного инструмента опрошено 483 респондента из различных регионов РФ. Предварительный анализ 144 анкет, заполненных жителями Санкт-Петербурга, позволил получить следующие результаты.

Возраст респондентов от 15 до 72 лет, средний возраст 30,6 года, представительство мужчин и женщин примерно равное. Полученные данные свидетельствуют о восприятии эпилепсии большинством опрошенных (79,2% респондентов) как неизлечимого заболевания, диагноз которого у себя или близкого человека большинство из них (68,1%) предпочло бы скрывать. Часть респондентов (11,8%) с недоверием относится к лицам, страдающим эпилепсией, а 11,1% опрошенных высказали колебания при ответе на вопрос — следует ли доверять такого рода больным. Еще более удручающим выглядит мнение опрошенных по поводу возможностей трудоустройства страдающих эпилепсией.

---

\* Первое в СНГ исследование стигматизации больных эпилепсией на ограниченном своеобразном этнокультуральном контингенте проведено с помощью миниформализованной анкеты в Бишкеке В. В. Соложенкиным и А. Г. Панкратовой.

60,4% респондентов считают, что большинство работодателей не возьмет на работу человека, страдающего этим заболеванием; 29,9% затруднились ответить на поставленный вопрос. 58,3% участвовавших в опросе полагают, что интеллект больных эпилепсией в целом не ниже, чем интеллект здорового человека, но 31,3% респондентов придерживаются мнения, что интеллектуальные способности страдающих этим заболеванием ниже, чем в целом в популяции. 41,7% опрошенных считают, что большинство людей боится больных эпилепсией, а 18,8% полагает, что люди нередко смотрят «свысока» на тех, кто лечится по поводу эпилепсии. Четвертая часть респондентов (25%) согласны с утверждением, что не следует вступать в брак с человеком, который когда-либо был обследован по поводу эпилепсии; у 21,5% этот вопрос вызвал затруднения при ответе.

Таким образом, проведенное исследование уже на предварительном этапе анализа позволило выявить высокий уровень стигматизации больных эпилепсией, отражающийся на их социальном функционировании, социальной адаптации и других аспектах, снижающих качество жизни. Полученные данные согласуются с мнением многих отечественных и зарубежных исследователей о том, что социальные и психологические проблемы для больных эпилепсией нередко являются более серьезными, чем припадки и другие пароксизмальные проявления болезни. Часто пациенты испытывают отчетливые затруднения в связи с низкой осведомленностью общества по проблеме эпилепсии, результатом чего и является стигматизация больных, обусловленная, по-видимому, также и жесткими социально-трудовыми ограничениями и социальной дискриминацией людей, страдающих данным заболеванием. Оказалось, что социум не готов осознать тот факт, что эпилепсию при определенных условиях можно вылечить, а больного реадаптировать в общество (Громов С. А., Лобзин В. С., 1993), что должно достигаться, в частности, и решением проблемы дестигматизации — одной из важнейших в системе вторичной профилактики и улучшения КЖ больных эпилепсией.

Одной из попыток решения социальных проблем больных эпилепсией, включая проблему стигматизации, является создание общественных организаций лиц, страдающих этим заболеванием. В апреле 2003 года при участии специалистов института им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербургского городского эпилептологического центра и кафедры нервных болезней Педиатрической медицинской академии была создана региональная общественная организация инвалидов «Санкт-Петербургское общество страдающих эпилепсией». Ставя своей целью достижение оптимального для реальной клинической ситуации КЖ людей, страдающих эпилепсией, организация в качестве главной задачи выделяет создание социальных условий (в том числе и за счет предоставления нужной информации), способствующих всемерному проявлению социальной активности больных. В качестве приоритетных также рассматриваются следующие задачи: предоставление каждому больному эпилепсией возможности получения специализированной медицинской помощи; обеспечение необходимыми лекарственными средствами, включая препараты нового поколения; распространение научных знаний о природе заболевания и перспективах его лечения, возможностях дестигматизации и коррекции поведения, особенно в проблемных и стрессогенных условиях, а также в условиях неоправданной социальной дискриминации. Большое внимание уделяется вопросам профессиональной и семейной реабилитации больных, состоящих на учете. Представляется, что опыт создания такой организации может быть востребован в крупных городах и мегаполисах России.

## *2. Уровень социальной фрустрированности (УСФ)*

Под социальной фрустрированностью (СФ) автором понимается ситуация блокирования актуальных психосоциальных потребностей какими-либо внешними обстоятельствами, результатом чего могут быть нарушения психической (психологической) адаптации (Вассерман Л. И., 1995).

УСФ определялся впервые с целью изучения психологической структуры качества жизни (КЖ) в рамках исследовательского проекта ВОЗ. Известно, что у больных эпилепсией проблема КЖ связана не только с клиническими проявлениями болезни и необходимостью постоянно принимать лекарства, но и с отношением к болезни, с фрустрирующими больных внешними обстоятельствами, ограничивающими их социальную активность и стремление к самореализации. Диагноз «эпилепсия» является мощным фрустрирующим фактором и для больных, и для их ближайшего социального окружения, создавая условия для интер- и интрапсихических конфликтов. Актуальны проблемы с обучением, трудоустройством, созданием семьи, повышением благосостояния за счет собственного труда. Известно, что социальная поддержка (семья, друзья, коллеги по работе) создают у больных ощущение большей защищенности, благополучия и интегрированности с социумом. Вот почему необходима оценка роли и влияния социально-средовых факторов на формирование КЖ у больных эпилепсией. В этом контексте оценка параметров СФ позволяет наполнить понятие КЖ конкретным содержанием с позиций социального функционирования личности, что имеет психопрофилактическое и психотерапевтическое значение.

Исследование СФ больных эпилепсией было реализовано по двум направлениям: в рамках клинико-эпидемиологического исследования 1073 больных эпилепсией в среднепромышленном городе\* и более прицельно, с применением большой «батареи» психодиагностических методик, в СПб Городском эпилептологическом центре, а также в отделении эпилепсии Института им. В. М. Бехтерева. Носителем информации являлась формализованная история болезни для компьютерной обработки и анализа.

Исследование проводилось с помощью оригинальной методики — шкалы УСФ, разработанной в Институте им. В. М. Бехтерева (Вассерман Л. И., 1995; Вассерман Л. И. и соавт., 2004).

---

\* Диссертационная работа А. А. Стародумова, выполненная в г. Кирове под руководством В. И. Багаева и Л. И. Вассермана (1999).

Результаты эпидемиологического исследования позволили установить, что в целом у больных эпилепсией имеет место умеренный уровень СФ. Индекс общей СФ —  $2,6 \pm 0,1$ .

Вместе с тем, выявлены достоверные различия по отдельным субшкалам методики УСФ. Взаимоотношения с родными, близкими и с ближайшим социальным окружением в целом удовлетворяют больных. Социальный статус, социально-экономическое положение, здоровье и работоспособность — не удовлетворяют. Иными словами, у больных эпилепсией наиболее выраженными фрустраторами являются блоки социального статуса, социально-экономического положения, здоровья и работоспособности.

Оценивая содержание социально-фрустрирующих факторов у больных эпилепсией, необходимо учитывать «сферы субъективного приоритета» и «гиперсоциальность», которые, вероятно, определяют большую значимость для больных (в контексте системы жизненных ценностей) социального положения, интересной работы, материального благополучия. Между тем стремление следовать устойчивым социальным нормам блокируется не только болезнью, но и многочисленными социальными ограничениями, а также, в ряде случаев, изменениями личности больных, не располагающих необходимыми ресурсами для преодоления стресса болезни даже без интеллектуального снижения.

