

**Д. М. Андрейко**

Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница (г. Днепропетровск)

### ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Тревожные расстройства и эпилепсия являются актуальной проблемой медицины сегодняшнего дня и в будущем. Такая актуальность обусловлена их высокой распространенностью и значительными социальными последствиями — нарушением социального функционирования пациента [1—3]. Клинические проявления височной эпилепсии, в том числе психические расстройства, крайне разнообразны и переменны.

Тревожно-фобические расстройства являются наименее изученными у больных височной эпилепсией и преобладают в структуре ее психических расстройств. Тревожные и фобические расстройства возникают на любой стадии эпилептического процесса и усложняют клиническую картину заболевания [5, 7].

По общим патофизиологическим механизмам страх представляет собой сигнал предупреждения, который призван помочь в преодолении угрозы, породившей его [9, 12]. Страх выступает первоочередным звеном адаптации, затрагивает как молекулярно-биологический и нейрофизиологический уровни, так и психологическую и общественную сферы «жизненной концепции» человека. При чувстве страха, приводящем к необходимости врачебной консультации [8, 10—12], различают три основных состояния, которые и обуславливают выбор соответствующих, отличающихся друг от друга, стратегий лечения: а) повседневный (адаптивный) «нормальный страх»; б) первичные заболевания, связанные с чувством страха и в) вторичные фобические синдромы.

При вторичных синдромах тревожных расстройств используется понятие фобического синдрома, который по своему объему несколько уже понятия заболевания, связанного со страхом.

Эпилепсия при формировании фобического синдрома, по-видимому, является вторичным психопатологическим образованием у таких больных [4].

Тревожно-фобические нарушения, с одной стороны, обусловлены теми патоморфологическими изменениями, которые вызвали височную эпилепсию, с другой стороны, они рассматриваются как эмоциональные реакции личности на значимую психогению. Такие психогенные реакции в виде тревоги, страхов возникновения припадков, потери контроля над своим поведением, изменения семейного и социального статусов, раскрытия болезни и т. д. в значительной степени утяжеляют картину заболевания, а в части случаев являются основным проявлением болезни, даже после установления контроля над припадками.

Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей тревожно-фобических расстройств на разных стадиях развития эпилепсии, их соотношения с пароксизмальными проявлениями для разработки принципов специфической терапии, частоты и структуры тревожно-фобических расстройств, особенностей динамики формирования указанных нарушений, степени дезадаптивного влияния на течение основного заболевания и возможностей их коррекции.

Психопатологическим методом обследовано 130 больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении и амбулаторном обслуживании

в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице в период с 2002 по 2007 год.

Диагноз эпилепсии устанавливался в соответствии с классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов (1989 г.) и стандартами диагностики, разработанными Международной противоэпилептической лигой (1997 г.). Мужчин в группе исследования было 71 чел. (55,6%), женщин — 59 (45,4%). Средний возраст больных составил  $32 \pm 7,9$  лет, давность заболевания — от 1 месяца до 19 лет. Среднее количество припадков составило  $14 \pm 4,7$  в год.

Тревожно-фобические расстройства различной структуры и степени выраженности установлены на разных этапах развития эпилепсии у всех больных (таблица).

**Структура тревожно-фобических расстройств**

Тип расстройств	Количество больных (n = 130)	
	абс.	%
Генерализованное тревожное расстройство	31	23,5
Социальная фобия	29	22,6
Обсессивно-компульсивные расстройства	27	20,4
Посттравматическое стрессовое расстройство	25	19,5
Паническое расстройство	18	14,0

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о большой представленности тревожно-фобических расстройств и их полиморфизме. Наибольшую представленность таких нарушений имеет генерализованное тревожное расстройство (31 пациент). Такие больные были обеспокоены своим здоровьем и жизнью, отмечали предчувствие чего-то плохого, были суеверными, не могли расслабиться. Они также ощущали приливы жара и холода, тахикардию, повышенное потоотделение и частое мочеиспускание.

