

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Непсихотические психические расстройства аффективного спектра
у больных эпилепсией**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 616.563+616.895 (075.4)

Непсихотические психические расстройства аффективного спектра у больных эпилепсией: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Н.А. Сивакова, А.П. Коцюбинский, В.А. Михайлов. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 26 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Сивакова Н. А., Коцюбинский А.П., Михайлов В.А.

Рецензенты:

Петрова Н.Н. – заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», д.м.н., профессор.

Крылов В.И. – профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Аннотация

У больных эпилепсией имеются различного рода эпизодические или константные психопатологические феномены, что свидетельствует о значительной вовлеченности в эпилептический процесс психики пациента (когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений) и, значит, о более напряженном состоянии компенсаторно-адаптационных механизмах организма, что осложняет клинический прогноз течения заболевания и делает недостаточным использование только противэпилептической терапии. При персистировании приступов у большинства пациентов с эпилепсией выявляются стойкие нарушения психики в форме значительных личностных и аффективных расстройств, наблюдаемых в интериктальном периоде заболевания.

В методических рекомендациях изложены современные представления о непсихотических психических расстройствах аффективного спектра у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания. Подробно рассматривается клиническая картина и приводятся сведения об углубленных подходах к решению практических и научных задач в диагностике и лечении аффективных расстройств у больных эпилепсией, которые помогают оптимизировать своевременную диагностику и фармакотерапию этих состояний.

Методические рекомендации предназначены для врачей-неврологов, врачей-психиатров, врачей-эпилептологов, врачей общей практики.

ISBN 978-5-94651-083-7

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	5
МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ.....	8
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ.....	8
КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ.....	8
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ.....	11
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	12
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	12
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	15
ГЛУБИНА ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	23
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	24
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	26

Непсихотические психические расстройства аффективного спектра у больных эпилепсией

Н. А. Сивакова, А. П. Коцюбинский, В. А. Михайлов

ВВЕДЕНИЕ

Эпилепсия является заболеванием, для которого характерно хроническое течение, повторные эпилептические припадки и психопатологические расстройства (Томсон Т., 2009). Первые систематические клинические описания нарушений психической сферы, характерных для больных эпилепсией, относятся к середине XIX века. На протяжении многих десятилетий складывались представления об особенностях эмоционально-волевой, интеллектуально-мнестической сфер и личностных особенностях таких больных.

В дальнейшем обращалось внимание на то, что психическое «сопровождение» пароксизмов вообще характерно для эпилепсии, проявляясь в доприступном периоде (в виде предвестников), во время пароксизма (как один из компонентов приступа или как его эквивалент), в постиктальном периоде (в виде оглушения), в интериктальном периоде (в структуре личностных изменений и формирования дефекта), а также в форме острых, затяжных или хронических эпилептических психозов (рассматриваемых как психотический гиперреактивный мозговой ответ в структуре эпилептического процесса).

В клинической картине эпилепсии психические расстройства занимают второе место после пароксизмов (Вольф М. Ш., 1969). Они отличаются чрезвычайным полиморфизмом и у одного и того же больного могут быть разными как по своему генезу, так и по клиническим проявлениям. Частота разнообразных психических расстройств, ассоциированных с эпилепсией, может достигать 66% от всех больных с пароксизмальными состояниями (Киссин М. Я., 2011). В свою очередь выраженность психических расстройств больных эпилепсией может зависеть от частоты припадков и тяжести постприпадочных состояний (Крайндлер А., 1963).

Психопатологическая симптоматика, представленная при эпилепсии, может быть как психотического, так и непсихотического регистра, равно как быть не только продуктивной, но и негативной.

В имеющейся литературе чаще представлены крайние (психотические) психопатологические феномены, встречающиеся при эпилепсии. Гораздо меньше внимания уделяют исследователи непсихотическим психопатологическим феноменам при этом заболевании.

В последнем случае к наиболее часто встречаемым продуктивным психическим проявлениям относят аффективные непсихотические расстройства депрес-

сивного и тревожного спектров, а к негативным психическим проявлениями — появление у больных когнитивных нарушений и возникновение личностных изменений (с последующим формированием эпилептического дефекта, что уже выходит за рамки непсихотических расстройств).

Наличие корреляционной связи между пароксизмальными и психическими характеристиками заболевания делает необходимым сомато-психическую оценку этого феномена, который по сути «представляет собой патологические изменения ЦНС на функциональном и органическом уровнях, сопровождающиеся психическими нарушениями и обусловленные патогенным влиянием со стороны других органов и систем» (Сторожаков Г. И., Шамрей В. К., 2014).

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В последние несколько лет, как показывают статистические исследования, снижается удельный вес эпилептических психозов и *отмечается рост форм эпилепсии с непсихотическими расстройствами*, что отражает очевидный патоморфоз клинических проявлений всех психических расстройств в сторону их менее прогрессивного течения. Этот феномен чаще всего исследователи связывают с влиянием ряда биологических (включая и медикаментозные) и социальных факторов.

Одновременно с уменьшением «психотических» феноменов происходит увеличение числа больных эпилепсией с «непсихотическими» расстройствами. Наиболее быстро растет число больных эпилепсией с психическими нарушениями пограничного (невротического) уровня (Максутова Э. Л., 1998).

В инициальном периоде эпилепсии у многих пациентов имеют место разнообразные непсихотические психические переживания, в 44% наблюдений — астенические состояния (астения нередко является отражением эпилептического процесса), в 3% — навязчивые и психастенические симптомы (в их генезе большее значение имеет личностная реакция пациента на неправильное представление окружающих об эпилепсии и особое положение больного в обществе), в 2,3% — истерические проявления (относя к ним повышенную внушаемость и самовнушаемость, впечатлительность, эгоцентризм, элементы манерности либо вычурности, чрезмерное реагирование на внешние раздражители, особенно неудачи), в 1% — депрессивные состояния (Болдырев А. И., 1971). Таким образом, почти в половине случаев появление уже на начальной стадии заболевания непсихотических психических феноменов связано с проявлением самого эпилептического процесса.

Считается общепризнанным, что одно из ведущих мест среди психических расстройств у больных с отчетливыми проявлениями эпилепсией занимают аффективные нарушения (Болдырев А. И., 2000; Максутова Э. Л., Железнова Е. В., 2001), которые нередко обнаруживают тенденцию к хронификации. Это подтверждает и С. А. Громов с соавт., показавшие, что такого рода изменения, появившиеся

в инциденте заболевания и связанные с ним, по мере течения эпилептического процесса могут углубляться и трансформироваться (Громов С. А. и соавт, 2000). Сказанное делает настоятельным специальное рассмотрение непсихотических расстройств аффективного спектра. Как обнаружено, распространенность депрессии при эпилепсии варьирует от 3–9% у больных с медикаментозной ремиссией до 20–55% — у больных с плохо контролируемой эпилепсией (Lehrner J. et al., 1999; Paradiso S. et al., 2001). В ряде исследований, изучающих распространенность депрессивных расстройств у пациентов с различными заболеваниями, частота депрессии при эпилепсии была достоверно выше, чем при других нозологиях (Kessler R. C. et al., 1994).

Понятие расстройства аффективного спектра сформировалось в современной психиатрии как объединение на клиничко-патогенетических основаниях обширной группы состояний, неизменными и клиническими доминирующими компонентами которых являются аффективные и субаффективные проявления заболевания (Winokur G., 1973; Краснов В. Н., 2011, 2012). Такое понимание можно расширить за счет суждений J. Angst (1977), который обращал свое внимание на то, что спектр аффективных расстройств намного шире, чем это представлено в диагностической номенклатуре, выделяя «подпороговую» психиатрию и противопоставляя ее «пороговой» (Angst J., 1977).