Анализ взаимосвязей социальных и клинических характеристик показал, что наиболее высокая СФ наблюдается у больных с последствиями черепно-мозговой травмы, особенно при ее сочетании с алкогольной зависимостью.

СФ достоверно выше также у лиц, не состоящих в браке, у инвалидов и безработных, у больных с аффективной нестабильностью и изменениями личности, с завышенной самооценкой, выбором реально труднодостижимой социальной роли и стремлением к социально-экономическому успеху.

У больных с судорожным компонентом в формуле припадка общая социальная фрустрированность достоверно выше, чем у пациентов с бессудорожными пароксизмами. В наибольшей степени она определяется фрустрирующим влиянием состояния здоровья и внешними проявлениями

патологии, а также взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением, в то время как при бессудорожных припадках в структуре социальной фрустрированности наиболее высок индекс неудовлетворенности социальным статусом, здоровьем и социально-экономическим положением.

К повышению уровня СФ ведут частые и серийные пароксизмы.

Зависимость УСФ от длительности заболевания не носит линейного характера. Вначале (до 1 года) отмечается высокий уровень общей неудовлетворенности, что, несомненно, отражает фрустрирующую реакцию диагноза «эпилепсия» и ее клинических проявлений. С этим диагнозом, если он осознан больным (речь идет о подростках и взрослых), может быть связано блокирование жизненных планов и надежд относительно создания семьи, получения образования и т. п. Начало лечения и его положительный эффект у больных укрепляет веру в выздоровление и перспективу реализации актуальных потребностей, что и отражается в снижении уровня СФ в интервале от 1 до 5 лет. Вместе с тем, если полное купирование припадков не наступило или если появляются личностные изменения, уровень неудовлетворенности (УСФ) вновь возрастает, что демонстрирует соответствующий рисунок.

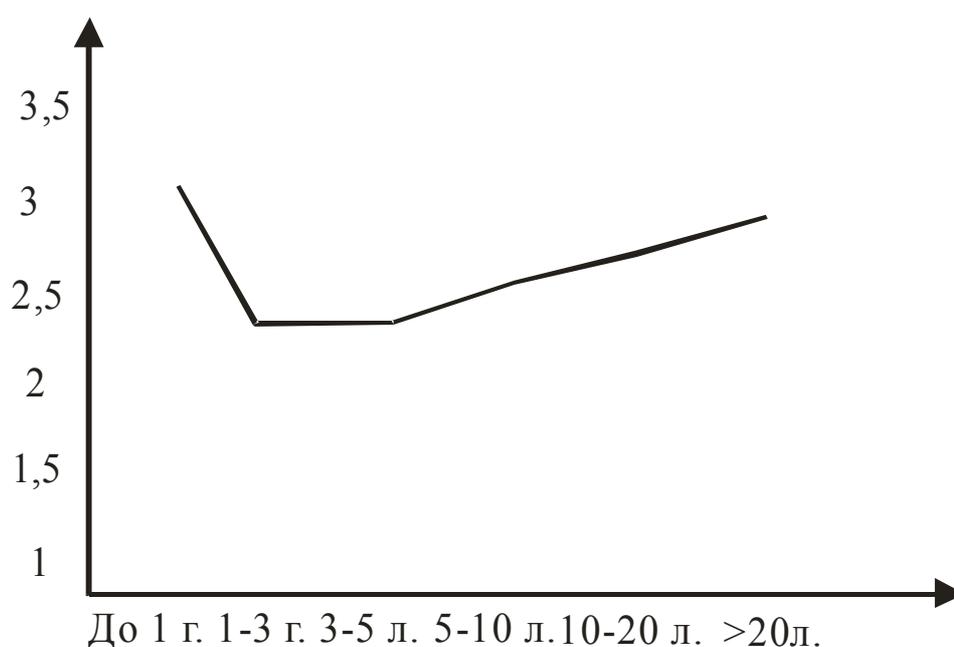


Рис. 1. Уровень СФ в зависимости от длительности заболевания

Многомерная медико-психологическая диагностика показала, что СФ как феномен положительно коррелирует с показателями уровня психической ригидности, ситуативной тревожности и агрессивности.

Таким образом, есть основание считать, что больные эпилепсией являются популяционной группой, подверженной массивному воздействию социально-фрустрирующих и «нозо-фрустрирующих» факторов. Сложное взаимодействие конкретных клинических, психологических и социальных аспектов в ситуации болезни является фактором риска дестабилизации ремиссий, что несомненно приводит к снижению КЖ.

Анализ взаимосвязи уровневых характеристик СФ больных со шкалами опросника КЖ выявил многочисленные и значимые связи между этими показателями. Наиболее существенными являются отрицательные взаимосвязи между общим уровнем СФ и субъективной удовлетворенностью важнейшими сферами КЖ: физической, психологической, уровнем независимости, окружающей средой, а также между общим уровнем социальной фрустрированности и итоговой оценкой КЖ по опроснику ВОЗКЖ-100. Иными словами, чем выше уровень СФ, тем ниже КЖ больных эпилепсией.

Рассматривая глобальные сферы качества жизни, мы видим, что не обнаруживается обратной связи уровня СФ только с одной из них — с духовной сферой. Это позволяет нам сделать предположение, что именно личные убеждения и система ценностных ориентаций в ситуациях кризиса и стресса болезни, постоянно сопровождающих жизнедеятельность больных эпилепсией, помогают им, в известной мере, справляться с жизненными трудностями, являясь источником осмысленности жизни и принадлежности к социуму. Это обстоятельство несомненно следует учитывать, работая с подростками, для которых разработан отдельный вариант методики — УСФ-П.

В целом эффективность применения шкалы УСФ определяется возможностью существенно сократить время на позитивную диагностику и квалификацию психосоциальных факторов, определяющих нарушения психической адаптации и риск клинической дестабилизации больных эпилепсией.

Уже при экспресс-диагностике шкала УСФ позволяет получить оценку субъективной значимости психосоциальных факторов, осложняющих процесс адаптации к болезни и снижающих КЖ, поэтому она может быть использована как инструмент психодиагностики при психопрофилактических исследованиях контингента учета больных эпилепсией.

### *3. Качество жизни больных эпилепсией (КЖ)*

Для измерения КЖ больных эпилепсией за рубежом используются различные инструменты, например Ливерпульская шкала КЖ и др. В нашей работе для исследования КЖ больных эпилепсией во взаимосвязи с уровнем социальной фрустрированности (СФ) впервые использовались адаптированная в Институте им В. М. Бехтерева шкала качества жизни ВОЗ — ВОЗКЖ-100 (WHOQL-100), в частности ее ядерный модуль, позволяющий измерить те аспекты КЖ, которые являются общими для всех людей (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Исследованы 146 больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении в отделении эпилепсии Института им. В. М. Бехтерева и состоящих на учете в СПб. Городском эпилептологическом центре. Средний возраст — 34 года; 36% — инвалиды, 36% — рабочие, 17% — безработные, 11% — служащие. У 56% выявлены преимущественно генерализованные, общесудорожные припадки, у 44% — парциальные (припадки височной эпилепсии) с вторичной генерализацией. У 85% больных клинически выявлены умеренно выраженные изменения личности.

