



**Комплексная оценка социальной  
адаптации детей и подростков больных  
эпилепсией с психическими  
расстройствами и их реабилитация**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
Министерства здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им.  
В.М. Бехтерева»  
Минздравсоцразвития России,  
д.м.н., профессор



## **Комплексная оценка социальной адаптации детей и подростков больных эпилепсией с психическими расстройствами и их реабилитация**

*Методические рекомендации*

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/134 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка оптимальной схемы комплексной медико-социальной диагностики и реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройства».

Санкт-Петербург  
2012

## **Аннотация**

В представленных методических рекомендациях излагаются данные о современных методах диагностики и лечения психических нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией. Данная работа представляет собой комплексный подход, позволяющий проводить дифференцированную диагностику и определять тактику терапии психических расстройств, способствующих улучшению социальной адаптации на разных этапах реабилитации детей и подростков, страдающих различными формами эпилепсии. Выделены группы и способы проведения реабилитационных мероприятий. Рекомендованы к использованию способы психологической работы с детьми и подростками, страдающими эпилепсией с психическими нарушениями, а также с их семьями. Совместное использование современных психотропных, противосудорожных препаратов с психотерапевтической коррекцией позволяет значительно повысить качество реабилитационных мероприятий.

Методические рекомендации предназначены для психиатров, эпилептологов, неврологов, психологов стационарной и амбулаторной сети, работающих с больными эпилепсией, для использования в повседневной практике

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: руководитель отделения профессор, доктор медицинских наук Ю.В. Попов, старший научный сотрудник кандидат медицинских наук Ю.А. Яковлева, старший научный сотрудник кандидат психологических наук С.В. Семенова

## **Обозначения и сокращения**

В тексте используются следующие сокращения:

ШВОПС — Шкала всесторонней оценки психического состояния

CGI — Clinical Global Investigator

ПДО — патохарактерологический диагностический опросник

ЭЭГ — Электроэнцефалография

МРТ — Магнитно-резонансная томография

## **Нормативные ссылки**

Без ссылок на нормативные документы

## **Введение**

Эпилепсия – междисциплинарная проблема, к которой имеют непосредственное отношение психиатрия, неврология, педиатрия, нейрохирургия, акушерство и гинекология, медицинская психология. Эпилепсия в 60-70% случаев начинается в детском возрасте. По критерию неблагоприятного прогноза заболевания после возраста дебюта эпилепсии до 3-х лет следует возраст от 12–16 лет.

Психические нарушения отмечаются у  $\frac{3}{4}$  детей и подростков, страдающих эпилепсией, и даже при отсутствии приступов являются одной из главных причин их социальной дезадаптации и последующей инвалидизации. Наиболее актуальными в подростковом возрасте являются нарушения в эмоционально-волевой сфере пациентов. Среди них особый интерес представляют аффективные расстройства, составляющие до 50% случаев, так как именно эти нарушения в последующем, формируют у подростков психопатоподобные черты личности, в связи с чем, такие пациенты становятся опасными как для себя самих (саморазрушающее поведение), так и для окружающих. Структура аффективных нарушений у подростков достаточно разнообразна: по нашим данным дисфорические состояния отмечаются в 17–20% случаев, дистимии — 30–35%, депрессии — 12%, тревога — 40%, также отмечаются единичные случаи эйфории. Кроме этого, актуальными являются также нарушения в интеллектуально-мнестической сфере и нарушения речи, которые по разным данным, составляют 30–70%. Помимо стойких психических нарушений, формирующих личностные изменения пациентов, и составляющих в юношеском возрасте до 58%, для подростков характерно также возникновение раз-

личных невротоподобных проявлений, наблюдающиеся в 45% случаев: истероформных, депрессивных, церебрастенических. Высокое распространение среди пациентов подросткового возраста имеют эпилептические психозы (2%), хотя в целом, их удельный вес в структуре эпилепсии небольшой.

В связи с высокой распространенностью психических расстройств среди детей и подростков, страдающих эпилепсией, целью данной работы было определение комплекса диагностических мероприятий улучшающих социальную адаптацию и реабилитацию данных пациентов. Основными задачами данной работы были: определение диагностических возможностей, способствующих выявлению психических расстройств при эпилепсии; выработка комплекса медикаментозной терапии и социально-психологической помощи при данных нарушениях, способствующих максимальной социальной адаптации данного контингента.

Подобный комплексный дифференцированный подход к проблеме диагностики психических нарушений у подростков, страдающих эпилепсией позволит обеспечить стойкость ремиссий, повышение качества жизни и уровня социального функционирования пациентов.

## **Основная часть**

### **Комплексная оценка социальной адаптации детей и подростков больных эпилепсией с психическими расстройствами и их реабилитация**

Клинически при эпилепсии у детей и подростков интериктальные психические расстройства могут проявляться как:

- Патологические реакции
- Невротоподобные расстройства
- Психозы
- Стойкие изменения психики
- Психические нарушения, возникающие в процессе медикаментозной терапии подростков, страдающих эпилепсией.

