

*А. В. Полякова*  
**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ  
 КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

*А. В. Полякова*  
**ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ЯК МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА**

*O. V. Poliakova*  
**MODERN APPROACH TO THE PROBLEM OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY**

С целью клинико-психопатологической характеристики непсихотических аффективных расстройств у больных с различными формами эпилепсии и разработки принципов их профилактики и реабилитации больных нами было проведено комплексное обследование 107 человек обоего пола, в возрасте 18—45 лет, с установленным диагнозом, у которых в межприступном периоде имелись аффективные расстройства. Установлена причинно-следственная взаимосвязь биологических, социально-психологических и клинико-психопатологических факторов, которые провоцируют развитие аффективных нарушений у больных эпилепсией. Установлено, что достоверно часто у обследованных больных отмечаются аффективные реакции, депрессивные расстройства, обсессивно-фобические нарушения и дисфории. При этом наблюдались следующие варианты депрессивных расстройств: тоскливые, адинамические, ипохондрические, тревожные и депрессии с деперсонализационными нарушениями. В зависимости от этиологии отмечаются следующие варианты аффективных расстройств: нозогенные, психогенные, лекарственные и сочетанные. Разработана патогенетически обоснованная комплексная система психотерапевтической коррекции аффективных расстройств у больных эпилепсией.

**Ключевые слова:** непсихотические аффективные расстройства, эпилепсия, клинические особенности, психотерапевтическая коррекция.

Эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимающая в структуре неврологической патологии третье, в структуре психиатрической — четвертое место среди других болезней, а многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения [1, 3, 5].

Согласно статистическим исследованиям, в последние годы отмечается рост в структуре психической заболеваемости форм эпилепсии с непсихотическими психическими расстройствами, что отражает очевидный патоморфоз клинических проявлений болезни, обусловленный влиянием ряда биологических и социальных факторов [6, 8, 9, 11].

Одно из ведущих мест в клинике непсихотических психических расстройств при эпилепсии занимают аффективные нарушения, которые нередко обнаруживают тенденцию к хронификации. Аффективные нарушения являются препятствием к полноценному восстанов-

лению здоровья пациента, несмотря на достигнутую противоэпилептическим лечением ремиссию припадков, снижают качество жизни больных, способствуют ухудшению работоспособности и затрудняют социальную адаптацию [2, 4, 7, 10].

Цель исследования: комплексное изучение факторов риска и особенностей формирования непсихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией и разработка принципов их коррекции и реабилитации больных.

Проведено комплексное обследование 107 больных (64 мужчины и 43 женщины) с установленным диагнозом эпилепсия (согласно классификации эпилепсии и эпилептических синдромов Международной противоэпилептической лиги, 1989 г.), уточненной локализацией очага и сроком заболевания, не превышающим 10 лет, у которых в межприступном периоде имелись непсихотические аффективные расстройства.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический; психо-

**Ключові слова:** непсихотичні афективні розлади, епілепсія, клінічні особливості, психотерапевтична корекція.

3 метою клініко-психопатологічної характеристики непсихотичних афективних розладів у хворих з різними формами епілепсії і розроблення принципів їхньої профілактики та реабілітації хворих нами було проведено комплексне обстеження 107 осіб обох статей, у віці 18—45 років, із встановленим діагнозом епілепсія, у яких в інтеріктальному періоді виявлені афективні розлади. Встановлено причинно-наслідковий взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних чинників, які провокують розвиток афективних порушень у хворих на епілепсію. Встановлено, що в обстежених хворих спостерігаються афективні реакції, депресивні розлади, обсесивно-фобичні порушення та дисфорії. При цьому депресивні розлади містять у собі тужливі, адинамічні, іпохондричні, тривожні варіанти та депресії з деперсоналізаційними порушеннями. В залежності від етіології виокремлюють такі варіанти афективних розладів у хворих на епілепсію: нозогенні, психогенні, зумовлені прийомом протиепілептичних препаратів та поєднані. Розроблено патогенетично обґрунтовану комплексну систему психотерапевтичної допомоги при афективних розладах у хворих на епілепсію.

