

## О СООТНОШЕНИИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

М. В. Усюкина, Т. А. Шахбази

*ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Распространенность эпилепсии в Российской Федерации составляет в среднем 3,4 случая на 1 000 человек населения, несколько преобладая среди мужчин, чем среди женщин (4,5 и 2,5 на 1 000 нас.) [6]. Причины, патогенетические механизмы развития психических расстройств при эпилепсии и, особенно, границы их клинических проявлений остаются до настоящего времени малоизученными. Ряд современных ученых признают междисциплинарное значение эпилепсии. Так, M.Angalakuditi, N.Angalakutidi [1] дают определение эпилепсии как «совокупности гетерогенных синдромов, характеризующихся сосуществованием судорожных приступов и дополнительных состояний». В.Schmitz [10] отмечает, что «психиатрические осложнения» встречаются у больных эпилепсией и вносят существенный вклад в ухудшение качества жизни пациентов и их родственников. D.Gülpek, E.Bolat и соавт. [7] подчеркивают, что эпилепсия сопровождается многими психическими расстройствами и продолжает оставаться заболеванием, которое нарушает функционирование и качество жизни больных.

Представленность в клинической картине эпилепсии непароксизмальных психических нарушений достигает 60–80% [3–5, 8, 9, 11]. Несмотря на важность своевременной диагностики и лечения психических расстройств у больных эпилепсией, психиатрический аспект эпилептической болезни до сих пор остается недоучтенным, большие затруднения представляет не только диагностика собственно психических нарушений, но порой даже признание самой возможности их существования при эпилепсии.

В связи с этим необходимость нозологической квалификации интерпароксизмальных изменений психики при эпилепсии для постановки верного диагноза не подлежит сомнению и является актуальной задачей.

Исходя из вышеуказанного, **целью** исследования является разработка клинико-динамических закономерностей непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии для уточнения критериев их диагностики.

### Материал и методы исследования

Обследовано 78 мужчин, в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся в ФГБУ «ГНЦССП им. В.П.Сербского» с 2003 по 2011 годы, которым был установлен диагноз эпилепсии. Основную группу наблюдений составили 43 пациента, у которых данный диагноз был впервые установлен при обследовании в Центре. В результате проведенного исследования было выявлено, что в 37% случаев у больных с несвоевременно поставленным диагнозом эпилепсии ранее было диагностировано органическое расстройство, в 33% – шизофрения, в 23% – психопатия, у 14% обнаруживались умственная отсталость, у 21% – признаки синдрома зависимости от ПАВ. Группа сопоставления сформирована из 35 больных, которым диагноз эпилепсии был установлен ранее.

Для диагностики имеющих при эпилепсии психических расстройств в работе использованы диагностические критерии МКБ-10: разделы G40 (эпилепсия) и F.0 (органические, включая симптоматические психические расстройства).

### Результаты исследования

Все психопатологические расстройства у обследованных лиц были разделены на продуктивные и негативные.

Продуктивные расстройства были представлены: 1) аффективными, 2) невротическими, 3) галлюцинаторно-бредовыми, 4) двигательными, 5) синдромами помрачения сознания.

Аффективные нарушения включали дисфорические (65%) и депрессивные (54%) расстройства.

Невротические расстройства были характерны для 19% больных, проявлялись навязчивыми конкретно-образными представлениями (часто религиозной тематики) или субъективно неприятными размышлениями, сопровождалась выраженными вегетативными реакциями, дисфорическими состояниями, так называемыми «крайними» аффектами – выраженным страхом или, наоборот, ощущением восторга, экстаза.

41 человек (53%) хотя бы раз в жизни перенесли психотические расстройства, в трети случаев в обеих группах – транзиторно, 21% обследуемых первой группы достоверно чаще страдали хроническими эпилептическими психозами. Наиболее часто встречающимися являлись смешанные галлюцинаторно-параноидные (достоверно чаще в основной группе – 78% и 27%,  $\chi^2=6,68$ ,  $p<0,01$ ) и аффективно-бредовые психотические нарушения (56% и 27%), чуть реже в основной группе выявлялись галлюцинаторные психозы (28%), а в группе сопоставления – аффективные психотические расстройства (33%). В основной группе отмечался большой полиморфизм психотических нарушений, включающих параноидный (37%), синдром галлюциноза (19%), Кандинского-Клерамбо (16%), депрессивно-параноидные (7%), паранойяльные (7%) и парафренические (5%) расстройства. При этом для больных I группы были более характерны явления сенсорного (чувственного) и моторного (кинестетического) автоматизма. В группе сопоставления имелись указания лишь на параноидные нарушения, преобладание которых все же отмечалось в основной группе (37% и 23%;  $\chi^2=2,51$ ,  $p<0,12$ ), и синдром галлюциноза (17%), которые встречались в большей части наблюдений. В единичных случаях у обследованных II группы присутствовали депрессивно-параноидные нарушения.