Анализ результатов исследования показал, что больные эпилепсией оценивают КЖ по большинству из 32 параметров как среднее. Полярные оценки практически отсутствуют («очень плохое», «очень хорошее»), но две крупные сферы КЖ субъективно оцениваются больными как вполне благополучные: «духовная сфера» (60,9%) и «уровень независимости» (69,1%). Общее КЖ и состояние здоровья 19,1% пациентов определили как плохое, 41,8% — как

среднее, а 33,6% — как хорошее. Анализ оценок, данных пациентами отдельным субсферам КЖ, позволяет отметить, что самые низкие оценки приходятся на сферы «окружающая среда» и «финансовое положение». Последнее особенно угнетает пациентов в связи с необходимостью покупки дорогостоящих лекарств, что субъективно оценивается как один из ведущих факторов снижения КЖ. Низкая удовлетворенность доступностью и качеством медицинской и социальной помощи при ситуации высокой зависимости от лекарств и лечения также четко проявляется в ответах испытуемых. Более 50% опрошенных, независимо от тяжести заболевания, отмечают относительную сохранность работоспособности, способности выполнять повседневные дела, однако в большинстве своем пациенты переживают неспособность получать удовольствие от проведения досуга, в частности, в связи с тревожным ожиданием возможного припадка, особенно в общественном транспорте. Можно предположить, что при оценке работоспособности, подвижности, способности к выполнению повседневных дел проявляется характерная для больных эпилепсией тенденция к социальной гипернормативности, которая отмечена в специальной литературе (Болдырев А. И., 1978 и др.).

КЖ пациентов ухудшают: физический дискомфорт, повышенная утомляемость, расстройства сна и настроения (нехватка положительных эмоций и избыток отрицательных), то есть симптомы невротического регистра (F 4.0 по МКБ-10). Вместе с тем больные эпилепсией положительно оценивают наличие практической социальной поддержки и, что особенно важно отметить, свою способность справляться с жизненными трудностями.

Больные в возрасте до 18 лет выше оценивают уровень социальных отношений, чем пациенты более старшего возраста; женщины более высоко оценивают физическую сферу КЖ, уровень независимости и социальные отношения.

Анализ 32 оценок сфер и субсфер опросника КЖ показал, что между группами больных с парциальными и генерализованными припадками имеются статистически существенные различия по 6 параметрам КЖ: «энергия и

усталость», «сон и отдых», «внешность (образ тела)», «транспорт», «физическая сфера», «психологическая сфера». По каждому из них оценки ниже у больных с парциальными припадками, что отражает более дезадаптивный характер отношения к болезни у больных с височной формой эпилепсии (Вассерман Л. И., 1989).

Характерно также, что больные с частыми припадками отличались более низкой субъективной оценкой КЖ и состояния здоровья в целом, а наиболее высокие средние баллы по субсферам работоспособности и подвижности набрали пациенты с более ранним началом заболевания (до 18–19 лет), что может свидетельствовать о более успешной адаптации к болезни у лиц, заболевших в подростковом или юношеском возрасте и получавших адекватную терапию на фоне социальной поддержки со стороны семьи.

Отметим, что работающие больные выше оценивали КЖ, в том числе уровень независимости, социальные отношения и духовную сферу. Пациенты-инвалиды (по ВТЭК) значительно ниже оценивали как общее КЖ, так и почти все отдельные ее субсферы. Тенденцию к более высокому КЖ демонстрировали пациенты, имеющие семью.

Анализ взаимосвязи КЖ с уровнем социальной фрустрированности больных выявил статистически достоверные многочисленные корреляционные связи уровня социальной фрустрированности с субъективной удовлетворенностью различными сферами жизненного функционирования больных эпилепсией.

Так, установлены отрицательные корреляции между общим уровнем СФ и субъективной удовлетворенностью важнейшими сферами КЖ: физической, психологической, уровнем независимости, окружающей средой, а также между общим уровнем социальной фрустрированности и итоговой оценкой качества жизни по опроснику ВОЗКЖ-100. Как указывалось выше, чем выше уровень социальной фрустрированности, тем ниже качество жизни больных эпилепсией. Вместе с тем следует отметить, что 37,5% больных недостаточно удовлетворены образованием, сферой деятельности (если она есть), социальным положением,

состоянием здоровья и работоспособностью. Это еще раз подчеркивает, что более фрустрирующими для больных эпилепсией являются социогенные факторы и отношение общества к ним, что особенно выявлено у инвалидов и у лиц с низким уровнем образования.

Анализ «глобальных» сфер КЖ, таким образом, убедительно доказывает, что относительная гармоничность ценностного сознания, даже в условиях кризиса и стресса болезни, постоянно сопровождающих жизнедеятельность больных эпилепсией (за исключением тяжелых форм и прогрессирующей деменции), помогает им, в известной мере, социально адаптироваться, справляться с жизненными трудностями и считать себя полноправными членами социума.

Представляют интерес также данные, полученные при изучении динамики показателей КЖ у больных эпилепсией в процессе восстановительной терапии, которая является, как известно, этапом реабилитации. Именно на этом этапе планируются реабилитационные программы, определяется «реабилитационный потенциал» пациента и прогнозируются возможности реадaptации в целом. На этапе восстановительной терапии выясняются некоторые этиологические факторы и патогенетические механизмы заболевания, уточняется диагноз, форма эпилепсии, характер, частота и тяжесть припадков, изменения в психической сфере и личностные девиации, эффективность медикаментозных методов лечения и уровень психической адаптации в целом. Восстановительная терапия осуществляется преимущественно в специализированных стационарах или эпилептологических центрах (если таковые имеются), что позволяет провести комплексное клиническое, в том числе отвечающее современным требованиям инструментальное и психологическое обследования, важные и существенные для адекватного выбора терапевтических и психотерапевтических «мишеней», мониторинга состояния больного в процессе лечения и контроля за его эффективностью с применением, в частности, шкалы КЖ.

Например, исследование 110 больных эпилепсией, проходивших этап восстановительной терапии в отделении эпилепсии Института

им. В. М. Бехтерева, проводилось при поступлении и в динамике процесса восстановительного лечения.

Выявлено, что 13% больных оценивали КЖ как низкое и 51% — как среднее. Субъективная оценка качества жизни у больных с вторично генерализованными парциальными припадками оказалось ниже, чем у пациентов с генерализованными припадками. В процессе восстановительной терапии была выявлена положительная динамика показателей КЖ по всем сферам ВОЗКЖ-100; по четырем из них (физическая, психологическая, социальные взаимоотношения, духовная) эта динамика была наиболее отчетливой и достоверной. При этом интегральная оценка КЖ высокозначимо коррелировала с достигнутым клиническим эффектом. Наиболее существенные сдвиги в оценке КЖ были выявлены у пациентов с полным или почти полным прекращением припадков (сокращение их числа на 75% и более).

Эти результаты согласуются с данными исследования КЖ у больных в период стойкой и многолетней (3 года и более) ремиссией припадков. По большинству параметров опросника ВОЗКЖ-100 пациенты оценивали качество жизни как хорошее, а у ряда исследованных по отдельным показателям имели место «очень хорошие» оценки (Михайлов В. А. и соавт., 2000).

Примечательно, что в период стационарного лечения у большинства больных снижается оценка КЖ в сфере «уровень независимости» за счет субсферы «зависимость от лекарств и лечения», что, по нашему мнению, на этапе восстановительной терапии является положительным фактором, способствующим комплайенсу и свидетельствующим о высокой значимости для больного проводимой противоэпилептической терапии. В действительности, клинический опыт показывает, что больные с так называемой «контролируемой» эпилепсией (Громов С. А., 2004), в особенности с многолетней ремиссией заболевания, очень педантично выполняют рекомендации врача. Они во многом связывают успехи своего лечения, позволяющие значительно расширить их социальные возможности, с правильно подобранной лекарственной терапией.

Отмеченные изменения КЖ важны прежде всего для формирования у больных оптимистической «модели ожидания» выздоровления или существенного улучшения самочувствия и благополучия, основанных, в том числе, на сохранении общей системы ценностей и духовной сферы, повышающих их личностный адаптивный потенциал при наличии социальной поддержки.

