

**Работы, занявшие призовые места на ежегодном конкурсе молодых ученых  
Российского общества психиатров**

УДК 616.853.7–085

**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДИСФОРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ,  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИХ ТЯЖЕСТИ****Ю. А. Яковлева***Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева*

В последние годы проблема аффективной патологии среди психических заболеваний у детей и подростков стала не менее актуальной и требующей дополнительного изучения, чем у взрослых. Это подтверждают многочисленные исследования последних лет как зарубежных [8–12], так и отечественных ученых [1–6]. Среди формирующихся изменений личности при эпилепсии дисфорические состояния представляют особый интерес, так как именно они существенно затрудняют адаптационные возможности пациентов и приводят к формированию психопатических черт личности. Нарушения поведения, конфликтные отношения со сверстниками и учителями, как следствие этого снижение успеваемости, агрессия в адрес близких и родственников – вот наиболее частые жалобы, предъявляемые родителями детей и подростков с клинической ремиссией приступов или детей с редкими приступами, ненарушающими социальное взаимодействие. В большинстве случаев дисфорические состояния характеризуются тоскливо-злым аффектом на фоне нормального или суженного сознания, возникновением анейтральных переживаний, в результате чего появляется напряженность, раздражительность, конфликтность больных, импульсивные действия с гетеро- и аутоагрессией.

**Цель работы:** выявить различия в клинической картине дисфорических состояний у детей, страдающих эпилепсией и детей с резидуально-органическим поражением головного мозга без пароксизмов; изучить возрастную динамику дисфорий, распределить дисфории по степени тяжести клинических проявлений и в соответствии с этим определить тактику терапии данных расстройств.

**Материалы и методы**

В соответствии с целью исследования клинико-психопатологическим методом с использованием Шкалы всесторонней оценки психического состояния (ШВОПС) было обследовано 70 детей

и подростков (45 мал., 64,3%; 25 дев., 35,7%), в возрасте от 6 до 18 лет, с диагнозом эпилепсия, в клинической картине которых отмечались дисфорические состояния различной степени выраженности. Средний возраст детей в этой группе составлял  $12,4 \pm 0,40$  лет, длительность заболевания эпилепсией –  $8,7 \pm 0,46$  лет. Вторая группа состояла из 34 детей (21 мал., 61,8%; 13 дев., 38,2%) с резидуально-органическим поражением головного мозга без пароксизмов, в клинической картине которых имелись дисфории. Средний возраст детей данной группы составлял  $12,5 \pm 0,26$  лет, длительность заболевания –  $9,0 \pm 0,33$  лет. Обе группы были однородными по половозрастному составу и длительности заболевания. Ограничений для включения в группы не было. Для изучения возрастной динамики дисфорических состояний, пациенты с эпилепсией были разделены на четыре подгруппы [Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., 1995]. Первую подгруппу составили дети в возрасте до 6 лет; вторую от 6 до 11 лет; третью – дети и подростки 12–15 лет; четвертую – подростки 16–18 лет. По степени тяжести протекания дисфорических состояний пациенты были также разделены на три группы. Дисфориям легкой степени соответствовала оценка в 1 балл по ШВОПС, что означало наличие слабо выраженного или сомнительного расстройства, не приводящего к нарушению повседневной деятельности. Умеренно выраженное клинически очерченное заболевание соответствовало 2 баллам и составляло дисфории средней степени тяжести. Дисфории тяжелой степени, характеризовались 3 баллами, что соответствовало наличию тяжелого заболевания, нарушающего социальное функционирование. Для выявления наиболее значимых клинических проявлений, определяющих структуру дисфорий различной степени тяжести, был проведен более пристальный анализ данных состояний с использованием методов математической обработки.

### Результаты исследования и обсуждение

В ходе проведенного исследования было выявлено, что дисфорические состояния при эпилепсии у детей и подростков отличаются от дисфорий при резидуально-органическом поражении головного мозга без пароксизмов. Для дисфорий при эпилепсии характерно: начало в любом возрасте, зависимость динамики развития изучаемых состояний и степени тяжести от течения основного заболевания и качества его ремиссии. В клинической картине более выражены враждебность, напряженность, депрессия, аутоагрессивные действия, имеются сопутствующие изменения личности (брадипсихия), речевые нарушения и снижение двигательной активности. Не выражено влияние внутрисемейных отношений и типа воспитания на формирование расстройств. Дисфории резидуально-органического генеза появляются в возрасте 7–9 лет, вне зависимости от характера и тяжести повреждения головного мозга. В клинической картине выражена аффективная неустойчивость, взрывчатость, физическая гетероагрессия, психомоторная расторможенность, чаще отмечаются в социально-неблагополучных семьях (опекуны, д/д), при воспитании по типу «гипоопеки». Клинические проявления дисфорий различаются в зависимости от возраста и становятся более очерченными к 15 годам, что проиллюстрировано в табл. 1.