Возможности расширения спектра подпороговых аффективных состояний обусловили выделение двух видов подпороговых аффективных расстройств: 1) расстройства, имеющие подпороговую выраженность различных по длительности аффективных нарушений; 2) расстройства, имеющие подпороговую (кратковременную) длительность различных аффективных нарушений (Коцюбинский А. П. и др., 2015).

Существуют как биологические, так и психосоциальные предпосылки, объясняющие тесную связь аффективной и парксизмальной патологии (Kanner A. M., Balabanov A., 2002).

С одной стороны, биологической основой этой связи может являться ряд нейроанатомических (в рамках энцефалопатии) и нейрохимических факторов (Mula M., 2015). В свете этих представлений в литературе дискутируется вопрос о связи аффективных расстройств с определенным синдромом при эпилепсии, его локализацией и некоторыми другими характеристиками эпилептического процесса. Так, широко изучена связь психопатологических нарушений с локализацией и латерализацией эпилептического очага, возрастом дебюта и длительностью заболевания (Бочаров В. В., Вассерман Л. И., 1984; Вольф М. Ш., 1969).

Многие исследователи говорят о том, что депрессивная симптоматика связана со сложными парциальными приступами и склерозом гиппокампа (Robertson M. M. Channon S., Baker J., 1987; Quiske A. et al., 2000). В нескольких независимых исследованиях было выявлено уменьшение объема гиппокампов у пациентов с рецидивирующими депрессивными эпизодами без эпилепсии (Frodl T. et al., 2002), что доказывает вовлеченность височно-лимбических структур в патогенезе депрессии.

Некоторые авторы считают, что депрессивные расстройства наиболее часто встречается у больных эпилепсией с фокусом в височной доле, и в особенности при очаге в левой гемисфере (Wrench J. M. et al., 2009; Quiske A. et al., 2000). По-видимому, это объясняется тем, что височные доли или лимбические структуры являются ответственными за эмоции и копинг, также как и кора ответственна за когнитивное функционирование (Spitz M. C., 1992; Buck D. et al., 1997). При этом в интериктальном периоде весьма характерны аффективные нарушения, сочетающиеся с астеническими, вегетативно-соматическими и личностно-поведенческими расстройствами разной степени выраженности (Perini G. I. et al., 1996; Вас-серман Л. И. и соавт., 2000).

Второе место по распространенности непсихотических расстройств у больных эпилепсией занимают тревожные проявления заболевания (Moore P. M., Baker G. A., 2002; Руденко А. М., Котов А. С., 2009). Помимо тревожных переживаний, предшествующих или сопровождающих приступ и постприпадочное состояние, где тревога выступает как компонент указанных состояний, она может проявиться у больных эпилепсией внезапно возникающим страхом, чаще неопределенного содержания (ощущение надвигающейся угрозы, усиливающегося беспокойства, рождающего желание что-то срочно предпринять или искать помощь у окружающих). Полученные за последние несколько лет данные позволяют обосновать существование взаимосвязанного отношения между депрессией и эпилепсией (вследствие наличия общих патогенетических механизмов), что способствует развитию и прогрессивному течению одного из этих заболеваний при наличии другого (Blumer D., 2004; Hesdorffer D. C., et al., 2006). Не случайно в настоящее время выделен целый ряд общих патогенетических механизмов эпилепсии и аффективных расстройств: нарушение метаболизма ряда нейротрансмиттеров в ЦНС (центральная нервная система), в особенности серотонина (5-гидрокситриптамина (5-НТ)), норадреналина, дофамина, ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) и глутамата; атрофия височных и лобных долей (по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) высокого разрешения и МР-волюметрии), а также изменения в миндалине, гиппокампе, энторинальной, латеральной, височной, префронтальной, орбитофронтальной и медиофронтальной коре и в меньшей степени — в таламусе и базальных ганглиях; функциональные нарушения, выявленные с помощью методов функциональной нейровизуализации в височных и лобных долях в виде нарушения связывания серотонина с рецепторами 5-НТ_{1А} в медиальных структурах, ядре шва, таламусе и поясной извилине; нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (Kanner A. M., 2006; Руденко А. М., Котов А. С., 2009).

С другой стороны, в литературе представлена точка зрения о коморбидности пароксимальных и аффективных расстройств (Carrieri P. V. et al., 1993; Perini G. I. et al., 1996; Quiske A. et al., 2000; Громов С. А. и соавт. 2000, Kanner M. A., Balabanov A., 2002). С этих позиций рассматриваются и описываются многие подпороговые аффективные расстройства при эпилепсии, которые могут выступать в форме следующих субдепрессий: *тоскливой, динамической, ипохондрической*

(характерной для межприступного периода, особенно в условиях хронификации расстройств), *тревожной и деперсонализационной*.

В отличие от пароксизмальной тревоги, тревожный аффект в ремиссиях приближается по форме к классическим вариантам в виде формирования страха смерти от приступа, страха наступления паралича, сумасшествия и т. д., сопровождающегося вегетативным компонентом и достигающего характера «панических атак», переплетающихся с расстройствами истерического круга, а также перманентно немотивированных опасений за свое здоровье, здоровье близких, могущих приобрести отчетливый обсессивнофобический характер, вплоть до появления симптомов кардиофобии, агорафобии, реже — социофобии (страх упасть в присутствии сотрудников на работе), с навязчивыми опасениями, страхами, поступками, действиями и т. д. В некоторых случаях имеют место защитные механизмы поведения со своеобразными мерами противодействия болезни, типа ритуалов и т. п.

При этом пациенты с височной эпилепсией очень часто характеризуются склонностью к тревожным переживаниям, страхам и опасениям, раздражительностью (Вассерман Л. И., 1998). Кроме того, больные отличаются существенным повышением дезадаптивных компонентов отношения к болезни в виде более высокой тревожности, навязчивых страхов и опасений, ипохондричности, эгоцентричности, паранойяльности и склонности к дисфорическим реакциям.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ

Общая характеристика исследуемых групп пациентов

В настоящее исследование было включено 160 больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения больных органическими психическими заболеваниями и эпилепсией НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. В ходе исследования больные эпилепсией были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 80 пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии. Фармакорезистентность определялась по критериям МПЭЛ: неэффективность терапии двумя и более АЭП в терапевтических дозах, применяемых как в режиме монотерапии, так и комбинации АЭП.

Во вторую группу вошли 80 пациентов с контролируемым течением заболевания, у которых при назначении АЭП приступов не наблюдалось более 12 месяцев.

Пациенты, у которых непсихотические расстройства представляли собой невротическую реакцию на факт имеющегося заболевания, в исследование не включались.

Клинические и психометрические методы обследования больных

1. Клинико-психопатологический метод включал: 1) целенаправленную беседу с пациентами, расспрос по вопросам, касающимся их психического

состояния в данное время и в прошлом, особенностей психофизиологического развития, наследственной отягощенности по линии психиатрической и иной патологии, выявление факторов риска пре-, пери-, и постнатального периодов, предикторов заболевания, биографии, характера семейной ситуации, перенесенных ранее заболеваний; 2) динамическое наблюдение за поведением больных, их межличностными отношениями, аффектами, экспрессивными проявлениями, реакцией на используемые методы терапии; 3) беседы с родственниками пациента и лицами, хорошо его знающими; 4) подробное изучение имеющихся медицинских сведений.