#### *4. Аффективные нарушения и КЖ у больных эпилепсией*

Учитывая то, что среди вторичных психических расстройств у больных эпилепсией на первом месте стоят различные невротические и невротоподобные расстройства, как обусловленные реакцией личности на заболевание, так и связанные с внешними средовыми и ситуативными психологическими влияниями, одной из задач данного исследования являлось изучение уровня тревоги и депрессии у больных в их взаимосвязи с показателями КЖ. При этом мы руководствовались описаниями симптомов в соответствующих разделах МКБ-10: F 06.3 — F 06.6, F 34.1, а также F 43.2 и др.

Уровень тревоги, как субъективного переживания угрозы личности в случаях нарушения личностно-средового взаимодействия, и личностной тревожности как фундаментальной составляющей личностной типологии человека определялся с помощью методики «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., 2001). Оригинальная методика позволяет рассматривать изучаемое состояние с дифференцированных позиций, выделяя 5 шкал в общей структуре тревоги и тревожности.

При анализе результатов выявлено, что личностная тревожность (30 баллов — 55,45% обследованных) у больных эпилепсией преобладает над ситуативной (14 баллов — 26%), отражая механизмы формирования в онтогенезе. По-видимому, можно говорить о мозговой дефицитарности, результатом которой явилась эпилепсия, а также изменения в эмоционально-аффективной сфере, содержательно характеризующие личностную тревожность: эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспектив, астенические компоненты

тревожности, в меньшей степени — фобические компоненты. Частоты различных уровней тревоги и тревожности у больных эпилепсией представлены в табл. 1.

Таблица 1

Уровни ситуативной и личностной тревожности у больных эпилепсией, абсолютные величины шкальных оценок (%)

| Шкалы                        | Ситуативная тревожность |                    |                 | Личностная тревожность |                    |                 |
|------------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|--------------------|-----------------|
|                              | Низкий уровень          | Нормальный уровень | Высокий уровень | Низкий уровень         | Нормальный уровень | Высокий уровень |
| Общий показатель             | 28 (51,8)               | 12 (22,2)          | 14 (26)         | 5 (9,4)                | 19 (35,2)          | 30 (55,4)       |
| Эмоциональный дискомфорт     | 34 (63,0)               | 9 (16,6)           | 11 (20,4)       | 5 (9,4)                | 7 (13)             | 42 (77,6)       |
| Астенический компонент       | 31 (57,4)               | 12 (22,3)          | 11 (20,4)       | 11 (20,4)              | 16 (29,6)          | 27 (50)         |
| Фобический компонент         | 25 (46,3)               | 11 (20,4)          | 18 (33,3)       | 10 (18,6)              | 26 (48,2)          | 18 (33,2)       |
| Тревожная оценка перспективы | 16 (29,6)               | 22 (40,8)          | 16 (29,6)       | 11 (20,4)              | 15 (27,8)          | 28 (51,8)       |
| Социальная защита            | 24 (44,4)               | 12 (22,2)          | 24 (44,4)       | 22 (40,8)              | 15 (27,8)          | 17 (31,4)       |

Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных эпилепсией, обследованных в стационаре, характерны: сниженный эмоциональный фон, неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональная напряженность, элементы ажитации, астенические проявления (усталость, быстрая утомляемость, расстройства сна, вегетативная лабильность, вялость и пассивность), нарушения личностно-средового взаимодействия.

Высокий уровень ситуативной тревоги выявлен у 26% опрошенных, при этом более высокими оказались оценки по субшкалам «социальная защита», «фобический компонент тревожности» и «тревожная оценка перспектив», что свидетельствует о том, что на момент обследования у пациентов преобладали ощущения тревожного ожидания угрозы и навязчивые опасения, неуверенность в

себе, ощущение малоценности, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности, проявления тревожности в сфере социальных контактов. Следует отметить, что ощущения и переживания были весьма умеренно выраженными.

У лиц старше 40 лет личностная тревожность проявлялась более отчетливо в параметрах социальной защиты по сравнению с пациентами молодого возраста, что позволяет предположить диагностическую значимость развивающегося интрапсихического конфликта, в сфере коммуникативности и оценки окружающей среды как основного источника эмоционального напряжения.

У лиц, обучающихся в средне-специальных учреждениях, отчетливо преобладал астенический компонент ситуативной тревожности, что подчеркивает влияние органической патологии мозга на общую психическую активность и умственную работоспособность, в то время как у других обследуемых чаще выявлялись фобические компоненты личностной тревожности в виде навязчивых страхов и опасений, тревожных ожиданий припадков. Последнее обстоятельство более отчетливо выявлялось у больных — инвалидов I и II групп, отражая тяжесть болезни. Такая же картина наблюдалась и у больных с частыми припадками.

Пациенты со смешанными припадками проявляли бóльшую озабоченность будущим на фоне повышенной сенситивности и ранимости (шкала «тревожной оценки перспективы») в сравнении с испытуемыми, страдающими бессудорожной формой пароксизмов (вероятно, в силу их менее аутостигматизирующего влияния).

У больных с локализационно-обусловленной формой эпилепсии наблюдалась тенденция к большей выраженности эмоционального дискомфорта в ситуативной и личностной тревожности, тревожной оценки перспективы, в сравнении с генерализованной формой. Здесь очевидно влияние преимущественных очагов височной эпилепсии с учетом ее морфо-функциональной организации и связей с лимбико-ретикулярным комплексом.

Таким образом, для больных эпилепсией характерны разнообразные тревожные расстройства, проявляющиеся с различной степенью выраженности их структурных компонентов, в генезе которых играют роль и биологическая обусловленность, и психологические (психосоциальные) факторы — личностные реакции на болезнь. Такая дифференцированная оценка структуры тревоги и тревожности как личностной переменной позволяет дифференцированно назначать соответствующую терапию и целенаправленно работать с больными в психотерапевтическом плане.

Исследование уровня депрессии с помощью опросника В. Зунга (Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1988) выявило наличие минимальной, легкой депрессии у 46 (41,8%) пациентов, умеренной депрессии — у 14 (12,7%) больных, выраженная депрессия практически отсутствовала. Характерно, что умеренно выраженная депрессия наблюдалась у пациентов старше 40 лет (36,4%) и у пациентов длительностью заболевания более 5 лет.

Выявлены многочисленные отрицательные взаимосвязи между депрессией, как актуальным эмоциональным состоянием, и субъективной удовлетворенностью основными сферами КЖ (физической, психологической, уровнем независимости, социальными отношениями, окружающей средой), а также общей оценкой КЖ и уровнем социальной фрустрированности. Подтвердились клинически выявленные тенденции, свидетельствующие о том, что КЖ определяется многими переменными, в том числе и уровнем социальной фрустрированности и аффективными расстройствами.

Например, ситуативная тревожность и ее компоненты (эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, тревожная оценка перспективы) отрицательно коррелировали с физической, психологической сферами опросника КЖ: уровнем независимости, социальными отношениями, окружающей средой, общей оценкой КЖ. Соотношения личностной тревожности и КЖ показали, что со всеми сферами опросника ВОЗКЖ-100 отрицательно коррелировали только наиболее глубокие и устойчивые эмоциональные расстройства, такие как навязчивые страхи и опасения, в основе которых — витальная угроза очередного

припадков. В меньшей степени это касалось духовной сферы опросника ВОЗКЖ-100, что уже комментировалось выше.