### **Патологическая (невротическая) реакция**

Патологические реакции при эпилепсии обусловлены стрессовыми факторами с которыми ребенок сталкивается в повседневной жизни, чаще всего связанные с семьей и школой. Они на-

блюдаются у детей в возрасте 10–12 лет и составляют около 30% всех психических расстройств, связанных с эпилепсией. В отдельные возрастные периоды встречаются следующие виды нарушений: в 10–12 лет — истерические припадки, отказ от посещения школы, агрессия к близким, навязчивости; в 13–15 лет — панические реакции, отказ от посещения школы, депрессия, нарушения сна, энурез.

### **Неврозоподобные расстройства при эпилепсии**

Наиболее часто развивающиеся неврозоподобные состояния при эпилепсии у подростков — истероформные, для которых характерно наиболее тяжелое течение. Приблизительно в равном проценте случаев, у больных с эпилепсией отмечались неврозоподобные, депрессивные и, реже — обсессивные расстройства. Относительно часто наблюдаются неврозоподобные страхи, в 20% случаев отмечаются неврозоподобные тики, в 10% — неврозоподобные энурез и неврозоподобное заикание.

### **Эпилептические психозы**

Как правило, данные нарушения развиваются у подростков с труднокурабельными формами эпилепсии, в единичных казуистических случаях заболевание эпилепсией дебютирует с них. В синдромальном отношении психотические расстройства у подростков подразделяются следующим образом: около половины случаев составляют аффективные психозы, где ведущим симптомом является дисфория или депрессия, редко — маниакальные и биполярные расстройства, определяющие основную симптоматику. У трети больных с аффективными расстройствами последние сочетаются с бредовыми нарушениями и в таком же процентном соотношении — с галлюцинаторными. У трети психотических больных клиническая картина представлена шизофреноподобными психозами с выраженным проявлением галлюцинаторно-параноидного синдрома.

### **Стойкие изменения психики**

К ним относятся и в зависимости от степени тяжести подразделяются на: легкие нетипичные изменения психики, выраженные «типично-эпилептические» изменения психики, выраженные нетипичные изменения психики. Данные нарушения, касаются как эмоционально аффективной, так и интеллектуально-мнестической сферы пациентов.

## **Психические нарушения, возникающие в процессе медикаментозной терапии подростков, страдающих эпилепсией**

Осложнения, связанные с лечением антиконвульсантами, обнаруживаются у 25–30% подростков. Как правило, они проявляются нарушением внимания, памяти, мышления, поведения. Чаще встречаются при применении барбитуратов, фенитоина, бензодиазепинов. Помимо проявлений, связанных с интоксикацией, известны нарушения, связанные с купированием припадков и нормализацией ЭЭГ («принудительная» нормализация Ландольта), наиболее часто встречающиеся при подборе терапии у пациентов с юношеской абсансной эпилепсией.

### **СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

#### **1. Клинико-психологические исследования, используемые в диагностике психических расстройств у детей и подростков, страдающих эпилепсией**

- адаптированный вариант теста Векслера для исследования интеллекта у детей, культурно свободный тест интеллекта Р.Кетелла,
- методика для исследования памяти, внимания, умственной работоспособности (запоминание 10 слов, проба Крепелина, цифровая корректурная проба, тест Тулуз-Пьерона.);
- методики для исследования мышления (предметная классификация, геометрическая классификация, пиктограмма, исключение предметов, простые и сложные аналогии и др.);
- методики для исследования личности («Тест Руки», ПДО, ассоциативно-рисуночный тест С.Розенцвейга, Кетелла);
- методики для исследования эмоциональной сферы (опросник Бэка, опросник Прихожан, тест школьной тревожности Филлипса, шкала тревоги Спилбергера, цветовой тест Люшера).

#### **2. Инструментальные методы исследований психических расстройств у детей и подростков, страдающих эпилепсией**

- ЭЭГ для установления наличия и характера пароксизмальной активности,

- МРТ для определения характера и выраженности органической патологии,
- ЭЭГ-видеомониторинг для выявления скрытых форм пароксизмальной активности, определение степени их влияния на формирование психических нарушений в зависимости от их длительности и оценки динамики состояния.

### **3. Визуально — аналоговые шкалы для оценки динамики психопатологического состояния и качества терапии**

ШВОПС, CGI.

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

1. Лечение психических нарушений, свойственных эпилепсии неразрывно связано с лечением основного заболевания и его успешностью.
2. В терапии психических расстройств у подростков, страдающих эпилепсией необходим комплексный подход, включающий медикаментозную противосудорожную, патогенетическую (сосудистую, дегидратационную, нейрометаболическую) и симптоматическую (нейролептическую, ноотропную) терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия.
3. Необходимо назначение противосудорожной терапии адекватной форме эпилепсии (обеспечивающей клинико-энцефалографическую ремиссию приступов).
4. При выборе антиконвульсантов, целесообразно отдавать предпочтение препаратам с нормотимическим и ноотропным эффектом: топамакс, трилентал, тегретол, ламиктал, в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению, что в ряде случаев позволяет избежать дополнительного назначения психотропных препаратов.
5. Терапию сопутствующих психических расстройств при эпилепсии у подростков следует проводить без отмены противосудорожной терапии (кроме случаев психических нарушений в связи с антиконвульсивной терапией, где необходима коррекция дозировок, смена или отмена препаратов).
6. При использовании в терапии нейролептиков препаратами выбора на сегодняшний день являются антипсихотики