Использование клинко-психопатологического метода позволило произвести категориальную (типологическую) оценку аффективных непсихотических расстройств в интериктальном периоде, в основу разграничения которых была положена модифицированная классификация, ранее предложенная по отношению к больным эпилепсией Э. П. Максумовой и Е. В. Железновой (2001).

Расстройства аффективного спектра включали в себя следующие варианты:

а) депрессивный непсихотический аффективный симптомокомплекс:

- тоскливые депрессии и субдепрессии,
- адинамические депрессии и субдепрессии,
- ипохондрические депрессии и субдепрессии,
- тревожные депрессии и субдепрессии,
- дисфорические аффективные проявления.

б) тревожный непсихотический аффективный симптомокомплекс.

2. Клинико-неврологический метод включал обследование больных по общепринятой методике с оценкой жалоб больных, психоневрологического и соматического статуса, а также изучение структуры и частоты возникновения эпилептических приступов посредством опроса пациентов и их родственников. Характеристика припадков у больных эпилепсией осуществлялась согласно классификации МПЭЛ (1981).

3. Психометрический метод включал использование некоторых психометрических шкал.

Для оценки выраженности аффективных нарушений привлекались следующие психометрические шкалы.

1. Самоопросник «Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety Depressive Scale (HADS), 1983).

Шкала разработана Zigmond A. S. и Snaith R. P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики (Zigmond A. S., Snaith R. P.). HADS относится к субъективным шкалам. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты — 1, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты — 2, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 0–7 — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);
- 8–10 — «субклинически выраженная тревога/депрессия»;
- 11 и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

2. Самоопросник «Шкала оценки депрессии Бека» (Beck Depression Inventory (BDI)). Самоопросник Бека (21 пункт) был разработан на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб.

Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих. Шкала BDI считается одним из самых надежных и точных инструментов в скрининговой диагностике депрессии. Время, затрачиваемое на ответы, зависит от состояния испытуемого и длится от 20 минут до одного часа.

Каждый пункт опросника состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

Показатель по каждой категории рассчитывался следующим образом: каждый пункт шкалы оценивался от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. При интерпретации результатов этим пунктам присваиваются равные значения, а сами альтернативные утверждения маркируются буквами (например: 2а, 2б).

Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям. В оригинальном исследовании А. Т. Века с соавт. установлено соотношение между суммарным показателем (\pm стандартное отклонение) и согласованной экспертной оценкой тяжести депрессии: 11 ± 8 — «отсутствие депрессии», 19 ± 10 — «легкая депрессия», 26 ± 10 — «умеренная депрессия», 30 ± 10 — «тяжелая депрессия».

3. Шкала оценки симптомов тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMА)), состоящая из 14 пунктов и позволяющая оценить наличие и степень выраженности психической и соматической тревоги. По каждому пункту шкалы устанавливалась оценка от 0 до 4 в зависимости от степени тяжести симптома.

4. Шкала оценки депрессивных симптомов Монтгомери–Асберга (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, (MADRS), 1979). Разработанная шкала MADRS

полностью отвечает поставленным целям. Шкала разработана на основе Психопатологической оценочной шкалы, в результате обработки которой были отображены 10 наиболее чувствительных пунктов. MADRS учитывает все основные симптомы депрессии, хотя некоторые характерные симптомы не включены в шкалу. Балл рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. При альтернативной оценке учитывается определение тяжести. Суммарный балл составляет от 0 до 60 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Следует отметить, что сами по себе шкалы не могут быть заменителем клинического метода при установлении диагноза характера аффективного расстройства, а должны служить лишь дополнением к нему (Снежневский А. В., 1961; Тиганов А. С., 1999). Целью использования стандартизированных инструментов является помощь в оценке тяжести психических симптомов, установление эффективности лечения и сравнение различных его методов. Кроме того, шкалы могут повысить точность и сопоставимость наблюдений, что позволит сравнивать результаты различных исследований.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ

В большинстве наблюдений у пациентов с ФРЭ отмечались частые припадки (93,8% от данной группы), причем у 63,8% больных приступы были еженедельные, а у 13,8% — ежесуточные, из числа которых у 7 человек (8,8%) — имели склонность к серийному проявлению. У 6,3% обследуемых припадки были редкими, то есть 1–2 раза в год. В группе с КЭ у 36,3% респондентов приступы были редкие (единичными в анамнезе или 1–2 раза в год), у 37,5% — 1–3 раза в месяц, у 22,5% — еженедельные и только у 3,8% отмечались ежедневные приступы без склонности к серийному течению.

Наибольший удельный вес в группе больных с ФРЭ занимали сложные парциальные приступы с автоматизмами (47,5% от данной группы). Вторично-генерализованные припадки были отмечены у 77,5% пациентов в группе больных с ФРЭ. Среди простых парциальных с психическими симптомами наблюдались у 30% больных с ФРЭ, с сенсорными симптомами — у 27,5%, с вегетативными-висцеральными симптомами — у 8,8% и с двигательным компонентом — у 20%. Ни у одного больного в группе больных с ФРЭ не было первично-генерализованных или неклассифицируемых припадков. В группе больных с КЭ основную часть составили простые парциальные приступы (у 77,5% пациентов), сложные парциальные приступы выявлены у 17,5% больных, вторично-генерализованные — у 8,8%.

При ФРЭ наблюдается больший клинический полиморфизм, представленный сочетанием простых, сложных парциальных и вторично-генерализованных приступов (у 91,3% пациентов). В группе с КЭ у 83,8% больных приступы были мономорфны и только в 16,3% случаев имело место сочетание нескольких видов приступов.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В проведенном исследовании анализу были подвергнуты наиболее общие характеристики непсихотических психических расстройств, соответствующие кодам по МКБ-10 из регистра F06.3 (органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией), F06.362 (непсихотическое депрессивное расстройство в связи с эпилепсией); F06.42 (органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией); F06.62 (органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с эпилепсией); F06.72 (легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией); F07.02 (расстройство личности в связи с эпилепсией).

Общая характеристика непсихотических психических расстройств

Анализ непсихотических расстройств у всех изученных в данной работе больных эпилепсией (160 человек) позволил обнаружить следующее.

1. Непсихотические расстройства у больных эпилепсией характеризовались наличием разнообразных депрессивных и тревожных психопатологических состояний, отмечаемых как у больных с ФРЭ, так и у пациентов с КЭ (в целом — 95 из 160 человек или 59,4% обследованных больных).

2. Чаще непсихотические психические расстройства отмечались у пациентов с ФРЭ — 69 пациентов (86,3% составивших эту группу) (таб. 1).

Таблица 1

Характеристики больных ФРЭ с аффективными ННР и без ННР на момент обследования (n = 80)

	ННР «+»	ННР «-»
Мужчины, кол-во чел. (%)	30 (37,5%)	6 (7,5%)
Женщины, кол-во чел. (%)	39 (48,8%)	5 (6,3%)
Всего	69 (86,3%)	11 (13,8%)
Средний возраст больных (годы)	34,9 ± 11,8	28,3 ± 9,6
Возраст начала заболевания (годы)	11 ± 5	28,2 ± 9,5
Длительность заболевания (годы)	20,6 ± 12,3	18,2 ± 10,3

Примечание: «+» — ННР (непсихотические психические расстройства) выявляются, «-» — ННР отсутствуют.