### *5. Внутренняя картина болезни и КЖ больных эпилепсией*

Типология отношения к болезни (фактический синоним — внутренняя картина болезни — ВКБ) у больных эпилепсией в свое время была впервые и детально изучена на большом материале (358 больных) и представлена во многих публикациях (Вассерман Л. И., 1989 и др.). Изучение типов отношения к болезни в связи с анализом психологической структуры КЖ на более ограниченном контингенте стационарных и диспансерных больных эпилепсией показало принципиальное сходство уровневых и содержательных характеристик личностных реакций испытуемых на заболевание. Получение такого материала оказалось возможным благодаря применению оригинальной тестовой методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанной в Институте им. В. М. Бехтерева (Вассерман Л. И. с соавт., 1987). Эта методика позволяет оценивать параметры и содержательные характеристики триединства: когнитивных–эмоциональных–поведенческих компонентов формирования отношения к болезни, раскрывая, по существу, ее личностный смысл — стержневой фактор, определяющий КЖ. В методике 12 шкал, которые условно составляют 3 блока: 1) относительно адаптивный тип отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический); 2) блок дезадаптивных проявлений личностных реакций на болезнь преимущественно в аффективной сфере, и 3) блок поведенческих (патохарактерологических) отклонений.

Показано, что условно дезадаптивный характер реакций личности на болезнь в существенно большей степени выражен у больных с вторично-генерализованными комплексными парциальными припадками, с преимущественно височной локализацией очагов, личностно измененных, с большой длительностью заболевания и, особенно, с большой частотой припадков. Именно у такого рода больных доминируют эмоционально-аффективные

расстройства: меланхолические, тревожные, ипохондрические, неврастенические, апатические, сенситивные, эгоцентрические и дисфорические паттерны отношения к болезни. У больных с нечастыми первично-генерализованными общесудорожными припадками преобладает гармоничный (относительно реалистичный) тип отношения к болезни; более выражены эргопатические (уход в работу) и анозогностические тенденции. В обеих группах наиболее высокие оценки выявляются по шкале сенситивности. Это свидетельствует о ранимости, фрустрированности болезнью, о переживаниях больных в связи со своей социальной непохожестью на других (вне припадков эти больные, как правило, практически здоровы, что и стараются продемонстрировать окружающим), стигматизированности самим фактом диагноза «эпилепсия». Содержательный анализ особенностей переживания болезни уточнен при определении частотности выбора отдельных утверждений многошкального опросника «ТОБОЛ». При увеличении длительности заболевания (при градациях более 10 лет) существенно возрастают оценки всех шкал дезадаптивного типа, особенно ипохондрического (при резистентности к лечению или нарушениях в программе лечения по вине больного либо из-за социальной ситуации, например, невозможности регулярно принимать дорогие препараты и т. п., а также при отсутствии социальной поддержки со стороны семьи).

С урежением припадков и психопатологических проявлений в клинической картине болезни (аффективно-вегетативных, астенических нарушений, субъективных переживаний снижения психической активности, работоспособности, благорасположенности к окружающим и др.) заметно возрастают шкальные оценки гармонического и эргопатического типов отношения к болезни при снижении уровней тревожного, неврастенического, апатического и дисфорического типов, при том что уровень сенситивного типа практически не меняется по сравнению с первоначальным оцениванием. Это говорит о том, что личностный смысл болезни, глубинные, связанные с болезнью, переживания радикально не претерпевают фундаментальных изменений в связи с

лечением и реабилитационными мероприятиями, включающими и психотерапевтическую коррекцию «масштаба переживаний» болезни.

Следует также отметить, что типология отношения к болезни у больных эпилепсией (независимо от клинических характеристик) существенно соотносится с их медико-социальными характеристиками (инвалидность, изменения в трудовом и семейном статусе и др.). Так, среди больных-инвалидов, особенно — страдающих сложными парциальными припадками с изменениями личности, чаще выявляются дезадаптивные тенденции в виде аффективных нарушений и патохарактерологических изменений поведения: более отчетливая сосредоточенность на соматическом и психическом дискомфорте, преувеличение страданий, неверие в успех лечения, обидчивость, раздражительность и гневливость, вялое, пассивное подчинение процедурам лечения, подчас негативное отношение к врачу и медперсоналу, утрата интереса к жизни и др. Иными словами, речь идет о процессе дезадаптации больных и резком снижением КЖ.

Общими, сходными для обеих групп больных паттернами являлись сенситивный и тревожный, что подтвердилось на исследованной выборке больных последних лет. «Генеральным» психологическим механизмом, лежащим в основе отношения к болезни, с нашей точки зрения, является личностный смысл пароксизмальных феноменов как неоднократно повторяющихся психотравмирующих и фрустрирующих событий в реальной жизни больного. Чрезмерная тревожность, ранимость, озабоченность болезнью, опасения социальной изоляции и другие характеристики достоверно коррелируют с общим снижением КЖ, определяя его. Это обстоятельство заставляет больных либо избегать решения актуальных проблем в силу ограниченности своих возможностей, чувства малоценности и неприятия себя, либо искать социальную поддержку. Это отчетливо показали результаты исследования КЖ в соотношении с характеристиками совладающего со стрессом поведения (копинг-стратегиями) больных.

Отношение к болезни, несомненно, определяет стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения больных (следовательно, и КЖ) в настоящем и будущем. Эта стратегия может проявляться в различных формах: принятие «роли» больного, игнорирование или отрицание болезни, активная борьба с болезнью и угрозой социального отвержения, особенно в форме «ухода в работу» (если она есть) или другую замещающую деятельность. Характерно, что последние характеристики коррелируют с удовлетворительной оценкой КЖ и доминирующими механизмами психологической защиты (МПЗ): «отрицание», «проекция» и «вытеснение». Выделение этого «блока» МПЗ — предварительные результаты. Однако их сущностные характеристики в целом вполне согласуются и с результатами анализа ВКБ, и совладающего со стрессом поведения в соотношении с КЖ. Так, например, с помощью «отрицания», одной из самых незрелых форм психологических защит, личность отрицает либо фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства (болезнь), либо те аспекты внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, не признаются личностью (больным) (Вассерман Л. И. с соавт., 1999).

«Проекция» — также рано развивающийся в онтогенезе механизм психологической защиты, сущность которой в неосознаваемом отвержении собственных эмоционально неприемлемых установок или желаний, которые, по мнению испытуемых, имеют место у других людей. Негативный, социально мало одобряемый оттенок чувств, например агрессивность, недоброжелательность и другие свойства, являющиеся следствием конфликтов между реальным (невозможно!) и желаемым (хочу!), трансформируется в обвинение других лиц и может создавать конфликты вторичного порядка, что нередко наблюдается у больных эпилепсией.

«Вытеснение» — МПЗ, посредством которого эмоционально неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными и порождают попытку найти им какую-нибудь реальную или воображаемую замену. Так может формироваться у больных эпилепсией «компенсация» (или «гиперкомпенсация»), например, в форме

гиперсоциальных установок, анозогнозических или эргопатических паттернов отношения к болезни, а в стратегиях преодоления стресса — «избегания» (вытеснения) проблемных ситуаций.

#### *б. Стратегии преодоления стрессовых ситуаций и КЖ у больных эпилепсией*

Стратегии преодоления стрессовых (или сложных, проблемных, фрустрирующих) ситуаций исследовались в соотношениях с КЖ у 54 больных эпилепсией, состоявших на учете в СПб Городском эпилептологическом центре.

У 59% испытуемых длительность заболевания от года до 10 лет, у 41% — от 1 до 4-х припадков в год, парциальные припадки наблюдались у 64%, первично-генерализованные — у 34%, прочие — 2%.

