

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ ПРИ ЇЇ КОМОРБІДНОСТІ З ДЕПРЕСІЯМИ В ІНТЕРІКАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

ТМО «Психіатрія», Київ

Подано результати дослідження особливостей психологічного реагування на хворобу у пацієнтів із епілепсією з депресіями в інтерікальному періоді. Проаналізовано особливості сприйняття хвороби (когнітивні та емоційні аспекти), визначено рівень сприйняття її загрози та типи ставлення до неї. Визначені особливості психологічного реагування на хворобу зумовлюють підвищений рівень психоемоційного дистресу, потенціюють розвиток і поглиблення депресивної симптоматики.

Ключові слова: епілепсія, органічні, психогенні та ендогенні депресії, інтерікальний період, сприйняття хвороби, тип ставлення до хвороби.

Епілепсія є одним із найрозповсюдженіших неврологічних захворювань, яке пов'язується із цілим спектром психопатологічних порушень, що включають депресивні розлади, особистісні деформації, когнітивні дисфункції та епілептичні психози [1, 2]. Депресивні розлади відзначаються приблизно у 30–50% хворих на епілепсію, однак у клінічній практиці не завжди своєчасно діагностуються через нівелювання психічних симптомів неврологічними проявами та розмитість їх клінічної картини [3, 4]. Патогенетичні механізми розвитку депресій при епілепсії включають цілий комплекс чинників: сам реактивний процес та його наслідки (нейрохімічні, нейрофізіологічні й структурні порушення), вплив протиепілептичної терапії та психосоціальні фактори, з якими стикаються пацієнти з епілепсією [5, 6]. Психосоціальні чинники включають стигми та соціальну дискримінацію, пов'язані з діагнозом епілепсії, непередбачуваність нападів, неможливість їх контролювати, необхідність зміни стилю життя тощо [3, 6]. Реакція особистості на ці фактори, неприйняття власної хвороби та труднощі адаптації до неї потенціюють розвиток депресивної симптоматики. У свою чергу, дослідження та визначення особливостей особистісного реагування на хворобу, що пов'язані з формуванням депресивної симптоматики при епілепсії, потребують визначення для підвищення якості діагностики, терапії й профілактики депресій у пацієнтів із епілепсією.

Мета цього дослідження — вивчити особливості психологічного реагування на хворобу у пацієнтів з епілепсією при її коморбідності з депресіями.

У дослідження було залучено 149 пацієнтів з епілепсією (G40.0 — G40.8 за МКХ-10): 109 осіб із інтерікальними депресіями (41 хворий

з органічними депресивними розладами (F06.32), 31 — із психогенними депресивними розладами (F43.21 — F43.23), та 37 — з ендогенними депресіями (F32.0 — F32.2 та F33.0 — F33.2)), які увійшли до основних груп, та 40 осіб без депресивних розладів, з яких сформовано групу контролю.

Методи дослідження включали: стислий опитувальник сприйняття хвороби Е. Бродбента (VIPQ) [7] та психологічну діагностику типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ) [8].

Опитувальник VIPQ використовувався для визначення особливостей когнітивних уявлень та емоційного реагування хворих на наявність діагнозу епілепсія і ступеня психологічного стресу, що із цим пов'язаний (рис. 1).

Виявлено, що пацієнти з органічними депресіями найвищим чином оцінювали власну хворобу за шкалами її тривалості ($8,2 \pm 0,36$), ідентифікації симптомів ($7,6 \pm 0,43$), емоційного реагування ($7,5 \pm 0,51$), наслідків ($7,4 \pm 0,39$), занепокоєння хворобою ($7,3 \pm 0,45$) та контролю лікування ($7,2 \pm 0,44$), при цьому найнижчим чином відзначали зрозумілість хвороби ($4,4 \pm 0,47$) і можливість контролювати її прояви ($5,2 \pm 0,38$). Отже, вони сприймали власну хворобу як довготривалу, невиліковну, таку, яка буде завжди; відзначали відчуття багатьох виражених симптомів, значний негативний вплив хвороби на свій емоційний стан і власне життя, виявляли виражене занепокоєння нею та вказували на ефективність лікування, зазначаючи недостатнє розуміння власного захворювання й неможливість його особисто контролювати. Пацієнтів із органічними депресіями відрізняло те, що вони значно вище оцінювали вплив хвороби на власний емоційний стан ($7,5 \pm 0,51$) та менше розуміли власну

