

Т.В. Казенных, В.Я. Семке

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Проведенный нами клинический анализ свидетельствует о появлении в клинике у больных эпилепсией, наблюдающихся в Эпилептологическом кабинете, помимо достаточно типичных для эпилепсии психических расстройств, реактивных наслоений, связанных, прежде всего, с разнообразными социальными стрессами. Реализация реабилитационных программ помощи этой категории больных затруднена из-за социальных и экономических перемен, произошедших в нашей стране, которые не позволяют использовать прежние формы реадaptации. В изменившихся условиях в системе комплексной терапии больных эпилепсией возрастает роль психотерапевтических мероприятий, направленных на изменение «внутренней картины болезни». Приведены конкретные методики, применявшиеся нами у 102 пациентов Эпилептологического кабинета, с оценкой их эффективности. Показано, что применение программ психологической реабилитации, успешно дополняющих медикаментозную терапию, способствует лучшей социальной и семейной адаптации больных эпилепсией, что значительно улучшает качество их жизни.

Ключевые слова: эпилепсия, психические расстройства, адаптация, психотерапия, качество жизни

На сегодняшний день вопросы социальной и биологической адаптации больных эпилепсией остаются весьма актуальными. Адекватные реабилитационные программы направлены, прежде всего, на решение социальных проблем больных эпилепсией: межличностных, профессиональных, финансовых [1]. Актуальность социальных вопросов обусловлена тем, что от их решения зависят течение и прогноз эпилепсии. Потери, которые несет общество вследствие эпилептической болезни, складываются не только из недостаточного участия этих больных в создании национального дохода, но и связаны с нарушением их функционирования в других сферах социально-экономической жизни. Индивидуальный подход предполагает строгое планирование лечебного процесса на длительный срок. В настоящее время лечение эпилепсии представляет собой психофармакологический комплекс, в котором на первое место выходят противосудорожные препараты. Однако «мишенью» терапевтической активности является не только припадок, но и психические, личностные расстройства.

Проблема психических расстройств при эпилепсии не может быть разрешена в рамках монологической естественнонаучной парадигмы, потому что продуктивные расстройства психики на

современном уровне развития науки не расшифровываются в категориях мозговых расстройств, которые являются сугубо психическими и не способны представлять психофизиологическую проблему в целом. С этих позиций роль психотерапии представляется весьма противоречивой и в общей системе комплексного воздействия — второстепенной. Г.М. Назлоян [2] видит решение проблемы феноменологии клинических проявлений болезни в концепции патологического одиночества. Если обратить внимание на тот факт, что одиночество, отгороженность от внешнего мира — основа возникновения психопатологических симптомов, то оказывается, что на клиническом уровне можно фиксировать прямую и обратную связь между пароксизмальной активностью головного мозга и различными «барьерами» в диалогическом отношении пациента к внешнему миру, между патологическим одиночеством и симптомами психического заболевания. Таким образом, патологическое одиночество существует не только на границе между психическими и физическими функциями мозга. Это единственный психопатологический феномен, который охватывает и психическое, и физическое «Я». В группе органических расстройств пароксизмальная активность мозга представлена прежде всего отгороженнос-

тью, неадекватностью пациента во внешнем мире. Поэтому психотерапия должна быть направлена на избавление пациента от многочисленных барьеров, отделяющих его от пространства «Ты».