По представленным данным в таблице 1 видно, что в группе больных с ФРЭ у большинства пациентов (69 человек или 86,3% от всех больных этой группы) на момент обследования были выявлены аффективные психические нарушения, чаще они встречались у женщин (48,8%), чем у мужчин (37,5%). Средний возраст

больных в данной группе был равен $34,9 \pm 11,8$ лет, средний возраст начала заболевания — 11 ± 5 лет, средняя длительность заболевания — $20,6 \pm 12,3$ лет.

Симптомы аффективных психических расстройств на момент обследования у этой же группы не обнаружены у 11 пациентов (13,8% от всех больных этой группы): у 6 (7,5%) мужчин и 5 (6,3%) женщин. Средний возраст обследуемых этой группы был равен $28,3 \pm 9,6$ лет, средний возраст начала заболевания — $28,2 \pm 9,5$ лет, средняя длительность заболевания — $18,2 \pm 10,3$ лет.

3. Реже непсихотические психические расстройства отмечались у пациентов с КЭ (26 человек или 32,5% больных, составивших эту группу) (табл. 2).

Таблица 2

Характеристики больных КЭ с аффективными НПР и без НПР (n= 80)

	НПР «+»	НПР «-»
Мужчины, кол-во чел. (%)	10 (12,5%)	23 (28,8%)
Женщины, кол-во чел. (%)	16 (20,0%)	31 (38,8%)
Всего	26 (32,5%)	54 (67,5%)
Средний возраст больных (годы)	$34,9 \pm 11,7$	$32,2 \pm 11,8$
Возраст начала заболевания (годы)	$11,0 \pm 4,9$	$23,5 \pm 11,9$
Длительность заболевания (годы)	$20,3 \pm 12,2$	$8,8 \pm 7,6$

Примечание: «+» — НПР (непсихотические психические расстройства) выявляются, «-» — НПР отсутствуют.

По данным таблицы 2 в группе с КЭ аффективные психические нарушения на момент обследования отсутствовали у 54 пациентов (67,5%), из них 23 мужчины (28,8%) и 31 женщина (38,8%). Средний возраст пациентов был равен $32,2 \pm 11,8$ лет, средний возраст начала заболевания — $23,5 \pm 11,9$ лет, средняя длительность заболевания — $8,8 \pm 7,6$ лет.

Аффективные психические расстройства на момент обследования выявлены лишь у 26 человек (32,5% этой группы): у 10 мужчин (12,5%) и 16 женщин (20,0%). Средний возраст пациентов составил $34,9 \pm 11,7$ лет, средний возраст начала заболевания — $11,0 \pm 4,9$ года, средняя длительность заболевания — $20,3 \pm 12,2$ лет.

Таким образом можно констатировать, что в группе больных с резистентным течением эпилепсии НПР на момент обследования расстройства депрессивного и тревожного спектра встречались чаще, чем в группе с контролируемым течением ($\varphi = 5,16$; $р < 0,01$). Также выявлена корреляционная связь возникновения расстройств аффективного спектра с возрастом начала ($r = -0,16$; $p = 0,04$) и длительностью заболевания ($r = 0,24$; $p = 0,002$) в общей группе больных эпилепсией, а именно: при раннем начале заболевания и более продолжительном его течении аффективные симптомы встречались чаще.

4. Для более детального изучения у больных с ФРЭ соотношения возраста дебюта заболевания с частотой припадков и глубиной выраженности непсихотиче-

ских психических расстройств все такие больные (69 человек) были разделены на 3 подгруппы (таблица 3):

- 1-я подгруппа — легкая степень выраженности НПР — 19 человек (23,8% от 80 пациентов, составивших группу ФРЭ);
- 2-я подгруппа — умеренная степень выраженности НПР — 37 человек (46,3% от 80 пациентов, составивших группу ФРЭ);
- 3-я подгруппа — выраженная степень НПР — 13 человек (16,3% от 80 пациентов, составивших группу ФРЭ).

Таблица 3

**Частота эпилептических приступов в группе больных ФРЭ
в зависимости от степени выраженности аффективных НПР (n = 69)**

Частота приступов и другие характеристики	Легкая степень депрессии и тревоги		Умеренная степень депрессии и тревоги		Выраженная степень депрессии и тревоги	
	n	%	n	%	n	%
1–2 в год	3	4,5	—	—	—	—
1–3 в месяц	9	13	4	5,8	1	1,3
Еженедельные	7	10,1	26	37,7	5	6,3
Ежесуточные	—	—	7	10,1	6	7,5
Итого	19	27,5	37	53,6	13	18,8
Мужчины	6		17		5	
Женщины	13		20		8	
Возраст начала заболевания	11,0 ± 4,9		9,5 ± 4,6		12,6 ± 8,0	
Средний возраст (количество лет при обследовании)	30,8 ± 9,0		28,0 ± 6,1		35,7 ± 9,6	
Средняя длительность заболевания (количество лет)	19,8 ± 8,9		18,3 ± 7,5		23,0 ± 9,9	
Всего	69 (100%)					

Первую подгруппу больных ФРЭ с легкой степенью аффективных непсихотических нарушений составили 19 человек (23,8% от пациентов с непсихотическими проявлениями ФРЭ), из числа которых было 6 мужчин и 13 женщин. У 12 (17,5% от больных с НПР в группе ФРЭ) отмечались редкие эпилептические припадки (от 1–2 раза в год до 1–3 в месяц), а у 7 (10,1% от больных с НПР в группе ФРЭ) — еженедельные. Средний возраст начала заболевания составил 11,0 ± 4,9 года. Средний возраст пациентов был равен 30,8 ± 9,0 лет. Средняя длительность заболевания — 19,8 ± 8,9 лет.

Вторую подгруппу больных с ФРЭ с умеренной степенью депрессивных и тревожных нарушений составили 37 человек (53,6% от пациентов с НПР в группе ФРЭ), из них 17 мужчин и 20 женщин. У 4 человек (5,8%) приступы протекали с частотой 1–3 в месяц, у 33 человек (47,8% от больных ФРЭ с НПР) приступы

происходили более одного раза в неделю. Возраст начала заболевания больных этой подгруппы был равен $9,5 \pm 4,6$ года. Средний возраст в момент обследования составил $28,0 \pm 6,1$ лет. Средняя длительность заболевания — $18,3 \pm 7,5$ лет.

Третью подгруппу больных ФРЭ с выраженной степенью депрессивных и тревожных нарушений составили 13 человек (18,8% от пациентов с НПР в группе ФРЭ), из них 5 мужчин и 8 женщин. Для большинства пациентов данной подгруппы было характерно наличие частых (еженедельных и ежедневных) эпилептических припадков. Возраст начала заболевания пациентов этой подгруппы составил $12,6 \pm 8,0$ лет, Средний возраст в момент обследования был равен $35,7 \pm 9,6$ лет. Средняя длительность заболевания — $23,0 \pm 9,9$ лет.

Таким образом, обнаружено также, что легкая степень выраженности НПР у больных с ФРЭ коррелировала с более редкими (частотой менее 1 в неделю) эпилептическими припадками, в то время как для пациентов второй и третьей подгрупп более характерными были частые (еженедельные и ежедневные) приступы. Было также установлено, что выраженность НПР коррелировала с наименьшим средним возрастом дебюта заболевания и наибольшей его средней продолжительностью ($\chi^2 = 35,53$, $p < 0,01$). В целом эти данные свидетельствуют о большей тяжести и прогрессивности болезни у пациентов с ФРЭ в том случае, когда в клинической картине заболевания получает свое отражение помимо собственно пароксизмального вектора также и психическая его составляющая — в форме выраженных непсихотических психических расстройств.