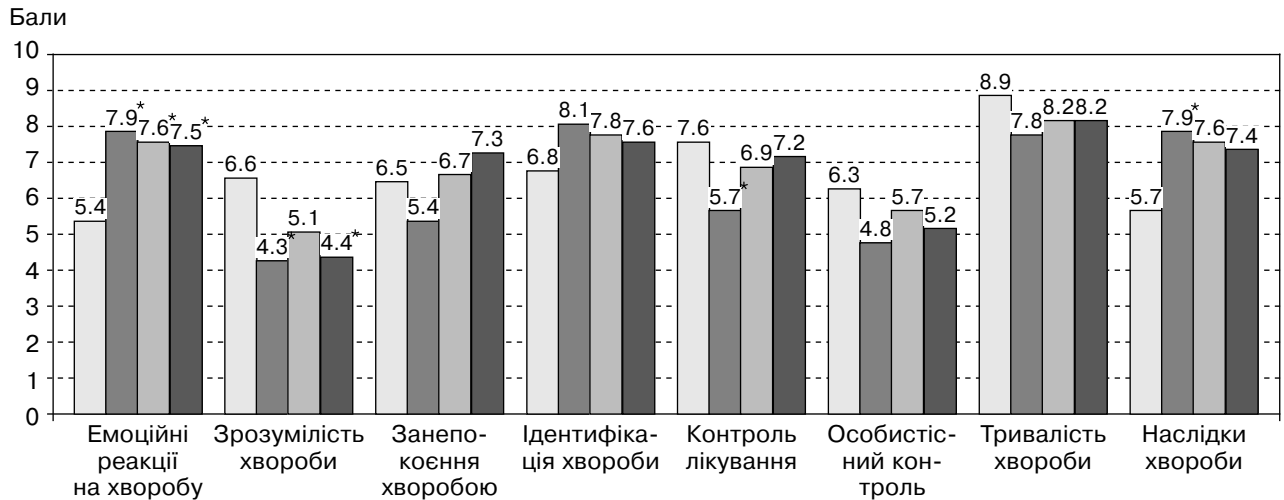


Рис. 1. Особливості сприйняття хвороби пацієнтами з епілепсією: * позначено статистично достовірні відмінності з контрольною групою (те саме на рис. 2, 3): □ — контрольна група, ■ — психогенні депресії (F 43.21 – 43.23), ■ — ендогенні депресії (F32 – F33), ■ — органічні депресії (F06.32)

хворобу ($4,4 \pm 0,47$), ніж особи контрольної групи ($5,4 \pm 0,48$ і $6,6 \pm 0,37$ відповідно, при $p \leq 0,05$).

При психогенних депресіях хворі на епілепсію дали найвищу оцінку тривалості хвороби ($8,2 \pm 0,34$ бала), відчуттю її симптомів ($7,8 \pm 0,42$), її впливу на емоційний стан ($7,6 \pm 0,52$) і життя в цілому ($7,6 \pm 0,46$), як і хворі з органічними депресіями, відзначали, що недостатньо розуміють ($5,1 \pm 0,34$) та контролюють ($5,7 \pm 0,41$) власну хворобу. Особи з психогенними депресіями вказували на значно вищий рівень впливу епілепсії на свій емоційний стан ($7,6 \pm 0,52$) і життя в цілому ($7,6 \pm 0,46$) при показниках $5,4 \pm 0,48$ та $5,7 \pm 0,50$ бала за такими шкалами у контрольній групі (при $p \leq 0,05$).

