УДК 159.9:616.853

А. В. Зінченко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ХВОРИМИ НА ЕПІЛЕПСІЮ

У статті розглядаються питання пошуків шляхів та засобів поліпшення соціально-психологічної адаптації людей, що страждають на психічні захворювання, а саме на епілепсію. Акцентується увага на розробці індивідуальних та групових програм психосоціальної допомоги хворим на епілепсію з урахуванням психологічних механізмів соціальної адаптації.

Ключові слова: *адаптація, соціально-психологічна адаптація, механізми соціальної адаптації, психосоціальна допомога, епілепсія.*

Проблема соціального функціонування хворих, які страждають психоневрологічними захворюваннями, привертає все більшу увагу як зарубіжних (Дж. Андерсон, Р. Браун), так і вітчизняних дослідників (Г.В. Бурковський, І.Й. Влох, Є.М. Горбань, І.Я. Гурович, А.П. Коцюбинський, Є.В. Левченко, А.С. Ломаченко, М. В. Маркова, Б.В. Михайлов, А.В. Семко, С.І. Табачніков, В. Чугунов, Н.Г. Шашкова, А.Б. Шмуклер). Особливо це стосується захворювань, які мають чітко виражену соціальну спрямованість. До таких хвороб відносять, зокрема, й епілепсію. Ряд дослідників (О.І. Болдирєв, С.А. Громов, Р. Лезер, В.С. Лобзин, В.Тресчер, В.Хаузер Д.Чедвік та ін.) вказують, що у порівнянні з іншими нервовопсихічними захворюваннями саме епілепсія значно впливає на якість соціального життя пацієнтів у зв'язку з обмеженнями низки соціальних функцій, у тому числі трудової діяльності, кваліфікації, навчання, спілкування. Безліч соціально-психологічних проблем у зв’язку з хворобою обумовлені різними обмеженнями для хворих на епілепсію, недосконалістю правової допомоги та відсутністю необхідної суспільної підтримки, зокрема, і соціально-психологічної допомоги (А.А. Богословський, О.З. Голубков, Н.В. Завязкіна, Б.А.Казаковцев, В.В. Калінін, Е.Л. Максутова, В. Фрешер). Специфіка хвороби, неможливість добитися повного контролю над нападами призводить до зростання як прямих витрат (на лікування), так і непрямих, обумовлених втратами робочого часу, травматизмом, аварійністю, що можуть виникнути через хворобу працівника. Це часто зумовлює дискримінацію епілептично хворих у сфері праці і знижує ступінь їх соціальної адаптації.

Актуальність даного дослідження визначається необхідністю змін у методологічних підходах до концепції лікування та реабілітації психічно хворих, що страждають на епілепсію, відсутністю відповідних заходів з надання епілептично хворим у зв'язку зі стигмою допомоги у соціальній адаптації, оскільки останні відносяться до глибоко дезадаптованого контингенту; відсутністю досліджень суб'єктивних оцінок хворих на характер перебігу хвороби; потребою розробки комплексу психосоціальних реабілітаційних заходів, індивідуалізованих відповідно до рівня дезадаптації.

Дослідниками проблем соціального функціонування хворих на епілепсію, які знаходяться під диспансерним наглядом (А.Є. Сорокіною [21], В.Ю. Шестаковим [26] та ін.), підкреслюється виражене його зниження у вигляді низького освітнього рівня, трудового статусу, зниження професійної кваліфікації зі зміною спеціальності, підвищення рівня безробіття, у тому числі через витіснення хворих із трудової сфери. У випадках, коли хвороба застає людину в дорослому віці, виникає необхідність зміни звичного способу життя у бік його погіршення: біднішим та одноманітним стає дозвілля епілептично хворих з перевагами пасивних його форм; скрутнішим стає матеріальне становище; може погіршуватись сімейний стан (посилюється конфліктність у родинах, зменшується імовірність знайти подружню пару, народити дітей тощо); звужуються соціальні контакти, які обмежуються переважно найближчим оточенням тощо. Медико-соціальна значущість цієї проблеми обумовлена й тим, що серед хворих на епілепсію значна кількість осіб працездатного віку, які не отримують адекватного лікування (А.Б. Гехт [7, 26-28], А.Є. Сорокіна [21]).