- 4 поколения, обладающие высокой антипсихотической активностью и, в то же время, с минимумом побочных эффектов, такие как рисперидон, кветиапин. В отдельных случаях, в качестве вынужденных мер необходимо использование аминазина и азалептина в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению (см. таблицу).
7. Терапию нейролептиками необходимо проводить длительно, не менее 6 месяцев, как при психотических расстройствах, так и в качестве корректора поведения. Кратность и частота приема нейролептика в качестве корректора поведения определяется индивидуально в каждом случае.
  8. В лечении депрессивных расстройств следует назначать антидепрессанты, не снижающие порог судорожной готовности. Предпочтительно использование препаратов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (феварин, сертралин, пароксетин в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению).
  9. Для коррекции астенических и когнитивных нарушений необходимо использование ноотропов и препаратов с нейрометаболическим действием, не снижающих порог судорожной готовности. Это требует проведения регулярного ЭЭГ исследования, через 1 месяц после начала терапии, а затем через каждые 3 месяца при курсовом назначении.
  10. Сочетание с медикаментозной терапией психотерапии (индивидуальной, групповой и семейной), а также методов психолого-педагогического воздействия существенно помогает в реабилитации подростков, страдающих эпилепсией улучшая их качество жизни и увеличивая ресурсы социальной адаптации.

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ИХ СЕМЬЯМ**

Заболевание эпилепсией оказывает влияние на самооценку социальных, интеллектуальных и физических возможностей у детей и подростков. Наличие болезни затрудняет позитивное самопринятие и оказывает влияние на различные аспекты личности пациентов. Болезнь является постоянным спутником и психо-

травмирующим фактором для детей и не может не повлиять на развития личности и отношений с окружающими. Задачей психологов является минимизация негативного влияния заболевания эпилепсией на формирование личности, семейные отношения, характер взаимоотношений со сверстниками, и в целом на поведение детей и подростков, успешность их обучения, социализацию и социальную адаптацию.

### **Формы психологической помощи**

1. Просвещение и консультирование педагогов о психологических особенностях и специфике больных эпилепсией. Педагоги, избавившись от ложных мифов об эпилепсии, смогут осуществлять психологическую поддержку школьников, принимая их такими, какие они есть, веря в их уникальность, неповторимость и ценность и способствуя развитию позитивного самопринятия и адекватной самооценки.
2. Различные формы психологического сопровождения детей и подростков, при этом необходим индивидуальный подход в выборе наиболее подходящего для пациента, страдающего эпилепсией, вида психологической помощи: индивидуальная работа, групповые формы работы, семейная психотерапия

### **Особенности индивидуальная психотерапии детей и подростков, страдающих эпилепсией с психическими нарушениями**

Характер заболевания ставит больного эпилепсией ребенка в условия непрестанных забот, наблюдения и контроля со стороны родителей, его жизнь наполняется ограничениями и запретами. Появляется возможность патологического взаимодействия ребенка и ближайшего окружения и возникновения, так называемого, «порочного круга». Реакции окружающих на неприятные и пугающие для них симптомы эпилептического приступа могут вызывать изменение отношения к больному ребенку и провоцировать негативные ответные реакции ребенка, которые, в свою очередь, оказывают влияние на поведение окружающих ребенка взрослых. Кроме того, ввиду ограниченности социальных контактов, обусловленной заболеванием (домашнее обучение, госпитализации, страх отвержения) ребенок часто не в состоянии наладить более прочные связи со сверстниками, обрести друзей, он

чувствует себя изолированным. При консультировании детей и подростков, необходимо учитывать возрастные особенности. Если детей в возрасте 9–11 лет тяготит необходимость принимать лекарства и беспокоят трудности, связанные с обучением, которые они объясняют плохим самочувствием, то в 12–13-летнем возрасте больные часто впервые встречаются с насмешками со стороны сверстников и начинают стыдиться своей болезни. В подростковом возрасте психологические и социальные проблемы обостряются, возрастает необходимость психологической поддержки всех членов семьи. Установлено, что эпилепсия замедляет и искажает естественный процесс развития самосознания у подростков. Влияние заболевания обнаруживает себя в специфических особенностях всех составляющих Я-концепции. Особенностью аффективного компонента Я-концепции у больных подростков является преобладание негативного самоотношения, которое проявляется как в общей неудовлетворенности собой, так и в совокупности частных низких самооенок. Типичное для подросткового возраста критическое отношение к себе при заболевании становится еще более негативным, возникающее чувство недостаточности травматично и актуализирует защитные и компенсаторные механизмы. Это свойственно и здоровым подросткам, но в отличие от них страдающие эпилепсией дети ограничены в средствах и путях компенсации. Это может привести к проявлению самообесценивания. В отличие от нормативного, эволюционного кризиса подросткового возраста, когда сам процесс роста порождает новую энергию и имеется потенциальная возможность для преодоления кризиса, у подростков, страдающих эпилепсией кризис обуславливается конкретной причиной (болезнью), требует больших энергетических затрат для защиты и усугубляется нарушением социальных отношений.