Уявлення про епілепсію у хворих з ендогенними депресіями відображалися високим рівнем відчуття різних симптомів ($8,1 \pm 0,35$ бала),

негативним впливом хвороби на емоційний стан ($7,9 \pm 0,43$), життя загалом ($7,9 \pm 0,46$) і визнання її довготривалості ($7,8 \pm 0,38$) при низькому рівні її зрозумілості ($4,3 \pm 0,49$) й особистісного контролю ($4,8 \pm 0,40$). При порівнянні з контрольною групою пацієнти з ендогенними депресіями значно вище оцінювали вплив епілепсії на свій емоційний стан ($7,9 \pm 0,43$), життя загалом ($7,9 \pm 0,46$), виявляли значно менший рівень розуміння хвороби ($4,3 \pm 0,49$) та негативніше сприймали можливості лікування ($5,7 \pm 0,39$), у контрольній групі показники за шкалами становили відповідно $5,4 \pm 0,48$; $5,7 \pm 0,50$; $6,6 \pm 0,37$; $7,6 \pm 0,42$ бала при $p \leq 0,05$.

Хворі контрольної групи найвищим чином оцінювали тривалість хвороби ($8,9 \pm 0,42$) та можливості лікування ($7,6 \pm 0,42$), при цьому меншою мірою — вплив хвороби на емоційний стан ($5,4 \pm 0,48$) та життя ($5,7 \pm 0,50$).

Аналіз результатів дослідження особливостей сприйняття хвороби дав змогу визначити загальний рівень загрози хвороби (рис. 2). Згідно з отриманими даними, у хворих із депресіями визначено вищі показники сприйняття загрозливості хвороби (при органічних депресіях — $21,2 \pm 1,12$ бала; при психогенних — $20,2 \pm 1,25$; при ендогенних — $22,3 \pm 1,18$, порівняно з контрольною групою ($12,8 \pm 1,22$), при $p \leq 0,01$).

Отримані результати свідчать, що хворі на епілепсію з депресіями характеризуються більш песимістичним, негативним сприйняттям хвороби, яка в їх уявленні значною мірою обумовлює емоційний стан (при всіх формах депресій), впливає на життя, обмежуючи його (при психогенних та ендогенних депресіях), не контролюється лікуванням (при ендогенних депресіях) та виявляється

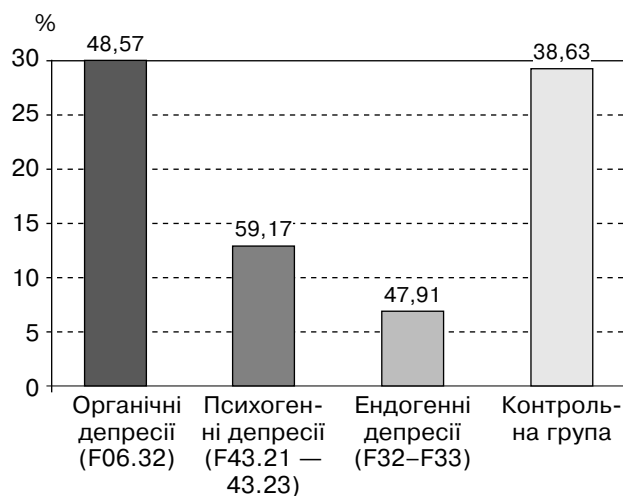


Рис. 2. Загальний рівень загрози хвороби у сприйнятті хворих на епілепсію за групами дослідження