**Keywords:** non-psychotic affective disorders, epilepsy, clinical features, psychotherapeutic correction.

диагностический с использованием клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона (М. Hamilton, 1967), адаптированных к МКБ-10 (Г. П. Пантелеева, 1988), опросник нервно-психического напряжения (Т. А. Немчин, 1984), шкала астенического состояния (в модификации Т. Г. Чертовой, 1981), шкала сниженного настроения — субдепрессии (модификация Т. Н. Балашовой, 1984), тест СМОЛ (В. П. Зайцев, 1981), методика определения самооценки (Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн, 1970); электрофизиологический — с помощью программно-технического комплекса DX-NT32 на базе компьютера Pentium-III; катамнестический и методы математической статистики: результаты представлены в виде среднего значения  $\pm$  ошибка репрезентативности при уровне достоверности  $p < 0,05$ .

Полученные в ходе клинико-анамнестического и клинико-психопатологического анализа данные позволили нам систематизировать аффективные расстройства у обследованных больных основной группы по этиопатогенетическому фактору: психогенные (35,7 % обследованных), сочетанные (30,7 %), лекарственные (вследствие влияния противосудорожных препаратов — 22,3 %) и нозогенные (спровоцированные самим заболеванием — 11,3 %).

1. *Психогенные* аффективные расстройства возникали как реакция на наличие заболевания эпилепсией (43,1  $\pm$  4,2 %), как переживание ограничений, которые накладывает на больного заболевание (57,8  $\pm$  6,2 %), как результат отношения общества к больному эпилепсией (49,7  $\pm$  7,3 %). Для них характерны раздражительность (58,3  $\pm$  4,4 %), вспышки немотивированного гнева (42,4  $\pm$  3,3 %), различного рода страхи (21,3  $\pm$  2,5 %), навязчивые мысли (20,3  $\pm$  4,2 %), беспокойство (25,3  $\pm$  4,1 %), тревога (20,9  $\pm$  3,2 %), депрессия (22,6  $\pm$  3,4 %), внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (18,5  $\pm$  6,2), демонстративность поведения (15,6  $\pm$  5,1 %), обидчивость (12,1  $\pm$  2,2 %).

2. *Сочетанные* расстройства возникали вследствие сочетанного влияния экзогенных и эндогенных факторов и проявлялись в виде тревожно-депрессивной симптоматики (59,3  $\pm$  4,8 %), аффективных реакций (42,5  $\pm$  3,1 %), дисфорий (25,3  $\pm$  2,5 %).

3. *Лекарственные* возникали вследствие влияния противосудорожных препаратов: в результате передозировки (39,6  $\pm$  1,9 %), вследствие специфического побочного эффекта действующего вещества (51,4  $\pm$  2,4 %). Как показали результаты исследования, депрессивные состояния возникали при приеме барбитуратов (22,3  $\pm$  1,7 %), дифенина (11,4  $\pm$  2,1 %) и вигабатрина (7,3  $\pm$  2,3 %). Сукцинимиды вызывали повышенную раздражительность (56,1  $\pm$  2,2 %), страхи (28,3  $\pm$  6,1 %), агрессию (21,9  $\pm$  3,3 %), которые напрямую были связаны с их дозировкой (25,8 %). Бензодиазепины (33,2 %) — повышенную утомляемость, слабость (57,2  $\pm$  4,1 %) на фоне некоторой заторможенности и замедленности психических функций (54,7  $\pm$  6,4 %).

4. *Нозогенные* были обусловлены самим эпилептическим процессом и проявлялись в виде неспихотических депрессий с тоскливо-злобным аффектом (61,3  $\pm$  2,8 %), тревожностью (51,8  $\pm$  4,6 %), аффектом тоски (36,1  $\pm$  3,8 %), внутренним напряжением (44,3  $\pm$  2,3 %), невозможностью расслабиться (40,1  $\pm$  2,9 %), расстройством сна (32,9  $\pm$  3,8 %), апатией (17,9  $\pm$  6,2 %), интенсивность выраженности этих расстройств зависела от кли-

ники самой эпилепсии (т. е. ее тяжести, длительности, частоты приступов, терапевтической резистентности).

Углубленный анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследований позволил выделить следующие клинические варианты неспихотических аффективных расстройств у больных эпилепсией в межприступном периоде: депрессивные расстройства (39,6  $\pm$  2,6 % обследованных), аффективные реакции (24,3  $\pm$  3,1 %), дисфории (24,2  $\pm$  4,5 %) и обсессивно-фобические расстройства (16,9  $\pm$  2,7 %).

