

PSIHOLOGIE CLINICĂ

EVALUAREA PROGRAMULUI DE INTERVENȚIE PSIHOLAGICĂ APLICAT
PERSOANELOR CU EPILEPSIE FARMACOREZISTENTĂEVALUATION OF THE PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM
APPLIED TO PEOPLE WITH DRUG-RESISTANT EPILEPSY

CZU: 159.9:616-006.

DOI: 10.46728/pspj.2024.v44.i1.p38-51

Natalia DOȚEN

doctor în psihologie, cercetător științific, psiholog clinician, Centrul Național
de Epileptologie, IP USMF "Nicolae Testemițanu"
<https://orcid.org/0000-0002-6073-866X>

Rezumat

Epilepsia farmacorezistentă include multiple probleme de ordin psihologic, cum ar fi regresul proceselor cognitive, tulburările emoționale și comportamentale, pierderea autonomiei, stigmatizarea, disfuncțiile psihosociale, riscul major de traumatisme și, chiar, decesul prematur – toate aceste realități psihologice contribuind la scăderea calității vieții.

Scopul studiului nostru constă în implementarea și evaluarea programului de intervenție psihologică destinat persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă. În programul de intervenție psihologică au participat 6 subiecți diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă. Conform rezultatelor obținute, am constatat că în urma aplicării programului de intervenție s-au produs schimbări semnificative în plan cognitiv sub aspect general, în plan afectiv prin diminuarea nivelului de depresie și anxietate și în plan comportamental prin scăderea nivelului de agresivitate și ostilitate – toate acestea au contribuit la creșterea calității vieții persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă.

Cuvinte cheie: program de intervenție psihologică, epilepsie farmacorezistentă

Abstract

Drug-resistant epilepsy presents a myriad of psychological challenges, including cognitive decline, emotional and behavioral disturbances, loss of autonomy, stigma, psychosocial dysfunction, and a heightened risk of trauma and premature death, all of which significantly diminish the quality of life.

This article aims to identify effective strategies for working with individuals affected by drug-resistant epilepsy and to develop a targeted psychological intervention program tailored to their unique needs. Six subjects diagnosed with drug-resistant epilepsy participated in this program. The results revealed significant improvements across multiple do-

mains following the intervention. There were notable enhancements in general cognitive functioning, reductions in levels of depression and anxiety, and decreases in aggressive and hostile behaviors. These positive outcomes collectively contributed to an overall increase in the quality of life for individuals grappling with drug-resistant epilepsy.

Keywords: psychological intervention program, drug-resistant epilepsy

Introducere. *Epilepsia* este o condiție neurologică caracterizată printr-o predispoziție persistentă de a genera crize epileptice asociată cu consecințe neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale a acestei condiții [8]. Conform datelor OMS, în prezent, circa 50 de milioane de oameni suferă de epilepsie, aproximativ 30% din aceste persoane sunt diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă [15]. Liga Internațională de combatere a epilepsiei (ILAE) definește epilepsia farmacorezistentă ca „insuccesul terapeutic a două sau mai multe medicamente antiepileptice alese corect și administrate în doze adecvate, în scopul de a obține ușurare susținută de crize”.

În prezent, epilepsia rămâne una dintre puținele boli asociate cu interpretări medicale și sociale specifice, fiind încă învăluită de mister, stigmatizare și discriminare, care afectează atât persoana care suferă de epilepsie, cât și familia acesteia. În acest context, este important a menționa că epilepsia nu este doar o maladie fizică, implicațiile psihologice și sociale ale acestei boli fiind extrem de importante pentru calitatea vieții persoanei, iar un suport de asistență multidisciplinar, inclusiv unul psihologic, este imperios necesar pentru aceste persoane [11, 13, 14, 16].

Scopul studiului nostru constă în implementarea și evaluarea programului de intervenție psihologică, elaborat de noi, destinat persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă pentru: a) reabilitarea dimensiunii cognitive, b) îmbunătățirea dimensiunii afective și

c) modificarea dimensiunii comportamentale. În sens mai larg, acest program a fost gândit pentru sporirea încrederii în sine, îmbunătățirea abilităților sociale, sporirea adaptării la diagnosticul de epilepsie, creșterea complianței la tratamentul antiepileptic, adaptarea sferei profesionale și crearea unui stil de viață nou care va contribui la creșterea calității vieții.

În cadrul studiului nostru am formulat următoarea **ipoteză**: *presupunem că implementarea unui program de intervenție psihologică adaptat particularităților cognitive, afective și comportamentale ale persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă va contribui la îmbunătățirea acestor dimensiuni: cognitive, afective și comportamentale.*

Așadar, propunem un program de intervenție psihologică indicat persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă pentru dezvoltarea și reabilitarea abilităților cognitive, pentru reducerea suferinței psihice și acceptarea bolii, precum și pentru îmbunătățirea stării afective și modificarea comportamentului. În continuare este prezentat conținutul programului de intervenție psihologică ce a vizat următoarele dimensiuni și obiective:

În plan cognitiv:

- implementarea strategiilor compensatorii pentru îmbunătățirea memoriei, limbajului, atenției și capacității de concentrare;
- identificarea distorsiunilor cognitive și dezvoltarea gândirii alternative;
- integrarea cunoștințelor despre epilepsie, crize epileptice, etiologie, cursul bo-

lii, tratament, afecțiuni comorbide, precum și despre funcționarea creierului în general;

- aplicarea tehnicilor cognitive pentru modificarea percepției asupra bolii.