Отже, специфіка хвороби вказує на необхідність підвищення в Україні контролю державної системи з соціального захисту та забезпечення прав психічно хворих, тим більше, що Конвенція про права інвалідів наголошує на необхідності підтримувати психічне та соціальне благополуччя людини, що дозволяють їм бути активними членами суспільства (Конвенція про права інвалідів 13.12.2006) [27].Такий підхід держави є особливо актуальним з огляду наростаючої тенденції до погіршення стану психічного здоров’я населення України. Негативний вплив на психіку людини спричиняють погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів техногенних аварій та природних катастроф, які мають серйозні віддалені медико-соціальні наслідки [23]. Своєчасними й актуальними в таких умовах

є наукові розробки щодо пошуків шляхів та засобів поліпшення соціально-психологічної адаптації людей, що страждають на психічні захворювання.

Однак, не зважаючи на актуальність упровадження психосоціальних заходів у систему психоневрологічної допомоги хворим, багато питань залишається поки що недостатньо вивченими. У цьому зв'язку особливого значення набувають розробки індивідуальних та групових програм психосоціальної допомоги хворим на епілепсію з урахуванням психологічних механізмів соціальної адаптації.

Необхідність використання даних експериментально-психологічного дослідження *з метою* психокорекційної роботи з хворими на епілепсією підкреслюється й іншими авторами (В.М. Блейхер [2], І.І. Вассерман [5, 22-26], Л.І. Завілянський [10], І.С. Тец [24, 232-235], В.Ю. Шестаков [26]). Зокрема, В.Ю. Шестаков стверджує, що використання у реабілітаційних заходах у роботі з пацієнтами епілептичних відділень диспансерів не тільки епілептологів, а й дільничного терапевта, невролога, нейрофізіолога, нейрохірурга, психіатра, клінічного психолога, психотерапевта, реабілітолога та соціального працівника дозволяє істотно поліпшити їх соціальну адаптованість та якість життя [26].

Аналіз емпіричних даних дозволив виділити найбільш соціально вразливі категорії хворих епілепсією, а саме: пацієнти зі стійкою втратою працездатності і проблемами, пов’язаними з трудовою діяльністю (безробіття, зниження професійної кваліфікації, у тому числі зі зміною спеціальності); особи з низькою матеріальною забезпеченістю; самотні пацієнти; хворі зі складними або надмірно залежними сімейними стосунками; пацієнти з вираженим обмеженням соціальних контактів тощо. Ця категорія хворих і є цільовою при здійсненні психосоціальної допомоги.

Основними психологічними механізмами, що сприяють ефективності соціальної адаптації хворих, є життєстійкість, що складає систему переконань людини стосовно себе та навколишнього світу і включає активну дієву позицію, спрямовану на знаходження нових способів взаємодії з оточенням у змінних умовах (копінг-поведінка); позитивне самосприйняття та прийняття інших; контроль та самоконтроль, що підвищують упевненість у тому, що складнощі можна подолати; усвідомлення потреб у змінах і прийняття нової ситуації як даності, що потребує пристосування. Послаблюють адаптаційні процеси значне зниження інтелектуально-мнестичних здібностей (до деменції); надмірна тривожність, агресивність (дисфорія); наявні внутрішні та зовнішні конфлікти; хронічне відчуття

напруги; зарозумілість або надмірна залежність від оточуючих; деструктивні механізми психологічного захисту (проекція, витіснення, заміщення); явище стигматизації. Виявлені психологічні механізми соціальної адаптації хворих на епілепсію поряд з клінічними характеристиками дозволили повніше оцінити їх стан і визначитись з метою та завданнями з психосоціальної допомоги цій категорії людей.

Таким чином, ***метою*** формувального експерименту стала соціально-психологічна допомога особистості, яка хворіє на епілепсію, у встановленні того соціального статусу, який би задовольняв її основні соціально-психологічні потреби. Поставлена мета реалізовувалася у наступних ***завданнях*:**

1) визначити та обґрунтувати основні напрямки, методи та форми психосоціальної допомоги хворим на епілепсію психоневрологічних диспансерів у їх соціальній адаптації у позалікарняних умовах;

2) розробити та апробувати індивідуальні та групові програми допомоги у соціальній адаптації хворих на епілепсію з урахуванням виділених психологічних механізмів;

3) визначити ефективність впроваджених програм та перспективи усталеності отриманих результатів з використанням методів математичної статистики.