Отношение общества к больным эпилепсией неоднозначно и преимущественно негативно [3, 4]. Именно эта группа больных, как никто, испытывает значительные трудности при устройстве на работу, при получении среднеспециального и высшего образования. По данным R. Raessler с соавторами [5], поиск работы является основной проблемой для больных эпилепсией. Sander J., Shorvon S.D. [6] проведен опрос 2000 больных эпилепсией, в результате которого установлено, что 72% из них в Великобритании безработны. Социальные проблемы при эпилепсии, связанные с трудоспособностью, отмечает J. Grošelj [7]. Dereux J-F. [8], R. Норре [9] отмечают, что недостатки законодательной системы способствуют дезадаптации больных эпилепсией. Рустамов Х.Т. [10] считает, что психосоциальные проблемы эпилепсии часто вызывают большую нетрудоспособность, чем приступы. Разные люди по-разному относятся к своему заболеванию. Одни склонны переоценивать его опасность, другие, наоборот, переоценивать. Причин здесь много: это и медицинская неграмотность, и рентная установка, и неосознанная защитная реакция. Само наличие заболевания, установление диагноза эпилептической болезни часто оказывалось очень драматичным для больного, воспринималось как крах жизненных планов, социально дезадаптировало и способствовало постоянному психологическому дистрессу, и в конечном итоге — снижению качества его жизни. Недостаточная информированность пациентов и членов их семей, отсутствие возможности у участкового врача-невролога или психиатра уделять более 10-15 минут на каждое посещение, отсутствие в штате психоневрологического диспансера или поликлиники специалиста-эпилептолога, боязнь обращения к психиатру-психотерапевту для избежания «клейма» психически больного также способствуют их дезадаптации.

Изменения в политической, социальной и экономической жизни страны, которые произошли за последние годы, привели к кризису в различных сферах народного хозяйства, включая здравоохранение [11]. По данным С.А. Громова, М.Ф. Катаевой [12], в период социальной дестабилизации 10,8% больных не получали лечения, эффективность терапии снизилась до 76,6%, срыв ремиссии приступов достиг 6%. Резко изменился и процент инвалидизации: 1990 год — 1,3 %, 1991 год — 2,9 %, 1992 год — 3,7 %, 1993 год — 5,8 %. Авторы считают, что рыночные отношения в эко-

номике сделали невозможным трудоустройство больных эпилепсией, поэтому они вынуждены использовать государственные программы социальной защиты. Врачи, учитывая изменившиеся условия жизни и стремясь помочь больным, стали в какой-то степени «подгонять» их под группу инвалидности. Этот факт отмечали А.А. Александровская, О.К. Столповская, А.И. Еремеев [13], О.А. Миронова [14], М.В. Агрба, К.А. Черемных [15], Н.П. Жигарева [16]. Из-за сокращения или отсутствия социальных и, прежде всего, финансовых дотаций ощутимы трудности в работе всей лечебно-восстановительной системы: приостановлены социальные программы по бесплатному обеспечению больных эпилепсией лекарствами, нет возможности переучивания больных рекомендованным профессиям, трудоустройства, свертывается работа лечебно-трудовых мастерских. Работающие больные оказываются в полной зависимости от администрации, подвергаясь постоянной угрозе увольнения [17].

Проведенное нами эпидемиологическое исследование [18] также подтверждает эту тенденцию: анализ трудового статуса больных эпилепсией, прошедших стационарное лечение в Томской областной клинической психиатрической больнице, выявил увеличение числа безработных больных среди пациентов, лечившихся за период 1993-1995 гг. (2-й период) — их удельный вес по сравнению с периодом 1983-1995 гг. (1-й период) возрос в 5 раз. Возросло и общее количество инвалидов — в 1,3 раза по отношению к 1-му периоду. Среди пациентов женского пола отмечалось менее резкое увеличение удельного веса инвалидов (с 42,6 до 45,3%), количество неработающих женщин возросло во 2-м периоде в 8 раз (с 1,7 до 13,7%; $p < 0,01$). Среди мужчин удельный вес неработающих увеличился почти в 3 раза, а инвалидов лишь в 1,5 раза. «Внутригрупповое» распределение инвалидов показало, что во 2-м периоде произошло перераспределение инвалидов 1-й и 2-й групп: удельный вес инвалидов 1-й группы уменьшился более чем в 3 раза (с 3,2 до 1,0%), а количество инвалидов 2-й группы, напротив, увеличилось в 1,5 раза (с 24,5 до 36,2%; $p < 0,01$).