Очевидно нарушение процесса дифференциации представления подростков о себе. В норме процесс дифференциации проявляется в частичной автономности самооценки и самоотношения по отдельным аспектам Я на фоне позитивного самоотношения. Низкий уровень дифференцированности Я-концепции подтверждается результатами структурного анализа, выявившим наличие множественных и жестких взаимосвязей между уровнем развития различных аспектов Я, связаны между собой и самооценки по различным критериям. На первый взгляд, это можно рассматривать как проявление целостности, но интерпретация всех эмпирических данных опровергает возможность такого предположения. Результатом низкой дифференцированности является распро-

странение негативных оценок с одного аспекта Я на интегральное самоотношение и другие частные характеристики и наоборот, негативное общее самоотношение порождает множество негативных конкретных оценок. Выявленная особенность делает больных подростков очень уязвимыми. Неожиданность и непредсказуемость приступов приводит к формированию чувства собственной беспомощности. Объективная невозможность контроля над ситуацией и над собой в таких случаях переносится подростком на другие жизненные ситуации. Результаты исследования позволяют также говорить об опосредованном влиянии заболевания эпилепсией. В частности, заболевание делает подростков более зависимым от взрослых, часто побуждает родителей к проявлению гиперопеки.

Характерной особенностью подросткового возраста является ролевое экспериментирование. Личностная зрелость приводит к интеграции принятых человеком социальных ролей и выполнению их с учетом собственных индивидуальных особенностей. У больных подростков социальные роли автономны, их оценки себя в различных ролях практически не связаны с содержательными характеристиками, не интегрированы в целостную систему представлений о себе. Качественное своеобразие представления о себе у подростков, страдающих эпилепсией, затрудняет процесс формирования личностной идентичности. Заболевание эпилепсией является настолько хроническим психотравмирующим фактором, что приводит к стойкому внутреннему конфликту и способствует появлению и фиксации невротического фона. У подростков, больных эпилепсией отмечается наличие большого количества защитных механизмов, что проявляется в занижении образа идеального Я, меньшем количестве психологических характеристик в самоописании и большем количестве безоценочных утверждений, по сравнению со своими здоровыми сверстниками. Выраженные компенсаторные и защитные механизмы, выполняя функцию снятия остроты психологического переживания, и тем самым снижения тревоги, повышения самооценки и самоуважения могут препятствовать развитию самосознания и рефлексии и негативно влиять на социальную адаптацию. С другой стороны, нестабильность психологического состояния подростка способствует увеличению восприимчивости к психологическому воздействию. Все вышесказанное обосновывает необходимость коррекционной работы по формированию адекватного образа Я и позитивной Я-концепции у подростков, страдающих эпилепсией. Возможно несколько направлений психологической помощи для минимизации

негативного влияния заболевания на Я-концепцию. Задачами при работе с подростками является: изменение отношения к своей болезни; разрыв тесной связи «болезнь — Я-концепция», когда один образ Я («Я-больной») оказывает отрицательное влияние на все другие образы Я; повышение когнитивной дифференцированности самосознания, уточнение представления о себе; расширение временной перспективы, помощь в формировании половой идентичности. Для решения этих задач возможно использование различных форм работы. Рекомендуется использование приемов арт-терапии, сказкотерапии, выполнение домашних заданий, ведение дневника.

### **Особенности психотерапевтической группы для детей и подростков, страдающих эпилепсией с психическими нарушениями**

Групповые занятия проводятся два раза в неделю продолжительностью по 60 минут. Группа формируется из детей приблизительно одного возраста и интеллектуального уровня, ограничением для включения пациентов в группу является грубый интеллектуальный дефект. Перед началом групповых занятий ребятам объясняется их смысл: «Целью наших с вами занятий является лучше понять себя и других, узнать что-то новое о себе. Мы попробуем разобраться, почему мы радуемся или грустим, что можно сделать, если у нас плохое настроение, какими видят нас другие. Научимся более эффективно решать конфликтные ситуации, возникающие дома, в школе, на улице, в магазине. Обсудим вопросы, касающиеся вашей болезни и сложности взаимоотношений со сверстниками в связи с этим. Решать эти задачи мы будем с помощью различных игр, постановкой сценок и их обсуждения, чтобы было интересно, весело и полезно».

От конкретного состава участников и их психологических проблем зависит выбор методов и содержание занятий. Занятия начинаются и заканчиваются ритуалами, которые способствуют групповому сплочению. Используются как вербальные, так и невербальные техники, элементы психодрамы, пантомима, сказкотерапия, бихевиоральные методы. Важной задачей считается создание доброжелательной атмосферы в группе и обеспечение эмоционального комфорта каждого ребенка.

При проведении занятий необходимо учитывать то, что у больных этой группы из-за резидуально-органического поражения головного мозга часто имеются нарушения внимания, памяти,

работоспособности, поэтому при включении любых игровых заданий, предъявляющих повышенные требования к скорости, быстрой реакции, вниманию необходимо проявлять осторожность. Повышенная обидчивость, ригидность, эмоциональная неуравновешенность, импульсивность, характерная для больных эпилепсией также могут спровоцировать конфликтные ситуации и открытое проявление агрессии.