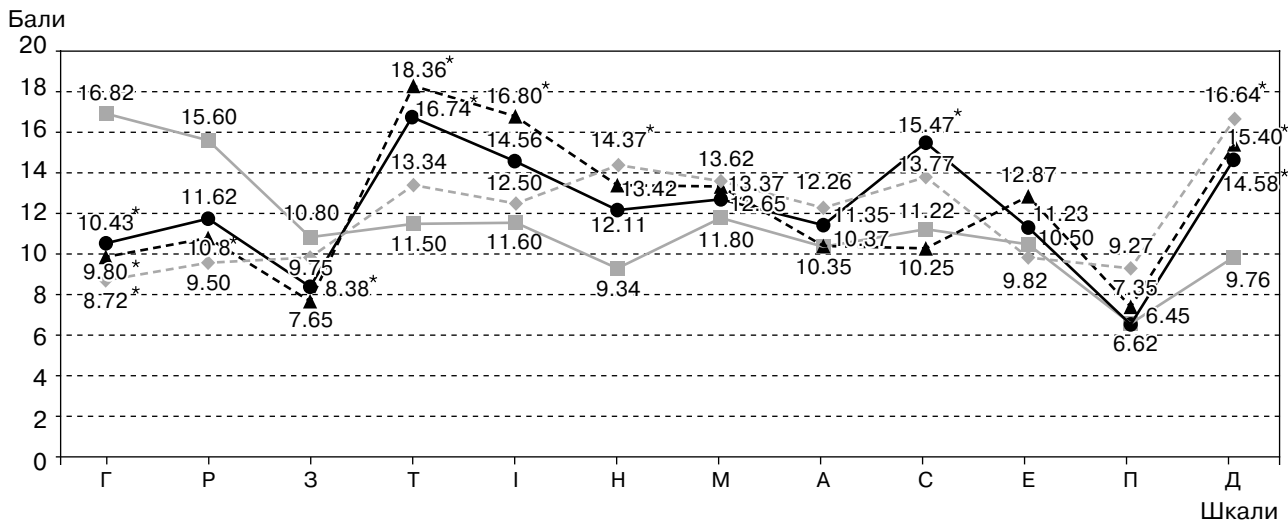


Рис. 3. Типи ставлення до хвороби у пацієнтів: Г — гармонійний, Р — ергопатичний, З — анозогнозичний, Т — тривожний, М — меланхолічний, А — апатичний, І — іпохондричний, Н — неврастенічний, С — сенситивний, Е — егоцентричний, П — паранояльний, Д — дисфоричний; —■— контрольна група, —●— психогенні депресії (F 43.21 — 43.23), —◆— ендогенні депресії (F32 — F33), —▲— органічні депресії (F06.32). Те саме на рис. 4

недостатньо зрозумілою (при органічних та ендогенних депресіях). Все це зумовлює підвищений рівень психоемоційного дистресу в пацієнтів, потенціуючи розвиток і поглиблюючи депресивну симптоматику.

Для дослідження особливостей ставлення до хвороби використано методику ТОБОЛ, узагальнені результати якої у графічному вигляді подано на рис. 3.

Згідно з отриманими даними, у пацієнтів з епілепсією з органічними депресіями визначалося переважання тривожного (18,36±1,62 бала), іпохондричного (16,8±2,23) та дисфоричного (15,4±2,08) типів ставлення до хвороби, які були значно більш вираженими, ніж у контрольній групі, де показники за цими типами такі: 11,5±1,67; 11,6±2,59 та 9,76±2,25 при $p \leq 0,05$. Ці типи визначають дезадаптивні варіанти ставлення до хвороби, перші два з яких характеризуються заглибленістю, центрованістю, зацикленістю на ній, що при тривожному типі визначається постійним занепокоєнням наслідками хвороби, її проявами, небезпекою лікування, ускладненнями тощо, а при іпохондричному типі — надмірною сконцентрованістю на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, гіперболізацією симптомів, постійними вимогами щодо додаткового обстеження й лікування. Дисфоричний тип ставлення до хвороби був спрямований назовні і виявлявся спалахами злоби та роздратування.

У пацієнтів із психогенними депресіями також діагностувались тривожний (16,74±1,66 бала), дисфоричний (14,58±2,12) та іпохондричний (14,56±1,78) типи ставлення до хвороби, перші два з яких були більш вираженими, ніж у хворих

контрольної групи (11,5±1,67 та 9,76±2,15 відповідно при $p \leq 0,05$). Окрім зазначених типів, в осіб із психогенними депресіями спостерігався також більш виражений порівняно з контрольною групою сенситивний тип реагування (15,47±2,34 і 11,22±2,16 бала, при $p \leq 0,05$), що відображалося надмірною вразливістю, чутливістю, занепокоєнням через можливість справити неприємне враження, сором'язливістю щодо своєї хвороби та страхом засудження з боку оточуючих.

