



**Ранняя диагностика перманентных
непсихотических психических расстройств
при пароксизмальных эпилептических
состояниях (в связи с задачами оптимизации
помощи в первичной медицинской сети)**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

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

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



Ранняя диагностика перманентных непсихотических психических расстройств при пароксизмальных эпилептических состояниях (в связи с задачами оптимизации помощи в первичной медицинской сети)

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/46 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка механизмов взаимодействия специалистов при оказании полипрофессиональной психиатрической помощи в условиях первичного звена здравоохранения».

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

В представленных методических рекомендациях на основании состояния проблемы и собственных исследований приводятся данные о непсихотических психических расстройствах у больных эпилепсией, знакомство с которыми будет способствовать более ранней и правильной диагностике заболевания в условиях первичной медицинской сети.

Методические рекомендации предназначены для врачей первичной медицинской сети, психиатров, неврологов, нейрохирургов, медицинских психологов, студентов медицинских ВУЗОВ.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

Учреждения соисполнители: кафедра психиатрии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, Городской эпилептологический центр Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Кировская областная психиатрическая больница им. В.М.Бехтерева, Кировский городской эпилептологический центр.

Авторы: доктор медицинских наук Михайлов В.А., доктор медицинских наук профессор Вассерман Л.И., доктор медицинских наук профессор Громов С.А., кандидат медицинских наук старший научный сотрудник Табулина С.Д., кандидат медицинских наук научный сотрудник Ерошина Е.С., доктор медицинских наук профессор Киссин М.Я., кандидат медицинских наук Бондаренко И.И., врач-психиатр высшей категории Миронова Е.Н.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ЭЭГ – Электроэнцефалография
МРТ – Магнитно-резонансная томография
ИТТ – интегративный тест тревожности
СФ — социальная фрустрированность
УСФ – уровень социальной фрустрированности
КЖ – качество жизни

ВВЕДЕНИЕ

Эпилепсия – междисциплинарная проблема, к которой имеют непосредственное отношение психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, нейрорентгенология, педиатрия, акушерство и гинекология, медицинская психология. По последним данным ВОЗ эпилепсия является одним из самых распространенных заболеваний.

В настоящее время в мире насчитывается около 50 миллионов детей и взрослых, страдающих этим тяжелым недугом, минимум 250 миллионов людей перенесли, по меньшей мере, 1 эпилептический припадок в процессе своей жизни и около 2,4 миллиона новых случаев эпилепсии возникает ежегодно. Важность изучения и ранней диагностики эпилепсии определяется не только распространенностью заболевания, но и медицинскими, психологическими, социальными и экономическими его последствиями.

Клинически эпилепсия представлена двумя симптомокомплексами: 1) разного вида эпилептическими припадками и 2) психическими расстройствами, чаще непсихотического уровня.

Эпилептические припадки хорошо изучены и суммированы Международной лигой борьбы с эпилепсией в общепринятую классификацию (1981). Психические нарушения, несмотря на частоту их возникновения при эпилепсии, важнейшую роль в формировании клинической картины, течения и прогноза заболевания, не вошли ни в эту, ни в последующие модификации вышеуказанной классификации, что обуславливает необходимость всестороннего изучения данной проблемы.

На протяжении последних лет отмечается отчетливый рост форм эпилепсии с непсихотическими психическими расстройствами, снижение удельного веса эпилептических психозов. Это является отражением очевидного патоморфоза клинических проявлений болезни, связанного с появлением новых высокоэффективных антиэпилептических препаратов, совершенствованием методов лечения эпилепсии. В наибольшей степени увеличилось количество

больных эпилепсией с невротическими, пограничными тревожными и аффективными расстройствами (с 11% до 66%). Учитывая то, что подавляющее большинство больных эпилепсией (94%) наблюдаются районными неврологами первичной медицинской сети, актуальным является разработка возможностей ранней диагностики эпилепсии и сопутствующих ей психических расстройств для оптимизации лечения, течения, прогноза и исхода заболевания.

Гипотеза исследования: эпилепсия у значительной части больных сопровождается психическими расстройствами непсихотического уровня, ранняя диагностика и коррекция которых способствует выбору адекватных лечебно-реабилитационных программ.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Эпилептические изменения личности

Изменения личности доминируют в клинической картине непсихотических психических расстройств больных эпилепсией, особенно в инициальном периоде заболевания (первые 3 года болезни). Диагностика начальных изменений личности у больных эпилепсией обеспечивает более раннее и целенаправленное их лечение. Для изменений личности у больных эпилепсией характерны:

А. Формальные расстройства мышления: тугоподвижность (вязкость, энехетичность, торпидность, инертность, патологическая обстоятельность, «грузность»). Речь обстоятельна, многословна, полна несущественных деталей, на которых «застревают» больные, отсутствует способность отделить главное от второстепенного.

Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Словесный запас беден (олигофазия). Часто повторяется уже сказанное (персеверация мышления). Характерно употребление шаблонных оборотов, уменьшительно-ласкательных суффиксов, определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»), в речи присутствует медоточивость, слащавость.

Б. Эмоциональная сфера так же, как и мышление, характеризуется торпидностью («вязкость аффекта»), в связи с чем новые впечатления не могут вытеснить прежние (как положительные, так и отрицательно окрашенные). Отмечается повышенная раздражительность, мстительность, придирчивость, «взрывчатость», склонность к ссорам, вспышкам злобы, ярости (эксплозивность), доходящим до агрессии, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями, направленными на окружающих.

С другой стороны, к типичным эмоциональным чертам больных эпилепсией относятся утрированная любезность, лстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении в сочетании с повышенной чувствительностью, робостью, боязливостью, ранимостью («дефензивность»), а также религиозность, которая раньше считалась чуть ли ни патогномоничным свойством эпилептической психики.

Описанные полярные особенности аффекта у больных эпилепсией часто сосуществуют, поэтому невозможно предугадать, как поведет себя больной.