Групповые занятия должны быть направлены на:

- решение конфликтных ситуаций,
- налаживание контактов со сверстниками,
- обучение способам снятия эмоционального напряжения,
- получение новой информации,
- обучение конструктивным навыкам поведения,
- снижение уровня агрессии,
- повышение уровня самооценки,
- обретение уверенности в себе,
- создание положительной “Я-концепции”,
- самопознание.

В итоге, занятия помогают видеть и понимать собственные проблемы, находить пути их решения и способствуют социально-психологической адаптации пациентов.

### **Особенности психотерапии семей детей и подростков, страдающих эпилепсией с психическими нарушениями**

Основной целью психологического консультирования при работе с семьей, где имеется подросток, больной эпилепсией является обеспечение гармоничного функционирования семьи и повышение качества жизни.

Можно выделить три направления работы в осуществлении этой цели,

1. Эмоциональное направление включает:

- коррекцию эмоционального состояния семьи;
- ослабление стресса, переживаемого семьей
- снижение уровня тревожности;
- работу с эмоциональными реакциями (гнев, страх и др.);
- коррекцию чувств родителей, вызванных наличием болезни у ребенка (чувства неполноценности, стыда, вины, одиночества).

2. Когнитивное направление предполагает просвещение по проблемам связанным с обучением, воспитанием и лечением ребенка, оно включает:
- информирование и обсуждение возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, его состояния и уровня психического развития, разъяснение трудностей ребенка и их причин, условно-вариантного прогноза и как следствие этого — повышение уровня родительской компетентности и понимание потребностей ребенка родителями;
  - информирование о характере заболевания (нарушения развития), его влиянии на ребенка и формирование адекватного отношения к болезни ребенка. Знания о заболевании способствуют выработке новых стратегий совладания с болезненными проявлениями. Родители, владеющие информацией о болезни ребенка менее подвержены панике при ухудшении состояния, и предъявляют к нему адекватные требования. Медикаментозное лечение становится более эффективным при осведомленности родственников о возможном результате.
  - совместная разработка системы конкретных мер помощи или специальной коррекционной программы, рекомендации по поводу оптимальной нагрузки, режима дня.
3. Поведенческое направление включает:
- коррекцию неадекватных поведенческих реакций членов семьи;
  - коррекцию детско-родительских взаимоотношений;
  - развитие коммуникативных форм поведения, способствующих стабилизации самооценки, самоактуализации и личностному росту родителей;
  - формирование навыков адекватного взаимодействия с социумом;
  - расширение поведенческого репертуара;
  - активизацию личностных ресурсов родителей, формирование направленности на поиск решения семейных проблем
  - Объектом консультирования может быть семья, как целое, ее подсистемы и отдельные члены семьи. При консультировании родителей задачей консультанта

является привлечение внимания родителей к тому, что физическое и психическое здоровье детей тесно связано со здоровьем их родителей. Спокойные, гармоничные, счастливые родители способны более эффективно справляться с семейными проблемами. Счастливый ребенок может быть у счастливых родителей. Для этого родителям надо заботиться о своем физическом и психическом состоянии. Не существует универсальных рекомендаций. Однако бесспорно, что соблюдение здорового образа жизни (достаточное количество сна, правильное питание, оздоровительные занятия, прогулки на свежем воздухе) благотворно влияют на настроение и психическое здоровье. Психическое здоровье также предполагает принятие и осознания своих чувств. Родители часто ведут себя сдержанно в проявлении переживаний. Если реакции горя, депрессии, агрессии не осознаются родителями, не проговариваются, то они не осуществляют свою регулирующую функцию, а становятся тормозом в принятии состояния своего ребенка. Не стоит тратить силы на то, чтобы притворяться, что нет обиды, гнева, вины, не надо замыкаться в своем горе, а стоит найти собеседника для обсуждения своих переживаний. Этим человеком может стать психотерапевт, супруг, родные, родители особых детей. Для кого-то хорошим собеседником может стать дневник. Ведение дневника способствует раскрытию творческого потенциала, избавлению от негативных чувств, лучшему пониманию себя. Большие эмоциональные нагрузки родителей предполагают необходимость развития навыков самопомощи и саморегуляции, может использоваться аутотренинг, арттерапевтические методики.

Очень важно, чтобы родители не стремились целиком и полностью подчинить собственную жизнь жизни и развитию подростка, необходимо избегать жертвенности, заботиться и о себе. Ребенку нужна не жертва, а уверенные в себе родители, имеющие широкие интересы, увлечения, стремящиеся к совершенствованию, самоактуализации, личностному и профессиональному росту. Решение тех мучительных вопросов, которые поставила перед родителями жизнь «За что?», «Почему это случилось со мной?», «Если в этом мире справедливость?», «Как и зачем жить?» невозможно без духовного роста это могут быть и медитации, участие в ра-



боте религиозного сообщества, если это согласуется с убеждениями родителей.