Клиническая характеристика аффективных расстройств у больных эпилепсией

Клинико-психопатологический анализ аффективных нарушений в сравниваемых группах больных позволил обнаружить следующее.

Выявлено, что в общей группе больных эпилепсией непсихотические психические расстройства депрессивного спектра в анамнезе и на момент обследования наблюдались у 57 больных (35,6% из всех обследованных больных): 41 (51,3%) пациентов из группы ФРЭ и 16 (20%) пациентов из группы с КЭ.

При этом можно выделить следующие клинические формы непсихотических депрессивных симптомокомплексов.

1. Тоскливые депрессии и субдепрессии — 17 человек (10,6% от всех обследованных больных), из них в группе ФРЭ было у 7 человек (8,8% от пациентов этой группы) пациентов, а в группе с контролируемой эпилепсией — у 10 человек (12,5% от пациентов этой группы). Картина тоскливой депрессии у больных эпилепсией мало чем отличается от классической эндогенной депрессии. В этих случаях на первый план выступает довольно заметный тоскливый аффект с витальным компонентом и суточными колебаниями. На фоне депрессивного аффекта присутствуют характерные для депрессивных состояний идеи самообвинения и самоуничтожения с четкой интрапунитивной направленностью. Принципиальным является то, что примерно у половины больных факт наличия эпилепсии не получает сколько-нибудь должного звучания и трактовки в структуре

переживаний. Больные соглашались с диагнозом эпилепсии, но это мало связывается ими с настоящим депрессивным эпизодом. Напротив, главное, что подчеркивается ими в беседе с врачом — это наличие настоящего депрессивного состояния. Преобладающим в клинике здесь был тревожно-тоскливый аффект со стойким снижением настроения, нередко сопровождающийся раздражительностью. Больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди. У некоторых больных прослеживалась связь указанных ощущений с физическим недомоганием (головной болью, неприятными ощущениями за грудиной) и сопровождались моторным беспокойством, реже сочетались с адинамией.

2. Адинамические депрессии и субдепрессии наблюдались у 15 пациентов (9,4% от всех обследованных больных). Из этого числа в группе с ФРЭ они отмечались у 9 человек (11,3% от пациентов этой группы), а в группе с КЭ — у 6 человек (7,5% от пациентов данной группы). Этим больных отличало течение депрессии на фоне адинамии и гипобулии с сознанием собственной беспомощности, бесперспективности существования, зависимости от окружающих, а также апатическая (регрессивная) реакция (чувство безразличия, безучастности к происходящему, потеря интереса к прежним целям, социальный дрейф, пассивная покорность). В клинической картине доминируют подавленность, апатия с пассивностью, индифферентным отношением к окружающему, отказ от реабилитационных мероприятий при достаточно комплаентности. Они большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию, характерными были жалобы на быструю утомляемость и раздражительность.

3. Тревожные депрессии и субдепрессии имели место у 13 человек только в группе больных с ФРЭ (8,1% по отношению ко всем обследованным больным и 16,3% в группе больных с ФРЭ). В этом случае на фоне депрессивного тоскливого аффекта возникали тревожно-фобические переживания, характеризующиеся аморфной фабулой и неопределенным страхом и беспокойством, причина которого пациентам непонятна, хотя в ряде случаев приобретала отчетливый характер ипохондрических фобий (страхи возникновения приступов в общественном месте, страх смерти и др.), опасениями инвалидизации и включающие реакции по типу невроза ожидания с избегающим поведением (ограничение круга общения, коммуникативный «камуфляж»).

4. Ипохондрические депрессии и субдепрессии наблюдались у 9 пациентов и тоже только в группе больных ФРЭ (5,6% по отношению ко всем обследованным больным и 11,3% в группе больных с ФРЭ). Ипохондрическая депрессия формируется по механизму реакции деморализации (отказ/отступление с подавленностью, снижением самооценки, чувством обиды, безнадежности, некомпетентности), несмотря на неглубокий уровень аффективного снижения. В клинической картине болезни помимо гипотимического аффекта ведущее место занимали ипохондрически окрашенные фобии (пациенты высказывали опасение за свое здоровье, опасения за свою жизнь) с опасениями, что во время приступа может наступить внезапная смерть или им вовремя не окажут помощь. Ипохондрической

фиксацией отличались сенестопатии (больные настойчиво предъявляли жалобы на различные неприятные телесные ощущения: «скрючивает», «выворачивает», «кожа горит»), особенностью которых была частота их интракраниальной локализации, а также различные вестибулярные включения (головокружения, атаксия). Реже основу сенестопатий составляли вегетативные нарушения.

5. Дисфорические аффективные проявления выявлены у 3 больных и тоже только в группе ФРЭ (1,9% по отношению ко всем обследованным больным и 3,8% в группе больных с ФРЭ). В этом случае в структуре депрессивных переживаний отмечалось преобладание дисфории, характеризующейся сочетанием пониженного настроения с эпизодами различной степени выраженности раздражительности, гневливости, переходящие нередко в злобу с агрессивными действиями и аффективными вспышками. Дисфорические состояния часто возникали аутохтонно или провоцировались незначительными психоэмоциональными нагрузками.

При анализе клинической картины тревожных расстройств в общей группе обследованных больных, находящихся в интериктальном периоде заболевания, тревожные расстройства выявлены у 41 больного (25,6% от общего числа всех обследованных пациентов), из них в группе с ФРЭ — у 26 человек (32,5% от пациентов составивших эту группу), а в группе контролируемой эпилепсией — у 15 человек (18,8% от пациентов, этой группу).

Клиническое обследование пациентов с тревожными нарушениями позволило выделить следующие особенности этого синдрома у данной категории больных.

1. Тревожно-фобическая симптоматика отмечалась у 12 больных (7,5% от всех обследованных больных), из них у 10 пациентов с ФРЭ (12,5% от пациентов этой группы) и 2 человека с КЭ (2,5% от пациентов этой группы). На первый план выступают признаки соматизированной тревоги и избегающего поведения, достигающего уровня обсессивно-фобических расстройств с навязчивыми опасениями, страхами, поступками, действиями и т.д. Несмотря на относительно удовлетворительное соматическое состояние, меры по созданию щадящего образа жизни приводят к значительному ограничению социальной активности. Вся деятельность, включающая медицинские и гигиенические процедуры, пищевое поведение, самообслуживание, обрастает защитными механизмами поведения со своеобразными мерами противодействия болезни, типа ритуалов и т.п.

2. Генерализованное тревожное расстройство фиксировалось у 13 человек (8,2% от всех обследованных больных), из них у 9 человек с ФРЭ (11,3% от пациентов этой группы) и 4 человек с КЭ (5,0% от пациентов этой группы). Обнаружено, что в этом случае при наличии тревожных опасений имеет место аффинитет к ригидной ипохондрии (Смулевич А.Б. и др., 1992): больные устанавливают жесткий регламент всех сторон повседневной деятельности, начиная от распорядка дня, режима сна и бодрствования, диеты. При этом они обнаруживают пристальное внимание к малейшим изменениям в функционировании организма, ипохондрическую фиксацию на медикаментозных назначениях, демонстрируя повышенную мнительность в отношении клинических эффектов препаратов, что сопровождается стремлением к разного рода оздоровительным мероприятиям.