В. Основными чертами характера больных эпилепсией являются:

- подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в виде скрупулезной любви к порядку в доме, а также в выполнении назначений врача, тщательная регистрация всех припадков в течение нескольких лет — болезни с указанием характера лечения, многих подробностей, относящихся к лечению эпилепсии и обстоятельствам, предшествовавшим каждому припадку, и многих других деталей;
- гиперсоциальность — в виде чрезвычайной прилежности, основательности, исполнительности, добросовестности;
- инфантилизм, выражающийся незрелостью суждений;
- чрезвычайное стремление к правдолюбию и справедливости;
- склонность к банальным и назидательным поучениям;
- особое сверхценное отношение к родным, близким, о которых больные говорят с упором на их положительные качества;
- чрезмерная привязанность, «прилипчивость» к людям, ситуациям, предметам, животным;
- «эпилептический оптимизм» — многолетнее хождение к врачам не умаляет веры в возможность полного излечения;
- чрезвычайный эгоцентризм — собственное «я» всегда остается в центре внимания больных, в их высказываниях всегда на первом месте они сами, их болезнь, старые обиды, которые они всегда помнят; злопамятность — одно из основных качеств эпилептического характера.

Психологическая диагностика

Психологическая диагностика с использованием ряда экспериментально-психологических методик уточняет или дополняет клиническую диагностику, выявляя степень выраженности психи-

ческого дефекта у больных эпилепсией. Психолог, в целях более точной диагностики структуры изменений личности, должен использовать в своей работе приведенные ниже современные апробированные методики (см. Табл. 1).

Таблица 1

**Экспериментально-психологические методики,
использованные при обследовании больных эпилепсией**

Наименование методик
1. Цифровая корректурная проба
2. Методика «Запоминание 10 слов»
3. Тест визуальной ретенции А. Бентона
4. Методика «Исключение лишнего предмета»
5. Методика исследования интеллекта Д. Векслера (WAIS) и ее отдельные субтесты
6. Методика самооценки функционального состояния (САН)
7. Семантический дифференциал Д. Фельдеса (СДФ)
8. Тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга
9. Многопрофильная личностная методика ММРІ
10. Методика «Незаконченные предложения»
11. Формализованное интервью
12. Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)

Психические изменения в инициальном периоде заболевания, по данным психологического исследования, неоднородны. У большинства больных выявляются астенические состояния, замедленность и тугоподвижность психических процессов, невротические расстройства.

Большое значение имеет отношение больного к своей болезни. Отмечаются как недооценка тяжести своего заболевания (больные считают его результатом экстремальных ситуаций), так и преувеличение его тяжести. Имеется категория лиц, обладающих ипохондрическими, тревожно-мнительными чертами, а также представлениями о неизлечимости эпилепсии. Степень выраженности нарушений психической деятельности у больных эпилепсией в инициальном периоде заболевания часто незначительна и обнаруживается только при психологической диагностике с использованием экспериментально-психологических методик. Однако в дебюте эпилепсии, особенно у больных с частыми полиморфными приступами, с грубым органическим поражением головного мозга травматической, инфекционной и другой этиологии, возможны и более грубые нарушения памяти, внимания, мышления, аффективной сферы. Структура этих нарушений уточняется при психологической диагностике.

Психологическая диагностика проводится совместно с врачом и носит комплексный характер, охватывая показатели интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционального реагирования, поведения и системы отношений больных. Ее результаты, помимо качественной оценки, имеют количественное, т.е. числовое выражение и носят вероятностно-статистический характер, при их обобщении применимы математические методы: уровневый, корреляционный, факторный и другие виды анализа, выполняемые с помощью ЭВМ.

В системе отношений больных эпилепсией к болезни можно также диагностировать определенные изменения. У большинства больных с длительностью заболевания менее двух лет выраженной социальной дезадаптации не обнаруживается, однако, у 1/5 из них имеются элементы сенситивного отношения к болезни. Эти больные озабочены отношением к ним окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными.

Процесс эпилептизации мозга вызывает постепенную дезорганизацию интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и поведенческой сферы больных эпилепсией уже на начальных этапах заболевания.

Важное место в диагностике эпилепсии и развивающихся психических нарушений отводится ЭЭГ-обследованию больного, т.к. чаще эти нарушения имеют место и у больных с височной локализацией эпилептического очага, поэтому в комплекс обследования больного эпилепсией включаются методы визуализации (КТ, МРТ, КАГ, ПЭТ).

Наличие органического поражения, выявляемого методами визуализации головного мозга больных эпилепсией, может играть определенную роль в патогенезе развития психических расстройств неэпилептического типа, таких как истерические, депрессивные, шизофреноподобные, и привносить полиморфизм в симптоматику психического дефекта при эпилепсии.

Психические расстройства чаще встречаются у длительно болеющих лиц, страдающих генерализованными припадками и височной формой эпилепсии.

Изменения личности относятся к перманентным (постоянным) психическим расстройствам при эпилепсии. Реже встречается эпилептическое слабоумие, для которого характерна выраженная тугоподвижность психических процессов, вялость, пассивность, безразличие к окружающему.

Непсихотические аффективные расстройства у больных эпилепсией.

В структуре расстройств непсихотического уровня у больных эпилепсией выделяют следующие аффективные расстройства:

- эмоциональную лабильность,
- тоскливые депрессии,
- ипохондрические депрессии,
- тревожные депрессии,
- астенические депрессии,
- депрессии с деперсонализацией,
- депрессии с навязчивостью,
- истероформные депрессии,
- адинамические депрессии,
- дисфорические депрессии,
- маниформные расстройства без психотических симптомов.