Совладающее со стрессом поведение (копинг-стратегии, по Лазарусу) моделировалось с помощью специализированной экспресс-диагностической методики Д. Амирхана «Индикатор копинг-стратегий», созданной в 1990 году в США и адаптированной в России. Именно этот вариант методики был использован в нашем исследовании, поскольку он отличается краткостью и убедительными психометрическими характеристиками в определении структуры и уровней базисных копинг-стратегий (Ялтонский В. М., 1995). В опроснике выделены на основе факторизации 3 шкалы: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки» и «избегание решения проблем» (или «уклонение от их решения»). Условно 2 первых фактора (2 шкалы) считаются конструктивными, то есть отвечают требованиям относительно конструктивного поведения в решении проблем, субъективно трудноразрешимых при стрессогенных ситуациях. Выбранные ответы на ситуационно-специфические ситуации оцениваются и сопоставляются с данными нормативной выборки

Анализ результатов исследования приведены в табл. 2.

Средние значения баллов по методике «Индикатор копинг-стратегий»  
для больных эпилепсией

| Шкалы методики ИКС         | Средние значения баллов |
|----------------------------|-------------------------|
| Решение проблем            | 26,6                    |
| Поиск социальной поддержки | 23,8                    |
| Избегание решения проблем  | 19,9                    |

По данным авторов адаптации, указанные параметры относятся к низким — 19,9 балла, и к средним — 26,6 и 23,8 балла. Высоких и очень низких оценок получено не было. Обследованные больные проявили относительную устойчивость и адаптивность к моделируемым проблемным ситуациям, продемонстрировали соционормативные установки (как и в оценке КЖ, что отмечалось ранее). Вместе с тем не следует забывать, что это была группа больных амбулаторного учета с относительно стабильным состоянием, которые регулярно посещали врача-эпилептолога специализированного эпилептического центра преимущественно для коррекции лекарственной терапии или для консультаций по психосоциальным проблемам. Анализ соотношений структуры и уровней копинг-поведения больных с субъективной удовлетворенностью отдельными сферами КЖ (по общим шкалам) показал, что значимых корреляций между указанными характеристиками не выявлено. Вместе с тем обнаружены четкие и значимые отрицательные корреляции между шкалой «поиск социальной поддержки» и 4 субшкалами опросника ВОЗКЖ-100 (табл. 3).

Значимые корреляции между шкалой «поиск социальной поддержки» опросника ИКС и оценками по субшкалам опросника

| Параметры КЖ                            | Коэффициенты корреляций |
|---|-------------------------|
| Поиск социальной поддержки              |                         |
| Отрицательные эмоции                    | -0,29 (p < 0,05)        |
| Способность выполнять повседневные дела | -0,30 (p < 0,05)        |
| Способность к работе                    | -0,34 p < 0,05)         |
| Физическая безопасность и защищенность  | -0,31 (p < 0,05)        |

Данные результаты свидетельствуют о том, что чем ниже у больных эпилепсией работоспособность, активность, субъективные ощущения физической безопасности и доминирование отрицательных эмоций, тем более выраженной оказывается стратегия поиска социальной поддержки в микросоциуме, преимущественно в семье или ближайшем неморбидном окружении.

Совладающее поведение по типу «избегания» значимо и также отрицательно коррелирует уже с 15 параметрами опросника КЖ, среди которых оценки удовлетворенности важнейшими жизненными сферами: физической, психологической, уровнем независимости, общей оценкой КЖ и состояния здоровья. Из отдельных субшкал КЖ, также отрицательно коррелирующих со шкалой «избегание решения проблем», следует отметить: «физическая боль и дискомфорт», «сон», «образ тела и внешность», «отрицательные эмоции», «способность выполнять повседневные дела», «зависимость от лекарств и лечения», «работоспособность», «личные отношения», «физическая безопасность и защищенность», «возможности для приобретения информации» и итоговая оценка КЖ.

Таким образом, очевидно, что чем меньше больные удовлетворены своим физическим, эмоциональным состоянием, чем больше они испытывают

озабоченность различными социально-ситуативными обстоятельствами, осложняющими жизнедеятельность, например, «личными отношениями», «зависимостью от лекарств», «защищенностью» и т. п., тем отчетливее тенденции к избеганию (или вытеснению) решения проблем. Это обстоятельство в некоторой степени кажется парадоксальным, если учесть, что больные эпилепсией, как показано выше, в трудноразрешимых ситуациях ищут социальной поддержки или за счет гиперсоциальных установок стремятся решить проблемы сами (во всяком случае, больные это демонстрируют на модели эксперимента). Возможно, что «избегание решения проблем» является своеобразным механизмом психологической защиты, неосознаваемым стремлением «защититься» от угрозы «Я» в ситуациях, личностный смысл которых основан именно на угрозе физическому и психическому благополучию индивида. Такое совладающее со стрессом поведение (проявляющееся в эксперименте) свидетельствует об актуальном ожидании решения проблем больных от значимого социального окружения.

### *7. Ценностные ориентации больных эпилепсией*

Исследование КЖ больных эпилепсией показало, что они, как правило, довольно высоко оценивают свою работоспособность, подвижность, повседневную активность, что, вероятно, отражает известный в эпилептологии феномен — гиперсоциальные тенденции, то есть стремление больных к социальной гипернормативности как специфический, но не всегда осознаваемый способ защиты личности от тех ограничений, которые не всегда обоснованно формулируются социумом в отношении больных эпилепсией (Вассерман Л. И., 1989). В этой связи весьма характерным является высокая самооценка духовной сферы в системе КЖ, которая в сознании больных отражает их ценностное сознание, или систему ценностных ориентаций (ЦО). Относительно сохранная система ценностей — ценностное сознание является, вероятно, реальным механизмом активной жизнедеятельности больных, несмотря на жизненные

трудности (или вопреки им), вызванные болезнью. Концепция целостного видения человека с биопсихосоциальных позиций, современные методологические подходы к его изучению на основе концепции психической адаптации неизбежно затрагивают вопрос о способности объекта изучения (здорового или больного) к саморегуляции. Высшим уровнем саморегуляции поведения и саморегуляции личности, по мнению Б. Г. Ананьева, и являются ценностные ориентации. Поэтому исследование КЖ в ее структурном (системном) плане должно включать анализ ценностно-ориентационных образований, которые могут рассматриваться как иерархии личностных смыслов, установок или значимых отношений личности. Это особенно важно подчеркнуть в связи с развитием антропоцентрического подхода в медицине, реализуемого в концепции реабилитации. Добавим, что динамика ЦО отражает процесс приспособления больного к условиям болезни и важна для понимания защитно-приспособительных механизмов личности в процессе реабилитации (Вассерман Л. И., 1989).

Для исследования ценностных ориентаций использовалась методика М. Rokeach в адаптации В. А. Ядова, А. А. Гоштаутаса (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., 2003). Методика представляет собой два списка ценностей: терминальных, или ценностей-целей, и инструментальных, или ценностей-средств достижения цели. В каждом списке 18 ценностей. Изучалось ранговое значение каждой ценности в ряду с другими и на основе ранжирования оценивалось приоритетное значение тех смысловых образований, которые заключены в понятии «ценности», например «здоровье», «интересная работа», «активная деятельная жизнь» или «аккуратность», «исполнительность», «ответственность» и др. Данные исследования больных сопоставлялись с результатами исследования нормативной выборки\*.

Анализ среднегрупповых рангов 18 ценностей-целей показал, что для больных эпилепсией наибольшую субъективную значимость имеют ценности (в порядке убывания): «здоровье», «наличие хороших и верных друзей», «наличие

---

\* Медико-социологическое исследование в популяции было проведено В. А. Ядовым, А. А. Гоштаутасом.

хорошей обстановки в стране», «интересная работа» и т. д., наименьшую — «удовольствия», «свобода как независимость в поступках и действиях», «творчество» и т. д.