3. Симптомы тревоги на фоне церебрастении — у 16 человек (10% от всех обследованных больных), из них у 7 человек с ФРЭ (8,8% от пациентов этой группы) и 9 человек с КЭ (11,3% от пациентов этой группы). Тревожный аффект приближается по форме к классическим вариантам в виде немотивированных опасений за свое здоровье, здоровье близких и т. д.

Таким образом, можно констатировать, что у больных с ФРЭ имеет место не только статистически более частая представленность аффективных непсихотических расстройств, но также большая «грубость» и «структурная сложность» их психопатологических проявлений, имеющих аффинитет к личностным характеристикам индивидуума.

Глубина выраженности аффективных расстройств у больных эпилепсией

Для уточнения глубины выраженности непсихотических аффективных расстройств в проведенном исследовании использовались психометрические шкалы.

1. При изучении наличествующей у больных с эпилепсией депрессивной симптоматики использовались два самоопросника: самоопросник Бека и госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Данные, полученные с помощью самоопросника Бека, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных эпилепсией в зависимости от балльной выраженности депрессивных переживаний пациентов (по самоопроснику Бека)

Результаты теста Бека	ФРЭ		КЭ		φ	p
	n	%	n	%		
0–7 баллов (отсутствие депрессивных переживаний)	39	48,8	64	80,0	4,218	<0,01
19 ± 10 баллов (легкая выраженность депрессивных переживаний)	12	15,0	12	15,0	0	>0,05
26 ± 10 баллов (умеренная выраженность депрессивных переживаний)	20	25,0	4	5,0	3,769	<0,01
30 ± 10 баллов (тяжелая выраженность депрессивных переживаний)	9	11,3	0	—	—	—
Всего больных с депрессивными переживаниями	41		16			
% от больных данной группы	51,3		20,0			

Примечание: φ — критерий Фишера; p — уровень статистической значимости.

Как видно, у 41 человека из больных эпилепсией с резистентным течением заболевания (51,3%) были выявлены следующие уровни депрессивных переживаний: у 12 человек (15%) депрессивные переживания выражены в легкой степени; у 20 человек (25,0%) — в умеренной; у 9 человек (11,3%) — в тяжелой (табл. 4).

В группе больных с КЭ депрессивные нарушения обнаружены у 16 человек (20,0%): легкой степени — у 12 человек (15,0%), средней степени — у 4 человек (5,0%). Симптомы значительно выраженной депрессии тяжелой степени тяжести в данной группе зарегистрированы не были (табл. 4).

Сопоставление выраженности депрессивных переживаний у больных с ФРЭ и с КЭ проиллюстрировано на рисунке 1.

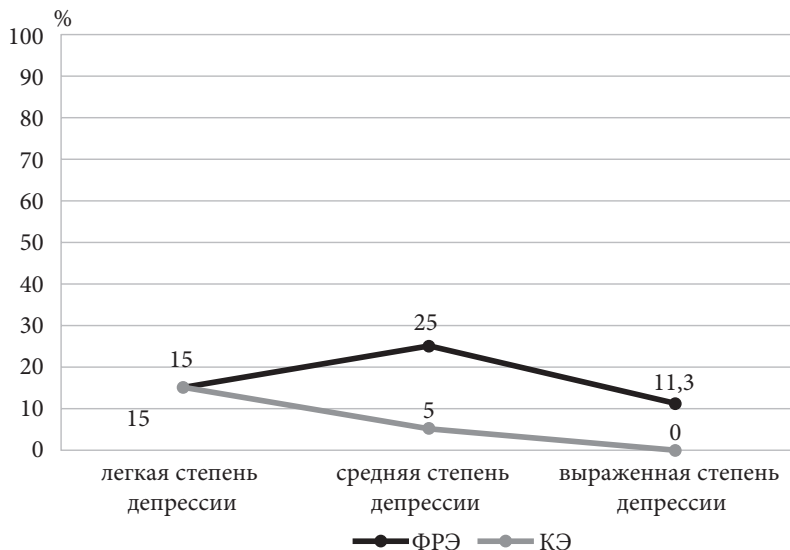


Рис. 1. Депрессивные переживания по степени их выраженности у больных эпилепсией

Как показано на рисунке, у большинства больных контролируемой эпилепсией (64 человека или 80,0% от пациентов этой группы) отсутствуют депрессивные переживания. Не отмечалось также у этих пациентов и тяжело выраженных депрессивных переживаний, а легко выраженные имели место у 12 человек (15,0% от пациентов этой группы, как и в группе пациентов с ФРЭ), значительно разнясь в сторону уменьшения при умеренной выраженности (4 человека (5,0%) с КЭ против 20 человек (25%) с ФРЭ) Таким образом, у больных с ФРЭ отмечается больший удельный вес депрессивных переживаний и большая, чем у пациентов с КЭ, их глубина.

Данные, полученные при использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии, представлены в таблице 5.

Как видно, субклиническая выраженность депрессивных переживаний практически не различалась в сравниваемых группах (10 человек (12,5%) при ФРЭ против 13 человек (16,3%) при КЭ), в то время как клинически выраженный их характер заметно у 31 пациента (38,8%) с ФРЭ против 3 человек (3,8%) с КЭ.

Распределение больных эпилепсией в зависимости от выраженности депрессии по опроснику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»

Результаты теста	ФРЭ		КЭ		φ	p
	n	%	n	%		
0–7 баллов («норма»)	39	48,8	69	86,3	5,287	<0,01
8–10 баллов (субклинически выраженная депрессия)	10	12,5	13	16,3	0,683	>0,05
11 баллов и больше (клинически выраженная депрессия)	31	38,8	3	3,8	6,027	<0,01
Всего с проявлениями тревоги	41	51,3	16	20,0	4,237	<0,01

Примечание: φ — угловое преобразование Фишера; p — уровень статистической значимости.

Таким образом, анализ двух шкал, используемых для фиксации депрессивных переживаний больных, выявил, что для пациентов первой группы характерна статистически значимая большая глубина выраженности депрессивных расстройств: процентное соотношение больных с депрессией умеренной и значительно выраженной степени у них выше, чем с депрессией легкой степени. У больных второй группы симптомы депрессии умеренной степени встречаются достоверно реже, у них преобладают легкие депрессивные проявления ($\chi^2 = 25,73$; $p < 0,01$).

2. При изучении тревоги у обследованных больных использовались «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», а также шкалы оценки симптомов тревоги Гамильтона.

Уровень тревоги, оцениваемый по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии», в группе больных эпилепсией с резистентным течением заболевания распределился следующим образом: у 57 человек (71,3%) симптомы тревоги отсутствуют, у 9 пациентов (11,3%) — субклинически выраженная тревога, у 14 обследованных (17,5%) выявлена клинически значительно выраженная тревога (табл. 6).

Таблица 6

Распределение больных эпилепсией в зависимости от уровня тревоги, оцениваемой по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии»

Результаты теста	ФРЭ		КЭ		φ	p
	Абс.	%	Абс.	%		
Отсутствие симптомов тревоги	57	71,3	65	81,3	1,493	>0,05
Субклинически выраженная тревога	9	11,3	10	12,5	0,234	>0,05
Клинически выраженная тревога	14	17,5	5	6,3	2,252	<0,05
Всего наличествует тревога	23	28,8	15	18,8	1,493	>0,05

Примечание: φ — угловое преобразование Фишера; p — уровень статистической значимости.