Эмоциональная лабильность характеризуется неустойчивостью, чрезмерной подвижностью эмоциональных процессов, легкостью возникновения и перемены эмоций. Типичным является быстрый переход от слез к смеху и наоборот. У пациентов могут также отмечаться резкие перепады активности: то они деятельны и суетливы, то малоподвижны и расслаблены. В отдельных случаях наблюдается эмоциональная слабость, проявляющаяся неспособностью пациентов контролировать внешние проявления эмоций. В таких случаях даже незначительное в жизни пациента событие вызывает сильный эмоциональный ответ, пациенты плачут как при грустных переживаниях, так и при радостных (слезы умиления).

Тоскливая депрессия непсихотического уровня обычно определяется стертыми признаками меланхолии с необъяснимым пессимизмом, унынием, подавленностью. В клинической картине, как правило, обнаруживается большинство подчиненных суточному ритму проявлений позитивной аффективности: тоска, тревога, чувство вины. Основным отличием подобных расстройств от «большой депрессии» является их непродолжительность и относительная нестойкость. Например, чувство тоски возникает до нескольких раз в течение дня по типу кратковременных эпизодов. Однако, наряду с этим, в клинической картине могут наблюдаться заниженная самооценка, мрачное видение перспектив, убежденность в профессиональной непригодности, несостоятельности в семейной жизни и т.д. В большинстве случаев признаки идеомоторного торможения достигают максимальной выраженности в утренние часы. Несмотря на сниженное настроение, потерю интереса к любимым занятиям и повышенную утомляемость, подав-

ляющее число пациентов продолжают сохранять свою работоспособность.

В структуре ипохондрических депрессий гипотимический аффект сочетается с опасениями за свое здоровье, носящими тревожный оттенок. У некоторых пациентов возникают разнообразные фобии, например, страх появляться на людях из-за возможности развития припадка и последующей потери работы или страх покидать дом из-за боязни остаться без медицинской помощи в случае развития припадка. В отдельных случаях подобные нарушения сопровождались телесными сенсациями и соматовегетативными расстройствами. Содержание переживаний при ипохондрических депрессиях включает в себя пессимистическое восприятие представляемого или настоящего соматического неблагополучия. Пациенты склонны преувеличивать имеющиеся болезненные проявления и их возможные последствия.

Это, в первую очередь, страх получения травмы или смерти во время эпилептического припадка. У отдельных пациентов имеет место страх оказаться в ситуации, исключающей возможность получения квалифицированной медицинской помощи. Также известны случаи возникновения страха учащения припадков, изменения их структуры и длительности. Пациенты стремятся прислушиваться к малейшим изменениям своего самочувствия, не уходить далеко от дома. Возникновение «ауры», в отдельных случаях предшествующей манифестации тонико-клонического припадка, может рассматриваться как неминуемая катастрофа. В соматовегетативной сфере присутствуют нарушения сна (частые пробуждения, особенно во второй половине ночи, ранние пробуждения), ухудшение самочувствия в утренние часы, повышенная утомляемость в течение дня. Встречаются также пациенты с нарушениями аппетита и расстройствами вазомоторной регуляции, сопровождающиеся многочисленными соматопсихическими жалобами. Для пациентов с ипохондрической субдепрессией характерно многократное обращение к интернистам за медицинской помощью, полиморфизм предъявляемых жалоб и недостаточный эффект от приема соматотропной терапии.

При тревожных депрессиях в клинической картине, наряду с подавленностью, отмечаются психические или соматические проявления тревоги, сопровождающиеся множественными соматовегетативными расстройствами. Пациенты угнетены, боязливы, подавлены. В одних случаях на первом плане внутреннее напряжение, неопределенное беспокойство («неясная угроза нависла в воздухе», «что-то должно произойти»), временами ощущаемое фи-

зически как внутренняя дрожь, не находящая реальных объяснений (витальная, свободно плавающая тревога). Известны также случаи, когда доминируют опасения воображаемого или преувеличенного в сознании пациента несчастья, неуверенность в завтрашнем дне, страх непредвиденных событий («тревога вперед»). Если у пациента развиваются тревожные сомнения в правильности уже выполненных действий, сказанных слов с постоянными самоупреками, то в таком случае говорят о «тревоге назад». В отдельных случаях клиническая картина осложняется тревожными руминациями — сомнениями в возможности принятия элементарных повседневных решений, выражающимися в нерешительности, отсутствии уверенности в правильности совершения поступков в настоящем. Ситуация принятия решения в таких случаях может превратиться в длительный, непродуктивный процесс.

Клиническая картина астенической депрессии отличается повышенной истощаемостью, снижением повседневной активности, плаксивостью. Пациенты жалуются на физическое бессилие, утрату энергичности, трудность начала новой деятельности, переключения с одного вида деятельности на другой, отсутствие удовлетворения от выполненной работы. Присутствует четко выраженный циркадный (суточный) ритм, проявляющийся нарастанием угнетенности и усталости в утреннее время. Депрессивная астения отличается стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой. У некоторых пациентов выполнение простейших утренних гигиенических процедур отнимает значительно больше времени, чем до болезни. Большинство пациентов испытывают повышенную чувствительность к привычным сенсорным стимулам, некоторые не переносят громкие звуки, яркий свет, то есть обнаруживают явления астенической гиперестезии. Собственно аффективные нарушения у больных этой группы выражены незначительно. В клинической картине представлены пессимизм с мрачным видением будущих перспектив, подавленность и безразличие.