În plan afectiv:

- reducerea suferinței psihice, în special a simptomelor depresive și anxioase, și promovarea stării de bine a persoanei cu crize epileptice;

- sporirea înțelegerii propriei funcționări și diminuarea anxietății legată de boală;

- conștientizarea stării de neliniște și de frustrare;

- acceptarea bolii și creșterea complianței la tratamentul medical.

În plan comportamental:

- identificarea surselor, antecedentelor și consecințelor comportamentale (factorii triggeri ai comportamentului ostil și timid) pentru prevenirea și schimbarea consecințelor comportamentale;

- conștientizarea și recunoașterea manifestărilor comportamentale;

- obținerea unui control asupra comportamentului în vederea gestionării sau inhibării comportamentului ostil și timid;

- influențarea frecvenței crizelor și evitarea factorilor declanșatori ai crizelor epileptice;

- valorizarea lucrurilor și evenimentelor pozitive realizate;

- creșterea convingerilor de autoeficacitate, încrederea în sine și restabilirea sensului vieții;

- îmbunătățirea adaptării de a face față epilepsiei și tratamentelor ei;

- învățarea modalităților noi de gestionare a conflictelor;

- ajutarea persoanele în cooperarea privind sfaturile de îngrijire a sănătății, inclusiv luarea de medicamente antiepileptice și evitarea declanșatorilor de crize epileptice;

- schimbarea atitudinii față de boală, de membrii familiei și de comunitate în

general;

- dezvoltarea abilităților sociale, inițierea interacțiunilor sociale și încadrarea în câmpul muncii.

Strategiile programului de intervenție psihologică.

Programul de intervenție psihologică reprezintă un sistem de exerciții și tehnici organizate în ședințe complexe bine determinate, orientate spre îmbunătățirea proceselor cognitive, afective și comportamentale ale persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă. Programul de intervenție psihologică în epilepsia farmacorezistentă s-a axat pe următoarele direcții:

- cunoașterea de sine și valorificarea resurselor personale;
- conștientizarea relațiilor interpersonale atât din cadrul familial, cât și din cel social;
- cunoașterea patologiei epileptice și efectul acesteia asupra funcționării psihice a persoanei;
- îmbunătățirea proceselor cognitive;
- conștientizarea și gestionarea comportamentelor agresive și ostile;
- schimbarea atitudinii față de boală, diminuarea autostigmatizării și izolării sociale.

În cadrul programului de intervenție psihologică s-au utilizat următoarele tehnici și strategii care se află în concordanță cu necesitățile subiecților.

Îmbunătățirea proceselor cognitive. Atât studiile internaționale cât și cele naționale, au evidențiat că persoanele cu epilepsie farmacorezistentă trăiesc o depreciere progresivă a proceselor cognitive. Pe măsură ce boala avansează în timp și crește frecvența crizelor epileptice, persoanele cu epilepsie prezintă riscuri de a se confrunta cu dificultăți din ce în ce mai mari privind memoria, concentrația, atenția, limbajul, viteza de reacție și îndeplinirea sarcinilor cotidiene complexe [1,

6, 7, 9, 10, 16]. În sens general, reabilitarea cognitivă poate fi definită ca „proces terapeutic de creștere sau îmbunătățire a capacității unui individ de a procesa și de a utiliza informațiile recepționate astfel încât să permită o funcționare suficient de bună în viața de zi cu zi” [14]. Planificarea și executarea tratamentului individualizat țin cont de nevoile și dorințele din lumea reală a persoanei cu epilepsie. Când se explorează zonele deficitare, se analizează atât plângerile subiective ale persoanei (adică percepția persoanelor asupra deficitelor lor), cât și deficiturile obiective (ca urmare a evaluării psihologice detaliate și observărilor aparținătorilor).

Tehnici utilizate: pentru memorie (sarcini de imagine vizuală „mergi acasă pe un drum diferit”, metoda „vizualizarea imaginilor”, memoria logică – „cupluri asociative” (10 cuvinte); sarcini auditive – ascultarea unei cărți audio; practicarea și repetarea „listei de organizare”, completarea agendei cu notițe sau în calendar, „spală dinții cu mâna nondominantă”); pentru gândire (jocuri de logică, „analogii”, „comparări”, „al 4-lea de prisos”, alcătuirea cuvintelor cu sens dintr-un șir de litere, șiruri numerice); pentru limbaj (lecturarea pentru lărgirea vocabularului, citirea cu voce tare, jocuri de cuvinte încrucișate, integrame, folosirea limbajului indirect „a vorbi în jurul cuvântului”); pentru atenție (exerciții repetitive de detectare a șintelor în prezența distragerilor, de sortare a cuvintelor în ordine alfabetică, de subliniere a 2-3 litere (de ex. M și F) dintr-un text din ziar, de ordonare a cifrelor în creștere, sudoku, puzzle, jocuri de cărți, „găsește diferențele”); tehnica SWOT (S - puncte forte; W - puncte slabe; O - oportunități; T - riscuri).

Conștientizarea și exprimarea emoțiilor. Persoanele cu epilepsie trăiesc de-

seori stări emoționale intense și alternante pe care le suportă dificil. Atât identificarea, descoperirea, analiza paletelor emoționale trăite în cadrul curei de consiliere, cât și exprimarea acestor emoții în cadrul ședințelor programului le permite persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă în diminuarea anxietății și, ulterior, intensitatea manifestărilor depresive. Astfel, ei vor învăța să-și gestioneze emoțiile și vor fi capabili să le utilizeze într-un context relațional bine definit. Alte accente în cadrul ședințelor este pus pe relațiile actuale și pe dorințele, credințele și sentimentele persoanei, astfel încât, să ajutăm persoana să se familiarizeze cu lumea lui internă. Ținta consilierii este dezvoltarea unui simț al sinei integrat, de nădejde și pozitiv valorizat, de a accepta alți oameni pe deplin în ciuda defectelor și contradicțiilor, precum și de a tolera și regla o arie largă de emoții.