По данным, представленным в таблице 6, в группе больных с КЭ у 65 человек (81,3%) выраженные симптомы тревоги отсутствуют, у 10 человек (12,5%) выявлена субклинически выраженная тревога, и только у 5 пациентов (6,3%) — клиническая выраженная тревога.

3. По данным шкалы оценки симптомов тревоги Гамильтона (табл. 7) последняя обнаруживалась у 38 человек (23,8% от всей совокупности обследованных больных).

Таблица 7

Оценка выраженности тревоги у больных эпилепсией по шкале Гамильтона (НАМА)

Результаты теста	ФРЭ		КЭ		φ	p
	n.	%	n	%		
Отсутствие симптомов тревоги	57	71,3	65	81,3	1,493	>0,05
Легкая степень тревожности	7	8,8	9	11,3	0,531	>0,05
Средняя степень тревожности	12	15,0	4	5,0	2,176	<0,05
Тяжелая степень тревожности	4	5,0	2	2,5	0,841	>0,05
Всего наличествует тревога	23	28,8	15	18,8	1,493	>0,05
Всего	80	100	80	100	—	—

Примечание: φ — угловое преобразование Фишера; p — уровень статистической значимости.

Как видно, в группе больных с ФРЭ у 57 пациентов (71,3% от этой группы пациентов) симптомы тревоги отсутствуют, у 7 человек (8,8%) выявляется тревожность легкой степени выраженности, у 12 обследованных (15,0%) — средней, у 4 респондентов (5,0%) — тяжелой степени.

В группе больных с контролируемой эпилепсией у 65 обследованных (81,3%) симптомы тревоги отсутствовали, у 9 пациентов (11,3%) выявлена тревожность легкой степени, у 4 больных (5%) — средней, у 2 человек (2,5%) — тяжелой степени тяжести.

Сопоставление выраженности тревожных переживаний у больных с ФРЭ и КЭ проиллюстрировано на рисунке 2.

Как видно, симптомы тревожного расстройства в группе больных с ФРЭ были выявлены у 23 человек (28,8% от пациентов этой группы) против 15 пациентов (18,8%) с КЭ. При этом у больных с ФРЭ легкая степень тревожных переживаний имела место у 7 человек (8,8% от пациентов этой группы) против 9 человек (11,3% от пациентов с КЭ), средняя — у 12 человек (15,0% от пациентов этой группы) против 4 пациентов (5,0%) с КЭ, а выраженная — у 4 человек (5,0% от пациентов этой группы) против 2 (2,5%) пациентов с КЭ.

Таким образом, результаты исследования показали, что для группы больных с ФРЭ по сравнению группой больных с КЭ характерны больший удельный вес и глубина выраженности тревожных расстройств.

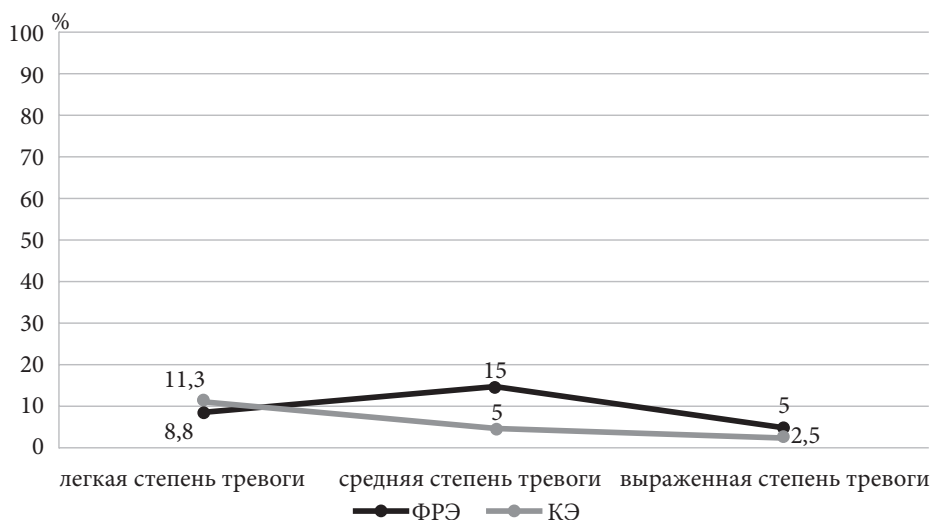


Рис. 2. Тревожные расстройства по степени выраженности у больных эпилепсией

Следует также отметить, что со временем выявленные в интериктальном периоде непсихотические расстройства становятся первоосновой для формирования тех характерологических черт, которые, включаясь в структуру личностных изменений индивидуума, и создают тот хорошо узнаваемый облик «измененного» больного эпилепсией, с которым сталкивается в своей повседневной профессиональной деятельности любой психиатр.

Таким образом, по результатам проведенных исследований нами рекомендуется проводить клиничко-психопатологическую диагностику у больных эпилепсией:

- Квалифицированное интервью врача-психиатра с пациентами, целенаправленно по вопросам, касающимся их психического состояния в данное время и в прошлом, особенностей психофизиологического развития, наследственной отягощенности по линии психиатрической и иной патологии, выявления факторов риска пре-, пери-, и постнатального периодов, предикторов заболевания, биографии, характера семейной ситуации, перенесенных ранее заболеваний.
- Психометрическое обследование с помощью шкал и опросников для дополнительной оценки тяжести психических симптомов, установления эффективности лечения и сравнения результатов выраженности аффективных нарушений (следует отметить, что сами по себе шкалы не могут быть заменителем клинического метода при установлении диагноза характера аффективного расстройства, а должны служить лишь дополнением к нему).
- Динамическое наблюдение за поведением больных, их межличностными отношениями, аффектами, экспрессивными проявлениями, реакцией на используемые методы терапии.

- Беседы с родственниками пациента и лицами, хорошо его знающими.
- Подробное изучение имеющихся медицинских сведений.

Своевременная диагностика непсихотических психических расстройств аффективного спектра у больных эпилепсией поможет рационально назначить необходимую терапию, адекватную клинико-психопатологическим проявлениям заболевания, для восстановления процессов, необходимых для нормального функционирования головного мозга, а также разработку реабилитационных программ и профилактических работ у больных эпилепсией с аффективными расстройствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Помимо пароксизмальных, в клинической картине эпилепсии существенное место принадлежит психическим расстройствам. Проведенное исследование подтверждает это положение, так как была выявлена корреляционная связь возникновения расстройств аффективного спектра с возрастом начала заболевания ($r = -0,16$; $p = 0,04$) и его длительностью ($r = 0,24$; $p = 0,002$) в общей группе всех больных эпилепсией, включенных в исследование, а именно при раннем начале заболевания и более продолжительном его течении аффективные симптомы встречались чаще.

Несмотря на развиваемые в последние годы взгляды о коморбидности психопатологических симптомов, наиболее клинически и патогенетически оправданным представляется положение о том, что при аффективных расстройствах тревога, депрессия и агрессия являются единым симптомокомплексом, представляя собой варианты проявления феномена, лежащего в их основе — уязвимости к аффективной патологии, проявления которой в значительной степени детерминируются, с одной стороны, органическим эпилептическим процессом, а с другой — представляют собой результат личностного реагирования индивидуума на хроническое заболевание и связанный с этим обстоятельством психологический дистресс.

Согласно данным, полученным в ходе проведения данного исследования, НПР выявлены у 59,4% больных эпилепсией, которые характеризовались разнообразными депрессивными и тревожными психопатологическими состояниями. Чаще они встречались у женщин, чем у мужчин, и преимущественно у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией.