В клинической картине депрессий с деперсонализацией доминирует отчуждение эмоций, затрагивающее как сферу внутренних переживаний пациента, так и межличностные взаимоотношения. В отдельных наблюдениях депрессивное отчуждение приобрело картину болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*), включающую в себя мучительное сознание утраты эмоций. Пациенты жалуются, что не могут испытывать ни скуки, ни тоски, ни теплых чувств к близким, проявляли безразличие к собственной судьбе и происходящему вокруг. Чаще развивается ощущение «неистинности эмоций» с приглушенностью чувств. Паци-

енты чувствуют, что между ними и внешним миром находится «перегородка». Вовлечение идеаторной сферы в процесс характеризуется моральной анестезией. Пациенты высказывают неудовлетворенность своей психической активностью, считая себя неспособными к установлению и поддержанию межличностных связей. Отмечается снижение насыщенности восприятия, пациенты испытывают страх по поводу неспособности к установлению логических связей между явлениями, а также опасения относительно изменения своей умственной деятельности. Проявления моральной анестезии характеризуются нестойкостью и полной обратимостью по мере редукции депрессивной симптоматики. Некоторые из пациентов постоянно сравнивают свое настоящее состояние с доболезненным, считая его идеальным. Как правило, наряду с отчуждением, наблюдается ангедония с утратой чувства радости, неспособностью испытывать удовольствие.

Депрессии с навязчивостями характеризуется развитием аффективных нарушений с присоединением обсессивных явлений, в большинстве случаев являющихся производными от содержательного образа субдепрессии. Обсессивно-фобические расстройства, развивающиеся в рамках аффективной патологии, чаще всего представлены тревожными опасениями развития припадка в общественном месте, потери работы, значимых социальных связей. Некоторые пациенты, оставаясь в одиночестве, испытывают навязчивый страх из-за невозможности получения медицинской помощи в случае развития припадка. У пациентов, страдающих эпилепсией с генерализованными судорожными приступами, нередко отмечается страх получения тяжелого увечья во время приступа. Пациенты обнаруживают признаки ограничительного поведения (например, в ожидании поезда становятся подальше от края платформы, стараются держаться вдалеке от открытых водоемов, огня, проезжей части дороги). В отдельных наблюдениях имеют место развитие панических атак с выраженной соматовегетативной и фобической симптоматикой. В дальнейшем клиническая картина депрессий с навязчивостями усложняется присоединением системы защитных действий, вызывая определенный анксиолитический эффект. Таким образом, снижение психического дискомфорта достигается совершением ненужных действий (ритуалов). Нередко у больных формируются навязчивые мысли о своей неполноценности и самоубийстве.

В структуре истериформных депрессий, в отличие от витальных, обращает на себя внимание неярко выраженная аффективная симптоматика, сочетающаяся с истериформными компонентами.

При этом ощущение подавленности, тоски, идеаторная и моторная заторможенность проявлены незначительно. Пациенты склонны драматизировать происходящие с ними события, привлекая при этом внимание окружающих людей. Конверсионные расстройства, наблюдающиеся в структуре истериформной депрессии, включают в себя патологические телесные ощущения, характеризующиеся яркими и образными телесными сенсациями.

Динамические депрессии протекают с превалированием «негативной аффективности», проявляющейся в виде феноменов потери инициативы, импульса к спонтанной активности. У таких пациентов преобладает двигательная заторможенность, отсутствие побуждений, временами достигающие степени аспонтанности. Субъективно ощущается скованность в мышцах, бессилие, выраженная нивелировка мотивационной сферы. Некоторые пациенты утверждают, что живут «автоматически», «по инерции», «по необходимости». Внешний облик пациентов отличается бедностью мимики, жестов, слабовыраженной модулированностью речи. Развитие заболевания начинается с появления чувства отрешенности от прежних желаний, безразличия ко всему окружающему, ранее интересовавшему пациента. Больные становятся безразличными к результатам своей деятельности и своему положению. Переменившееся самоощущение в значительной степени контрастирует с доблезненным. Отличительной особенностью динамической депрессии, отличающей ее от тоскливой, является отсутствие гиперстетической составляющей в структуре витальных нарушений. Преобладает субъективно трудно вербализуемое ощущение внутреннего дискомфорта, безысходности, напряжения, как правило, сопровождающееся общей вялостью и апатией. Обращает на себя внимание постоянная мрачная угнетенность пациентов, являющаяся следствием осознания произошедших перемен, касающихся аффективной сферы («синдром потери»).

Дисфорические депрессии проявлялись развитием на фоне сниженного настроения раздражительности, гневливости, нередко агрессии, сопровождающиеся разрушительными тенденциями. Нередко источником раздражения оказываются предметы и явления, ранее не привлекавшие внимания пациента и не беспокоившие его. В отдельных случаях, если не находится повода для проявления раздражения, пациенты самостоятельно инициируют конфликтную ситуацию. Раздражительность сопровождается злобностью, бранью и оскорблением окружающих лиц. Нередко у пациентов возникает чувство ненависти, которое в дальнейшем интерпретируется как результат констелляции факторов (отсутствие семьи, частые госпитализа-

ции, необходимость постоянной поддерживающей терапии), способствующих развитию чувства неполноценности.

У ряда больных в момент развития дисфории преобладает ощущение внутренней психической напряженности с постоянным ожиданием надвигающейся катастрофы. Поведение в период дисфорических депрессий бывает различным: у одних пациентов превалирует агрессия и угрозы в адрес окружающих, разрушительные тенденции, нецензурная брань, у других - стремление к уединению, связанное с гиперестезией и «ненавистью ко всему миру», у третьих — стремление к активной деятельности, носящей нецеленаправленный, часто нелепый характер.

Маниформные расстройства без психотических симптомов характеризуются повышенным настроением, временами с чертами эйфории, ускоренным течением когнитивных процессов. Пациенты часто становятся разговорчивыми, подвижными, временами раздражительными, сокращается продолжительность ночного сна. Гипомания сопровождается эгосинтонностью, что субъективно воспринимается больными как проявление естественного подъема общего тонуса. Критическое отношение к своему болезненному состоянию в большинстве наблюдений отсутствует. Гипоманиакальные расстройства включают в себя как нарушения аффективной сферы, так и расстройства аутопсихической и соматопсихической сферы.