В связи с возрастающей актуальностью социальных проблем закономерным явилось появление в клинике больных эпилепсией реактивных наслоений. Следует подчеркнуть, что вторичные наслоения психики переплетались с первичными и создавали довольно сложную и специфическую клиническую картину. К реактивным наслоениям мы относили аффективные реакции, депрессивные состояния, а также страхи. Аффективные реакции представляли собой кратковременные

вспышки возбуждения, возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие факторы, однако они не несли в себе содержания психотравмирующих факторов и являлись стереотипными по своим клиническим проявлениям пароксизмами. В структуре этих реакций у пациентов преобладали возбуждение, негодование и протест, что часто являлось гипертрофированной реакцией на несправедливость, унижение достоинства и т.д. Особого внимания требовали эмоционально-гиперстенические расстройства, входившие в структуру астенического синдрома. Внешние раздражители, которые для здоровых людей оказываются слабыми и подпороговыми, у больных с астеническим синдромом являлись надпороговыми, сильными, сверхсильными. Вместе с тем, по данным многих эпилептологов, при эпилепсии преобладающей из серии «психиатрических реакций» можно считать депрессию. G. Boglium с соавторами, E. Motta с соавторами [9] «из серии психических симптомов и реакций» называют депрессию как «атрибут эпилепсии в чистом виде» или говорят о «высоком риске депрессивных расстройств при эпилепсии».

По мнению M. Bleuler [20], депрессивные синдромы и эпилептические проявления имеют общую биологическую основу. Аналогичной точки зрения придерживается Б.А. Казаковцев [21], рассценивающий непароксизмальные дисфорические проявления как составную часть более сложных психопатологических синдромов. Проведенный им анализ 286 психотических эпизодов выявил большее количество транзиторных эпилептических психозов с преобладанием аффективных расстройств (60,3%). Транзиторные депрессивные состояния у больных характеризовались острым началом и abortивным течением, большой частотой «соматических» жалоб, гиподинамией, склонностью больных к реакциям тревоги. Эти данные перекликаются с мнением К.А. Новлянской [22] о том, что для транзиторных депрессивных состояний с вегетативными нарушениями типична проекция аффективных расстройств на сомато-вегетативную область, когда патологическое состояние можно определить скорее как плохое самочувствие, чем плохое настроение. В исследовании Б.А. Казаковцева [21] эти состояния составляли 15,8% от общего числа транзиторных психозов при эпилепсии, и при увеличении их продолжительности понижению настроения у больных сопутствовали чувство тоски, склонность к слабодушным реакциям. Наряду с этим имели место диффузные или по типу гемикраний ноющие головные боли, алгические расстройства другой локализации, гиперпатии. Снижение аппетита, неустойчивый сон, тахикардия, запоры,

потливость, сухость во рту, слюнотечение сочетались у больных с жалобами на общую слабость, шум в голове, чувство разбитости, понижение памяти, кошмарные сновидения. Больные выглядели вялыми, бледными, иногда несколько оглушенными. Речевая активность и продуктивность в работе снижались. 10,3% составляли случаи транзиторных депрессий с дисфорией и тревогой, когда тоскливо-злобное настроение у больных сочеталось с астеническими жалобами, жалобами на головные боли, чувство безысходности. Больные в эти периоды были вспыльчивы, обидчивы, плаксивы, уединялись, стремясь уйти от конфликтов. На высоте гневливых вспышек нередкими оказывались суицидальные высказывания больных, что соответствует данным L.W. Diehl [23] о большей, чем в общей популяции, вероятности совершения самоубийств при эпилепсии.