Семьи, где есть больной ребенок, распадаются чаще и одной из психотерапевтических мишеней при работе с матерями могут быть отношения с бывшим супругом, нерешенные конфликты и обиды. Клиентом психолога чаще всего бывает мать, отцы гораздо реже обращаются к специалистам. Причин этому несколько: это занятость отца, его ответственность за решение материальных проблем семьи, желание справиться с ситуацией без посторонней помощи и опасение проявить слабость. Отцам намного сложнее раскрыться и говорить о своих переживаниях, им легче обсуждать конкретные бытовые и прочие проблемы. В качестве способов психологической защиты они часто погружаются в работу, хобби, возможно и алкоголизация. Иногда воздействие на отца может осуществляться посредством работы с матерью.

В целом, консультативная работа с родителями направлена на психологическую поддержку, повышение самооценки, формирование позитивной Я-концепции.

Достаточно редко запрос родителей подростков, страдающих эпилепсией, касается проблем братьев и сестер особых детей. Родители все свое время и силы могут отдавать больному ребенку, обделяя вниманием здоровых детей и игнорируя их потребности, что может приводить к возникновению у них состояния фрустрации, особенно уязвимы в этом плане маленькие дети, у которых могут возникать невротические, а иногда и патологические реакции. Родители часто не учитывают возраст здоровых детей, возлагая на них обязанности по уходу за больным ребенком, лишая их досуга и ограничивая общение со сверстниками. Они могут переживать чувство одиночества в связи с замкнутой жизнью семьи, невозможностью приглашать в дом друзей. В таких случаях очевидна потребность в психологической помощи здоровым детям.

Можно рекомендовать родителям выделить какой-то отрезок времени для общения и совместных дел со здоровым ребенком, в понятных и доступных словах объяснить особенности болезни и состояния особого ребенка. Возможно проведение семейного совета с обсуждением и разумным распределением обязанностей по дому. Необходимо обеспечить возможность общения со сверстниками. Может быть полезной организация группы встреч с детьми и подростками, у которых имеются больные братья или сестры.

Бабушки и дедушки больного подростка также могут испытывать потребность в психологическом консультировании и в разных формах помощи в связи с особенностями их отношения к си-

туации и к больному ребенку. Одним из вариантов отношений является отвержение особого ребенка, ограничение или практическое отсутствие контактов с ним. Такая ситуация может иметь разные причины, выявление которых позволит раскрыть дополнительные ресурсы семьи для совладания с ситуацией. Возможен и другой вариант, когда поведение бабушки и дедушки соответствует распространенному стереотипу: они балуют внука, уходя от реальных проблем. Результат — конфликты с родителями ребенка, проявление непоследовательности или противоречивости в отношении к ребенку, негативные последствия этого хорошо известны специалистам. Если родители не принимают своего особого ребенка и направляют всю свою энергию на работу или здоровых детей, тогда может возникнуть третий вариант: прародители принимают на себя функции родителей, заменяя их ребенку. Жизненная мудрость, отсутствие чувства вины в определенной степени облегчают им задачу воспитания ребенка, но немолодой возраст и наличие болезней создает трудности.

Мать – больной подросток зачастую образуют закрытую подсистему, ограниченные возможности ребенка, необходимость постоянной заботы и лечения способствуют формированию симбиотической связи между ними. Другие члены семьи могут чувствовать себя обделенными, нарушается внутрисемейная коммуникация, в этом случае требуется семейная терапия, направленная на гармонизацию межличностных отношений и интеграцию семьи.

Границы между подсистемами в семьях с больным подростком часто размыты. Конфликты из-за различий в отношении к болезни ребенка, стиля воспитания и требований к ребенку могут переходить из родительской в супружескую подсистему. Необходимо выработка у членов семьи единства в понимании поведения и нужд ребенка, в предъявляемых ему требованиях, часто нужна помощь в осознании и коррекции стилей воспитания, ведущих к патологическим формам отношения в семье. Отношения между супругами не должны сводиться к заботе об ребенке, важно помочь родителям прийти к мысли о нецелесообразности отказа от личной жизни во имя ребенка.

Рассмотрение семьи как системы, характеризующейся определенной структурой определяет понимание внутрисемейного взаимодействия как необходимого условия существования как семьи в целом, так и отдельных ее членов.

Семье приходится платить высокую плату за наличие болезни у ребенка, перестроить уклад жизни, ограничить социальные контакты, забыть, что такое свободное время и т.п. Важно, чтобы в

семье не создавался «культ болезни», а самоотверженность не превращалась в самопожертвование. Необходима коррекция рентных установок. Тратя энергию на физическое и психическое развитие подростка, страдающего эпилепсией, на заботу о нем, нельзя забывать о потребностях всех членов семьи. К больному подростку необходимо предъявлять такие же требования, как и к другим детям. При организации семейного досуга и распределении обязанностей определять степень их участия в соответствии с имеющимися возможностями.