1. *Депрессивные расстройства* включали в себя тоскливые депрессии (46,7 % обследованных) с преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, раздражительностью; больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания (головная боль, кардиалгии) и сопровождающиеся моторным беспокойством. Адинамические депрессии (29,4 %) протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию. Ипохондрические депрессии (14,2 %) сопровождалась ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией. Тревожные депрессии (8,9 %) проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений. Депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8 %) проявлялись доминированием в клинической картине ощущений измененности восприятия собственного тела, окружающего, времени, указанные переживания, в отличие от истинных пароксизмов деперсонализации, характеризовались сохранностью сознания с полной ориентировкой и носили фрагментарный характер.

2. *Аффективные реакции* представляли собой кратковременные вспышки раздражительности (69,3  $\pm$  4,6 %), тревоги (53,6  $\pm$  4,1 %), неудовлетворенности (47,8  $\pm$  3,4 %), возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие факторы. В отличие от дисфорий, которые также иногда провоцируются психогенными факторами, аффективные реакции имели непосредственную причинно-следственную связь с психогенными моментами и вне связи с психогенией не наступали (37,8 % женщин и 62,2 % мужчин).

3. *Дисфории* протекали в форме коротких эпизодов в их структуре нередко формировались протестные реакции (23,6  $\pm$  4,2 %), преобладали астено-ипохондрические проявления (32,1  $\pm$  3,3 %), раздражительность (67,2  $\pm$  3,8 %), аффект злобы (79,2  $\pm$  4,1 %), наблюдались агрессивные действия (37,3  $\pm$  2,9 %).

4. *Обсессивно-фобические расстройства* включали в себя пароксизмальные тревожные состояния (54,2  $\pm$  4,1 %) с симптомами кардиофобий (24,9  $\pm$  6,1 %), агорафобий (31,5  $\pm$  3,2 %), социофобий (35,4  $\pm$  6,3 %), в ряде случаев наблюдались навязчивые действия, мысли (48,2  $\pm$  4,6 %).

Результаты клинико-психопатологического и психодиагностического исследований показали, что для обследованных больных наиболее типичны следующие личностные черты: низкая коммуникативность, тревожная мнительность, склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, ипохондрический фон настроения, неуверенность в себе, эгоцентризм, неуравновешенность, раздражительность, их частота в основной и контрольной группе достоверно не отличалась.

По шкале сниженного настроения — субдепрессии выявлено преобладание умеренно сниженного настроения у больных с нозогенными, психогенными, лекарственными и сочетанными аффективными расстройствами, глубокое снижение настроения отмечено только у больных с психогенными и сочетанными расстройствами. По шкале астенического состояния выявлено преобладание слабой и умеренной астении у всех обследованных больных. По клиническим шкалам депрессии и тревоги Гамильтона у обследованных доминировали легкий и умеренный депрессивный и тревожный эпизоды. По шкале нервно-психического напряжения — преобладание умеренного и чрезмерного напряжения.

Результаты исследования самооценки больных по тесту Дембо — Рубинштейн свидетельствуют, что для обследованных характерны эмоциональный дискомфорт ( $51,5 \pm 2,7\%$ ), избирательность контактов с окружающими ( $40,4 \pm 2,4\%$ ) и неопределенность своего будущего ( $37,8 \pm 6,4\%$ ), при общей удовлетворенности своей жизнью ( $81,5 \pm 2,4\%$ ).

В результате проведенного анализа электроэнцефалографических данных (ЭЭГ) с использованием европейских стандартов установлено, что в межприступный период на фоновой кривой менялись спектральные характеристики всех частотных диапазонов. Чаще всего наблюдалась гиперсинхронизация с одновременным усилением дельта- и тета-диапазонов ЭЭГ, локальными изменениями в височных областях, особенно в правом полушарии, что свидетельствует о нарушении мезодienceфальных и лимбических структур мозга. В период гипервентиляции (HV) в основной группе регистрировалась тенденция к активации судорожной готовности ( $43,6 \pm 3,7\%$ ). После функциональных нагрузок различной степени выраженности регистрировалась судорожная активность: спайки, острые волны, спайк-волна, комплексы острая волна — медленная волна (в основной группе  $46,7 \pm 2,4\%$  и контрольной группе  $25,1 \pm 3,1\%$ ).