У большинства обследуемых отмечались обманы восприятия (51% и 37%) – в основном истинные галлюцинации (у 44% и 34%), чаще зрительные, чем слуховые (47% и 29% против 42% и 17%), обонятельные галлюцинаторные переживания выявлялись в меньшем числе наблюдений (12% и 3%), тактильные и висцеральные в единичных случаях (9% и 3%; 7% и 0%). Псевдогаллюцинации и иллюзии чаще выявлялись у больных основной группы (16% и 3%; 19% и 11% соответственно). Нарушения ощущений (56% и 34%) были представлены в виде гипер-, гипестезии, анестезии, парестезий и элементарных, простых и психосенсорных сенестопатий и восприятия (63% и 40%) в виде чувственной формы гипер- (28% и 17%) и гипопатий (35% и 20%).

Продуктивные психотические переживания сопровождалась такими нарушениями мышления как аффективное (28% и 29%), расплывчатое, аморфное (35% и 23%), резонерское (33% и 17%). У обследованных основной группы отмечались элементы символического мышления (9%). Сверхценные образования были характерны для 9% и 6% обследованных.

Бредовые идеи достоверно чаще выявлялись у обследуемых I группы, в абсолютном большинстве случаев возникали на фоне уже имеющихся каких-либо иных «первичных» психопатологических нарушений, между ними легко прослеживалась тесная патогенетическая связь. Содержа-

нием бреда чаще были идеи воздействия и преследования (40% и 14%,  $p<0,027$ ), он носил обыденный характер (56% и 67%) и был связан с реальным окружением больного (72% и 50%), структура его была фрагментарной, без склонности к развитию и систематизации, насыщенной деталями. Обследуемые основной группы были не слишком озабочены имеющимися у них нарушениями мышления (83%), откровенно рассказывали о своих переживаниях (72%). Обследуемые группы сопоставления также не скрывали свои нарушения, но при этом были более склонны к активным действиям в отношении мнимых обидчиков, врагов, недоброжелателей, проявляя при этом заметную стеничность (56% и 83%).

Психотическим расстройствам сопутствовало преимущественно тревожно-злобное настроение (53% и 34%), страх (37% и 23%). Переживание крайнего восторга, экстаза было более характерным для больных основной группы (выявлялось у 28% и 14%), часто сочеталось с кататоническими расстройствами и состоянием растерянности (7% и 11%).

Дифференцирующими маркерами эпилептических психозов являются особенности аффективной, невротической (обсессивной, деперсонализационно-дереализационной), галлюцинаторно-бредовой симптоматики, синдромов нарушения сознания.

При галлюцинаторном психозе (по МКБ-10: галлюциноз F06.02) характерны элементарные зрительные и слуховые (реже обонятельные, тактильные) истинные галлюцинации конкретного, однообразного характера, часто религиозного содержания. В случае развития аффективного психоза (соответствует аффективному психотическому расстройству F06.3 по МКБ-10) депрессивной структуры отмечаются периоды пониженного настроения на фоне явлений психофизической астении, чувственных расстройств ощущений и восприятия (гипо- и гиперестезии, гипо- и гиперпатии), моторного беспокойства, суицидальных мыслей и попыток с суточными колебаниями аффекта; для психозов маниакальной структуры характерны крайние по выраженности состояния – эйфории, экстатически-восторженные переживания, большая представленность расстройств влечений (половые и алкогольные эксцессы, бродяжничество). Параноидный психоз (в рамках бредового (шизофреноподобного) расстройства F06.22 по МКБ-10) отличается наличием выраженных аффективных переживаний в виде страха, тревоги, параноидного восприятия и интерпретации окружающего, вторично возникающего бреда преимущественно персекуторного, фрагментарного, несистематизированного, конкретного характера, явлениями помрачения сознания. Галлюцинаторно-параноидные психозы (в рамках бредового (шизофреноподобного) расстройства

F06.22 по МКБ-10) также сопровождаются бредовыми идеями преследования, воздействия, режы величия, конкретными, наглядными по содержанию, отрывочными по структуре, насыщенными деталями; галлюцинации являются истинными, чаще зрительными, все переживания носят яркий чувственный характер. Аффективно-бредовые психозы (по МКБ-10: бредовое (шизофреноподобное) расстройство F06.22) сопровождаются несистематизированными бредовыми идеями, связанными по содержанию с конкретным окружением больного, часто религиозного характера, конгруэнтными бреду насыщенными аффективными переживаниями (экстатически-восторженный, тревожно-фобический аффект).