Одним из наиболее эффективных психотерапевтических средств является направление супругов в родительские ассоциации. Если такие сообщества отсутствуют, то желательно оказать содействие в их организации. Обмен опытом, контакт с людьми, имеющими аналогичные проблемы, их психологическая поддержка позволяют избавиться от чувства одиночества, безысходности, незащищенности. Возникает уверенность в своих силах, понимание, что они не одиноки, есть люди, которые их понимают, происходит лучшее осознание своих проблем, облегчаются поиски возможных вариантов решения проблем. Помощь другим позволит почувствовать себя сильным, дает уверенность в себе, отступает одиночество.

Далеко не все семьи могут самостоятельно справиться с постоянно возникающими социальными, медицинскими и психологическими проблемами. Признаками дезадаптивной семьи, которая нуждается в психотерапевтической помощи, являются:

- постоянные жалобы на ситуацию;
- саботаж реабилитационных мероприятий;
- воспитание по типу гиперпротекции;
- наличие замкнутых систем «мать-ребенок»;
- большое количество соматических жалоб со стороны членов семьи;
- социальная депривация;
- сознательное ограничение социальных контактов.

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Главной заботой при лечении ребенка, страдающего эпилепсией, «должно быть не только устранение припадков, но и возвращение его к нормальной жизни». Мероприятия по реабилитации должны быть направлены, с одной стороны, на обеспечение естественного процесса психического развития в условиях болез-

Таблица 1

Группы больных эпилепсией для дифференцированного осуществления реабилитационных мероприятий

Группы больных	Критерии	Социально-трудовые показания
Полная компенсация (практическое выздоровление)	3-5 лет отсутствия приступов в зависимости от формы эпилепсии на фоне лечения и в последующий год – без лечения. Нормализация биоэлектрической активности мозга. Сохранность интеллекта и отсутствие выраженных изменений личности.	Какие-либо ограничения и противопоказания к обучению отсутствуют, кроме обучения в военных учебных заведениях.
1 степень декомпенсации	Больные с редкими приступами (несколько раз в год) или без приступов, но еще на лечении. Сохранность интеллекта и отсутствие выраженных изменений личности.	Показано участие в любой учебной деятельности, кроме военных заведений.
2 степень декомпенсации	Продолжение приступов с прежней частотой или редкие приступы, но со снижением интеллекта в пределах низкой нормы и выраженными изменениями личности.	Индивидуальная форма обучения. Дополнительный выходной день. Облегченный вариант сдачи экзаменов.
3 степень декомпенсации	Больные с приступами и со снижением интеллекта легкой степени и выраженными изменениями личности.	Обучение в специализированных школах.
4 степень декомпенсации	Исходы злокачественного течения эпилепсии со снижением интеллекта средней и тяжелой степени.	Специальные школы, учреждения социального обеспечения.

ни, а с другой стороны — на преодоление патологических механизмов. Комплекс реабилитационных мероприятий необходимый в детской практике, должен включать восстановительную терапию, социальную адаптацию и ресоциализацию. От того насколько своевременно, адекватно и гармонично медикаментозное лечение

будет связано с комплексом социальных мероприятий, будет зависеть и конечный результат лечения. Учитывая, что единообразный подход к больным эпилепсией невозможен, в целях дифференцирования и удобства осуществления реабилитационных мероприятий можно выделить пять групп больных, в зависимости от степени компенсации болезненных проявлений (таб.1).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Препараты и реагенты, зарегистрированные в «Регистре лекарственных средств России» — М., 2000 г.

#### *Противосудорожные препараты*

Препарат и фирма изготовитель	Форма выпуска	Дозы препаратов	Номер регистрации
Бензонал (Асфарма, Россия)	табл. 100 мг	Средняя суточная доза с 11-14 лет – 300-400 мг. Максимальная суточная доза для подростков – 450 мг.	№70/183/17
Депакин («Sanofi- Aventis», Франция)	табл. 300мг	Средняя суточная доза– 15-40 мг/кг в 3 приема	№ 002808
Депакин Хроно («Sanofi-Aventis», Франция)	табл. 300мг, 500 мг	Средняя суточная доза–15-40 мг/кг в 2 приема	№006224, №006834
Дифенин («Химфармкомбинат «Акрихин», Россия)	табл. 0,117	Средняя суточная доза 5 мг/кг/сут., в 2 приема. Поддерживающая доза–4-8мг/кг/сут, максимальная – 300 мг/сут	№ 74/331/63
Карбамазепин – Акри (Акрихин, Россия)	табл. 200мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут, поддерживающая 10-30 мг/кг/сут	№97/167/2
Клоназепам (Polfa Tarchomin S.A., Польша)	2 мг	5-16лет–3-6 мг/сут, суточную дозу делят на три приема.	012884/01
Конвульсофин (Pliva, Pharma)	табл. 300 мг	Средняя суточная доза– 15-30 мг/кг в три приема	П-8-242 № 008058