В ходе работы нами изучено формирование социальной стигматизации больных эпилепсией на модели студентов медицинского вуза и определены особенности в системе взаимоотношений врач — больной. Нами проведено анонимное анкетирование 100 студентов обоего пола. Все обследованные находились на 4-м курсе обучения ХГМУ, закончив изучение психиатрии и неврологии. Согласно полученным в ходе работы данным, отмечается ярко выраженная диссоциация между достаточными теоретическими знаниями и наличием психологического барьера по отношению к психически больным. Несмотря на наличие у большинства студентов 4 курса медицинского университета базовых знаний в области эпилепсии, среди будущих врачей отмечается высокий уровень стигматизации в отношении больных эпилепсией ( $67,2 \pm 3,4\%$ ); студенты медики недооценивают роль социально-психологических факторов в предупреждении декомпенсации и улучшении качества жизни больных эпилепсией ( $40,8 \pm 2,7\%$ ), а также не всегда правильно оценивают специфику заболевания и не всегда могут дать адекватные социально-трудовые рекомендации больным ( $23,4 \pm 4,1\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Вышеприведенные факты определяют основные направления оптимизации в системе взаимоотношений врач — больной с формированием доверительных отношений и психологического контакта.

Базируясь на концепции С. А. Громова, согласно которой наиболее адекватно целям реабилитации, направленной на восстановление личностного и социального статуса больных путем опосредования через личность лечебно-восстановительных воздействий, служит психотерапия, в своей работе мы использовали комплекс психотерапевтических методов воздействия.

Проведенный анализ эффективности различных модификаций психотерапевтических методов показал, что для обследованных больных оптимальным является использование следующих методик.

Рациональная психотерапия, была направлена на укрепление веры больного в успех лечения, потенцирование и закрепление эффекта биологической терапии, изменение тревожной и депрессивной установок. Она показала высокий процент эффективности у обследованных —  $89,9 \pm 2,2\%$ .

Семейная психотерапия в модификации Т. М. Мишиной, направленная на нормализацию семейных отношений с учетом индивидуально-личностных особенностей членов семьи и характеристик болезни одного из них (процент эффективности составил  $81,3 \pm 2,2\%$ ).

Групповая психотерапия, направленная на анализ, переработку проблем пациента, получение эмоциональной поддержки и регенерацию личностной активности, в модификации Н. К. Липгарт, В. С. Подкорытова была эффективной у больных с депрессивными ( $87,3 \pm 2,9\%$ ) и обсессивно-фобическими расстройствами ( $91,2 \pm 3,6\%$ ), в модификации А. Адлера — у больных с аффективными реакциями ( $64,5 \pm 2,8\%$ ) и дисфориями ( $56,8 \pm 2,5\%$ ).

Аутогенная тренировка, направленная на развитие и усиление процессов саморегуляции, активацию защитных психологических механизмов в модификации М. С. Лебединского, Т. Л. Бортник была более эффективна при депрессиях ( $76,2 \pm 3,8\%$ ) и обсессивно-фобических расстройствах ( $69,8 \pm 4,2\%$ ), в модификации А. Т. Филатова — при дисфориях ( $49,2 \pm 4,3\%$ ) и аффективных реакциях ( $51,4 \pm 5,1\%$ ).

Личностно-ориентированная психотерапия Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Инсуриной, В. А. Ташлыкова, направленная на формирование адекватного самосознания, нормализацию системы эмоционального реагирования, дала положительный результат у больных с аффективными реакциями ( $69,4 \pm 3,2\%$ ) и обсессивно-фобическими расстройствами ( $54,7 \pm 2,6\%$ ).

Позитивная психотерапия (Н. Пезешкиан) направлялась на позитивную интерпретацию проблем пациента, давала положительный эффект только у больных с депрессивными расстройствами ( $65,8 \pm 3,3\%$ ).

Отвлекающая психотерапия В. М. Бехтерева, посвященная отвлечению внимания от навязчивых мыслей, укреплению воли и формированию новых «ассоциаций», оказалась эффективной только у больных с обсессивно-фобическими расстройствами ( $56,8 \pm 2,9\%$ ).