Расстройства аффективной сферы проявляются ощущением подъема жизненного тонуса, благополучия, преувеличенного, чаще несоотнесимого с действительной ситуацией оптимизма. Пациенты преувеличивают свои способности, хвастаются этим перед окружающими, будучи твердо убежденными в своей неординарности, в наличии у них исключительных способностей. Проявление малейшего возражения со стороны окружающих часто провоцирует их на вспышки раздражительности и гневливости.

Аутопсихическая сфера отличается повышенным темпом когнитивных процессов, их поверхностностью, неустойчивостью, приливом энергии, назойливой деловитостью. Пациенты теряют способность проникать в глубинный смысл вещей, все проблемы кажутся им легко разрешимыми. Принятие решения сопровождается стремительно возникающим желанием его немедленно осуществить. Нарушения соматопсихической сферы проявляется чувством телесного комфорта и физического благополучия. У пациентов повышается выносливость, снижается потребность в отдыхе, уменьшается продолжительность ночного сна.

Следует отметить, что развитие маниформной симптоматики нередко инициируется черепно-мозговой травмой.

К смешанным состояниям относятся наблюдения, в которых патологические изменения аффективной сферы (как депрессивные, так и гипоманиакальные) сосуществуют.

Структура клинических проявлений «смешанных» состояний характеризуется либо заменой одного или нескольких составляющих элементов гипомании признаками депрессии, либо двигательной заторможенностью в период гипоманиакального состояния или возбуждением при депрессии.

В момент наибольшей выраженности аффективных нарушений тревога у ряда больных сопровождается двигательным возбуждением (пациенты напряжены, ходят из угла в угол, не могут длительное время сохранять сидячее или лежачее положение). Часто наблюдается речевое возбуждение с причитаниями и тревожной вербигерацией (в случае ажитированной депрессии).

Психопатологическая структура смешанных состояний отличается от типичных субдепрессий и гипомании большим полиморфизмом клинических проявлений общих для них симптомов заболевания: внутреннего напряжения, нарушений сна, тревоги, раздражительности, идеомоторного беспокойства, трудностей концентрации внимания. В некоторых случаях присоединяются психопатологические расстройства других регистров: панические атаки, деперсонализация, обсессивно-компульсивные расстройства. Наблюдается, примерно с одинаковой частотой, как одновременная манифестация симптомокомплексов, формирующих смешанные состояния, так и последовательная — в рамках «короткого цикла» при быстрой смене полярных аффективных расстройств. В ряде случаев аффективные фазы имеют большую протяженность и приобретают форму дистимии. Смешанные состояния чаще наблюдаются у женщин. Манифестация смешанных состояний в подавляющем большинстве случаев происходит в молодом возрасте (маниакальные состояния с гипотимией или резкие смены настроения с явлениями эмоциональной лабильности).

Наиболее характерным типом маниакальных расстройств в клинике эпилепсии является синдром гневливой гипомании. У больных эпилепсией с гневливой манией в качестве этиологического фактора, спровоцировавшего развитие заболевания, наиболее часто выявляется черепно-мозговая травма.

Ранняя диагностика депрессивных расстройств при эпилепсии

Депрессия чаще встречается при, так называемых, рефрактерных (резистентных) формах эпилепсии в сравнении с формами, при которых удалось добиться контроля над приступами и ремис-

сии заболевания. Частота встречаемости депрессий у пациентов с контролируемыми приступами варьирует от 3 до 9%, тогда как у больных с продолжающимися припадками депрессивные расстройства выявляются в 33–64% наблюдений.

Клинико-психологические исследования, используемые в диагностике депрессивных расстройств у больных эпилепсией, позволяют объективизировать их выраженность, структуру, связь с социально-средовыми и индивидуально-личностными параметрами. Существует значительное количество шкал и опросников, используемых для оценки аффективных расстройств (шкала Гамильтона для оценки депрессии, опросник депрессивности Бека, шкала Мантгомери-Айсберга, шкала мании Янга и др.). В условиях наблюдающегося патоморфоза психических нарушений, в том числе и у больных эпилепсией, особое значение приобретают портативные, экспресс-психодиагностические методы, направленные на выявление слабовыраженных, скрытых и соматизированных форм депрессивных состояний. Одним из наиболее распространенных опросников, приспособленных как для целей клинической диагностики, так и для массовых психопрофилактических исследований, является «Шкала самооценки депрессий», разработанная Зунгом и адаптированная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. При относительно невысоком уровне депрессии, особенно если в клинической картине, наряду со снижением настроения, наблюдаются астенические проявления, шкала может быть более чувствительна, чем другие экспериментальные и клинические методы.

Шкала включает 20 пунктов – диагностических критериев депрессии, подразделяющихся на три группы: депрессивный аффект, физиологические проявления депрессии и психологические переживания, связанные с депрессивным аффектом. Испытуемый оценивает каждый пункт в соответствии со своим состоянием по четырем градациям, в которых отражена частота появления того или иного симптома (от «никогда или изредка» до «почти всегда или постоянно»). Суммарный балл по шкале отражает степень выраженности депрессии в актуальном психическом статусе испытуемого. Интерпретация результатов опирается на введенную автором методики классификацию (от отсутствия депрессивных расстройств или минимальной, незначительной их выраженности до глубокой депрессии, требующей непрямого вмешательства психиатра).

Применение опросника В. Зунга позволяет выявить наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности более чем у половины больных эпилепсией (55,5%), при этом у

большинства больных наблюдается легкая (41,8%) и умеренная депрессия (12,7%). Уровень депрессии коррелирует с возрастом больных (у лиц до 18 лет чаще выявляется минимальная депрессия (63,6%), а у пациентов старше 40 лет – умеренная (36,4%) депрессия), длительностью заболевания (был более выражен у лиц с длительностью заболевания свыше пяти лет), наличием инвалидности.

Выявляется отрицательная корреляционная связь между депрессией и качеством жизни больных эпилепсией: чем выше уровень депрессии, тем ниже субъективная удовлетворенность всеми сферами жизненного функционирования.