Продолжение

Ламиктал (GlaxoSmithKline, Великобритания)	табл. 25мг, 50мг, 100мг	Начальная доза 0,2мг/кг –1 раз в сутки. Средняя поддерживающая доза 1-5 мг/кг/сут в 1-2 приема	№ 011753/01 –
Суксилеп (этосукси- мид) «Jenapharm»	капсула 250 мг	Начальная доза - 250 мг/сут,поддержи вающая доза 15- 30 мг/кг/сут.	№ П –8-242 N 007331
Топамакс (Janssen – Cilag Farmaceutica, LDA, Португалия)	табл.25мг10 0 мг	Стартовая доза 1 мг/кг/сут, под- держивающая 5-9 мг/кг/сут в два приема.	№011415/01
Финлепсин (AWD Германия)	табл. 200мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут в 3 приема, поддер- живающая 10-30 мг/кг/сут	№00519
Финлепсин-ретард (AWD Германия)	табл. 200мг, 400 мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут. в два приема в 3 прие- ма, поддержи- вающая 10- 30 мг/кг/сут	№ 008736

Нейролептики

Азалептин РФ	Табл.25мг 100 мг	Средняя суточная доза 50 мг/сут у детей, 75 мг/сут у подростков	№84/881/13
Аминазин	Др.25 мг, 50 мг, 100 мг	До 12 лет макси- мальная сут. до- за - 75 мг/сут	№70/15/41
Галоперидол Венгрия	табл.1,5мг; 3мг; 5 мг.	Средняя суточная доза для подро- стков - 15 мг/сут	№2669

*Продолжение*

Неулептил Франция	Р-р 4% Капс. 0,1	Средняя суточная доза для подро- стков 30 мг/сут	№006605
Рисполепт Бельгия	Табл. 2; 4мг	Подросткам старше 12 лет Средняя суточ- ная – 4мг.	№009643
Сонапак Польша	Табл. 10; 25мг;	Средняя суточная доза для подро- стков 75 мг/сут	№008275
Сероквель	Табл.		

*Антидепрессанты*

Амитриптилин Польша	Табл.25мг	Средняя суточная доза для подро- стков 150 мг/сут	№008061
Анафранил Швейцария	Табл.10мг 25 мг	Средняя суточная доза для подро- стков 75 мг/сут	№007482
Мелипрамин Венгрия	Драже 50мг; 25 мг	До 12 лет – 25 мг на ночь	8-242 №008680
Пиразидол РФ	Табл.25 мг 50мг	Средняя суточная доза для подро- стков 150 мг/сут	№001530/01- 2002
Флуоксетин Словения	Табл. 20мг	Старше 12 лет – 40 мг/сут	№006899
Феварин	Табл.100мг	Средняя суточная доза для подро- стков 150 мг/сут	№009468
Сертралин	Табл. 50, 100мг	Средняя суточная доза для подро- стков 150 мг/сут	№008033

*Ноотропные препараты, корректоры мозгового  
кровообращения, диуретики и другие.*

Препарат и фирма изготовитель	Форма выпуска	Дозы препаратов	Номер регистрации
Актовегин Nusomed (Норвегия)	драже	1 драже – 2-3 р.	№008465
Акагинол Мемантин, Merz Pharma GmbH, (Германия)	Табл.10 мг	500 мкг/кг	№003480



Продолжение

Вазобрал, «Префарм»	раствор для приема внутри- 50мл	До 12 лет – 0,5 мл – 1раз в сутки, старше 12 лет 1 мл – 1 раз, прием 1 мес.	№003275
Глиатилин CSC (Италия)	капсулы 400 мг	400 мг/сут в один прием 1 – 3 мес	№001966
Глицин (МОСХИМ- ФАРМПРЕПАРАТЫ)	Сублингвал. табл. 100 мг	По 1 т. – 3р	№ 90/179/1
Гутрон «Никомед» (Норве- гия)	табл. 2,5мг, 5 мг	Детям старше 12 лет 1т. – 3р. в сутки – 1мес.	№00263.
Диакарб «Польфарма»	таб.250 мг	¼-1 таб., (средняя суточная доза 6 мг/кг) -1 раз в сутки 3-4 дня с промежутком 2-3 дня 1-2 месяца	№2179
Кавинтон (винпоцетин) «Гедеон рихтер», (Венгрия)	табл. 5 мг	0,5 – 1 мг/кг/сут в три приема, прием 1 мес.	№009038
Кортексин (Герофарм)	10 мг в ампулах	До 20 кг. – 0,5 мг/кг, более 20 кг – 10 мг/сут, в/м 1раз в сутки 10 дней.	№ 99/136/14
Ноотропил UCB FARCHIM	капсулы 400 мг	До 16 лет – 1200 мг/сут в три приема, макси- мальная 2400.	№79/463/7
Троксевазин (Balkanpharma)	табл. 300 мг	Старше 12 лет по 1 т. - 2 раза – 1 мес.	№012713/01
Триампур комполитум (AWD. Pharma)	табл. 12,5 мг + 25 мг	2-3 мг/кг/сутки, однократно через день, 1 месяц.	П - 8- 242 №008804
Циннаризин (Balkanpharma)	табл. 25 мг	Подросткам от 12 лет – суточная доза 350 мг/сут – 1 мес.	П №012933/01
Метоклопрамид Польша	Табл.10мг	Средняя суточная доза для подро- стков 60 мг/сут	№007184

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: [onmi@bekhterev.ru](mailto:onmi@bekhterev.ru)

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 09.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80