Tehnici utilizate: autoevaluarea stărilor psihoeemoționale (anxietate, tristețe, bucurie, calm, confortul/disconfortul emoțional), exercițiile „*Eu simt...*”, „construirea mesajului la persoana întâi”, „*Cere ajutor*”, „*Eliberarea de vechile programări*”, „*Cele 9 fapte despre mine*”, tehnica de art-terapie „*desenează criza epileptică*”, „*fereastra Johari*”, ajutorarea persoanei să treacă de la o psihologie în care totul este „alb sau negru”, „totul sau nimic”, la una în care diverse aspecte bune și o gamă de emoții consolidate într-o identitate completă, tehnica de sorginte psihanalitică adaptată consilierii psihologice cu persoanele cu epilepsie farmacorezistentă: *interpretarea „aici și acum*”, tehnicile de *explorare* și de *clarificare* care au ca scop întărirea „eu-lui” persoanei cu epilepsie [4], tehnica recomandată persoanelor în stări de emotivitate crescută „*bate fierul cât e fierbinte*”, cu alte cuvinte, putem comenta ce s-a întâmplat în starea de furie, panică

sau disperare doar după ce starea a trecut și persoana și-a revenit din acea intensitate a emoțiilor [2].

Restructurarea cognitivă. Persoanele cu epilepsie anticipează negativ aprecierile altora la adresa sa. Discursul intern al persoanei (ceea ce crede, își imaginează, gândește sau anticipează) este la originea unei funcționări emoționale și sociale deficitare. În cadrul ședințelor de consiliere psihologică s-au identificat și analizat fricile, așteptările negative referitoare la crizele epileptice și stările depresive ale persoanei cu epilepsie farmacorezistentă. Distorsiunile cognitive care transpar pe parcursul etapei de acumulare a informației au fost tratate prin intermediul tehnicilor cognitive, utilizându-se strategiile de recunoaștere a emoțiilor și a conținutului verbal. Etapele intervenției terapeutice includ identificarea și verificarea gândurilor automate, modificarea postulatelor cognitive, dezvoltarea gândirii alternative. La o ultimă etapă, în baza informațiilor obținute, persoana cu epilepsie farmacorezistentă va dezvolta o atitudine comportamentală de adaptare, aceasta fiind structurată în jurul unui comportament de confruntare cu situațiile dificile.

Tehnici utilizate: tehnica metodei socratice, tehnica verificării ipotezelor, identificarea distorsiunilor cognitive, fișa de autoînregistrare a gândurilor automate, tehnica de modificare a gândurilor și atitudinilor negative nerealiste care cauzează ostilitatea și timiditatea.

Antrenamentul pentru rezolvarea problemelor. Obiectivul acestei tehnici este de a dezvolta un anume tip de patternuri cognitive și comportamentale utilizabile în diferite situații problematice și de a învăța persoana cu epilepsie farmacorezistentă să utilizeze tehnici cognitive și comportamentale adaptabile și capabile

de a oferi soluții adecvate în situații noi. Aflat într-o situație dificilă, persoana cu epilepsie farmacorezistentă este învățată să reflecteze, să-și analizeze problema, soluțiile și consecințele comportamentului său. Scopul tehnicii este de a dezvolta capacități de rezolvare a problemelor, de a îmbunătăți și dezvolta autocontrolul în situații de conflict, de a stabili standarde de reușită mai puțin ideale și de a diminua atitudinea de autoreproș. **Tehnici utilizate:** tehnica „brainstormingului”, „proba realității”, „adevărat și fals”.

Dezvoltarea comportamentelor non-verbale. Limbajul nonverbal cuprinde toate elementele cu ajutorul cărora este emis mesajul și care participă la formarea sensului. De aceea, decodarea comportamentelor nonverbale, alături de capacitatea de a-și controla emoțiile, este una dintre sarcinile psihoterapeutice în cazul persoanei cu epilepsie farmacorezistentă. În acest context activitatea terapeutică include următoarele obiective:

- de a recunoaște și controla manifestările fizice ale depresiei și ale anxietății, cum ar fi neliniștea, agitația, lipsa poftei de mâncare, nodul în gât, presiunea și constricția în piept, senzații de insuficiență de aer, tremorul extremităților, contracțiile;

- de a învăța coordonarea expresiilor gestuale și emoțiilor resimțite sau exprimate;

- de a înțelege impactul comunicativ al propriilor expresii gestuale și ale altora.

De asemenea, din perspectiva investigațiilor psihosomatice, aceste intervenții sunt menite să învigozeze ședințele și pot căpăta forma unor veritabile interpretări care au scopul de a face persoană să devină conștientă fie de o legătură psihosomatică, fie de o deplasare a conflictelor. De exemplu, îi putem evidenția apariția contracțiilor, a amețelilor și îi putem atra-

ge atenția asupra unui eventual conținut psihic care îi însoțește mimica[3].

Tehnici utilizate: exerciții de ameliorare a posturii, a mimicii, vocii, gesticii; tehnici de relaxare; tehnici de meditație și respirație cu scopul de a înlătura încordarea, tensiunea musculară și emoțională; însușirea și învățarea modelelor pozitive de comportament; meloterapie „ascultarea Sonatei în Re major de Mozart”.