По мере взросления детей и подростков, страдающих эпилепсией с дисфориями, усиливается вероятность открытого проявления агрессии и выраженность депрессивной симптоматики. Патологические особенности личности, сформированные к 12 годам, с возрастом утяжеляются, расширяя диапазон психопатологических симптомов.

В зависимости от степени тяжести дисфорических состояний при эпилепсии у детей и подростков, различаются также их частота и длительность, клинические проявления и структура. В исследовании было отмечено, что чем выраженнее тяжесть дисфорий, тем более стабильны их проявления. Так, дисфории тяжелой степени отмечались ежедневно у 15 пациентов (62,5%), что достоверно чаще, чем у 9 больных (33,3%) со средней степенью тяжести, и у 3 детей (15,8%) с легкой степенью,  $p < 0,01$ . Ежедневное появление дисфорий

(1–2 раза в неделю) было более характерно для средней степени расстройства – в 73,7% (14 детей), чем для тяжелой – 29,2% (7 пациентов),  $p < 0,01$ . Для легкой степени тяжести были характерны редкие дисфории (1–3 раза в месяц).

По длительности проявления дисфории также различались в зависимости от степени: короткие дисфории (длительностью от нескольких минут до одного часа) наблюдались достоверно чаще у детей с легкой степенью – в 66,7% случаев (18 больных) и у пациентов с дисфорическими расстройствами средней степени тяжести – в 63,2% (12 детей), чем у детей и подростков с тяжелыми дисфориями – 20,0% (5 пациентов),  $p < 0,01$  (по Фишеру). Затяжные длительные дисфории (от одного часа до нескольких суток), напротив, выявлялись у детей с тяжелыми дисфорическими состояниями в 79,2% случаев (19 больных), что достоверно чаще, чем у детей с дисфориями средней тяжести – 33,3% (9 детей) и у пациентов с легкой степенью расстройства – 36,9% (7 чел.),  $p < 0,01$ .

Изменение состояния сознания (аффективное сужение) является одним из главных критериев, определяющих степень тяжести дисфорических состояний, оно достоверно чаще наблюдалось при дисфориях тяжелой степени – у 14 детей (58,3%), по сравнению с дисфориями средней степени тяжести – 2 пациента (7,4%),  $p < 0,01$  (по Фишеру). При легких дисфориях случаев нарушения сознания зарегистрировано не было.

Выраженность психопатологической симптоматики, в зависимости от степени тяжести дисфорий (по данным ШВОПС), представлена в табл. 2.

Из представленной табл. 2 видно, что с увеличением степени тяжести дисфорических состояний у детей и подростков, страдающих эпилепсией, достоверно усиливаются проявления депрессии, внутреннего напряжения, враждебности, аффективной неустойчивости, нарушение контактности, выявляются суицидные мысли и агрессия. По таким параметрам ШВОПС, как снижение настроения, вегетативные нарушения, достоверных различий получено не было, следовательно, данные проявления встречаются одинаково часто при дисфориях любой степени тяжести и не могут способствовать их дифференциации.

Таблица 1

**Возрастные дефиниции клинических проявлений дисфорий у детей и подростков, страдающих эпилепсией**

Возраст	Клинические проявления
До 6 лет (7 чел.)	Капризность, требование повышенного внимания, раздражительность, агрессия в адрес близких, преимущественно физическая, неадекватность аффективных реакций – истероподобные нарушения, при выраженных нарушениях речи (моторная сенсомоторная афазия) дети становятся малоконтактными, избегают общения со сверстниками, утрачивают приобретенные ранее навыки, физически агрессивны.
6–11 лет (17 чел.)	Гиперактивность, вспыльчивость, агрессия прямая вербальная, враждебность – неврозоподобные нарушения
12–15 лет (26 чел.)	Напряженность, вспыльчивость, враждебность, конфликтность, агрессия физическая, целенаправленно-враждебная, преимущественно аутоагрессия, обеднение речевого запаса, моторная заторможенность.
Старше 15 лет (20 чел.)	Агрессия прямая вербальная и косвенная физическая, целенаправленно-враждебная, недифференцированная, враждебность, напряженность, депрессия, психотические формы реагирования, уходы из дома, суицидальное поведение – психопатоподобные нарушения.