Як засвідчив огляд наукової літератури, обґрунтування психокорекційних заходів у системі лікування та реабілітації хворих на епілепсію з урахуванням емпіричних даних дослідження, а також використання методів математичної обробки при аналізі результатів використовувалось недостатньо. Тому зупинимося на питаннях методичного наповнення формувальної частини експерименту.

Забезпечення процесу психокорекційних впливів відбувалося з узгодженням із загальними принципами, розробленими в дослідженнях з цього питання, і варіювалось у зв’язку з конкретним випадком практичної роботи. Таким чином, ми дотримувалися принципу поєднання загального і часткового у процесі психологічної допомоги.

Сучасні дані засвідчують, що епілептологічна клініка зобов'язана проводити реабілітаційні програми, що включають в себе оцінку рівня психологічного та соціального функціонування хворих, навчання, соціальну підтримку і рекомендації щодо подальшого лікування. Крім того, для оперованих хворих передбачається неврологічна та нейропсихологічна реабілітація винклих інтелектуально-мнестичних розладів [17].

При здійсненні психокорекційних упливів та реабілітаційних заходів при епілепсії враховується, що епілептичні напади, будучи проявом церебрального неблагополуччя, виступають потужним психотравмуючим фактором. Неодноразово висувалась думка, що поєднання інтенсивної біологічної терапії з цілеспрямованою психологічною корекцією забезпечує зменшення кількості пароксизмів і пом'якшує психопатологічні прояви. Зокрема, В.Ю. Шестаков стверджує, що створення «позитивного настрою» у відношенні життєвих і лікувальних перспектив, перебудова системи стосунків хворого є першочерговою метою і завданням психокорекційної роботи, яка повинна включати три етапи: I – встановлення контакту з хворим і формування правильного ставлення до дослідження; II – проведення психодіагностичного дослідження, яке, крім власне діагностичного значення може мати і психотерапевтичний ефект, оскільки проведення дослідження сприймається хворим як прояв до нього уваги й інтересу; III – власне психотерапевтичні впливи. Заходи останнього етапу здійснюються диференційовано з урахуванням клінічного стану хворого, виявлених загальних психологічних закономірностей та індивідуальної «внутрішньої» картини хвороби. Їх мета – закріплення ефективності біологічної терапії, зміцнення віри в лікування. Завданнями цього етапу, у пропозиціях Шестакова В.Ю., є корекція життєвих планів у відповідності з можливостями хворого, зміна міжособистісних стосунків, засвоєння адаптивних форм поведінки [26]. Реалізація цих завдань відбувається методами індивідуальної та групової раціональної психотерапії.

Ефективність психотерапевтичних впливів при епілепсії пов'язують з ефективністю біологічної терапії, на тлі якої ці дії здійснюються. Ми також вважаємо, що регулярність прийому лікарських протиепілептичних препаратів у процесі соціальної адаптації дозволить забезпечити більший контролюючий вплив на можливість, силу та частоту епілептичних нападів.

У нашій програмі психосоціальної допомоги хворим на епілепсію в процесі соціальної адаптації ми виділяємо три етапи.

І етап – діагностичний, метою якого є клінічна, психологічна та соціальна оцінка стану хворого. На діагностичному етапі роботи збираються дані про стаж, перебіг хвороби пацієнтів, особливості пароксизмальних явищ, зміни в структурі мнемічно-інтелектуальної та особистісної сфер, зміни в соціальному та трудовому статусі. Методами роботи цього етапу є збір анамнестичних даних пацієнтів психоневрологічного відділення; експертні оцінки (лікарів, родичів хворого); бесіди; анкетування;

психометричні («Механізми психологічного захисту» Плутчека, «Психологічна адаптація» К.Роджерса, «ІТО» Л.Собчік) та проективні (МКВ Люшера та «Незавершене речення» Сакса) методики. Значення включення клінічного діагнозу в загальну оцінку психосоціального стану хворого полягає у досягненні можливого контролю над динамікою пароксизмів у відповідності до медикаментозного призначення.