Antrenamentul pentru învățarea comportamentului asertiv. Prin comportament asertiv se înțelege acel comportament care permite individului să acționeze mai bine în interes propriu, să-și apere punctul de vedere fără o anxietate exagerată, să-și exprime sentimentele în mod sincer și să se folosească de propriile drepturi. Comportamentul asertiv se caracterizează prin autovalorizare, capacitatea de a comunica, de a împărtăși propriile sentimente, experiențe, capacitatea de a lua decizii. În contextul programului psihologic această procedură implică trei etape:

I etapă: persoanele cu epilepsie farmacorezistentă sunt ajutate să înțeleagă manifestările psihocomportamentale în cazul ostilității, timidității și a reacțiilor impulsive;

II etapă: persoanele cu epilepsie recunosc aceste reacții comportamentale deviate, identifică aspectele verbale și nonverbale ale comportamentului asertiv și învață să le diferențieze pe cele ale comportamentului ostil și timid;

III etapă: persoanele cu epilepsie farmacorezistentă acceptă să învețe și să-și dezvolte un set de deprinderi asertive, nu prin constrângere din partea membrilor familiei sau a societății, ci în baza unei decizii personale.

Tehnici utilizate: exerciții de exprimare a sentimentelor, a opiniilor contradictorii, exerciții de adresare/acceptare

a criticii, exerciții de adresare/primire a complimentelor, tehnica chestionării pozitive, tehnica chestionării negative, tehnicile „perdeaua de fum”, „informarea despre sine”, „informarea despre celălalt”, „cunoaște-te pe tine însuși”, „imaginea de sine a persoanei”, tehnica de diminuare a vechilor comportamente indezirabile și exersarea de comportamente adaptative, tehnici de exprimare emoțională (de exemplu, conversația cu încărcătură emoțională pozitivă, tehnica acordării de afecțiuni, antrenamentul asertiv), tehnici de comunicare și dezvoltare a comportamentului independent, activ, încrezător și curajos, precum și tehnici de eliminare a inhibițiilor.

Psihoeucația. Majoritatea intervențiilor psihologice au și aspectul educațional. Intervențiile psihoeucaționale în epilepsia farmacorezistentă presupun diseminarea de cunoștințe și educație cu privire la crizele epileptice, tratamente, afecțiuni comorbide și provocări ale stilului de viață [14]. Suportul educațional include informații cu privire la etiologia epilepsiei, cursul și tratamentul epilepsiei, identificarea factorilor declanșatori ai crizelor și evitarea acestora (spre exemplu, evitarea alcoolului, respectarea regimului veghe/somn, evitarea stresului și a conflictelor).

Exerciții utilizate: instituirea și completarea unei agende care include gânduri, stilul de viață, crizele epileptice, medicația antiepileptică și exerciții diverse pentru componentele enumerate: *Ce este epilepsia?, Ce este o criză epileptică?, Tipurile de crize, Care este primul ajutor în criza epileptică?, Care sunt riscurile epilepsiei?, Cum funcționează creierul?, „N-am știut că...”*, „Cum să dăm un sens acțiunilor noastre”, metoda CCC (*Ce știam despre ...? – Ce am învățat? – Ce vreau să știu despre ...?*”), „Trebuițele vârstei”, exerciții de „Cunoaștere” și

„Autocunoaștere”, „Eu acum. Eu în trecut. Eu în viitor”, „Arborele valorilor”.

Alte metode și tehnici psihologice utilizate în cadrul programului de intervenție psihologică

Pentru realizarea celorlalte obiective propuse în cadrul programului de inter-

venție, procesul de consiliere psihologică a fost combinat cu alte metode și tehnici psihologice, care s-au inițiat în timpul ședințelor și în continuitate cu recomandări să fie executate de sine stătător, ca temă pentru acasă sub ghidarea psihologului psihoterapeut (vezi tab. 1).

Tabelul 1.
Metode și tehnici utilizate în programul de intervenție psihologică

Domeniul	Metode și tehnici utilizate
Cognitiv	<ul style="list-style-type: none"> - Structurarea și organizarea programului zilei; - Învățarea lucrurilor noi; - Lărgirea vocabularului, lecturarea, citirea cu voce tare; - Sudoku, șah, dame, jocuri de cuvinte încrucișate, integrale, puzzle; - Învățarea unei limbi străine, unui instrument muzical; - Memorizarea numerelor de telefon, calcule în minte; poezii, cântece, trasee noi; - Completarea agendei privind crizele; - Folosirea mâinii nondominante (pentru dreptaci – mâna strângă); - Meșterirea a ceva: pictat, tricotat, decupat, asamblat; - Exerciții fizice, sport, plimbări în aer liber;
Afectiv	<ul style="list-style-type: none"> - Exerciții de meditație, respirație diafragmală; tehnici de relaxare musculară progresivă; - Meloterapie, ascultarea Sonatei în Re major de Mozart câte 10 min. în zi; - Socializarea, comunicarea verbală/nonverbală;
Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Identificarea factorilor declanșatori ai comportamentelor negative, notarea acestora în agendă, pentru a le discuta și analiza în următoarea ședință; - Recunoașterea și evitarea declanșatorilor de crize epileptice; - Responsabilizarea persoanei ce ține autoîngrijire, administrare de medicamente, pentru a dezvolta independența; - Promovarea unui comportament deschis și binevoitor față de membrii familiei și din comunitate - Ergoterapie - Identificarea unui hobby - Încercări de încadrare în câmpul muncii

Alte subiecte importante abordate în cadrul ședințelor au vizat conștientizarea și înțelegerea bolii, impactul acesteia asupra individului, a sferei personale și profesionale, cauzele epilepsie și pronosticul

acesteia, factorii care declanșează crizele epileptice, adaptarea la schimbările fizice, psihice și cognitive, tratamentul medicamentos și efectele adverse asupra memoriei, atenției și a stărilor emoționale.