Для определения степени тяжести дисфорий с помощью ШВОПС были выделены суммарные баллы, соответствующие степени тяжести расстройства, представленные в табл. 3.

Полученные в исследовании данные позволили определить тактику терапии дисфорических состояний при эпилепсии у детей и подростков. В результате анализа были установлены принципы необходимости дополнительного терапевтического вмешательства с целью коррекции дисфорий, объем терапевтических действий и рассмотрены преимущества той или иной терапии соответственной степени тяжести дисфорических расстройств (рисунок).

Из рисунка следует, что у детей, страдающих эпилепсией с дисфориями легкой степени тяжести, дополнительного лечения к противосудорожной терапии, обеспечивающего клинко-энцефалографическую ремиссию приступов, не требовалось в 78,4% случаев (13 чел.); при дисфориях средней степени тяжести пациентов, не нуждающихся в дополнительной коррекции, было меньше – 55,6% (15 чел.), и еще меньше таких детей с тяжелыми дисфориями – 12,5% (3 чел.),  $p < 0,01$ . Систематическая коррекция нейролептиками не требовалась детям с легкой степенью дисфорий и проводилась только у 2 пациентов (7,4%) с дисфориями средней степени тяжести. Наиболее часто эта тактика использовалась в группе детей с тяжелыми дисфорическими состояниями – у 18 человек (75%), в большинстве случаев это были дисфорические психозы, при которых данный вид терапии являлся основным ( $p < 0,01$ ). Промежуточный вариант – использование нейролептиков непосредственно в



Терапевтическая тактика в зависимости от степени тяжести дисфорических состояний

момент дисфории был во всех трех группах без значимых различий с преобладанием в группе детей с дисфориями средней и тяжелой степени.

Таким образом, по мере увеличения степени тяжести психопатологической симптоматики в структуре дисфорий увеличивается частота их проявлений. Более длительными становятся периоды сниженного настроения, доходя до затяжных дисфорических состояний длительностью несколько суток. Одним из дифференциальных критериев степеней тяжести дисфорий является глубина изменения сознания. При дисфориях легкой степени сознание всегда ясное, при средней степени тяжести имеются эпизоды кратковременного изменения сознания, которые становятся перманентными для

Таблица 2

Клинические проявления дисфорий (по данным ШВОПС) в зависимости от степени их тяжести

Симптомы	Легкая степень 19 больных (1)	Средняя степень 27 больных (2)	Тяжелая степень 24 больных (3)	Группы с достоверными различиями
Депрессия	2,5±0,61	2,6±0,63	2,9±0,28	1–3 $p < 0,01$
Суицидные мысли	0	0,1±0,54	1,7±0,55	1–3 $p < 0,01$
Сниженное настроение	2,1±0,56	2,3±0,76	2,7±0,56	*
Внутреннее напряжение	2,3±0,59	2,4±0,75	2,8±0,44	1–3 $p < 0,01$ 2–3 $p < 0,01$
Враждебность	2,0±0,62	2,0±0,80	2,7±0,46	1–3 $p < 0,01$ 2–3 $p < 0,01$
Аффективная неустойчивость	1,7±0,97	2,3±0,95	2,8±0,48	1–3 $p < 0,01$
Нарушение контактности	0,6±0,67	1,1±0,96	1,7±1,03	1–3 $p < 0,01$ 2–3 $p < 0,01$
Агрессия	1,1±0,56	2,2±0,99	2,8±0,42	1–3 $p < 0,01$ 2–3 $p < 0,01$
Вегетативные нарушения	1,7±0,01	1,9±0,32	2,0±0,53	*

Примечания: \* – отсутствие достоверных различий между группами ( $p > 0,05$ ).

Таблица 3

Соответствие суммарного балла по ШВОПС степени тяжести дисфории

Степень тяжести	Легкая степень, 19 больных (1)	Средняя степень, 27 больных (2)	Тяжелая степень, 24 больных (3)	Достоверность различий
Суммарный балл	15–20	21–25	26–30	1–3 $p < 0,01$ 2–3 $p < 0,01$

дисфорий тяжелой степени. Вследствие этого тяжелые дисфории, как правило, проявляются в виде дисфорических психозов, в основе которых – изменение сознания, анейтральность переживаний, доходящая до степени бреда отношения, и проявления депрессии с преобладанием тоскливого аффекта. Типичная картина дисфории тяжелой степени представлена в клиническом наблюдении.

Николай С., 17 лет.

Диагноз: Эпилепсия, генерализованная форма с изменением личности и снижением познавательных способностей. F 07.02

Жалобы при поступлении: в течение года вспышки ярости и неуправляемой агрессии, нежелание контактов.