У 102 больных эпилепсией, наблюдавшихся в Эпилептологическом кабинете, среди выявленных психических расстройств преобладали расстройства аффективной сферы (59,4%) в виде раздражительности, сниженного настроения, эмоциональной лабильности, склонности больных к реакциям тревоги. Понижению настроения у больных сопутствовали чувство тоски, склонность к слабодушным реакциям. Отмечалось большое количество «соматических» жалоб: головные боли — различные по характеру и интенсивности, чувство разбитости, неприятные ощущения в различных частях тела, общая слабость. 18,2% составляли случаи сниженного настроения с дисфорией и тревогой, у больных отмечались вспыльчивость, обидчивость, плаксивость. У 7 больных (6,9%) причиной депрессии был психогенный запуск, для 4 (3,9%) из них безусловным травмирующим фактором явилось установление диагноза эпилепсии, для остальных драматичными явились разрыв с партнерами, у 1 больной (0,9%) были выявлены суицидальные высказывания, по поводу которых она была госпитализирована в психиатрический стационар. Депрессивное настроение, тревога и беспокойство в этом случае были причинно обусловлены, и согласно МКБ-10 состояние пациентов возможно диагностировать как депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации.

Больных эпилепсией часто беспокоили страхи, в которых был элемент навязчивости. Необходимо отметить, что даже тогда, когда припадки были редки, больные постоянно ожидали их появления, испытывали боязнь умереть во время припадка, а также страх, что им не окажут своевременную помощь. Они боялись назначения противоэпилептических средств («... а вдруг будет хуже?»), смены противосудорожной терапии, побочного

действия лекарств. При благополучном течении болезни, когда начинается отмена препаратов, они начинали бояться возобновления припадков при снижении дозы и прекращении приема медикаментов. Эти страхи приводили к тому, что больные прекращали учебу, работу, не выходили на улицу («...чтобы не узнали о приступах»). Страх, что с больным что-то случится во время приступа, нередко овладевали и родственниками. Результатом становилась гиперопека, которая не улучшала его состояния. Поэтому очень важно подключать семейную психотерапию с близкими больных. Особенно необходима психотерапевтическая грамотность в работе с родителями детей, больных эпилепсией. Правильный подход родителей к болезни, верное воспитание значительно ослабляли эмоциональную насыщенность, связанную с основным заболеванием.

Реактивные наслоения имели место не во всех наблюдениях, многое зависело от того, как проводилась психотерапевтическая работа на том или ином этапе заболевания. На начальных этапах заболевания ведущей была рациональная психотерапия, одной из задач которой являлось создание в сознании больного правильного представления о его заболевании, изменение «внутренней картины болезни». Выявлено три варианта отношения пациента к своему заболеванию: недооценка тяжести болезни, вплоть до анозогнозии, переоценка его тяжести или относительно правильная оценка своего состояния. Именно с двумя первыми моментами нам и приходилось работать чаще всего. Недооценка тяжести приводила к тому, что больные самовольно отменяли АЭС, несмотря на предупреждение о необходимости приема препаратов. При переоценке тяжести заболевания больные находились в состоянии постоянной тревоги, а это приводило к учащению припадков. Страх повторения приступа перерастал в обсессивно-фобический синдром, и больной страдал от своего невротического состояния.

Рациональная психотерапия складывалась из разъяснения больным сути заболевания, объяснения истинного характера болезни, возможностей современной терапии. Подчеркивалось, что при регулярном лечении легко избежать фатальных исходов. Разъяснялось, что сама болезнь занимает мало времени, а страх повторения приступов отравляет жизнь как самому больному, так и его родственникам. При анозогнозии пациента повторные явки назначались 1 раз в неделю в первые 3 месяца противоэпилептической терапии, а затем не реже чем 1 раз в месяц в течение года. В этих случаях пациенты не бросали прием АЭС.

Значительное место отводилось экспресс-психотерапии. Пациенты, обратившись к пси-

хиатру-психотерапевту Эпилептологического кабинета, обсуждали с врачом все интересующие его вопросы, касающиеся заболевания. По длительности такие беседы были от 5 до 60 минут и не имели определенной периодичности, как то предусмотрено при рациональной психотерапии. В данном случае охват составил 100% числа обратившихся.