Subiecții programului. Au fost selecțate șase subiecți diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă, pacienți ai Centrului Național de Epileptologie, ai Institutului de Medicină Urgentă. Persoanele care au beneficiat de programul de intervenție psihologică au fost selecțate după următoarele criterii: 1) motivație personală, atât ca să înceapă dar și ca să rămână pe toată durata curei de consiliere; 2) prezența tulburărilor cognitive ușor-moderate (excluderea subiecților cu tulburări cognitive severe

care au un potențial intelectual limitat); 3) un grad de succes și realizare într-un domeniu al vieții; 4) absența tulburărilor de limbaj expresiv și receptiv; 5) un grad adecvat al testării realității; 6) un grad înalt de conștientizare a bolii. Persoanele care au prezentat interes și s-au implicat în acest program, au manifestat deschidere spre colaborare și speranță de schimbare. În tabelul 2 sunt expuse informațiile generale cu privire la subiecții implicați în program.

Tabelul 2.

Caracterizarea generală a subiecților din grupul formativ

Date generale	Subiect 1	Subiect 2	Subiect 3	Subiect 4	Subiect 5	Subiect 6
Gen	m	m	f	f	f	m
Vârsta	27	35	27	33	36	37
Studii	superioare	medii	superioare	medii	superioare	superioare
Statut profesional	jurnalist/ angajat	tractorist/ angajat	compozitoare/ neangajată	frizeriță/ neangajată	secretară/ angajat	inginer/ neangajat
Statul marital	căsătorit	divorțat	divorțat	căsătorit	căsătorit	celibatar
Mediul de trai	urban	rural	urban	urban	urban	urban
Durata epilepsiei	12 ani	19 ani	23 ani	19 ani	27 ani	27 ani
Etiologia epilepsiei	structurală	structurală	necunoscută	structurală	structurală	structurală
Frecvența crizelor (lunar)	1-10 crize	1-10 crize	mai mult de 20 crize	1-10 crize	1-10 crize	mai mult de 20 crize

Pentru elaborarea programului de intervenție psihologică în epilepsia farmacorezistentă, am schițat o caracteristică psihologică de ansamblu ale persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă. Astfel, din *perspectivă cognitivă*, aceste persoane prezintă gândire încetinită, memorie scăzută, limbaj lent, vocabular sărac, capacitate de concentrare redusă, atenție dispersată, vitează de reacție întârziată, discurs monoton axat preponderent pe plângeri și simptome somatice, pedantism, capacitate slabă de mentalizare și capacitate de reprezentare practic absentă. Din *perspectivă afectivă*,

observăm la aceste persoane afectivitate vâscoasă, rigiditate afectivă, stări anxio-depresive, schimbări rapide de dispoziție, labilitate afectivă, dependență fizică și emoțională, sentimente ambivalente în raport cu persoanele din spațiul familial și social. Din *perspectivă comportamentală* se observă descărcări impulsive și intempestive, agresiune verbală, reacții bruște de irascibilitate, mânie inadecvată sau din contra – apatie, indiferență, timiditate, lentoare în acțiuni, nepăsare și caracter amorf.

Totodată, este imperios să specificăm că nu toate persoanele cu epilepsie pre-

zintă aceste particularități, cel mai frecvent, aceste caracteristici se conturează și se rigidizează odată cu avansarea bolii în timp, fiind asociate cu mai mulți factori de ordin medical, familial și social. Când am elaborat programul de intervenție destinat persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă, am ținut cont de această heterogenitate a persoanelor și de trăsăturile combinate sau specifice patologiei cu funcționare de limită, care sunt asociate tulburărilor de personalitate depresivă, narcisică, psihosomatică, dependentă și histrionică.

La elaborarea programului de intervenție psihologică ne-am informat din experiența altor centre europene și internaționale cu privire la reabilitatea persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă [5, 6, 13, 14, 15]. Astfel, în funcție de profilul psihologic al fiecărui participant la program, de punctele forte și punctele slabe ale fiecăruia, am stabilit cu fiecare în parte un cadru individualizat de lucru axat pe necesitățile primordiale ale fiecărui subiect în parte (spre exemplu, în cazul în care deficitul cognitiv era mai accentuat, iar emoțional persoana era mai stabilă, atunci accentul primordial se punea pe reabilitarea proceselor cognitive). Totodată, în toate cazurile s-a ținut cont de scopul și obiectivele generale ale programului de intervenție.

Instrumentele utilizate. Până la implementarea programului de intervenție psihologică, cei șase subiecți au fost evaluați cu următoarele teste psihologice [12]: 1) Test de evaluare cognitivă Montreal Cognitive Assessment (S. Nasreddine Ziad et al., 2005); 2) Test de memorie auditiv-verbală Rey (A. Rey, 1964; M. Schmidt, 1996); 3) Test de memorie vizuală, figura complexă REY (A. Rey A., 1941; P.A. Osterrieth, 1944); 4) Test de fluență verbală semantică și fonemică

FAS (Spree și Benton, 1977); 5) Inventar de evaluare a depresiei, Beck (A.T. Beck, 1961); 6) Scala de anxietate Hamilton (M. Hamilton, 1959); 7) Chestionarul Bus-s-Durkee (A. Buss și A. Durkee, 1957); 8) Scala de timiditate Cheek-Buss (J. M. Cheek, 1983)

Programul de intervenție psihologică a inclus 10 ședințe de consiliere psihologică individuală a câte 60 minute fiecare, cu o frecvență de 2 ședințe pe săptămână. Ședințele de consiliere psihologică au inclus elemente din psihoterapia psihanalitică, terapia cognitiv-comportamentală, terapia prin artă și muzică, terapia de familie și psihoeducație, precum și tehnici de reabilitare cognitivă. Ședințele s-au desfășurat în perioada septembrie-noiembrie 2021 și au avut loc în cabinetul psihologului din cadrul Centrului Național de Epileptologie. Cabinetul fiind amenajat conform necesităților subiecților, oferind un mediu securizant și o atmosfera liniștită de lucru.