Ранняя диагностика тревожных расстройств при эпилепсии

Особое значение для клинической практики и психопрофилактического прогнозирования имеет определение степени выраженности тревожных расстройств. Состояние тревоги, по современным представлениям, является эквивалентом субъективного переживания сигналов угрозы организму и личности, возникающих при нарушениях личностно-средового взаимодействия. Это субъективное психологическое состояние лежит в основе начальной фазы эмоционально-аффективной реакции – острого эмоционального или психологического стресса и является наиболее интимным и облигатным компонентом стрессогенеза.

Различают личностную и реактивную тревожность.

Реактивная тревожность – тревожность как преходящее состояние – характеризуется наличием субъективно неприятных переживаний напряженности, беспокойства, озабоченности, нервозности, сопровождающихся активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию может быть различной интенсивности, оно динамично и изменчиво во времени.

Личностная тревожность – относительно устойчивая, во многом конституционально обусловленная индивидуально-личностная характеристика, облегчающая возникновение реакций тревоги. При этом предрасположенность человека к тревожности рассматривается как склонность воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревоги различной интенсивности, не всегда соответствующей объективной опасности.

Частота встречаемости при эпилепсии тревожных расстройств без уточнения их конкретной разновидности составляет от 5% до 30%, то есть несколько ниже, чем депрессий.

Психодиагностическими инструментами, используемыми для оценки степени выраженности тревоги являются «Шкала реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина, «Шкала Гамильтона для оценки тревоги», «Личностная шкала, проявлений тревоги» Дж. Тейлора.

В лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева для диагностики тревожных расстройств разработан оригинальный тестовый инструмент «Интегративный тест тревожности» (ИТТ). Процедура использования этого опросника предполагает получение общей оценки выраженности тревожности, а также оценок по пяти субшкалам – эмоционального дискомфорта, стенического и фобического компонентов тревоги, тревожной оценки перспектив и социальной защиты. Такой подход позволяет более дифференцированно рассмотреть состояние тревоги и определить адекватные пути ее купирования в условиях амбулаторного и стационарного лечения. Существенно расширяет границы использования ИТТ ее компактный, экспресс-диагностический характер.

Применение ИТТ в клинической эпилептологии позволило выявить у больных эпилепсией преобладание личностной тревожности (55,45%), над ситуативной (26%). В большей степени в структуре личностной тревожности выражены эмоциональный дискомфорт, тревожная оценка перспективы, астенический компонент тревожности, в меньшей степени – фобический компонент и социальная защита. Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных эпилепсией характерны эмоциональные расстройства (сниженный эмоциональный фон, неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональная напряженность, элементы ажитации), астенические проявления (усталость, расстройства сна, вялость и пассивность, быстрая утомляемость), нарушения личностно-средового взаимодействия.

Высокий уровень ситуативной тревожности (тревоги) выявляется у 26% опрошенных больных, при этом превалируют социальная защита, фобический компонент тревожности и тревожная оценка перспектив, что свидетельствует о том, что на момент обследования у пациентов преобладали ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности, проявления тревожности в сфере социальных контактов.

У лиц старше 40 лет в личностной тревожности достоверно превалирует социальная защита, по сравнению с пациентами молодого возраста, что позволяет предположить основные проявле-

ния их тревожности в области социальных контактов, попытку рассматривать окружающую среду как основной источник напряжений, неуверенности в себе. У больных, имеющих среднее и средне-специальное образование, в ситуативной тревожности достоверно выше выражен эмоциональный дискомфорт, а в личностной – общий показатель тревожности и фобический компонент, чем у пациентов, имеющих более высокий уровень образования. Астенический компонент ситуативной тревожности преобладает у лиц, обучающихся в средне-специальных учреждениях, что говорит о преобладании у них усталости, вялости, быстрой утомляемости, в то время как у больных, не участвующих в учебном процессе, достоверно выше фобический компонент личностной тревожности. Статистически достоверно больше выражен фобический компонент личностной тревожности у инвалидов II и I групп, что свидетельствует о преобладании у них ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Такие же проявления наблюдаются у больных с частыми припадками. Пациенты со смешанными припадками выказывают большую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности (шкала “тревожной оценки перспективы”) в сравнении с бессудорожными формами пароксизмов. У больных с локализационно-обусловленной формой эпилепсии наблюдается тенденция к большей выраженности эмоционального дискомфорта в ситуативной и личностной тревожности, тревожной оценки перспективы в сравнении с генерализованной формой.

Таким образом, для больных эпилепсией характерны разнообразные тревожные расстройства, проявляющиеся с различной степенью выраженности их структурных компонентов, в генезе которых играют роль и биологическая обусловленность и психологические (психосоциальные) факторы – личностные реакции на болезнь. Такая дифференцированная оценка структуры тревоги и тревожности как личностной переменной позволяет дифференцированно назначать соответствующую терапию и целенаправленно работать с больными в психотерапевтическом плане.

Ранняя диагностика невротических расстройств у больных височной эпилепсией

У больных височной эпилепсией отчетливо преобладает дезадаптивный характер отношения к болезни с формированием астено-ипохондрических проявлений и патохарактерологических изменений. В этой связи, именно при височной формы заболевания, особенно важное значение имеет ранняя диагностика невротиче-

ских расстройств, во многом определяющая стратегию и тактику лечения, выбор терапевтических и психотерапевтических «мишеней», прогноз заболевания. Для оценки уровня невротизации больных височной формой эпилепсии рекомендуется применение опросника невротических расстройств (ОНР) Александровича, который предназначен для количественной и качественной оценки особенностей невротических проявлений (наличие и интенсивность симптоматики, а также «уровень невротичности»).