У 29 больных с социальной фобией отмечалось избегание ситуаций пребывания в небольших группах людей, свои вопросы старались решать один на один. Больные опасались, что окружающие по выражению их лица и поведению узнают о наличии у них эпилептической болезни или изменят мнение о них в худшую сторону.

У 27 больных с обсессивно-компульсивным расстройством отмечались навязчивые мысли, повторяющиеся в стереотипной форме, о тяжелой болезни и ее последствиях в далеком будущем. Такие мысли вызывали дискомфорт, тревогу, нарушали жизненный стереотип, а у 2/3 больных сопровождалась навязчивыми действиями, которые отличались от подобных у больных шизофренией монотонностью, небольшим количеством повторений и были более психологически объяснимыми.

Посттравматическое стрессовое расстройство у 25 больных развивалось после дебюта эпилепсии с серии припадков, эпилептического статуса или резкого

изменения социального статуса и семейного положения. Больные в навязчивых воспоминаниях переживали психотравму, становились отчужденными, эмоционально невыразительными и однообразными.

Эпизоды пароксизмальной тревожности отмечены у 18 больных, в основном с благоприятным течением эпилепсии, удовлетворительным семейным и социальным статусом. Больные были обеспокоены, что могут потерять контроль над собой, не справятся с производственными и бытовыми ситуациями, боялись оставаться вне поля зрения медперсонала или родственников. Выраженность вегетативного компонента была незначительной. С течением времени панические атаки имели склонность к затуханию.

Данными исследования установлена зависимость динамики тревожно-фобических расстройств от личностных характеристик доманифестного периода развития эпилепсии.

В зависимости от личностных особенностей больные были разделены на 2 группы.

У большей части больных I группы (67 %) в качестве преморбидных черт характера выступала значительная лабильность аффекта, которая сочеталась со вспыльчивостью по малозначительному поводу, тревожной мнительностью, ипохондричностью, педантичностью. У больных II группы (33 %) в личностном спектре доминировали усидчивость, недоверие, настороженность, повышенные требования семейно-бытового и производственного характера, стеснительность.

Тревожно-фобические расстройства у больных I группы отличались большей выраженностью тревожного компонента, истожаемостью, раздражительной слабостью, доходящей до гневливости. Такие психопатологические феномены наблюдались не только в послеприступном периоде, но сохранялись и в межприступных периодах. Расстройства тревожно-фобического характера у больных II группы были менее выраженными и носили преходящий характер. Вместе с тем, они в значительной степени принимали участие наряду с судорожными пароксизмами в дезадаптации больных.

У больных I группы при учащении пароксизмальных расстройств судорожного и несудорожного характера (психомоторных, психосенсорных, висцеровегетативных) развивались тревожно-фобические опасения с депрессивным компонентом, который отличался монотипностью и отсутствием чувства витальности. Астенодепрессивные нарушения у 76 % больных характеризовались сниженным настроением, немотивированным страхом за свое будущее, вегетативными проявлениями. У 24 % больных тревожно-фобические расстройства сочетались с ипохондрическими жалобами, сенестопатическими феноменами и парестезиями.

У больных II группы тревожно-фобические расстройства были не постоянными и носили в большей степени преходящий характер. После судорожных припадков у больных на протяжении периода от нескольких дней до 2—3 недель отмечались тревожные опасения повторения пароксизмов. Такие опасения овладевали больными, нарушали установившийся стереотип жизнедеятельности. После купирования таких состояний их эмоциональный фон практически восстанавливался. С удлинением периода болезни и учащением судорожных припадков укорачивалось время «светлых промежутков». При наличии ночных припадков у 42 % больных отмечались тревожные опасения развития припадков, в связи с чем у больных нарушался сон и усиливалась тревога.

Дисфорические расстройства наблюдались у 21 % больных I группы и 17 % больных II группы. Для больных I группы были характерны аффективно-взрывчатые и аффективно-неустойчивые психопатологические феномены. У больных II группы преобладали преходящие паранойальные образования, характеризующиеся недоверчивостью, эгоцентричностью, настороженностью, кверулянтским поведением. В общем виде дисфорические расстройства у больных I группы характеризовались большей стойкостью, а у больных II группы они были более кратковременными.