Evaluarea eficienței programului de intervenție psihologică. Pentru evaluarea eficienței programului de intervenție psihologică au fost retestați cei șase subiecți cu epilepsie farmacorezistentă care au beneficiat de programul de intervenție. Pentru verificarea eficienței programului de suport psihologic au fost aplicate testele psihodiagnostice din cadrul demersului diagnostic constatativ. Datele obținute au fost analizate statistic și comparate pentru a expune evoluția particularităților psihologice ale persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă și de a demonstra existența unei diferențe privind eficiența programului de suport psihologic. Datele fiind prelucrate cu ajutorul metodelor statistice, utilizând *testul t*, metoda test-retest.

Dimensiunea cognitivă Ca urmare a aplicării programului de intervenție și a administrării testului cognitiv MoCA,

rezultatele au demonstrat că tulburările cognitive la eșantionul experimental de subiecții sunt mai mici (26,2) decât cele obținute la etapa inițială (25,3). Am obținut o valoare medie de peste 26 puncte, ceea ce semnifică absența tulburărilor cognitive după aplicarea programului asupra subiecților (tab. 3).

Ca urmare a aplicării Testul Student pentru test/retest, se remarcă că valoarea co-

relației este 0,98, fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale. Totodată, s-a constatat că diferența tulburărilor cognitive identificate inițial are o importanță semnificativă față de rezultatul de după intervenție $p \leq 0,05$ (tab. 3). Astfel, concluzionăm că valoarea tulburărilor cognitive la subiecții din grupul experimental a scăzut prin programul de intervenție utilizat.

Tabelul 3.

Prezentarea datelor statistice la etapa test/retest privind dimensiunea cognitivă

	Media scorurilor		Diferența scorurilor medii	Valoarea corelării	Semnificația	Valoarea testului <i>t</i>	Pragul de semnificație <i>p</i>
	test	retest					
Test MoCA	25,3	26,2	-0,9	0,98	0,000	-2,7	0,04
Memorie vizuală (Figura Rey) Rey Copiere	92,5	92,5	0				
Rey Reproducere	22,5	26,7	-4,2	0,95	0,003	-1,5	0,18
Limbaaj (FAS) Fluență semantică	16,7	23,3	-6,6	0,63	0,17	-1,00	0,36
Fluența fonemică	15,0	20,0	-5	0,75	0,08	-2,23	0,07
Memorie verbală (RAVLT) Încercarea 1	5,8	6,0	-0,2	0,86	0,02	-0,542	0,611
Încercarea 2	8,3	8,1	0,2	0,96	0,002	0,542	0,611
Încercarea 3	9,6	9,8	-0,2	0,91	0,01	-0,349	0,741
Încercarea 4	9,6	11,0	-1,4	0,85	0,03	-2,000	0,102
Încercarea 5	9,3	11,3	-2	0,82	0,04	-2,449	0,058
Încercarea (6)	5,3	4,0	1,3	-0,30	0,55	1,019	0,355
Interferența proactivă (B)	7,6	8,1	-0,5	0,96	0,002	-1,168	0,296
Reamintirea (7)	8,6	8,8	-0,2	0,99	0,000	-1,000	0,363
Reținerea (8)	10,3	10,5	-0,2	0,99	0,000	-1,000	0,363
Total 1-5	42,8	46,3	-3,5	0,92	0,008	-1,962	0,107

Memoria vizuală. Ca urmare a aplicării programului de intervenție s-a constatat că capacitatea de copiere a figurii Rey (I-a fază) nu a fost modificată (92,5), rezultând aceeași valoare medie ca înaintea programului (92,5). În cazul capacității de reproducere (a II-a fază) la eșantionul experimental de subiecți, aceasta este mai mare față de rezultatele obținute la etapa

inițială, cu 4,2 puncte. Ca urmare aplicării testul *t*, se remarcă că valoarea corelației este 0,95, fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale. Totodată, s-a constatat că capacitatea de reproducere după intervenție nu prezintă semnificație față de media nivelului inițial al acesteia $p \geq 0,05$ (tab. 3).

Limbajul. În tabelul 3 sunt prezentate rezultatele obținute după programul de intervenție la retestarea limbajului (test FAS). În cazul fluenței verbale semantice și fonemice, aceasta este mai mare față de rezultatele obținute la etapa inițială, cu 6,6 și respectiv 5 puncte. După aplicarea *testul t* (test/retest), se remarcă că valoarea corelației nu este semnificativă, ceea ce reprezintă că nu apare o legătură relevantă înainte și după programul de intervenție, variabilele sunt independente între ele, respectiv programul de intervenție acționează aleatoriu. Totodată, s-a constatat că valoarea la fluența semantică și fluența fonemică de după intervenție nu prezintă semnificație față de media nivelului inițial al acesteia ($p \geq 0,05$).