ІІ етап – інформаційний, метою якого є інформативна підтримка хворих та їх рідних. Завданням етапу є забезпечення цільової аудиторії знаннями про особливості епілепсії, умови збереження соціального функціонування під час хвороби тощо. Методами роботи на цьому етапі є: групові лекторії (з пацієнтами стаціонарних відділень, їх родичами) за участі епілептологів, психологів, соціальних працівників; дискусії, індивідуальні консультації (для хворих та їх родичів). Результатом даного етапу є досягнення адекватної орієнтації хворого та його родичів стосовно епілепсії та збереженні соціальної активності, особливо тих, хто вперше опинився у стаціонарі. Особливе значення надається комплайнсу – сприйняття рекомендованого лікування і дотримання режиму прийому протиепілептичих засобів.

ІІІ етап – психотерапевтичний, метою якого є безпосередня психосоціальна та психотерапевтична допомога особам, які були включені до цільової групи. Методи психотерапії обирались у відповідності до визначених психологічних механізмів соціальної адаптації хворих та варіювались у відповідності до кожного окремого випадку.

Вихідними принципами психосоціальної допомоги хворим стали загальні принципи психокорекційної та психотерапевтичної роботи з людьми різних типів психічних захворювань, а саме: партнерство; різнобічність зусиль; єдність біологічних та психосоціальних методів впливу; етапність проведених впливів та заходів; максимальна доброзичливість, заспокійливість, обережність впливів (М.В.Кабанов [11], Б.Д. Карвасарський [12], М.С. Лебединський [14], Н.М. Манухіна [16, 15-20], В.Н. Мясищев [18]), а також спеціалізовані прийоми в роботі з епілептично хворими (М.Ш. Вольф [6], В.А. Михайлов [17], В.Є. Смірнов [20]).

Психотерапія хворих на епілепсію – недостатньо розроблений аспект у епідеміології. Це пов’язане з різними причинами. По-перше, відсутнє чітке ставлення до феномену «епілептична особистість», а отже – і методи впливу при її корекції. По-друге, недостатня увага приділяється спеціалізованим формам допомоги у процесі соціальної адаптації хворих, які часто залишаються один на один з проблемою. У тих поодиноких роботах,

присвячених психотерапевтичній та психосоціальній допомозі хворим на епілепсію, перевага надається індивідуальним формам роботи з пацієнтом. Це викликано специфікою хвороби та надіндивідуалізованим характером відповідних впливів. Переваги індивідуальної психотерапії в тому, що вона показана всім хворим, навіть у найважчих випадках захворювання. Для групової роботи необхідний ретельніший відбір хворих, які мають приблизно однакову структуру проявів хвороби та особистісних проблем, а також бажання працювати в групі.

Зокрема, при проведенні індивідуальної психотерапії В.Ю.Шестаковим пропонуються такі прийоми, як переконання, роз'яснення, навіювання, схвалення і осуд, метод «завдань і звітів» [26].

В умовах групових занять пропонуються методи групової бесіди, в якій обговорюються питання, що зачіпають загальні принципи лікування, ставлення до лікування, захворювання, взаємини з оточуючими і один з одним. Окрім спеціально створених груп, психотерапія при епілепсії може проводитись у палатах хворих для покращення психологічного клімату в цих малих групах [8], [26].

Для невербальних групових занять з хворими на епілепсію пропонується застосовувати схеми рухової комунікативної терапії, а також деякі прийоми лікувально-фізкультурного комплексу [3]. Крім того, враховувалися особливості впливів на хворих з органічним ураженням головного мозку [12].

Завдяки впровадженню реабілітаційних заходів, що включає систему психотерапевтичної допомоги, створенню позитивного психологічного клімату у відділенні підвищується терапевтична ефективність лікування хворих на епілепсію [8]. Це виражається у скороченні пароксизмальних та інших клінічних проявів захворювання, у зміцненні у хворих віри в лікування і одужання, в більш адекватну оцінку своїх можливостей і життєвих перспектив, у зміні ставлення до самого себе.