Полученные данные показали, что личностные особенности доманифестного периода тесно связаны с клинической картиной тревожно-фобических расстройств.

У больных I группы с аффективно-неустойчивой акцентуацией и взрывчатых тревожно-фобических расстройств отличались стабильностью, становились более длительными и полиморфными по структуре. В качестве коморбидных расстройств в структуру тревожно-фобических нарушений входили ипохондрические и депрессивные радикалы. Степень выраженности тревожно-фобических расстройств коррелировала с частотой эпилептических пароксизмов. По мере прогрессирования эпилептической болезни тревожно-фобические расстройства становились монотонными, однообразными и одновременно с судорожными пароксизмами углубляли социальную дезадаптацию больных.

У больных II группы с акцентуацией характера по паранойальному типу наряду с тревожно-фобическими расстройствами возникали кратковременные сверхценные образования. Они в большей части касались состояния собственного здоровья и здоровья родственников. Больные настаивали на дополнительных обследованиях родственников, находили у них сходные с эпилепсией болезни, требовали соблюдения ими предписанного самим больным режима.

Таким образом, тревожно-фобические расстройства у больных эпилепсией являются частым психическим расстройством. Их выраженность зависит от преморбидных особенностей личности и прогрессивности эпилептического процесса. Тревожно-фобические расстройства участвуют в социальной дезадаптации больных и нуждаются в психофармакологической коррекции.

Раннее начало применения противосудорожных препаратов и транквилизаторов в сочетании с антидепрессантами повышает эффективность терапии тревожно-фобических расстройств.

#### Список литературы

1. Атаманов А. А., Буйков В. А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т.10, № 4. — С. 16—20.
2. Басамыгин А. В., Назметдинова Д. М. Клинико-психопатологические особенности аффективных нарушений у больных эпилепсией: XIV съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 241.
3. Бобров А. Е. Генерированная тревога в общемедицинской практике. — М.: Solvay Pharma. — 2005. № 5. — С. 1—8.
4. Зенков Л. Р. Клиническая эпилептология. — М.: МИА, 2002. — 415 с.
5. Казенный Т. В. Структура психических расстройств при эпилепсии: XIV съезд психиатров России. — М., 2005. — С. 245.
6. Маляров С. А. Общие принципы диагностики и терапии тревоги // НейроNEWS. — 2006. — № 1. — С. 53—56.
7. Масштабы неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статико-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврол. и психиатр. — 1999. — № 10. — С. 46—47.

8. Орловская Д. Д., Жариков Н. М., Тиганов А. С. Психиатрия в XXI веке // Там же. — 2000. — № 1. — С. 6—13.  
 9. Antony M. M. et al. Anxiety disorders and their treatment: a critical-review of evidence-based literature. — Ottawa (ON): Health Canada; 1996.  
 10. Bystritsky A. Diagnosis and treatment of anxiety // Focus. Summer. — 2004. — Vol. 2, № 3. — P. 333—342.  
 11. Dunner D. et al. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity // *Depress. Anxiety*. — 2001; 13: 57—71.

12. Jitender S. Anxiety disorders associated with physical conditions // *Arch. Intern. Med.* — 2006; 166: 2109—2116.  
 13. Kessler R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen Psychiatry*. — 1994; 51: 8—19.  
 14. Leon A. C. et al. The social cost of anxiety disorders // *Br. J. Psychiatry*. — 1995; Suppl. 27: 19—22.

Надійшла до редакції 03.07.2007 р.

**Д. М. Андрейко**

**Тривожно-фобічні розлади у хворих на скроневу епілепсію**

*Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня  
(Дніпропетровськ)*

Обстежено 130 хворих на скроневу епілепсію. Різного ступеня вираженості тривожно-фобічні розлади встановлені у всіх хворих групи дослідження.

Клінічна картина тривожно-фобічних розладів корелювала з преморбідними розладами особистості. Вираженість тривожно-фобічних розладів корелює з прогресивністю епілептичного процесу. Терапія епілепсії та тривожно-фобічних розладів, яка розпочата в більш ранні терміни від початку захворювання, підвищує ефективність лікування епілепсії та тривожно-фобічних розладів.