Из 18 инструментальных ценностей наиболее высокие ранги занимают: «ответственность», «воспитанность», «честность», «твердая воля» и т. д.

По сравнению с нормой, у больных эпилепсией, независимо от типов припадков, изменились места ценностей: «здоровье», «общая хорошая обстановка в стране», «интересная работа». На более высокие места в иерархии ценностей поднялись: «наличие хороших и верных друзей», «жизненная мудрость» и ряд других. Вместе с тем опустились на более низкие места ценности: «материально обеспеченная жизнь», «свобода», «творчество».

Анализ интегральных ранговых структур инструментальных ценностей (средств достижения жизненных целей) показал, что больные эпилепсией, по сравнению с нормой, отдают большее предпочтение: «аккуратности», «самоконтролю», «воспитанности», «твердой воле», «рационализму» и др. Факторный анализ выделил 22 фактора (охватывающих 90% суммарной дисперсии исходных данных). 37% — описывают 4 фактора, которые можно считать ведущими. Например, первый фактор (11% суммарных дисперсий) — фактор микро- и макронаправленности ценностных ориентаций: «счастливая семейная жизнь», «чуткость», «любовь», «материально обеспеченная жизнь». Фактор «здоровья», достоверно связанный с клиническими характеристиками больных, не вошел в «главные» 4 фактора по статистическим характеристикам, что подтверждает большее значение для больных эпилепсией отношения к ним в обществе, социально-психологические проблемы больных в связи с болезнью и стремление к адаптивному поведению. Еще раз подтверждается, что социально-фрустрирующие факторы для больных эпилепсией в свете их ценностного сознания видятся более значимыми для улучшения КЖ, чем разнообразные клинические проявления болезни. Однако динамика изменения КЖ отчетливо связана с интегральными характеристиками личности, где патоморфоз заболеваний играет несомненно существенную роль.

Таким образом, важно подчеркнуть, что у больных эпилепсией не отмечается глобальной деструкции ценностной системы по сравнению с нормативной выборкой. Они сохраняют вполне высокую идентификацию себя с микро- и макросоциальным окружением. Это касается в первую очередь ценностей-целей жизни. Инструментальные ценности, рассматриваемые как средства достижения целей, меняются в большей мере. В иерархии этих ценностей важное место занимают «ответственность», «твердая воля», «аккуратность», «честность», «самоконтроль», «исполнительность» и др. Вероятно, повышенное стремление следовать устойчивым социальным нормам (коррелирует с данными исследования КЖ) можно рассматривать в качестве важного механизма приспособительного поведения (Березин Ф. Б., 1988), в целом более характерного для больных с органической патологией мозга, в том числе с эпилепсией. При этом у больных эпилепсией (с учетом клинических характеристик) ценностная система недостаточно устойчива в противоборстве с реальной жизненной ситуацией — наличием припадков, угрозой инвалидности и т. п. Это обстоятельство, вероятно, и формирует упомянутую выше концепцию болезни, а следовательно, и качество жизни, которые тесно соотносятся с традиционными представлениями о данном заболевании в обществе и в определенной культуре (стигматизация) и, вероятно определяют особенности поведения и деятельности больных в реальной жизни.

### **Эффективность метода**

Заключается прежде всего в применении новой методологии исследования КЖ у больных эпилепсией в соотношении со структурно сложными психологическими феноменами и клинической картиной. Оценка структуры КЖ позволяет рассматривать содержательную, психосоциальную по своей сути структуру КЖ и тем самым уточнять «мишени» для психотерапии и социотерапии в комплексе лечебных мероприятий и оценки их эффективности. Таким образом,

субъективная оценка КЖ больными в процессе восстановительной терапии и реабилитации дополняется и подкрепляется данными объективного экспериментально-психологического исследования, что отражает требования ВОЗ к общей методологии исследования КЖ.

## Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности: Методические рекомендации МЗ РФ. — СПб., 1997.
2. Болдырев А.И. Социальные аспекты больных эпилепсией. — М., 1978.
3. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов МЗ РФ. — СПб., 1998.
4. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации МЗ РСФСР. — Л., 1987.
5. Вассерман Л.И. Структура и механизмы нарушений психических функций и личности у больных фокальной эпилепсией / Дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1989.
6. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. — 1995. — № 2. — С. 73–77.
7. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. и др. Концепция реабилитации и качество жизни: приемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. — С. 103–115.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. — М.–СПб., 2003.
9. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: Методические рекомендации МЗ и СР РФ. — 2004.
10. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. — СПб.: Образование, 1993. — 238 с.
11. Громов С.А. Контролируемая эпилепсия. — СПб.: «ИИЦ Балтика», 2004. — 302 с.

12. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999.
13. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985.
14. Михайлов В.А., Громов С.А., Флерова И.Л. и др. Исследование клинических и социально-психологических факторов, влияющих на качество жизни больных эпилепсией // Качество жизни в психоневрологии. Сб. тез. междунар. конф., 2000.
15. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб., 1999.
16. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации МЗ РФ. — Л., 1988.
17. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журн. неврол. и психиатр. — 2002.
18. Финзен А. Психоз и стигма. — М.: Изд-во «Алетейя», 2001.
19. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией / Дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 1995.
20. Mikhailov V.A., Wasserman L.I., Sinyakova A.V. Stigmatization and Quality of Life in Patients with Epilepsy. *Inter. J. of Mental Health*. — 2004 — Vol. 33. — № 3. — P. 6–10.

**Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева**

**ОПРОСНИК**

Предлагаемый вниманию наших респондентов краткий опросник представляет собой медико-социологическую анкету для анализа осведомленности различных групп населения относительно весьма распространенного заболевания – эпилепсии и системы отношения общества к больным, страдающим этим заболеванием. Результаты применения опросника будут направлены на решение социальных проблем и вопросов реабилитации больных эпилепсией.

**РЕСПОНДЕНТ**

1. Возраст: \_\_\_\_\_ 1\_\_
2. Пол: М-1 Ж-2 2\_\_
3. Место постоянного проживания: Москва, Санкт-Петербург – 1; областной центр –2; районный центр, посёлок, деревня -3 3\_\_
4. Образование: начальное-1; незаконченное среднее-2; среднее-3; среднее специальное-4; незаконченное высшее-5; высшее-6. 4\_\_
5. Род занятий: рабочий-1; работник сельского хозяйства-2; инженерно-технический работник-3; предприниматель-4; военнослужащий-5; творческий работник-6; учащийся-7; пенсионер-8; безработный-9, работник здравоохранения -10, работник системы образования -11, студент Колледжа, техникума \_\_\_\_\_ -12, студент ВУЗа \_\_\_\_\_ -13, 5\_\_  
Впишите профиль учебного заведения Впишите профиль ВУЗа
- руководитель учреждения -14

**ЧАСТЬ 1**

Как Вы относитесь к утверждению:

6. что больным эпилепсией доверять не следует 6\_\_  
 не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3
7. что не следует вступать в брак с человеком, который был когда-либо госпитализирован в больницу по поводу эпилепсии 7\_\_  
 не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3
8. что большинство людей “смотрят свысока” на тех, кто лечится по поводу эпилепсии 8\_\_  
 не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3

9. что интеллект у больных эпилепсией в целом не ниже, чем интеллект здорового человека 9\_\_  
не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3
10. что большинство работодателей не возьмет на работу человека, страдающего эпилепсией 10\_\_  
не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3
11. что большинство людей боится больных эпилепсией 11\_\_  
не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3
12. что большинство людей предпочло бы скрывать диагноз «эпилепсия» у себя или близкого человека 12\_\_  
не согласен-1 затрудняюсь ответить -2 согласен -3