На поздних стадиях заболевания рекомендуется использовать приемы транзактного анализа и поведенческой терапии [4, 24], однако учитывая контингент пациентов нашего кабинета — больные с доброкачественными формами эпилептической болезни, с легко или умеренно выраженными психическими расстройствами. Работать с пациентами с поздними стадиями заболевания нам не приходилось.

Эффективность проведенных мероприятий оценивалась клинически, по улучшению физического и психического состояния, а также урежению приступов у пациентов. Для субъективной оценки эффективности мы рассмотрели некоторые «прикладные» аспекты качества жизни больных эпилепсией. В качестве инструмента измерения качества жизни нами были использованы шкала качества жизни по И.А. Гундарову «Роза качества жизни» [25], с оценкой по 15 показателям — положение в обществе, работа, душевный покой, семья, дети, здоровье, условия в районе проживания, жилищные условия, материальный достаток, питание, сексуальная жизнь, духовные потребности, общение с друзьями, развлечения, отдых. Обследование было проведено дважды: при первичном обращении, до начала реабилитационных мероприятий и после такового.

Обследование при первичном обращении показало снижение показателей качества жизни у всех больных, особенно по шкалам «работа», «душевный покой», «семья», «дети», «здоровье», «материальный достаток», «сексуальная жизнь», «духовные потребности». Анализ параметров категорий качества жизни свидетельствует, что женщины более удовлетворены своим положением в обществе, работой, детьми, жилищными условиями и условиями в районе проживания, материальным достатком, питанием, духовными потребностями, чем мужчины. Стабильно низким оказалась категория «здоровье». Повторная оценка качества жизни, проведенная после тщательного инструментального и клинического обследования с установлением формы заболевания и разработки каждому пациенту индивидуальной терапевтической программы, включающей назначение противоэпилептического препарата в оптимальной дозе, ангиопротективную, дегидратирующую терапию, а также курса индивидуальной