На сьогоднішній час існує понад 140 психотерапевтичних напрямків, кожен із яких відрізняється базовими припущеннями, теоретичними межами, методами аналізу терапевтичної взаємодії, відносним акцентом на травмуючих переживаннях пацієнта у минулому.

Спільним для всіх психотерапевтичних методів є те, що:

1) терапевтична активність відбувається у контексті емоційно заряджених та одночасно довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом;

2) існує теоретична основа, якої дотримується психотерапевт і яку розділяє пацієнт;

3) психотерапевтичні техніки передбачають надання нової інформації та навчання пацієнта шляхом тренінгу, прикладу, навіювання, переконання, усвідомлення.

Найбільш поширеними методами роботи з психічнохворими залишаються психофармакотерапія і психотерапія.

Психофармакотерапія передбачає використання психотропних препаратів: нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів, психостимуляторів, ноотропних препаратів. Існує ще група галюциногенів, але вони не одержали поширення в терапевтичній практиці. Психотропні препарати, що відносяться до кожної із зазначених груп, мають загальні властивості, що характеризують їхню спрямованість на певні психічні функції і їхні розлади. Так, нейролептики усувають психотичні порушення й страх, впливають на маревні, кататонічні й інші розлади, що зустрічаються при психозах. Транквілізатори в основному блокують невротичну тривогу й пов'язані з нею симптоми межових психічних порушень; деякі з них володіють також протиепілептичною дією. Антидепресанти пом'якшують або усувають тужливий афект при депресіях, роблячи одночасно седативну або стимулюючу дію. Психостимулятори підвищують рівень пильнування, усувають сонливість, астенічні симптоми. Ноотропи підвищують рівень психічної активності, позитивно впливають на розлади пам’яті й розумової діяльності, особливо при органічних психічних захворюваннях. Але лікарські речовини в кожній із груп володіють і власними, окремими властивостями, що визначають силу й швидкість дії на ті або інші порушення психічних функцій, характер побічних ефектів і ускладнень, що й обумовлює вибір лікарського засобу в кожному індивідуальному випадку захворювання.

Вибір психотропного засобу в конкретному випадку захворювання мало залежить від його нозологічної природи й визначається, головним чином, психопатологічним синдромом. Зміст патологічних переживань великої ролі не грає. Так, ефект препарату при параноїчному синдромі не залежить від змісту марення, чи то марення переслідування, відношення або гіпнотичного впливу. Психотропна речовина взагалі не здатна змінити спрямованість і зміст особистості хворої людини, його думки й переконання, що визначаються всім ходом соціалізації суб’єкта, починаючи з дитячого віку. Втручаючись у хімізм нервових клітин головного мозку, психотропні

препарати змінюють біологічний компонент особистості, вітальну основу патологічних психічних переживань. Результатом прямого впливу на базисні біологічні механізми вищої нервової діяльності є зміна емоційного стану хворого. Усуваючи тривогу й страх, депресивний, маніакальний афект, психотропні лікарські речовини мають вторинну терапевтичну дію на маренні, нав'язливі й інші продуктивні симптоми психічного захворювання. При цьому вони не впливають безпосередньо на напрям думок хворого, на його ставлення до інших людей, до свого Я. Під впливом фармакотерапії відбувається деактуалізація маревних, нав'язливих переживань. Іншими словами, раніше актуальні думки й переживання втрачають свій почуттєвий характер, перестають бути джерелом життєво важливої інформації про зовнішній і внутрішній світ суб'єкта.

Лікування психотропними препаратами є ефективним не при всіх формах психічних захворювань. Найбільш резистентними до лікування є психопатологічні синдроми з відносно ізольованою картиною й малою кількістю вхідних у неї симптомів, без грубих порушень у сфері вітальних емоцій і поведінки. До них відносяться синдроми, основу яких становлять марення, дисгармонія характеру й поведінки.

Психотерапія – це система психологічних впливів на психіку й через неї на весь організм хворого з метою лікування. Психотерапевтичні методи лікування спрямовані на навіювання, переконання, роз'яснення хворому симптомів його хвороби для того, щоб він міг краще зрозуміти свій стан, себе, адекватно відповідати на вимоги навколишнього середовища, переборювати особистісні конфлікти, що приводять до психічної неврівноваженості або дисфорії. У психіатрії психотерапія застосовується в основному на прикордонні стани.