Memoria auditiv-verbală. După finalizarea programului de intervenție a fost efectuată retestarea memoriei auditiv-verbale (Test RAVLT). Astfel, menționăm că, în cazul *încercării 2* și *Interferența proactivă (Lista B)* la eșantionul experimental de subiecți acestea sunt mai mici față de rezultatele obținute la etapa inițială, cu 0,2 și respectiv 1,3 puncte. Iar, pentru *încercarea 1*, *încercarea 3*, *încercarea 4*, *încercarea 5*, *încercarea 6*, *reamintirea 7*,

reținerea 8 și *RAVLT total*, la eșantionul experimental de subiecți acestea sunt mai mari după intervenție față de rezultatele obținute la etapa inițială. În același timp, se remarcă că valoarea corelației este pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale. Excepție face *interferența proactivă (Lista B)* pentru care valoarea corelației nu este semnificativă. Totodată, s-a constatat că toate valorile la testul RAVLT după intervenție nu prezintă semnificație față de media nivelului inițial al acesteia $p \geq 0,05$ (tab. 3).

Dimensiunea afectivă conform Inventarului de Depresie Beck și Scalei de Anxietate Ham-A mediile valorilor depresiei la eșantionul experimental de subiecți după aplicarea programului de intervenție sunt mai mici decât cele obținute la etapa inițială. Deci, putem menționa că depresia după intervenție are valori mai mici față de cele anterioare. De asemenea, valorile anxietății la eșantionul experimental de subiecți după aplicarea programului de intervenție sunt mai mici decât cele obținute la etapa inițială, inclusiv manifestarea nivelului anxietății fiind în descreștere (fig. 1).

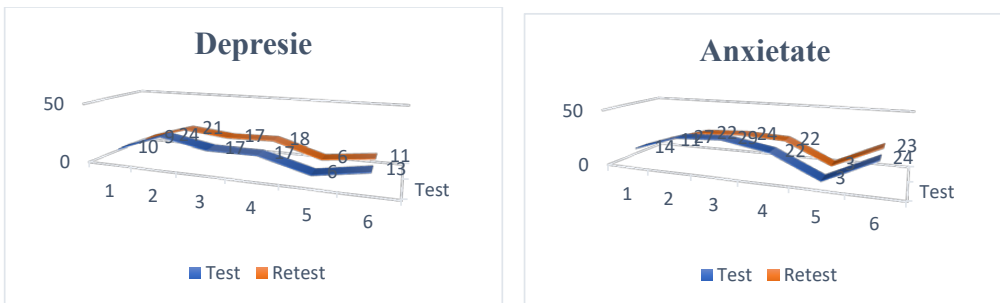


Fig. 1. Analiza comparativă a rezultatelor și a mediilor în grupul de intervenție

În cazul **depresiei**, după aplicarea *testul t* (test/retest) se remarcă că valoarea corelației este 0,97, fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale (tab. 4). Potrivit datelor statistice, s-a constatat că

nivelul de depresie după aplicarea programului de intervenție prezintă semnificație față de cel inițial $p \leq 0,05$. Respectiv, putem concluziona că prin intermediul programului de intervenție ales și aplicat, valorile nivelului depresiei subiecților au fost diminuate.

Tabelul 4.

Rezultatele datelor statistice la etapa test/retest privind dimensiunea afectivă

Teste afective	Media scorurilor		Diferența scorurilor medii	Valoarea corelării	Semnificația	Valoarea testului <i>t</i>	Pragul de semnificație <i>p</i>
	test	retest					
Chestionarul Beck	14,5	13,6	0,9	0,97	0,001	2,2	0,01
Scala Hamilton	19,8	17,5	2,3	0,98	0,001	2,4	0,05

În cazul **anxietății**, în urma aplicării *testul t* (test/retest) se remarcă că valoarea corelației este 0,98, fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale. Astfel, s-a constatat că diferența nivelului de anxietate inițial diferă semnificativ față de media nivelului acesteia după intervenție $p \leq 0,05$ (tab. 4).

Dimensiunea comportamentală Rezultatele de la aplicarea chestionarului Buss Durkee au relevat că mediile scorurilor obținute de către eșantionul experimental după aplicarea programului de intervenție în cazul agresivității nu există nicio diferență, iar manifestarea nivelului ostilității este apreciată ca fiind în descreștere (fig. 2).

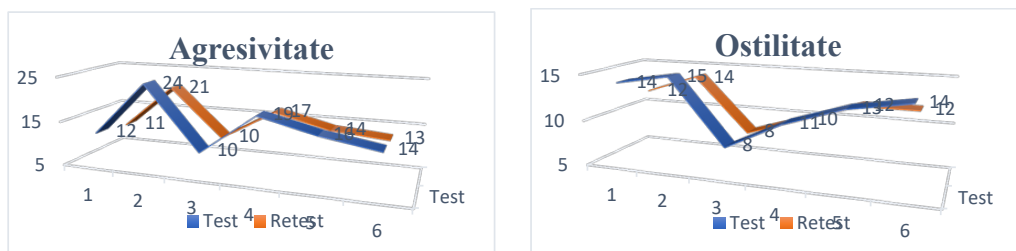


Fig. 2. Analiza comparativă a rezultatelor privind agresivitatea și ostilitatea din grupul formativ (test și retest)

În tabelul 5 se remarcă că, atât în cazul agresivității, cât și a ostilității, corelația este 0,99 și, respectiv, 0,97 fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea

sunt proporționale. De asemenea, s-a constatat că media nivelului de agresivitate și ostilitate inițial diferă semnificativ față de media nivelului acestora după intervenție $p \leq 0,05$.

Tabelul 5.