**D. M. Andrejko**

**Uneasy-phobical disorders of patients with temple epilepsy**

*The Dnipropetrovs'k region Clinical Psychiatric Hospital  
(Dnipropetrovs'k)*

One hundred and thirty patients with temple epilepsy have been examined. The different kinds of uneasy-phobical manifestation of all patients being investigated have been established.

The clinical picture of uneasy-phobical disorders was correlated with premorbid peculiarities of a person. The manifestation of uneasy-phobical disorders is correlated with the progredients of the epileptic process. The therapy of epilepsy and uneasy-phobical disorders, which have begun in the earliest period since the disease's beginning, improve the effectiveness of epilepsy's treatment and uneasy-phobical disorders.

УДК 616. 89-008. 441.44

**А. М. Бачериков**, *д-р мед. наук, професор, зав. відділом невідкладної психіатрії та наркології;*

**І. Г. Мудренко**, *позаштатний науковий співробітник*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

**АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ  
(діагностика, клініка, лікування)**

Актуальність теми, що вивчається нами, обумовлена високим рівнем самогубств у світі і в Україні зокрема. Як відомо, рівень самогубств у країні склав 29 на 100 тис. населення, що дозволяє віднести Україну до країн з високим рівнем самогубств [1—3]. Аутоагресивна поведінка є однією з основних причин смерті психічнохворих, тому вивчення предикторів формування аутоагресивної поведінки на ранньому етапі розвитку захворювання дозволить своєчасно виявляти осіб з високим суїцидальним ризиком і проводити їхнє лікування і профілактику аутоагресивної поведінки.

Метою нашого дослідження було: на підставі вивчення клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-статутних особливостей хворих з першим епізодом психозу виявити предиктори формування аутоагресивної поведінки і розробити на їх основі методи медикаментозної та немедикаментозної профілактики аутоагресивної поведінки в осіб з високим суїцидальним ризиком.

У своїй роботі ми використовували клініко-психопатологічний і психодіагностичні методи дослідження. Результати дослідження опрацьовані за допомогою методів варіаційної статистики. Психодіагностичні методи включали: спосіб визначення суїцидального ризику, методику самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Chec List-90-Revised — SCL-90-R), шкалу оцінки негативних та позитивних симптомів (PANSS).

Для реалізації поставленої перед нами мети обстежено 100 хворих з першим епізодом психозу, вперше госпіталізованих до психіатричного стаціонару, які перебували на лікуванні в гострому психіатричному відділенні Сумського обласного психіатричного диспансеру в період з 2004 по 2007 р. Психопатологічні прояви першого психотичного епізоду діагностувались згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10). В нозологічному аспекті хворі розподілились таким чином: 39 % — пацієнти з параноїдною формою шизофренії (F 20.0), 26 % — з простою (F 20.6), 35 % — хворі з гострим поліморфним психотичним розладом з симптомами шизофренії (F 23.1).

Клініко-анамнестичні дані свідчили, що 58 обстежених мали аутоагресивні прояви у вигляді суїцидальних думок, рішень, намірів, спроб, симуляції суїциду.

До контрольної групи увійшли 42 хворих без будь-яких ознак аутоагресивної поведінки.

Результати дослідження хворих з першим психотичним епізодом дозволили виділити такі особливості.

Встановлено, що у формуванні аутоагресивної поведінки у хворих з першим епізодом шизофренії вагому роль відіграють такі групи чинників: *соціально-статутні* — жіноча стать, вік 20—29 років, наявність вищої або середньої освіти; відсутність особистої сім'ї, конфліктні відносини в сім'ї (67,13 %), втрата роботи (56,15 %), незадоволеність матеріально-побутовими умовами (45,82 %) і психоемоційне перенапруження (38,97 %); *конституційні* — суїцидальна поведінка у родичів (5,17 %), завершені самогубства серед близьких родичів (15,50 %),