До психотерапії належать різні способи допомоги хворому через організацію правильного ставлення до нього родини, друзів, співробітників, медичних працівників у лікувальній установі. Спокійне, співчутливе ставлення до пацієнта в побуті й на роботі сприяють поліпшенню його настрою, зміцненню оптимістичної спрямованості на результати проведеного лікування, концентрації зусиль для подолання хвороби.

Психотерапію розділяють на індивідуальну й групову. Індивідуальна психотерапія адресується одному хворому. При ній у максимальному ступені враховуються властивості його особистості, установлені в процесі психологічного й психопатологічного обстеження, й індивідуальні

особливості захворювання. В умовах контакту «один на один» особливого значення набуває сумісність лікаря й хворого.

Психотерапія «у групі» відбувається у групі з 8-15 хворих з подібними захворюваннями, що вимагають психотерапевтичного впливу. Лікар при цьому звертається до всієї групи, маючи на увазі, що його слова зачіпають інтереси кожного її члена. Ігнорування принципу індивідуальності з урахуванням особистісних особливостей і характеру захворювання при цьому нерідко приводить до негативних наслідків.

На відміну від психотерапії «у групі», при груповій психотерапії вплив терапевта значною мірою підмінюється взаємним впливом один на одного членів самої групи. З погляду соціальної психології, група – це сукупність людей, об'єднаних спільною діяльністю й у взаємодії між собою. У терапевтичній групі психотерапевт як формальний лідер створює атмосферу взаємної підтримки, що є умовою спрямованого терапевтичного впливу. На першій його стадії він сам бере активну участь у діяльності групи, задає навідні запитання при колективному обговоренні якої-небудь проблеми, стимулює активність членів, сприяє виробленню групових норм. У наступній стадії активність психотерапевта знижується, і він поступово передає керування групою самим її членам, продовжуючи спостерігати за їхньою взаємодією.

Методи психотерапії розділяють також на директивні й недирективні. Директивна психотерапія заснована на вселянні й переконанні хворого, на формуванні в нього правильного ставлення до хвороби і її лікування. Вона опирається на авторитет, престиж і знання лікаря. Психотерапевт приймає на себе всю відповідальність за хід лікування пацієнта, якому приписується роль суб'єкта впливу, зміст якого він не розуміє й не повинен розуміти. Кінцева мета директивної психотерапії полягає в усуненні симптомів хвороби. На відміну від цього недирективна (індивідуально-орієнтована) психотерапія виходить із визнання самоцінності особистості, індивідуальних властивостей пацієнта й з поваги до його потреб. Вона спрямована на розвиток особистості, її внутрішніх резервів, оптимізацію її відносин із суспільством. Пацієнтові пропонується самостійно взяти на себе відповідальність за вибір кінцевих цілей психотерапевтичного впливу, взявши за основу свої індивідуальні життєві цінності, а не безликі соціальні «норми». Симптоми хвороби перестають бути безпосереднім об'єктом впливу; ним стають такі особистісні переживання, як страх перед світом, непевність у собі, незадоволеність своїми стосунками з іншими людьми.

Таким чином, недирективна психотерапія прагне до гармонізації особистості хворого. При ній зростає роль неформального спілкування психотерапевта й хворого, які виступають у цьому спілкуванні як партнери.

До числа директивних методів відносять раціональну психотерапію, або терапію переконанням. У процесі лікування психотерапевт намагається змінити ставлення хворого до обстановки, що породила його захворювання, вплинути когнітивним шляхом через розум на вкорінені неправильні погляди й забобони, що роблять пацієнта особливо ранимим стосовно проявів хвороби, роз'яснення й переконання при цьому сполучається із вселянням [19].

Раціональна психотерапія коригує масштаб переживань хворого, але не усуває психічний конфлікт, який визвав хворобу й невротичну тривогу. Гіпносугестивна терапія проводиться як у сполучені із раціональною, так і самостійно. Найбільш ефективна вона при істеричних розладах, хоча швидкі й демонстративні результати гіпнотичного навіювання при цих формах захворювання не відрізняються стійкістю, оскільки аномальні властивості особистості й тенденція реагувати на будь-яку конфліктну ситуацію симптомами неврозу при цьому зберігаються. Практика, однак, показує, що як у звичайному стані, так і в гіпнотичному вселити можна тільки ті ідеї, які не суперечать власним переконанням людини.