Rezultatele datelor statistice la etapa test/retest privind dimensiunea comportamentală

Teste comportament	Media scorurilor		Diferența scorurilor medii	Valoarea corelării	Semnificația	Valoarea testului <i>t</i>	Pragul de semnificație <i>p</i>
	test	retest					
Agresivitate (B-D)	15,83	14,3	1,53	0,997	0,000	3,5	0,017
Ostilitate (B-D)	12,5	11,3	1,2	0,973	0,001	3,8	0,013
Timiditate Cheek Buss	37,16	34,7	2,46	0,94	0,005	2,3	0,07

Timiditate Rezultatele statistice denotă faptul că manifestarea nivelului de timiditate până și după intervenție se prezintă ca fiind în descreștere. Mediile valorilor obținute de către eșantionul experimental de subiecți după aplicarea programului de intervenție sunt mai mici decât cele obținute la etapa inițială. Se remarcă că timiditatea după intervenție are valori mai mici față de cele înainte de intervenție. Rezultatele **testului t** denotă, că valoarea corelației este 0,94, fiind o corelație pozitivă între valorile inițiale și cele după intervenție, ceea ce indică că acestea sunt proporționale. Totodată, s-a constatat că media nivelului de timiditate inițial nu diferă semnificativ față de media nivelului după intervenție $p \geq 0,05$ (tab. 5).

Generalizând rezultatele obținute, constatăm că în urma aplicării programului de intervenție s-au produs schimbări semnificative în plan cognitiv sub aspect general; în plan afectiv prin diminuarea nivelului de depresie și anxietate și în plan comportamental prin scăderea nivelului de agresivitate și ostilitate. Cu referire la procesele

cognitive specifice (memoria verbală, memoria vizuală, fluența semantică și fonemică) s-au înregistrat îmbunătățiri după programul de intervenție, însă acestea sunt nesemnificative. Totodată, nici nivelul de timiditate nu s-a îmbunătățit semnificativ.

În concluzie, putem menționa că rezultatele programului de intervenție confirmă validarea ipotezei prin intermediul căreia am presupus că implementarea programului destinat îmbunătățirii funcției cognitive, afective și comportamentale va avea un impact pozitiv asupra persoanei cu epilepsie farmacorezistentă. Astfel, ameliorarea funcției cognitive generale, scăderea depresiei și anxietății, precum și reducerea nivelului de ostilitate au confirmat eficiența programului de intervenție și a contribuit la sporirea stabilității emoționale, creșterea nivelului de complianță la tratamentul medicamentos, sporirea încrederii în sine, creșterea încrederii în specialiștii medicali, deschiderea către societate – toate acestea au contribuit la creșterea calității vieții a persoanelor cu epilepsie farmacorezistentă.

BIBLIOGRAFIE

1. DOȚEN, Natalia. *Tulburări cognitive în epilepsie, cauze și factori de risc*. Dezvoltarea economico-socială durabilă a euroregiunilor și a zonelor transfrontaliere, 2020, Vol.36, p. 235-240. ISBN 978-606-685-744-4

2. KERNBERG, O. F., *Tulburări grave ale personalității. Strategii psihoterapeutice*, 2014. ISBN: 978-973-707-865-0

3. MARTY, P., et al. *Investigația psihosomatică*. Fundația Generația, 2019. ISBN: 9789731998183.

4. PEREZ-SANCHEZ, A., *Interviu și*

indicatori în psihanaliză. București: Editura Trei, 2021. ISBN 978-606-40-1151-0.

5. BAXENDALE, S., *Cognitive rehabilitation and prehabilitation in people with epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 2020, 106:107027. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107027.

6. DRANE, D. L., *Cognitive Effects of Chronic Epilepsy*. *Epilepsy*, 2014, 260-267 p. doi:10.1002/9781118456989.ch36.

7. ELGER, Ch., E.; HELMSTAEDTER, Ch.; KURTHEN, M. *Chronic epilepsy and cognition*. *The Lancet Neuro-*

- logy, 2004, 3.11: 663-672. doi: 10.1016/S1474-4422(04)00906-8.
8. FISHER, R. S., et al. *ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy*. *Epilepsia*, 2014, 55.4: 475-482. doi: 10.1111/epi.12550
9. HELMSTAEDTER, Ch. *The impact of epilepsy on cognitive function*. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2013, 84.9: e1-e1. doi:10.1136/jnnp-2013-306103.14.
10. HERMANN, B.; SEIDENBERG, M. *Epilepsy and cognition*. *Epilepsy Currents*, 2007, 7.1: 1-6. doi:10.1111/j.1535-7511.2007.00151.x.
11. KWAN, P., et al. *Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies*. 51 (6) 2010. ISSN: 1069-1077 doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x
12. LEZAK, M. D., et al. *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA, 2004. ISBN 978-0-19-539552-5.
13. TANG, V.; MICHAELIS, R.; KWAN, P. *Psychobehavioral therapy for epilepsy*. *Epilepsy & Behavior*, 2014, 32: 147-155. doi: 10.1016/j.yebeh.2013.12.004.
14. WILSON, B. A. *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press, 2009. ISBN: 9780521841498
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Epilepsy: a public health imperative*. World Health Organization, 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325440>. WHO/MSD/MER/19.2
16. МАРЬЕНКО, Л. Б.; БОБК, А. А. *Психологические особенности и приверженность к лечению больных эпилепсией с неконтролируемыми припадками*. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 2021, 12.2: 269-280. УДК: 616.853:616.89]-036.8 ISSN: 2220-1122.

Primit la redacție: 21.01.2024

Acceptat 15.05.2024

Publicat 06.06.2024