## ЧАСТЬ 2

13. Есть ли среди Ваших соседей, знакомых, родственников, близких родственников (нужное подчеркнуть) больные эпилепсией? 13\_\_  
Нет-1 Сосед-2, знакомый-3, отец -4, мать-5, сын-6, дочь-7, бабушка \ дедушка -8, внук \ внучка -9, дядя \ тётя-10, племянник \ племянница – 11, двоюродный родственник- 12, троюродный родственник - 13
14. Видели ли Вы когда-нибудь эпилептический припадок? 14\_\_  
Нет-1 Да-2
15. Каковы по Вашему мнению причины возникновения эпилепсии? 15\_\_  
Заболевания внутренних органов-1; последствия черепно-мозговой травмы-2; последствия инфекционного заболевания головного мозга-3; наследственность-4; родовая травма-5; алкоголизм родителей-6; хронические стрессы-7, в том числе в детском возрасте-7; заражение от других людей-8; «божья кара»-9; действие сверхъестественных сил-10; сглаз, порча-11; неизвестные причины-12.
16. Какой орган или система организма преимущественно страдает при эпилепсии? 16\_\_  
Сердечно-сосудистая система- 1; головной мозг- 2; органы внутренней секреции-3; органы пищеварения-4; органы дыхания-5; опорно-двигательный аппарат-6; комплекс расстройств-7.
17. Каковы наиболее частые проявления эпилепсии: 17\_\_  
приступ головной боли-1; изменение настроения-2; неадекватное поведение-3; внезапная потеря сознания-4; судорожный припадок с потерей сознания-5; судорожный припадок без потери сознания-6, приступ в виде кратковременного выключения сознания без судорог – 7, приступ в виде выключения сознания, сопровождающийся неадекватными, немотивированными действиями и поступками - 8

18. Что может спровоцировать возникновение проявлений эпилепсии?  
 Физическое напряжение-1; эмоциональное напряжение-2; острое стрессовое состояние-3; заболевание внутренних органов-4; резкое повышение температуры тела-5; употребление алкоголя-6; употребление наркотиков-7; употребление других токсических средств-8; нарушение режима сна и отдыха-9; нарушение диеты-10; курение – 11. 18\_\_
19. Излечима ли эта болезнь? Нет-1 Да-2 19\_\_
20. Надо ли лечить больных эпилепсией? Нет-1 Да-2 20\_\_
21. Каков прогноз при квалифицированном лечении этого заболевания?  
 Полное излечение-1; уменьшение проявлений заболевания, но не полное излечение-2; только временное улучшение-3; затрудняюсь ответить-4; лечение бесперспективно-5; 21\_\_
22. Допустимо ли обучение детей страдающих эпилепсией детей в обычной школе? 22\_\_
- Нет-1 Да-2
23. Могут ли больные эпилепсией получить среднее специальное или высшее образование? 23\_\_
- Нет-1 Да-2
24. Могут ли больные эпилепсией вступать в брак? Нет-1 Да- 24\_\_  
 2
25. Могли бы Вы связать свою жизнь с человеком, страдающим эпилепсией? 25\_\_
- Нет-1 Да-2
26. Может ли больной эпилепсией быть допущен к вождению автотранспорта? 26\_\_  
 Не может ни при каких условиях-1; Затрудняюсь ответить- 2;; Может быть допущен к вождению личного автотранспорта при условии прекращения проявлений заболевания-3; Может быть допущен к вождению личного автотранспорта-4; Может водить любой автотранспорт-5;
27. Может ли больной эпилепсией заниматься спортом? 27\_\_  
 Нет-1; Затрудняюсь ответить-2; Только специальными комплексами лечебной физкультуры под наблюдением врача -3; Отдельными видами без риска для собственного здоровья или здоровья окружающих-4; Без ограничений-5;

28. Могут ли больные эпилепсией путешествовать? 28\_\_  
 Нет-1; Затрудняюсь ответить-2; Только в составе специальных групп под наблюдением врача-3;  
 Ограниченно, в зависимости от тяжести заболевания-4; Ограниченно в зависимости от маршрута-5; Без ограничений-6.
29. Отражается ли эпилепсия на качестве жизни и социальных возможностях (получение образования, трудоустройство, образование семьи, формирование круга друзей и знакомых – нужное подчеркнуть) человека, страдающего этим заболеванием? Не отражается – 1; затрудняюсь ответить –2; В некоторой степени ухудшает качество жизни и ограничивает социальные возможности – 3; Значительно ухудшает качество жизни и ограничивает социальные возможности – 4; драматически отражается на качестве жизни и социальных возможностях – 5. 29\_\_
30. Могут ли больные эпилепсией дети посещать обычный детский сад? 30\_\_  
 Нет-1; Только специальные коррекционные д \ с-2; Только с согласия родителей остальных детей – 3, только при отсутствии проявлений заболевания-4, Могут-5
31. Должен ли человек, страдающий эпилепсией, сообщать о своём заболевании при поступлении на работу: 31\_\_  
 Должен получить согласие трудового коллектива – 1  
 Должен сообщить администрации – 2  
 Должен сообщить только врачам при прохождении медицинской комиссии – 3  
 Может не сообщать никому - 4
32. Следует ли запретить людям с эпилепсией занимать руководящие должности 32\_\_  
 следует - 1, только наиболее важные- 2, не следует - 3
33. Разрешили бы Вы своему ребёнку играть со сверстником, страдающим эпилепсией? 33\_\_  
 Нет-1      Затрудняюсь ответить - 2      Да-3

34. Может ли человек, страдающий эпилепсией, быть допущен к работе по следующим специальностям: (вставьте Нет-1 Да-2 рядом с соответствующей буквой) 34\_\_
- a) Школьный учитель a. \_\_\_\_
  - b) Преподаватель ВУЗа b. \_\_\_\_
  - c) Инженер c. \_\_\_\_
  - d) Врач общей практики d. \_\_\_\_
  - e) продавец e. \_\_\_\_
  - f) автослесарь f. \_\_\_\_
  - g) массажист g. \_\_\_\_
  - h) главный бухгалтер h. \_\_\_\_
  - i) возможна трудовая деятельность только в лечебно-трудовых мастерских или на дому i. \_\_\_\_

35. Считаете ли Вы достаточными Ваши знания по проблеме эпилепсии? 35\_\_  
Нет-1, Да-2

36. Считаете ли вы необходимым рекомендовать средства массовой информации уделять проблеме эпилепсии больше внимания? 36\_\_  
Нет-1, Да-2

## Содержание

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>ПОКАЗАНИЯ.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>ОПИСАНИЕ МЕТОДА.....</b>  | <b>9</b>  |
| 1. Стигматизация больных эпилепсией.....   | 9         |
| 2. Уровень социальной фрустрированности (УСФ).....   | 12        |
| 3. Качество жизни больных эпилепсией (КЖ).....   | 17        |
| 4. Аффективные нарушения и КЖ у больных эпилепсией.....  | 22        |
| 5. Внутренняя картина болезни и КЖ больных эпилепсией.....   | 26        |
| 6. Стратегии преодоления стрессовых ситуаций и КЖ у больных эпилепсией.....                                  | 30        |
| 7. Ценностные ориентации больных эпилепсией.....   | 33        |
| <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....</b>   | <b>40</b> |
| <b>САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ<br/>ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА.....</b> | <b>40</b> |
| _____ Нет-1 _____ Да-2 .....   | 42        |
| Должен получить согласие трудового коллектива – 1.....   | 43        |
| <b>СОДЕРЖАНИЕ.....</b>   | <b>45</b> |