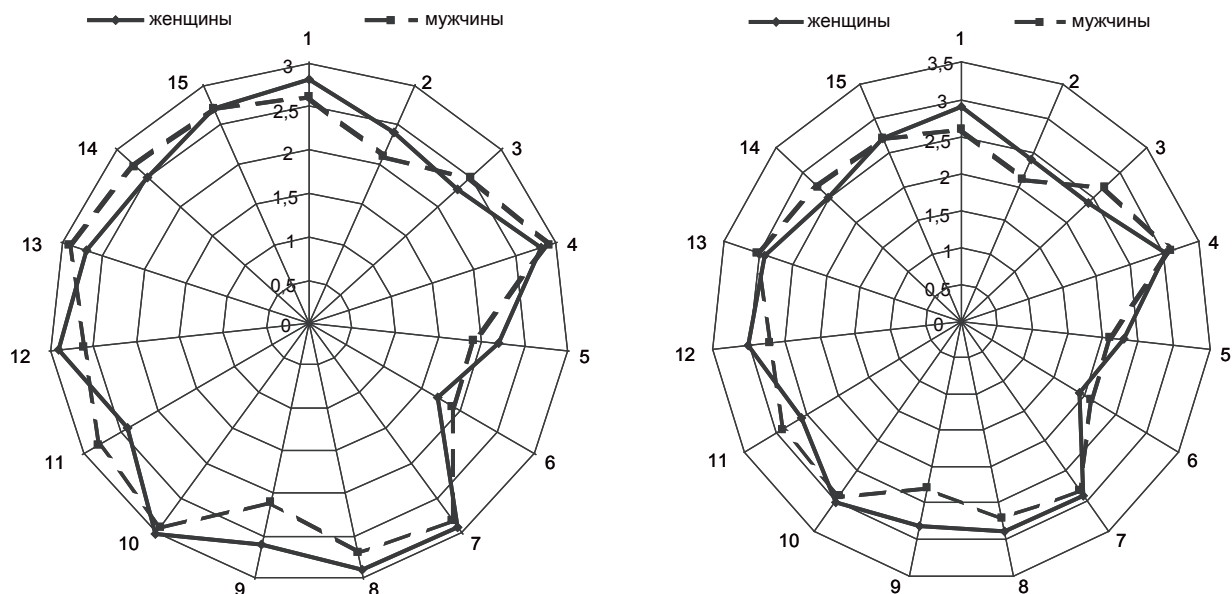


Диаграмма 1. Шкала качества жизни больных эпилепсией

Категории качества жизни: 1 — положение в обществе, 2 — работа, 3 — душевный покой, 4 — семья, 5 — дети, 6 — здоровье, 7 — условия в районе проживания, 8 — жилищные условия, 9 — материальный достаток, 10 — питание, 11 — сексуальная жизнь, 12 — духовные потребности, 13 — общение с друзьями, 14 — развлечения, 15 — отдых

и семейной психотерапевтической коррекции, выявила положительную динамику показателей по шкалам «семья», «дети», «здоровье», «материальный достаток», «сексуальная жизнь» (Диаграмма 1).

Таким образом, проведенный нами клинический анализ свидетельствует о появлении в клинике у больных эпилепсией, наблюдающихся в Эпилептологическом кабинете, помимо достаточно типичных для эпилепсии психических расстройств, реактивных наслоений, связанных, прежде всего, с разнообразными социальными стрессами. Реализация реабилитационных программ помощи этой категории больных в нашей стране затруднена из-за социальных и экономических перемен, которые не позволяют использовать прежние формы реадaptации. В связи с этим возрастает роль специализированных междисциплинарных форм помощи больным эпилепсией, предусматривающих совместное динамическое наблюдение за пациентами неврологом-эпилептологом и психиатром-психотерапевтом. Подобный подход предусматривается в Эпилептологическом кабинете. Разработанные индивидуально, с учетом формы и этапа заболевания, а также личности пациента, реабилитационные мероприятия, включающие медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию (индивидуальную и семейную) способствуют лучшей социальной, в том числе семейной, адаптации больных эпилепсией, что наглядно иллюстрирует положительная динамика критериев качества жизни.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION AT COMPLEX THERAPY OF EPILEPTIC PATIENTS

T.V. Kazennykh, V.Ya. Semke

The clinical analysis, conducted by us, showed that in clinics of epileptic patients, observed in the Epileptological Room, in addition to enough typical for epilepsy mental disorders, there were reactive layers associated first of all with various social stresses. Realization of rehabilitative programs of care for this category of patients is difficult because of the social and economic changes, occurring in our country which do not allow using previous readaptation forms. In the changed conditions at complex therapy of epileptic patients the role of psychotherapeutic measures directed at change of «inner picture of the illness» is increasing. Psychocorrective methods applied by us in 102 patients of the Epileptological Room with assessment of their efficacy have been conducted. It has been shown that application of psychological rehabilitation programs successfully complementary medication, promote better social and family adaptation of epileptic patients what significantly improves their quality of life.

Литература

1. Psychosocial problems among adults with epilepsy / C.B. Dodrill, D.N. Breyer, M.B. Diamond, et al. // *Epilepsia*. — 1984. — Vol. 25. — № 2. — P. 168-175.
2. Назлоян Г.М. Портретный метод в психотерапии / Г.М. Назлоян. — М., 2001. — 144 с.
3. Фенвик П. Как жить с эпилепсией. Практическое руководство / П. Фенвик, Э. Фенвик. — С.-Пб., 1997. — 176 с.