Мальчик от 4-й беременности, протекавшей с токсикозом I и II половины, отеками и многоводием, 2-х родов со стимуляцией на 41 неделе. Вес – 3700 г, рост – 50 см, по Апгар 7/8 баллов, выписан в срок. Развивался с задержкой: сидит с 7 мес., ходит с 1 года, речь – отдельные слова после 4 лет. Перенес простудные заболевания, аденоэктомию. В детском саду с 4 лет, адаптировался плохо. В школе с 7 лет, закончил 4 класса массовой школы, с 5 класса – в классе коррекции, успевает средне. Наследственность эпилепсией не отягощена.

С 3 месяцев короткие приступы подергивания головой, ежедневные, частые. В 3 года диагностирована эпилепсия, получал клоназепам. При самостоятельной отмене развился судорожный тонико-клонический приступ с потерей сознания, заведением глаз, длительностью 20–25 минут. Затем отмечались ежедневные приступы по типу «абсансов» с прекращением действия, ежедневные, 2–3 секунды. Неоднократно обследовался в Москве и Санкт-Петербурге. Регулярно получал клоназепам в течение 10 лет. Движения головой сохранялись, «абсансы» стали реже. С 1992 года к лечению добавлен дифенин. В 2000 году прекратились «абсансы», к 2001 году прекратились движения головой. В 2003 году резко ухудшилось поведение, стал злобным, агрессивным, раздражительным. Вспышки агрессии носили затяжной (несколько недель), нерегулируемый характер, отмечалась как гетеро-, так и аутоагрессия. Поступил для подбора терапии.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирован верно, из-за выраженного негативизма продуктивному контакту недоступен, враждебен, отказ от общения сопровождается вербальной агрессией. Настроение резко снижено, переживания анейтральны. Вспышки агрессии сопровождаются помрачением сознания, высказывает словесные угрозы в адрес персонала, попытки разрушительных действий. Видимые причины для аффективных проявлений отсутствовали. В дальнейшем испытывает чувство вины. Высказывает суицидальные мысли.

Неврологический статус: остаточные явления пирамидной недостаточности в левой ноге.

Соматический статус: благополучен.

МРТ: арахноидальная ретроцеребеллярная киста.

Психолог: общее интеллектуальное развитие соответствует пограничному уровню, имеются признаки социальной депривации.

ЭЭГ: единичные разряды комплексов ОВМВ на ФС с непостоянным акцентом.

Логопед: лексико-грамматическое недоразвитие речи.

При отмене клоназепама развился генерализованный тонико-клонический приступ с пеной и упусканьем мочи, во сне, статусное течение, длительностью 30 минут. Был назначен депакин 1 200 мг/сут, дегидратация, в качестве корректора – рисполепт 2 мг/сут на 6 месяцев. Настроение нормализовалось, стал доброжелательным в отношении детей и персонала. Контакт затруднялся речевой патологией. Вспышки агрессии отмечались единичные в лечебном отпуске, были кратковременными, проходили самостоятельно. Сам отмечал улучшение состояния, снизилось напряжение.

Катамнез: Приступов нет 5 лет. Закончил технический колледж. Настроение периодически неустойчивое, агрессия управляемая, проявляется редко. Эмоционально адекватен, понимает юмор. Ответственный, педантичный.