З огляду на специфіку епілептичного захворювання, найбільш адекватними методами психотерапевтичної допомоги хворим є індивідуальні форми роботи з пацієнтом, переважно директивного характеру. Важливою складової реабілітаційних заходів при епілепсії лікарі називають підвищення освітнього рівня пацієнтів. Причому освіта не повинна зводитись тільки до передачі певної суми знань про хворобу, а й містити елемент підвищення мотивації та зміні установок хворих у зв'язку з особливостями перебігу хвороби.

Епілепсія відноситься до тих захворювань, які викликають відгородженість, дистанційованість, і рештою решт, стигматизацію, а інколи й дискримінацію з боку суспільства. Реакцією хворого на стигматизацію суспільства є його самостігматізація. Праці, які висвітлюють питання стигматизації психічно хворих, все частіше з'являються в наукових публікаціях Гурович І. Я. [9], Кабанов М.М. [11], але досліджень про вплив самостігматізації на характер перебігу епілепсії немає. Тому, з метою зменшення несприятливого впливу суб'єктивних оцінок хворих на динаміку їх соціальної адаптації необхідно проведення комплексу освітніх програм з

пацієнтами та їх родичами, які спрямовані на підвищення рівня знань про епілепсію, формування «прямого» та «опосередкованого» комплайєнса (англ, compliance – згода, поступливість) – співробітництва між лікарем, хворим та членами його родини. Комплаєнс може стати терапевтичним інструментам, що забезпечить зацікавленість пацієнта в дисципліні лікування, підвищить його мотивацію в процесі психотерапії.

Хворі на епілепсію потребують психологічної допомоги в процесі соціальної адаптації, оскільки навіть тимчасова соціальна чи трудова дезадаптація цих пацієнтів, викликана періодично наступаючим хворобливим станом і повторною госпіталізацією, можуть призводити до порушення соціального розвитку особистості.

Література

1. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсація: пограничные нервно-психические расстройства. – Москва: Наука, 1976.
2. *Блейхер В.М.* Клиническая патопсихология / Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Изд-во: Московский психолого-социальный институт. – Москва-Воронеж: 2002.
3. *Бондаренко Е.С.* Эпилепсия у детей: (Клиника, лечение, дифференц. диагностика) / Е.С.Бондаренко, Э.А. Эдельштейн, И.З. Мизикова – Москва: ЦОЛИУВ, 1982.
4. *Бодалев А.А.* Введение в кн. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные труды. – Москва; Воронеж: «МОДЕК», 1998.
5. *Вассерман Л.И.* Психологическая диагностика при эпилепсии // Журнал «Современная психиатрия им. П.Б. Ганнушкина». – 1998. – № 5.
6. *Вольф М.Ш.* Эпилепсия – Epilepsy: (Клиника, лечение, электроэнцефалография, патоморфоз и орг.терапии). – Москва: НИИпсихиатрии, Медицина, 1991.
7. *Гехт А.Б.* Эпилепсия: новые открытия на смену традиционным взглядам // «Здоров'я України» Медична газета № 11-12 за червень 2009 р.
8. *Громов С.А.* Контролируемая эпилепсия. Клиника, диагностика и лечение. – Санкт-Петербург: 2004.
9. *Гурович И.Я.* Социальная и клиническая психиатрия. – Том 16. Выпуск 1 Социальная и клиническая психиатрия. Издание Российского общества психиатров, Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РФ, Москва: 2006.
10. *Завилянский И.Я.* Психиатрический диагноз./ И.Я. Завилянский, В.М. Блейхер, И.В. Крук, Л.И. Завилянская – Київ: Вища школа, 1979.
11. *Кабанов М.В., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Психологическая диагностика и коррекция в клинике. – Ленинград: 1983.

12. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского – Издательство: Питер, 2006.
13. *Курако Ю.Л., Горанский Ю.И.* Основная и вспомогательная терапия эпилепсии у беременных // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10. – № 2
14. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. – Москва: Издательство Московского университета, 1985
15. *Люббан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. – Санкт-Петербург: 1994.
16. *Манухина Н.М.* Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации // Семейная психология и семейная терапия. – 2000. – № 2.
17. *Михайлов В.А.* Эпилепсия, качество жизни, лечение / Н.Г. Незнанов, С.А.Громов, В.А.Михайлов, С.Д.Табулина, Е.С.Ерошина, С.А.Коровина. – Санкт-Петербург: Издательство ВМА, 2005.
18. *Мясищев В.Н.* Психология отношений: Избранные труды. / Ред. Бодалев А.А. – Москва: МПСИ, 2005.
19. *Свядощ А.М.* Неврозы и их лечение. – Москва: Медицина, 2-е изд., 1971.
20. *Смирнов В.Е.* Психотерапия при эпилепсии. Руководство по психотерапии. – Тбилиси: Медицина, 1979.
21. *Сорокіна О.А.* Особливості подолання хворими на епілепсію стресових ситуацій, пов'язаних з хворобою: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Київ: 2002.
22. Стигматизация и социальная адаптация больных эпилепсией / М.А. Мизанова [и др.] // Эпилепсия : приложение к журналу. – 2011. – Том 111, Вып. 2(№5).
23. *Табачніков С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В. та ін.* Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1.
24. *Тец И.С.* Гемисферная латерализация эпилептических очагов как один из факторов, влияющих на обоснованность дифференциального выбора патогенетического лечения различными противоэпилептическими и психотропными средствами // Проблемы невропатологии, психиатрии и наркологии. – Тбилиси: 1984.
25. Ч*ерняк З.В.* Нервно-психические расстройства у взрослых пациентов с эпилепсией/ З.В. Черняк, Н.Н. Полонская // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 6.
26. *Шестаков В.Ю.* Качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией и разработка модели по оптимизации психиатрической специализированной службы (региональный аспект): диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.18; Московский научно-исследовательский институт психиатрии]. – Москва: 2007.
27. http://zakon2.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi [Електронний ресурс].

A. Zinchenko. The peculiarities of psycho-social working with patients with epilepsy.

In article the questions of seeking the ways and means of improving the socio-psychological adaptation of the people suffering from psychic illnesses, namely on epilepsy are considered. The attention is focused on the development of the individual and group programs of psychosocial care for the patients with epilepsy taking into account the psychological mechanisms of social adaptation.

Keywords: *adaptation, socio-psychological adaptation, mechanisms of social adaptation, psychosocial support, epilepsy.*

УДК 159.922.6

О. Л. Томіліна

ФОРМУВАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО УЯВЛЕННЯ У ШКОЛЯРІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розповідається про формування екологічного уявлення школярів молодшого шкільного віку

Ключові слова*: екологічне уявлення, екологічна культура, екологічне мислення, екологічне виховання, екологічне знання .*

Постановка проблеми. Екологічні проблеми набувають загальнопланетарного характеру, створюють реальну загрозу існуванню людства. В цих умовах вирішенню проблеми виживання людства певною мірою сприяє екологічна освіта учнівської молоді, одним з пріоритетних завдань якої є виховання бережливого, раціонального, розумного ставлення до довкілля – на противагу споживацькому користолюбному, утилітарному використанню природних багатств. Тому цілком закономірно, що Доктрина розвитку освіти України наголошує на необхідності екологічного виховання молоді. Безпосереднім завданням сучасної школи постає формування екологічного мислення школярів, яке має проявлятися у свідомому ставленні до природи, у доцільній взаємодії з нею, в осмисленні екологічних явищ, в умінні приймати адекватні рішення стосовно природного середовища.

Аналіз останніх наукових праць. Сучасні дослідники проблеми Чорнобильської катастрофи підкреслюють руйнівний вплив її наслідків, на організм і психіку дітей та юнацтва (В.В. Авраменкова, О.В. Киричук, Є.О. Лазебна, В.О. Маляко, В.Т. Панок, В.І. Панченко, В.В. Рибалка, Т.Н. Рудницька, В.О. Скребець, Н.В. Татарина, С.В. Тітієвський,