При изучении глубины выраженности депрессивных расстройств выявлено, что для пациентов с фармакорезистентным течением заболевания характерно не только наличие большой выраженности депрессивных расстройств, но и статистически более частая умеренная выраженность депрессивных переживаний, в то время как для больных с контролируемой эпилепсией более характерной была легкая выраженность депрессивных переживаний.

При изучении глубины выраженности тревожных расстройств наши результаты исследования показали, что для больных эпилепсией с устойчивостью

к медикаментозному лечению характерны большой удельный вес и большая глубина выраженности тревожных расстройств.

Особенность выявленная у больных эпилепсии с НПР заключалась в том, что, по существу, различные психопатологические проявления депрессивной и тревожной симптоматики представляли собой органические модели, сходные с соответствующими эндогенными психическими расстройствами.

Учитывая высокую частоту встречаемости непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией, врачам необходимо целенаправленно выявлять имеющиеся у пациентов симптомы депрессии и тревоги с использованием специальных психометрических шкал, нейропсихологического тестирования и назначения обследования врачом-психиатром. Рекомендована совместная курация неврологом и врачом-психиатром больных эпилепсией с непсихотическими психическими расстройствами для коррекции выявленных аффективных нарушений.

Список литературы

1. *Болдырев А. И.* Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1971; 368.
2. *Болдырев А. И.* Психические особенности больных эпилепсией. М.: Медицина, 2000; 384.
3. *Бочаров В. В., Вассерман Л. И.* Медико-психологические аспекты эмоциональных нарушений при височной эпилепсии. Возрастные аспекты реабилитации больных с эпилепсией: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. 1984; 109: 98–104.
4. *Вассерман Л. И.* Психологическая диагностика при эпилепсии. Современная психиатрия. 1998; 1(5): 38–41.
5. *Вассерман Л. И., Михайлов В. А., Ромицына Е. Е., Флерова И. Л.* Психологические механизмы адаптации к болезни и качество жизни больных эпилепсией. Качество жизни в психоневрологии: тезисы докладов международной конференции, Санкт-Петербург, 4–6 декабря 2000 г. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2000: 38–40.
6. *Вольф М. Ш.* К клинике и терапии эмоциональных расстройств у больных эпилепсией. Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. 1969; 2: 118–120.
7. *Громов С. А., Киссин М. Я., Якунина О. Н., Ерошина Е. С.* Эпилепсия: изменение личности, лечение. СПб.: ИИЦ «Балтика», 2006; 219.
8. *Киссин М. Я.* Клиническая эпилептология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 256.
9. *Коцюбинский А. П. и др.* Аутохтонные непсихотические расстройства. СПб.: СпецЛит, 2015; 495.
10. *Крайндлер А., Кригер Е., Стойка И.* Детская эпилепсия. Бухарест, 1963; 270.
11. *Краснов В. Н.* Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011; 432.
12. *Краснов В. Н.* Проблемы современной диагностики депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012; 112(1): вып. 2: 3–10.
13. *Максимова Э. Л.* Психопатология при эпилепсии. Русский медицинский журнал. 1998. Спец. выпуск: Современная психиатрия. Эпилепсия: 4–9.
14. *Максимова Э. Л., Железнова Е. В.* Непсихотические психические расстройства при эпилепсии. Русский медицинский журнал. 2001; 9(25): 1207–1209.
15. *Руденко А. М., Котов А. С.* Депрессивные расстройства у больных эпилепсией: Учебное пособие. М.: МОНИКИ, 2008; 66.

16. *Смулевич А. Б.* Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели). Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фильц А. О., Морковина И. В. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: 1992; 8–17.
17. *Снежневский А. В.* Клиническая психопатология: руководство по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1983; 1: 16–97.
18. *Сторожаков Г. И., Шамрей В. К.* Расстройства психосоматического спектра. Патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей. СПб: СпецЛит, 2014; 303.
19. *Тиганов А. С.* Эпилепсия. Руководство по психиатрии: в 2 т. Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999; 2: 12–56.
20. *Томсон Т.* Приступы, эпилепсия и коморбидные состояния. Эпилептология в медицине XXI века: материалы международной конференции, Москва, 6 апреля 2009 г. Под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. М.: Светлица, 2009: 163–169.
21. *Angst J.* The treatment of depression with 1-5-hydroxytryptophan versus imipramine. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1977; 224(2): 175–186.
22. *Blumer D., Montouris G., Davies K.* The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004; 5: 826–840.
23. *Buck D., Baker G. A., Jacoby A. et al.* Patients' experiences of injury as a result of epilepsy. *Epilepsia.* 1997; 38(4): 439–444.
24. *Carrieri P. B., Provitera V., Iacovitti B. et al.* Mood disorders in epilepsy. *Acta Neurol. (Napoli).* 1993; 15(1): 62–67.
25. *Frodl T., Meisenzahl E. M., Zetzsche T., Born C., Groll C., Jäger M., Möller H. J.* Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *American Journal of Psychiatry.* 2002; 159(7): 1112–1118.
26. *Hesdorffer D. C., Hauser A., Olafsson E. et al.* Depression and suicidal attempt as risk factor incidental unprovoked seizures. *Ann. Neurol.* 2006; 59: 35–41.
27. *Kanner A. M.* Depression and epilepsy: a new perspective on two closely related disorders. *Epilepsy Currents.* 2006; 6(5): 141–146.
28. *Kanner A. M., Balabanov A.* Depression and epilepsy: How closely related are they? *Neurology.* 2002; 58 (8: Suppl. 5): 27–39.
29. *Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S. et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM–III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1994; 51(1): 8–19.
30. *Lehrner J., Kalchmayr R., Serles W. et al.* Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure.* 1999; 8(2): 88–92.
31. *Moore P. M., Baker G. A.* The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure.* 2002; 11(4): 224–230.
32. *Mula M.* Депрессия и эпилепсия: эпидемиологические и нейробиологические аспекты. Современная эпилептология: проблемы и решения. Под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. М.: ООО «Буки-Веди», 2015: 117–131.
33. *Paradiso S., Hermann B. P., Blumeret D. et al.* Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2001; 70(2): 180–185.
34. *Perini G. I., Tosin C., Carraro C. et al.* Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1996; 61(6): 601–605.
35. *Quiske A., Helmstaedter C., Lux S., Elger C. E.* Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res.* 2000; 39(2): 121–125.

36. *Robertson M. M., Channon S., Baker J.* Depressive symptomatology in a general hospital sample of outpatients with temporal lobe epilepsy: a controlled study. *Epilepsia*. 1994; 35(4): 771–777.
37. *Spitz M. C.* Severe burns as a consequence of seizures in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1992; 33(1): 103–107.
38. *Winokur G.* The types of affective disorders. *Journ. Nerv. Ment. Dis.* 1973; 156(2): 82–96.
39. *Wrench J. M. et al.* Hippocampal volume and depression: insights from epilepsy surgery. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009; 80(5): 539–544.
40. *Zigmont A. S., Snaith R. P.* The Hospital Anxiety and Depression scale. *Asta Psychiart. Scand.* 1983; 67: 361–370.

Список использованных сокращений

5-НТ — 5-гидрокситриптамиин

ГАМК — гамма-аминомасляная кислота

КЭ — контролируемая эпилепсия

МРТ — магнитно-резонансная томография

НПР — непсихотические психические расстройства

ФРЭ — фармакорезистентная эпилепсия

ЦНС — центральная нервная система