### Заключение

В терапии дисфорических состояний у детей и подростков, страдающих эпилепсией, необходим комплексный подход, включающий медикаментозную противосудорожную и нейролептическую терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия. Прежде всего, необходимо назначение противосудорожной терапии адекватной форме эпилепсии. При выборе антиконвульсантов целесообразно отдавать предпочтение препаратам с нормотимическим эффектом: топамакс, трилептал, тегретол, ламиктал в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению. Использование в терапии эпилепсии данных препаратов позволяет применять нейролептики в небольших дозировках, а в ряде случаев избежать дополнительных назначений полностью. Во-вторых, терапия дисфорических расстройств должна быть дифференцированной, в зависимости от степени тяжести проявлений. Для дисфорий легкой степени целесообразно ограничиться подбором адекватной противосудорожной терапии и методами рациональной индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на снижение уровня агрессивности, усиление самоконтроля, изменение отношения к болезни. При дисфориях средней степени тяжести необходимо использование нейролептиков (неулептил, рисполепт, аминазин) в рекомендованных возрастных дозировках, преимущественно в капельной и инъекционной формах, так как в момент аффекта прием таблетированных форм затруднен. В терапии дисфорий тяжелой степени необходимо длительное (не менее 6 месяцев), систематическое применение нейролептиков, так как даже если данные состояния не достигают уровня психоза, выраженность психопатологической симптоматики такова, что приводит к социальной дезадаптации пациентов и существенно снижает качество жизни, даже в отсутствии приступов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. М.: Медицина, 1990. 320 с.
2. Вертоградова О.П., Шахматов Н.Ф., Сосюкало О.Д. Возрастные аспекты проблемы депрессий // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). М.: МНИИП, 1987. С. 5–14.
3. Иовчук Н.М. Эндогенные депрессии у детей // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1983. Т. 83, Вып. 10. С. 1518–1522.
4. Максимова Э.Л., Железнова Е.В. Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // РМЖ. 2001. Т. 9, № 25. С. 32–39.
5. Пивень Б.Н., Конева О.П. Бессудорожные пароксизмальные расстройства при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99, № 5. С. 11–14.
6. Усачева Е.Л., Полонская Н.Н., Яхно Н.Н. Когнитивные и поведенческие нарушения у детей при эпилепсии // Неврологический журнал. 1999. Т. 4, № 3. С. 21–25.
7. Шкала всесторонней оценки психического состояния: методическое руководство. СПб., 2003. 60 с.
8. Austin J., Risinger M., Beckett L. Correlates of behavioral problems in children with epilepsy // *Epilepsia*. 1992. Vol. 33. P. 1115–1122.
9. Blummer D., Altshuler L.L. Affective disorders // *Epilepsia / J.Engle, T.A.Pedley (Eds.). Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998. P. 2083–2099.*
10. Dunn D., Austin J., Huster G. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1999. Vol. 38. P. 1132–1138.
11. McDermott S., Mani S., Krishnaswami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures // *Epilepsia*. 1995. Vol. 8. P. 110–118.
12. Nissen G. Depression in childhood and adolescences // *Triangle*. 1982. Vol. 21. P. 77–81.
13. Oostrom K.J. et al. Behavioral problems in children with newly diagnosed idiopathic or cryptogenic epilepsy attending normal schools // *Epilepsia*. 2003. Vol. 44, N 1. P. 97–106.

## ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДИСФОРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИХ ТЯЖЕСТИ

Ю. А. Яковлева

Клинико-психопатологическим методом с использованием Шкалы всесторонней оценки психического состояния (ШВОПС), было обследовано 70 детей и подростков (мальчиков 45 (64,3%), девочек 25 (35,7%)), в возрасте от 6 до 18 лет, с диагнозом эпилепсия, в клинической картине которых отмечались дисфорические состояния различной степени выраженности, и 34 пациента (мальчиков 21 (61,8%), девочек 13 (38,2%)), с резидуально-органическим поражением головного мозга без пароксизмов, в клинической картине которых имелись дисфории. Выявлены различия в клинической картине дисфориче-

ских состояний у детей, страдающих эпилепсией, и детей с резидуально-органическим поражением головного мозга без пароксизмов, изучена возрастная динамика дисфорий. Выявлены факторы, определяющие степень тяжести дисфорий (легкая, средняя, тяжелая), обоснован комплексный дифференцированный подход к терапии данных расстройств в зависимости от степени их тяжести, включающий медикаментозную противосудорожную и нейролептическую терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия.

**Ключевые слова:** эпилепсия, дисфории, дети и подростки, агрессия.

## THERAPY OF DYSPHORIC CONDITIONS IN EPILEPTIC CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH REGARD FOR SEVERITY OF THESE CONDITIONS

Yu. A. Yakovleva

The author presents results of investigation of 70 epileptic children and adolescents – 45 boys (64,3%) and 25 girls (35,7%) – aged 6 to 18 years, with dysphoric conditions of various severity in the clinical picture, and 34 patients with residual organic lesions – 21 boys (61,8%) and 13 girls (38,2%), – free of seizures, but with dysphoria in the clinical picture. The author reports differences in the clinical picture of dysphoric states in epileptic children and children with residual organic brain lesions, free of sei-

zures, and also the age dynamics of dysphoria. She describes the factors responsible for the degree of severity of dysphoria (mild, moderate and severe) and explains her grounds for the complex and differentiated treatment, including antiepileptic drugs as well as neuroleptics, psychotherapy and psychological and pedagogical interventions.

**Key words:** epilepsy, dysphoria, children and adolescents, aggression.

**Яковлева Юлия Александровна** – научный сотрудник отделения подростковой психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, кандидат медицинских наук. Тел: (812) 938 6810