Негативные расстройства были представлены: 1) истощаемостью психической деятельности (реактивная лабильность), 2) психопатоподобными расстройствами (изменения личности), 3) дефицитарными эмоционально-волевыми нарушениями, 4) расстройствами мышления, 5) психоорганическим синдромом, 6) явлениями слабоумия.

Исследование негативных расстройств (минус-симптоматики) выявило преобладание явлений реактивной лабильности (субъективно ощущаемая нарушенная способность к преодолению до того привычных житейских трудностей, выполнению привычного объема работы, повышенная утомляемость, снижение производительности деятельности, раздражительность, проявляющаяся при незначительной нагрузке), когнитивных нарушений (в рамках психоорганического синдрома) и слабоумия у обследованных II группы (94%,  $p < 0,015$  – для реактивной лабильности; 86%,  $p < 0,016$  – для когнитивных расстройств; 17%,  $p < 0,06$  – для слабоумия), что может быть обусловлено часто встречающимися у больных данной группы указаниями на поражение головного мозга вследствие перинатальной патологии, а также повреждающим действием собственно эпилептического процесса, ассоциированным с патологией определенных нейроанатомических субстратов (лобной, височной долей).

Для больных основной группы были более характерны шизоидные (45% и 18%,  $p < 0,03$ ) и смешанные (53% и 18%,  $p < 0,005$ ) изменения личности. У всех обследованных отмечалось преобладание эпилептоидных и эксплозивных нарушений (95% и 97%, 79% и 91% соответственно), которые проявлялись обидчивостью, злопамятностью, мстительностью, упрямством, нетерпимостью к возражениям, требовательностью к другим, а также эмоциональной напряженностью, вспыльчивостью, импульсивностью реакций бурного протеста в ответ на критику. В меньшем числе наблюдений выявлялись паранойяльные изменения личности (50% и 59%) с подозрительностью, тенденцией к уличению окружающих, поиску их недостатков, придирчивостью,

неуживчивостью. Такие особенности личности, как установка на серьезную и методическую работу над собой, нахождение и исправление своих недостатков, преодоление трудностей, проявляющееся педантизмом, стеничностью, а также стремление к избеганию открытых конфликтов, конформность, соглашательство, часто в виде слащавости и прилипчивости, и регрессивные формы поведения (отсутствие глубоких интересов, внушаемость, склонность к суевериям и мистицизму, привязанность к близким родственникам и выраженная ностальгия по ним) в совокупности были отнесены к противоположному дефензивному полюсу личностных изменений у больных, который выявлялся несколько реже.

При исследовании эмоциональной сферы наиболее часто имелись указания на такие особенности реагирования больных эпилепсией, как эмоциональная вязкость, склонность к накоплению негативных переживаний, эмоциональному «стазу» с последующими аффективными взрывами (93% и 91%). В основной группе разброс показателей по данному параметру был больше (кроме эксплозивного встречались также кататимный, голотимный, дементный тип патологического эмоционального реагирования), что свидетельствует о большей сложности и полиморфности у них клинической картины эпилепсии.

Среди проявлений дефицитарности мыслительных процессов отмечались специфические изменения мышления в виде его детализированности (91% и 97%), обстоятельности (67% и 74%) и вязкости (33% и 29%), замедленного темпа психических процессов (63% и 68%), расстройства целенаправленности в виде конкретного и сугубо конкретного мышления (63% и 80%), наклонности к персеверации (21% и 11%). Для больных II группы было характерно нарушение содержательной стороны мышления в виде оскудения (обеднения) представлений (21% и 49%,  $p < 0,02$ ).

Патопсихологические дефицитарные нарушения проявлялись в виде снижения уровня обобщения (77% и 89%), трудностей оперирования абстрактными понятиями (58% и 51%), субъективизма (58% и 56%) и своеобразия представлений (28% и 20%), трудностей выделения существенного (40% и 54%). Для группы сопоставления были более характерны усложненные формулировки (12% и 23%), формальность ассоциативных образов (14% и 26%).