При ендогенних депресіях домінуючим типом ставлення до хвороби був дисфоричний (16,64±1,89 бала), що виявився достовірно більш вираженим порівняно з контрольною групою (9,76±2,25 при $p \leq 0,05$). Окрім того, показник неврастенічного типу (14,37±2,11 бала) також був вищим порівняно з контрольною групою (9,34±1,67 при $p \leq 0,05$), це визначалося спалахами роздратування, розпачу, що змінювались розкаєнням та почуттям провини.

В осіб контрольної групи відзначалися гармонійний (16,82±2,45 бала) та ергопатичний (15,6±2,38) типи, які були значно менш представлені у хворих з депресіями (гармонійний тип у пацієнтів із органічними депресіями — 9,8±1,74 бала, при $p \leq 0,05$; гармонійний та ергопатичний — при ендогенних депресіях — 8,72±2,27 та 9,5±1,59 відповідно, при $p \leq 0,05$). Такі типи визначають адаптивні варіанти ставлення до хвороби, що включають реалістичну оцінку стану та можливість переключати власну активність, спрямовуючи її на інші сфери життя (роботу, інтереси, контакти з оточуючими тощо).

При розподілі типів ставлення до хвороби за блоками психічної адаптації/дезадаптації (рис. 4) установлено, що у хворих із депресіями

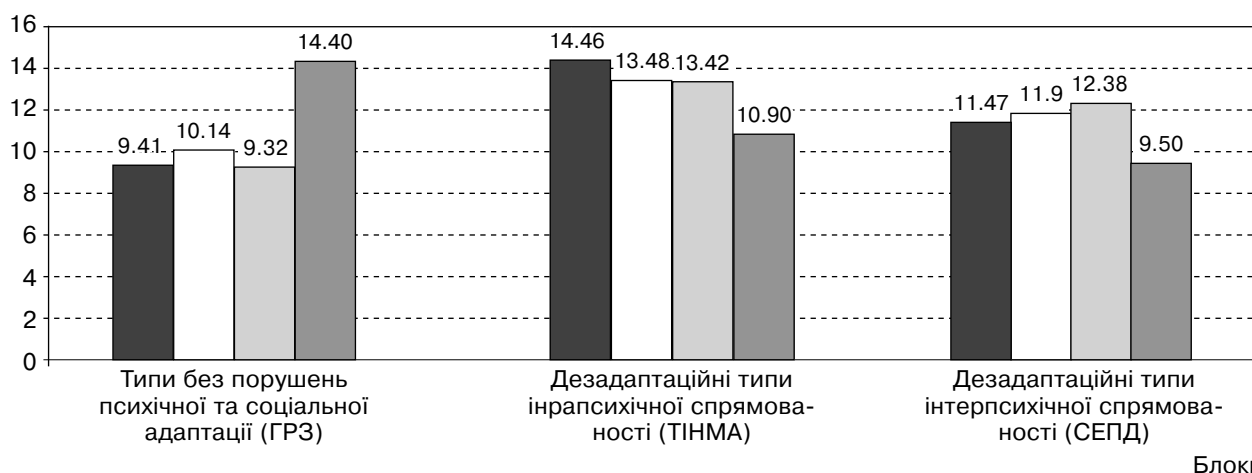


Рис. 4. Типи ставлення до хвороби за блоками психічної та соціальної адаптації обстежених пацієнтів:
 □ – контрольна група, ■ – психогенні депресії (F43.21 – 43.23), ▒ – ендогенні депресії (F32 – F33), ■ – органічні депресії (F06.32)

превалювали дезадаптаційні типи переважно інтрапсихічної спрямованості особистісного реагування на хворобу, що виявлялося у тривожних (при органічних та психогенних депресіях), неврастенічних (при ендогенних депресіях) та іпохондричних (при органічних депресіях) реакціях.