Арт-терапия (М. Е. Бурно), проводимая с целью художественной сублимации пациентом своих переживаний, его самоактуализации и самовыражения, дала положительный результат у всех больных при депрессивных расстройствах ( $68,7 \pm 4,3\%$ ), при аффективных реакциях ( $55,7 \pm 3,6\%$ ), дисфориях ( $49,1 \pm 2,5\%$ ), обсессивно-фобических расстройствах ( $69,1 \pm 3,9\%$ ).

Социотерапия по М. М. Кабанову — подразумевающая разного рода помощь и взаимопомощь, активизацию общения, перестройку круга контактов, усвоение

социальных правил, требований и критериев, изменение степени необходимой социальной активности, — оказалась высокоэффективной у всех больных ( $97,1 \pm 4,1$  %).

Амбулаторная психотерапия по Б. Д. Карвасарскому направлялась на закрепление полученных в стационаре результатов, разрешение конфликтных ситуаций, проведение мероприятий, стимулирующих личностный рост, расширяющих социальную активность и дала положительный эффект при депрессивных расстройствах ( $86,7 \pm 2,8$  %), при аффективных реакциях ( $76,4 \pm 2,9$  %), дисфориях ( $69,1 \pm 3,7$  %), обсессивно-фобических расстройствах ( $84,2 \pm 4,1$  %).

Проведенное трехлетнее катamnестическое исследование показало высокую эффективность применяемых психотерапевтических комплексов у 86,5 % больных. Отмечалась четкая положительная динамика, психопатологическая симптоматика редуцировалась, отмечена активация социального функционирования, а также возможность преодоления ситуаций, которые раньше вызывали эмоциональный дискомфорт. 13,5 % больных амбулаторно прошли повторные курсы разработанного нами комплекса психотерапевтических мероприятий в связи с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами.

Как показали результаты исследования, использованные мероприятия составляют единый реабилитационный комплекс, применение которого на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления больных эпилепсией с непсихотическими аффективными расстройствами.

#### Список литературы

1. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали [Текст] / [Авакян Г. Г., Бадалян О. Л., Бурд С. Г. и др.] // Русский медицинский журнал. — 2008. — № 12. — С. 14—19
2. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.

3. Броди М. Дж. Течение и рациональная терапия эпилепсии (Natural history and rational treatment of epilepsy) / М. Дж. Броди // Международный неврологический журнал. — 2005. — № 4. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/2669>

4. Бурчинский С. Г. Критерии выбора препарата антиконвульсанта: клинико-фармакологические аспекты [Текст] / С. Г. Бурчинский // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 3 (56). — С. 46—49.

5. Гавенко В. Л. К вопросу профилактики развития аффективных расстройств у больных эпилепсией [Текст] / В. Л. Гавенко, И. Н. Стрельникова // Вісник Вінницького державного медичного університету. — 2003. — № 2/2. — С. 860—861.

6. Зенков Л. Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства : руководство для врачей [Текст] / Л. Р. Зенков. — М.: МЕДпрессинформ, 2007. — 208 с.

7. Зенков Л. Р. Фармакологическое лечение эпилепсии [Текст] / Л. Р. Зенков // Русский медицинский журнал. — 2000. — № 10. — С. 411—417.

8. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин [Текст] : руководство для врачей / В. А. Карлов. — М.: Медицина, 2010. — 720 с.

9. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Нейро News. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.

10. Чабан О. С. Принципи психотерапії у хворих на епілепсію з непсихотичними розладами [Текст] / О. С. Чабан, В. В. Завгородня // Архів психіатрії. — 2010. — Т. 16. — № 1(60). С. 45—47.

11. Юр'єва Л. М. Психічні розлади при епілептичному захворюванні [Текст] / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов. — К., 2009. — 196 с.

*Надійшла до редакції 25.09.2014 р.*

**ПОЛЯКОВА Александра Владимировна**, врач-невролог Коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков

**POLIAKOVA Oleksandra Volodymyrivna**, Neurologist of the Community Health institutions' "Regional Hospital — Center for Emergency Medical Care and Disaster Medicine", Kharkiv