Опросник состоит из 138 пунктов, в которых отражены основные невротические жалобы. Все пункты опросника сгруппированы соответственно основным невротическим синдромам:

1. Тревожно-фобические расстройства
2. Депрессивные расстройства
3. Аффективная напряженность
4. Расстройства сна
5. Аффективная лабильность
6. Астенические расстройства
7. Сексуальные расстройства
8. Дерезализационно-деперсонализационные расстройства
9. Обсессивные расстройства
10. Нарушение социальных контактов
11. Ипохондрические расстройства
12. Ананкастные расстройства
13. Сомато-вегетативные расстройства

В ходе работы с опросником испытуемый должен определить у себя наличие и степень выраженности жалоб по четырехбалльной шкале, то есть отразить, насколько названное в пункте опросника недомогание (симптом) беспокоит его в настоящее время. При обработке данных опросника ответы испытуемого переводятся в баллы, затем производится подсчет шкальных оценок (как сумма баллов). Шкальные оценки отражают степень выраженности определенных невротических расстройств у испытуемого. Оценивается уровень невротизации в процентах по 13 шкалам, а также общий уровень в процентах и в стенах. Итоговая оценка по всему тесту при сопоставлении с нормативными данными, полученными на больных неврозами, дает представление об «общем уровне невротичности» испытуемого (умеренный, высокий и т.д.). Уровень невротизации выше 30% характерен для больных неврозами. Стены до 5 баллов соответствуют низкому уровню невротичности, от 7 баллов и выше – неврозу.

Опросник позволяет охарактеризовать степень выраженности и структуру невротических расстройств и может быть использо-

ван в случаях необходимости выявления предболезненных невротических и невротоподобных нарушений с целью первичной профилактики и своевременной коррекции.

Средний профиль больного по шкалам ОНР представлен следующим образом: наиболее высокий процент невротизации отмечается по шкале истерических и неврастенических расстройств, второе место занимают депрессивные расстройства и расстройства сна, наименьший уровень невротизации наблюдается по шкалам сексуальных и дереализационных расстройств.

Степень выраженности невротических расстройств у женщин выше, чем у мужчин, значимая разница показателей характерна для шкалы истерических расстройств.

У больных молодого возраста (до 25 лет) более высокий процент невротизации по шкале тревожно-фобических расстройств, аффективной напряженности, расстройствам сна, соматовегетативным расстройствам, а также по общему уровню невротичности (в процентах и в стенах) по сравнению с больными 26–35 лет. У больных старше 35 лет уровень соматовегетативных и ипохондрических расстройств достоверно выше, чем у больных 26–35 лет.

Более высокий процент невротизации по шкалам расстройства сна, истерических, неврастенических и психастенических расстройств, как и более высокий общий уровень невротичности характерен для больных с частыми припадками.

Диагностика социальной фрустрированности больных эпилепсией

В настоящее время в связи с широким утверждением биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья и адаптации человека в контексте личностно-средового взаимодействия актуальным является изучение роли социальных факторов-фрустраторов в механизмах нарушений психической адаптации, особенно в психогенезе невротоподобных расстройств, которые в последние годы резко участились среди больных эпилепсией. Проблема людей, страдающих этим заболеванием, связана не только с клиническими проявлениями, но и с отношением пациентов к своей болезни, к необходимости постоянно принимать лекарства, с отношением к ним общества, которое не всегда обоснованно ограничивает их стремление к самореализации и социальной активности. Сам диагноз «эпилепсия» является мощным фрустрирующим фактором (как для больного, так и его социального окружения), блокирующим актуальные потребности личности. У больных эпилепсией исходно снижен адаптационный барьер

ер в виде нарушения оптимального соотношения между психическими и физиологическими адаптационными механизмами. Это связано с наличием патологии центральной нервной системы различной степени выраженности органического поражения, проявлениями астенического синдрома, влиянием длительной, в особенности неадекватной, медикаментозной терапии.

Ослабление адаптационного барьера обусловлено расстройством всех взаимосвязанных звеньев функциональной системы. Взаимодействие социальных дистрессоров ведет к срыву адаптации на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Роль и влияние социально-средовых факторов в генезе психической дезадаптации может быть уточнена при оценке социальной фрустрированности.

Социальную фрустрированность можно рассматривать как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникающий в ответ на действие факторов-фрустраторов (опасение развития припадков, проблемы с учебой, трудоустройством, созданием семьи, финансовые затруднения и т. д.). Социальная фрустрированность является следствием невозможности реализации личностью своих социальных потребностей.

Для оценки уровня и специфики социальной фрустрированности рекомендовано применение оригинального опросника «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), разработанного в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Опросник представляет собой строго структурированное интервью с оценочной системой, которая позволяет получить информацию о социальном и экономическом положении испытуемого, особенностях его интерперсональных, семейных, производственных и других отношений и конфликтов. Задачей испытуемого является дифференцированная субъективная оценка уровня удовлетворенности-неудовлетворенности по 5 шкалам: «Взаимоотношения с родными и близкими», «Взаимоотношения с ближайшим социальным окружением», «Социальный статус», «Социально-экономическое положение», «Здоровье и работоспособность». Всего методика включает 20 аспектов личностно-социальных взаимоотношений, удовлетворенность которыми испытуемый оценивает по пятибалльной шкале. Результатом исследования является оценка, характеризующая уровень общей неудовлетворенности (социальной фрустрированности) и оценки, характеризующие уровень неудовлетворенности отдельными ас-

пектами социального функционирования. Данные исследований УСФ могут служить информативным материалом для проведения превентивной краткосрочной психотерапии и социально-психологического тренинга, направленного на повышение социальной компетентности и адаптивности личности.

Результаты применения опросника УСФ в клинической эпилептологии свидетельствуют, что в целом у больных эпилепсией имеет место умеренный уровень СФ. Наиболее благополучными в социальном функционировании больных являются семейные отношения, отношения с социальным окружением. В противовес этому, большинство больных предъявляет неудовлетворенность образованием и сферой деятельности, социальным положением, состоянием здоровья и работоспособностью. У больных эпилепсией наиболее выраженными фрустраторами являются блоки социального статуса, социально-экономического положения, здоровья и работоспособности.