Окрім того, серед хворих із депресіями були більш представлені дезадаптаційні реакції інтерпсихічної спрямованості, що свідчать про різні варіанти дезадаптивної поведінки, спрямованої на міжособистісну взаємодію (дистимічний тип ставлення, що притаманний усім хворим із депресіями, та сенситивний — при психогенних депресіях). Водночас в осіб контрольної групи превалювали адаптивні типи ставлення до хвороби ($14,4 \pm 2,45$ бала) порівняно з хворими на органічні ($9,41 \pm 1,78$) та ендогенні ($9,32 \pm 2,06$) депресії, при $p \leq 0,05$.

Таким чином, аналіз особливостей психічного реагування на хворобу у пацієнтів із епілепсією довів, що особи з депресіями сприймають епілепсію як високо загрозливе захворювання та характеризуються неадаптивними типами ставлення до нього, що значно підвищує рівень їхнього психоемоційного дистресу, формуючи й поглиблюючи психопатологічну депресивну симптоматику. Отримані результати доцільно враховувати під час терапії й використовувати як мішені психотерапевтичної та психоосвітньої роботи.

Список літератури

1. Марценковський І. А. Епілепсія і коморбидні розлади психіки і поведінки / І. А. Марценковський, І. І. Марценковська // Український

медичний часопис.— 2015.— № 4.— С. 43–53.— URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2015_4_15

2. Юр'єва Л. М. Психічні розлади при епілептичному захворюванні / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов.— К.: Б. в., 2009.— 196 с.
3. Депрессии при эпилепсии: распространенность, факторы риска, симптоматика и терапия / В. В. Калинин, Е. В. Железнова, А. А. Земляная [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния.— 2017.— № 9 (3).— С. 47–53.
4. Tao K. The comorbidity of epilepsy and depression: diagnosis and treatment / K.Tao, X.Wang // Expert Review of Neurotherapeutics.— 2016. — Vol. 16, Iss. 1.— P. 1–13.
5. Kanner A. M. Corrigendum to Depression and epilepsy: Epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence / A. M. Kanner // Epilepsy & Behavior.— 2014.— № 32.— P. 170.
6. Носов С. Г. Депрессия и эпилепсия: общие патогенетические закономерности развития и особенности лечения (обзор литературы) / С. Г. Носов // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 4 (73).— С. 92–97.
7. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Психологические исследования.— 2017.— Т. 10, № 51.— С. 1.— URL: <http://psystudy.ru>
8. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособ. для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс.— СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2005.— 31 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ
У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРИ ЕЕ КОМОРБИДНОСТИ С ДЕПРЕССИЯМИ
В ИНТЕРИКТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

В. И. ХАРИТОНОВ

Представлены результаты изучения особенностей психологического реагирования на болезнь у пациентов с эпилепсией и депрессиями в интериктальном периоде. Проанализированы особенности восприятия болезни (когнитивные и эмоциональные аспекты), определен уровень восприятия угрозы болезни и типы отношения к ней. Выделенные особенности психологического реагирования на болезнь обуславливают повышенный уровень психоэмоционального дистресса вследствие болезни, потенцируют развитие и углубление депрессивной симптоматики.

Ключевые слова: эпилепсия, органические, психогенные и эндогенные депрессии, интериктальный период, восприятие болезни, тип отношения к болезни.

**FEATURES OF PSYCHOLOGICAL RESPONSE TO DISEASE IN PATIENTS
WITH EPILEPSY IN ITS COMORBIDITY WITH DEPRESSION IN INTERICTAL PERIOD**

V. I. KHARYTONOV

The results of investigation of the peculiarities of psychological response to illness in the patients having epilepsy with depression in the interictal period have been presented. The features of the disease perception (cognitive and emotional aspects) have been analyzed, the level of perception of its threat and types of attitude to it have been determined. Certain features of psychological response to the disease resulted in an increased level of psycho-emotional distress, potentiated the development of aggravation of depressive symptoms.

Key words: epilepsy, organic, psychogenic and endogenous depressions, interictal period, perception of illness, type of attitude to illness.

Надійшла 20.08.2019