4. Кутявин Ю.А. Эпилепсия: Руководство для врачей / Ю.А. Кутявин, В.С. Коваленко, М.Е. Литвак. — Ростов н/Д., 1997. — 320 с.
5. Raessler R. Psychiatric disturbance in the families of epileptic children / R. Raessler, P. Hoare // *Develop. Med.* — 1990. — Vol. 26. — №1. — P. 14-19.
6. Sander J. Epidemiology of the epilepsies / J. Sander, S.D. Shorvon // *J. Neurol. Neurosurg Psychiatr.* — 1996. — Vol. 61. — P. 433-443.
7. Groselj J. Socialna problematika pri obravnavi delovne sposobnosti epileptikov / J. Groselj // *Zdrav. Vestn.* — 1980. — Vol. 49, №10. — P. 481-483.
8. Dereux J.-F. Plaidoyer pour un epileptia / J.-F. Dereux // *J. Sci. Med. Lille.* — 1980. — № 10. — P. 179-180.
9. Hoppe R. Die epilepsie aus socialmedizinischer sicht / R. Hoppe // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* — 1980. — Vol. 48. — № 2. — P. 101-109.
10. Рустамов Х.Т. Клинико-биологические факторы прогноза психических расстройств, обусловленных эпилепсией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Х.Т. Рустамов. — Ташкент, 2005. — 22 с.
11. Социально-экономические проблемы службы психического здоровья / В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, Т.А. Солохина и др. // *Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова.* — 1993. — Т. 93. — № 3. — С. 76-80.
12. Громов С.А. Современные аспекты социальной и биологической адаптации больных эпилепсией в России / С.А. Громов, М.Ф. Катаева // *Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова.* — 1996. — Т. 96. — № 2. — С. 14-17.
13. Александровская А.А. Динамика первичной инвалидности и социально-трудовая реабилитация больных эпилепсией / А.А. Александровская, О.К. Столповская, А.И. Еремеев // *Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация при нервно-психических заболеваниях.* — Л., 1988. — С. 81-87.
14. Миронова О.А. Анализ медико-социальных причин инвалидности при эпилепсии у лиц моложе 45 лет / О.А. Миронова // *Актуальные вопросы инвалидности. Сб. науч. трудов. ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов.* — М., 1991. — С. 129-133.
15. Азрба М.В. О причинах инвалидности вследствие психических заболеваний у лиц молодого возраста / М.В. Азрба, К.А. Черемных // *Актуальные вопросы инвалидности: Сб. науч. трудов ЦНИИ экспертизы трудоспособности и орг.труда инвалидов.* — М., 1991. — С. 119-123.
16. Жигарева Н.П. Сравнительное изучение социально-трудовой адаптации инвалидов вследствие психических заболеваний при различных формах трудоустройства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.П. Жигарева. — М., 1993. — 26 с.
17. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году // *Здравоохранение Российской Федерации.* — М.: Медицина, 2000. — Вып. 4. — С. 40-45.
18. Бологова Т.В. Анализ распространенности эпилепсии по данным психиатрического стационара. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / Т.В. Бологова. — Томск, 2001. — С. 240-241.
19. Abstracts from the 22nd International Epilepsy Congress. Dublin, Ireland. June 29 — July 4, 1997 // *Epilepsia.* — 1997. — Vol. 38. — Suppl 3.
20. Bleuler M. La nature des psychoses epileptiques chroniques / M. Bleuler // *Ann. med. Psychol. (Paris).* — 1946. — Vol. 104. — № 2. — P. 268.
21. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии / Б.А. Казаковцев. — М., 1999. — 416 с.
22. Новлянская К.А. Динамика психических эквивалентов при эпилепсии у детей и подростков / К.А. Новлянская // *Тезисы докладов юбилейной сессии ЦНИИП.* — М., 1945. — С. 69-76.
23. Diehl L.W. Cognitive-behavioral treatment of depressed affect among epileptics: Preliminary findings / L. W. Diehl. // *J. Clin. Psychol.* — 1986. — Vol. 40. — № 4. — P. 930-935.
24. Cognitive behaviour therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency / L.H. Goldstein, M. McAlpine, A. Deale et al. // *Behav. Res. Ther.* — 2003, Apr. — Vol. 41 (4). — P. 447-460.
25. Гундаров И.А. Роза качества жизни / И.А. Гундаров // *Сибирское здоровье.* — 1995. — № 1. — С. 14-15.