Оценивая содержание социально-фрустрирующих факторов у больных эпилепсией, необходимо учитывать «сферы субъективного приоритета» и их гиперсоциальность, которые, вероятно, имеют большую значимость для больных (в контексте системы жизненных ценностей) социального положения, интересной и престижной работы, материального благополучия. Между тем, характерное для больных эпилепсией стремление следовать устойчивым социальным нормам (быть не хуже других) блокируется не только болезнью, но многочисленными социальными ограничениями, а также, в ряде случаев, изменениями личности больных, не располагающих необходимыми ресурсами для преодоления стресса болезни. Наиболее высокая СФ наблюдается у больных с последствиями черепно-мозговой травмы, особенно при ее сочетании с алкогольной зависимостью.

Уровень удовлетворенности здоровьем у женщин ниже, чем у мужчин, что связано с их большей озабоченностью собственным здоровьем, и болезненными проявлениями заболевания, с большей выраженностью психоэмоциональных реакций. СФ достоверно выше у лиц, не состоящих в браке, инвалидов и безработных, у больных с аффективной нестабильностью и изменениями личности, завышенной самооценкой, выбором труднодостижимой социальной роли и стремлением к социально-экономическому успеху. В большей степени удовлетворены отношениями с родными и близкими лица с длительностью заболевания более пяти лет, что свидетельствует об адаптации к болезни и значительной психологической и социальной поддержке со стороны членов семьи, кото-

рые, по-видимому, также адаптируются к болезни близкого им человека и вырабатывают конструктивную стратегию помощи.

Лица с простыми парциальными приступами предъявляют достоверно более низкий индекс общего уровня социальной фрустрированности, удовлетворенности социальным положением, здоровьем, по сравнению с больными, страдающими вторично-генерализованными припадками, что является отражением влияния тяжести течения заболевания на блокирование повседневных потребностей личности.

У больных с судорожным компонентом в формуле припадков общая социальная фрустрированность достоверно выше, чем у пациентов с бессудорожными пароксизмами. В наибольшей степени она определяется фрустрирующим влиянием состояния здоровья и внешними проявлениями патологии, а также взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением. При бессудорожных припадках в структуре социальной фрустрированности наиболее высок индекс неудовлетворенности социальным статусом, здоровьем и социальным положением.

К повышению уровня социальной фрустрированности ведут частые и серийные пароксизмы. Зависимость уровня социальной фрустрированности не носит линейного характера. Вначале (до 1 года) отмечается высокий уровень общей неудовлетворенности, что, несомненно, отражает фрустрирующую реакцию диагноза «эпилепсия» и ее клинических проявлений. С этим диагнозом (речь идет о подростках и взрослых), может быть связано блокирование жизненных планов и надежд относительно создания семьи, получения образования и т.д. Начало лечения и его положительный эффект укрепляет у больных веру в выздоровление и перспективу реализации актуальных потребностей, что и отражается в снижении уровня СФ в интервале длительности заболевания от 1 до 5 лет. Вместе с тем, если полное купирование припадков не наступило или если появляются личностные изменения, уровень неудовлетворенности (УСФ) вновь возрастает.

Есть основание считать, что больные эпилепсией являются популяционной группой, подверженной массивному воздействию социально-фрустрирующих и «нозо-фрустрирующих» факторов. Сложное взаимодействие конкретных клинических, психологических и социальных аспектов в ситуации болезни является фактором риска дестабилизации ремиссий, что, несомненно, приводит к снижению КЖ.

Имеется обратная корреляционная связь между УСФ и КЖ: то есть, чем выше уровень СФ, тем ниже КЖ больных эпилепсией.

В целом эффективность применения шкалы УСФ определяется возможностью существенно сократить время на позитивную диагностику и квалификацию психосоциальных факторов, определяющих нарушения психической адаптации и риск клинической дестабилизации больных эпилепсией.

Уже при экспресс-диагностике шкала УСФ позволяет получить оценку субъективной значимости психосоциальных факторов, осложняющих процесс адаптации к болезни и снижающих КЖ, поэтому она может быть использована как инструмент психодиагностики при психопрофилактических исследованиях контингента учета больных эпилепсией.

Таким образом, приведенные в данных методических рекомендациях клинические характеристики непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией будут способствовать практикующим врачам в ранней диагностике и оказании своевременной дифференцированной помощи этому контингенту пациентов.

Использование ряда психологических методик и методов инструментального обследования необходимо для дифференциальной диагностики психических нарушений, что в дальнейшем определяет тактику терапии расстройства и ее эффективность.

Эпилептические изменения личности являются, вслед за припадками, вторым важным клиническим синдромом комплексом эпилепсии.

В связи с неразработанностью диагностики частота их встречаемости, по данным разных авторов, находится в широком диапазоне от 30% до 80%. Неврологи часто вообще их не распознают, психиатры выявляют изменения личности примерно у 50% наблюдаемого контингента, а психологи диагностируют и начальные изменения личности, поэтому используемые ими методы более точны и важны для решения вопроса о начале лечения.

Личностные изменения по эпилептическому типу могут наблюдаться у лиц, не имеющих припадков и рассматриваемых как здоровые. Часто таких людей можно встретить среди родителей, имеющих детей больных эпилепсией.

Несмотря на обширную литературу, посвященную изучению непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией, до сих пор остаются значительные трудности в ранней диагностике, разграничении и систематике этих нарушений.

Приведенные в методических рекомендациях новые подходы к выявлению аффективных расстройств у больных эпилепсией могут способствовать их ранней диагностике, выбору адекватных методов лечения и реабилитации.

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

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

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

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

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

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

Заказ № . Тираж 100 экз.

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