Отмеченные особенности протекания мыслительных процессов у больных эпилепсией, наряду с недостаточностью объема, концентрации и способности к удержанию активного внимания, а также часто в связи с нарушениями кратковременной и долговременной памяти, приводили к качественному ухудшению познавательной деятельности, что проявляется содержательным обеднением мышления, олигофазией на уровне речи.

## Заклучение

Клинические проявления непароксизмальных психических расстройств вследствие эпилепсии включают продуктивные и негативные нарушения. Продуктивные нарушения с присущим им полиморфизмом проявлений маскируют истинную эпилептическую природу психических расстройств и представлены аффективными, невротическими, галлюцинаторно-бредовыми, двигательными нарушениями и синдромом помрачения сознания. Негативные нарушения обладают большей стойкостью, инвариативностью, устойчивостью к терапии и наиболее патогномичны. Наиболее значимыми для установления эпилептической природы психических нарушений непароксизмального генеза являются отмечающиеся у больных эпилепсией негативные нарушения в виде специфических

изменений личности и дефицитарных нарушений мышления. Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств – эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным с преимущественно глишироидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями. Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, наглядно-образного мышления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Angalakuditi M., Angalakuditi N. A comprehensive review of the literature on epilepsy in selected countries in emerging markets // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2011. Vol. 7. P. 585–597.
2. Blumer D., Montouris G., Davies K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy // *Epilepsy Behav.* 2004. Vol. 5, N 6. P. 826–840.
3. Bragatti J.A., Torres C.M., Londero R.G. et al. Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy in a Southern Brazilian population // *Arq. Neuropsiquiatr.* 2011. Vol. 69. P. 159–165.
4. Cascella N.G., Schretlen D.J., Sawa A. Schizophrenia and epilepsy: is there a shared susceptibility? // *Neurosci. Res.* 2009. Vol. 63, N 4. P. 227–235.
5. De Oliveira G.N., Kummer A., Salgado J.V. et al. Suicidality in temporal lobe epilepsy: measuring the weight of impulsivity and depression // *Epilepsy Behav.* 2011. Vol. 22, N 4. P. 745–749.
6. Guekht A., Hauser W.A. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation // *Epilepsy Res.* 2010. Vol. 92, N 2–3. P. 209–218.
7. Guelpek D., Bolat E., Mete L. et al. Psychiatric comorbidity, quality of life and social support in epileptic patients // *Nord. J. Psychiatry.* 2011. Vol. 65, N 6. P. 373–380.
8. Matsuura M., Oana Y., Kato M., Kawana A. et al. A multicenter study on the prevalence of psychiatric disorders among new referrals for epilepsy in Japan // *Epilepsia.* 2003. Vol. 44, N 1. P. 107–114.
9. Nenadovic M., Jasovic-Gasic M., Vicentic S. et al. Anxiety in epileptic patients // *Psychiatr. Danub.* 2011. Vol. 23, N 3. P. 264–269.
10. Schmitz B. Psychiatric aspects of epileptic disorders // *Nervenarzt.* 2012. Vol. 83, N 2. P. 205–208.
11. Swinkels W.A., van Emde Boas W., Kuyk J. et al. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE // *Epilepsia.* 2006. Vol. 47, N 12. P. 2092–2103.

## О СООТНОШЕНИИ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

М. В. Усюкина, Т. А. Шахбази

В статье представлена клинико-психопатологическая характеристика негативных и позитивных психических расстройств вследствие эпилепсии, проведен анализ их синдромальной структуры, предложена качественная характеристика специфических нарушений мышления при эпилепсии. Доказано определяющее значение негативной

симптоматики в виде специфических изменений личности и дефицитарных нарушения мышления в качестве маркеров эпилептической болезни.

**Ключевые слова:** эпилепсия, позитивные и негативные психические расстройства.

## THE RATIO OF POSITIVE AND NEGATIVE DISORDERS IN EPILEPSY

M. V. Usyukina, T. A. Shakhbazi

This article provides a clinical-psychopathological description of negative and positive mental disorders caused by epilepsy. The authors analyze their syndromal structure and also offer a qualitative description of specific thought disorders commonly found in epileptic patients. They

emphasize the decisive role of negative symptoms, like specific changes of personality and deficitary thought disorders, as markers of the epileptic disease.

**Key words:** epilepsy, positive and negative mental symptoms.

---

Усюкина Марина Валерьевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского»: e-mail: marina\_gnc@mail.ru  
Шахбази Татьяна Азеровна – врач ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского».