

# КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ПСИХОГЕННЫМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Е.В. Ким, В.В. Калинин

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Психогенные неэпилептические приступы (ПНЭП) представляют собой одно из расстройств, которые одновременно поражают как соматическую, так и психическую сферы и определенно привлекают внимание большого количества исследователей по всему миру. Основным фокусом их исследований является определение признаков в отношении дифференциальной диагностики психогенных приступов от эпилептических, а также поиск органических изменений в головном мозге, отвечающих за психогенную симптоматику.

Немаловажно, что сложности начинаются с самого определения психогенных неэпилептических приступов, поскольку его часто используют в научных публикациях, особенно среди врачей-неврологов. Вместе с тем, согласно МКБ-10, они обозначаются как диссоциативные расстройства движений и ощущений (рубрики F44.4, 44.5, 44.7) [3], что лишнее раз отображает недостаточную разработанность междисциплинарного взаимодействия. Однако рассмотрение диссоциативных двигательных расстройств с точки зрения синонимичного термина обосновано не только из-за популяризации термина ПНЭП и увеличении распространённости на 17–30% среди поступающих в отделения эпилепсии при «третичных справочных больницах» (специализированная больница, которая имеет полный набор медицинских услуг), оценивающих припадки, рефрактерные к фармакологическому лечению [16, 19], с предполагаемой распространённостью от 1/3000 до 1/50000 человек [10], но и из-за увеличения обращаемости таких больных в психиатрические больницы. Изолированно ПНЭП достаточно изучены, чего нельзя сказать о ситуациях, когда у пациента обнаруживается одновременное наличие психогенных и эпилептических приступов. Согласно одним сведениям, от 20% до 40% пациентов, поступивших в эпилептологические отделения в связи с необычными и/или трудноизлечимыми припадками, во время расширенного видео-ЭЭГ мониторинга

обнаруживают дополнительно приступы психогенной природы [15]. Согласно другим сведениям, более 10,7% пациентов имеют ПНЭП, сочетанные с эпилепсией [12, 18]. Вероятно, низкий и неравномерный уровни взаимодействия между психиатрами/психотерапевтами и неврологами приводит к тому, что пациенты с сочетанной патологией становятся «изгоями», и по некоторым данным с момента начала заболевания до момента постановки окончательного диагноза проходит в среднем 7–10 лет [8]. Зарубежными врачами-эпилептологами установлено, что среди обратившихся впервые за помощью от 9 до 50% пациентов имеют симптоматику не эпилептического характера, а у 33%, с уже установленным диагнозом эпилепсия, имеются «дополнительные приступы, неизвестного происхождения», которые в 70% случаев оказываются различными вариантами диссоциативных расстройств [7, 11]. Если эпилептические приступы обусловлены аномальной, чрезмерной или гиперсинхронной активностью нейронов в головном мозге, а ПНЭП не связаны с воздействием электрических патологических изменений в мозге, являясь физическим или соматическим проявлением психических нарушений, то необходимость полного исследования психической сферы пациента очевидна. 90% больных коморбидной патологией обнаруживают сопутствующие психические расстройства [1, 13], из которых от 30 до 50% составляют расстройства личности [8], в связи с чем рекомендуется использование различных психологических тестов [12]. О близких патогенетических механизмах ПНЭП и эпилепсии свидетельствует высокая сопряженность пароксизмальных состояний с депрессивно-тревожными расстройствами [4, 5, 23], а также отсутствие «чёткой границы между органическими и неорганическими» аффективными нарушениями [2], что подтверждается попытками современных исследователей сформировать новый подход к изучению влияния эпилептического процесса на функциональное состояние мозга в связи

с концепцией «эпилептической энцефалопатии». Сочетание эпилепсии и ПНЭП является прогностически неблагоприятным на основании того, что часто на учащение ПНЭП, полностью имитирующих эпилептические приступы, врач реагирует либо введением в схему лечения дополнительного препарата, либо увеличением дозировок уже прописанных препаратов, что приводит к инвалидизации таких больных [17, 20] и присоединению аффективных расстройств [9]. Пациенты с сочетанной патологией часто предъявляют жалобы на волнение, тревогу, тремор, что приводит к дополнительному назначению анксиолитиков и в 10% случаев формирует рефрактерные к бензодиазепину эпилептические статусы [15]. Прогноз у пациентов с эпилепсией в сочетании с диссоциативными двигательными расстройствами не ясен, но при правильной и своевременной диагностике, лечении любых сопутствующих психиатрических/неврологических/соматических заболеваний, психотерапевтическом консультировании и принятии пациентом своего диагноза способствует положительным сдвигам [14].

Таким образом, актуальность исследования определяется малым объемом публикаций по коморбидности эпилептических и психогенных приступов, необходимостью выявления этиопатогенетических механизмов формирования психогенных неэпилептических приступов у больных эпилепсией, изучением динамики сопутствующих органических нарушений и аффективных расстройств (на уровне клинических, патопсихологических и нейрофизиологических аспектов).

**Цель работы** – комплексное клиничко-психопатологическое изучение эпилепсии, сочетанной с диссоциативными двигательными расстройствами. Проведение сравнительного анализа полученных данных с группой пациентов больных эпилепсией без диссоциативных двигательных расстройств.

#### **Задачи исследования**

1. Выявить связь между диссоциативными двигательными расстройствами и базисными характеристиками эпилепсии.
2. Проведение сравнительного анализа факторов, влияющих на формирование ПНЭП у пациентов с коморбидной патологией.
3. Установить соотношения между характерными для эпилепсии аффективными, когнитивными и личностными психопатологическими расстройствами и психогенными неэпилептическими приступами.

#### **Материалы и методы**

Исследование выполнено с участием 117 пациентов, 70 из которых составили основную группу (66 жен. и 4 муж.), а 47 – контрольную (39 жен. и 8 муж.), из числа обратившихся в «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследова-

тельный центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» с установленным диагнозом «Эпилепсия» (G40, 40.3, 40.9 по МКБ-10) и сопутствующим «Диссоциативное (конверсионное) расстройство» (F44.4, 44.5, 44.7 по МКБ-10) [3], либо удовлетворяющих критериям для ПНЭП по «Diagnostic and statistical manual of mental disorders (version 5)» [21] (включают в себя: 1 – один или несколько симптомов произвольной моторной функции; 2 – клинические данные свидетельствуют о несовместимости симптома с данными неврологического или медицинского обследований; 3 – симптом нельзя лучше объяснить другим соматическим или психическим расстройством; 4 – симптом вызывает клинически значимое расстройство или нарушение в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности и требует медицинского обследования) для пациентов основной группы.

Распределение обследуемых по полу и возрасту в основной группе показало, что наиболее часто обращались женщины (94,3%) молодого возраста (34 года). Возраст пациентов колебался от 19 до 63 лет.

Для определения фокуса эпилептической активности всем пациентам проводилось электроэнцефалографическое исследование (рутинная ЭЭГ и видео-ЭЭГ мониторинг). Это позволяло выявить локус поражения структур мозга и предположительно – характер патологического процесса.

Клиничко-анамнестический метод включал сбор подробных анамнестических данных (со слов пациента, его родственников, данных медицинской документации), традиционное психиатрическое обследование и психотерапевтическое интервью. В спорных ситуациях, для объективизации результатов, исследуемые самостоятельно вели самоотчеты (дневники), где субъективно отслеживали особенности своего психического состояния.

Психометрическую оценку проводили при поступлении в отделение, при этом использовались следующие шкалы и опросники.

1. Мюнхенский личностный тест (Munich Personality Test – MPT) [24].
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [21].
3. Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Test – MMPI) [26].
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [27].
5. Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale – TAS) [25].
6. Тест на демонстративность [4] (для оценки склонности к истероидным/демонстративным реакциям).
7. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE) [28].
8. Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Batter – FAB) [29].

Статистический анализ результатов проводили с помощью компьютерных статистических программ Excel и Statistica (хи-квадрат, U-критерий Манна-Уитни), оценивалось 150 параметров.

### Результаты

Средний возраст всех исследуемых больных составил 36 лет, 70,09% – жители далеких от Москвы и московской области регионов, большая часть представлена женщинами (89,7%), ведущая правая рука была у 94,6% больных, больше половины не имели детей (51,3%), один ребенок был у 41,7% исследуемых.

Относительно имеющихся психопатологических нарушений удалось сформировать пять групп в соответствии с разделом «Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга», их клинические варианты были представлены: 1 – органическое аффективное расстройство (18 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 4 – среди больных эпилепсией, F06.3); 2 – органическое эмоционально-лабильное расстройство (14 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 7 – среди больных эпилепсией, F06.6); 3 – органическое расстройство личности (16 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 21 – среди больных эпилепсией, F07.0); 4 – тревожное расстройство органической природы (14 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 3 – среди больных эпилепсией, F06.4); 5 – легкое когнитивное расстройство (8 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 12 – среди больных эпилепсией, F06.7).

По формам эпилепсии было сформировано три группы: I – криптогенная фокальная (38 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и четыре – среди больных эпилепсией, G40.9); II – симптоматическая фокальная (32 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и 39 – среди больных эпилепсией, G40.0); III – идиопатическая генерализованная (0 чел. среди пациентов с коморбидными приступами и четыре – среди больных эпилепсией, G40.3).

Результаты основных клинических характеристик (табл. 1) показывают меньшую продолжительность заболевания эпилепсией в группе пациентов с эпилепсией и ПНЭП. При этом таким больным, согласно анамнестическим сведениям, первоначально устанавливаются расстройства тревожно-депрессивного спектра и уже потом, при более детальном исследовании, отсутствии терапевтического ответа на лечение антидепрессантами и/или анксиолитиками, проведении ЭЭГ – диагноз эпилепсии. Возраст присоединения аффективных расстройств был более ранний в группе больных эпилепсией, что подтверждается сопряженностью органического расстройства с аффективными. Частота сложных парциальных приступов в группе больных эпилепсией и ПНЭП была значительно выше, что связано как со способностью ПНЭП «имитировать» эпилептические приступы, так и с отсутствием возможности фиксировать на ЭЭГ каждый приступ.

Несмотря на то, что в обеих группах число женщин превышало количество мужчин, соотношение женщин к мужчинам оказалось выше в группе больных коморбидной патологией. Следует отметить, что в группе с сочетанными приступами у мужчин, несмотря на установленный диагноз диссоциативных двигательных расстройств, определялся шизоидный радикал, а не истерический. Головные боли и вегетативные симптомы тревоги (стресса) оказались выше в группе больных эпилепсией и ПНЭП, что связано с коморбидностью расстройств и как следствие более выраженными эмоциональной лабильностью и сосудистым компонентом в отличие от группы больных эпилепсией. В нашем исследовании статистически значимыми оказались изменения в теменной доле справа, которые чаще встречались в группе больных эпилепсией и ПНЭП. У больных с коморбидной патологией чаще обнаруживали «Криптогенную фокальную эпилепсию». Это лишнее раз говорит о необходимости разработки дополнительных критериев для диагностики таких расстройств и низкой вероятности возникновения ПНЭП у больных идиопатическими формами эпилепсии.

Таблица 1

#### Основные клинические характеристики

Параметр	Метод	Эпилепсия и ПНЭП	Эпилепсия	Значимость (p)
Длительность заболевания эпилепсией	Манна-Уитни	13,62±10,66	21±13,37	0,0051
Возраст присоединения аффективных расстройств	Манна-Уитни	19,42±11,18	12,58±13,73	0,0013
Частота сложных парциальных приступов за месяц	Манна-Уитни	100,86±278,05	7,84±19,87	0,0012
Женский пол	Хи-квадрат	94,3%	83%	0,0481
Головные боли	Хи-квадрат	98,6%	80,9%	0,0008
Вегетативная дисфункция	Хи-квадрат	84,4%	50%	0,0004
Теменная доля, правая	Хи-квадрат	25,6%	7,4%	0,0139
Симптоматическая эпилепсия	Хи-квадрат	45,7%	80,9%	0,0001
Криптогенная эпилепсия	Хи-квадрат	54,3%	8,5%	< 0,0001
Пароксизмы с миоклоническим компонентом	Хи-квадрат	58,7%	37,2%	0,0296
Генерализация приступов	Хи-квадрат	26,2%	67,4%	< 0,0001
Пароксизмы на фоне усталости	Хи-квадрат	34%	55,6%	0,038
Приступы без причин	Хи-квадрат	42,6%	66,7%	0,0203
Внутрисемейные конфликты	Хи-квадрат	85,5%	60,9%	0,0026
Насилие	Хи-квадрат	45,7%	6,6%	< 0,0001

Пароксизмы с миоклоническим компонентом встречались чаще в группе больных эпилепсией и ПНЭП, что подтверждает возможность реакций по типу «двигательной бури», к которым склонны больные психогенными расстройствами и локализацией нарушений в коре больших полушарий или в прецентральной извилине, либо в центральных структурах мозга. Вторичная генерализация приступов была выше в группе больных эпилепсией за счет идиопатических вариантов эпилепсии и объясняется хорошими уровнями своевременной диагностики и лечения фокальных форм эпилепсии. К приступам на фоне физической усталости и пароксизмам, возникающим «без причин», исключая эмоциональный компонент, в большей степени были склонны больные эпилепсией, что свидетельствует о классической эпилептической природе подобных приступов. Наличие внутрисемейных конфликтов чаще отмечалось в группе больных коморбидной патологией, что объясняется высокими показателями алекситимии, нарушенной эмоциональной обработкой и, вероятно, мнестико-интеллектуальными нарушениями (табл. 1). Сексуальное насилие в анамнезе значительно чаще звучало в группе больных эпилепсией и ПНЭП. Это говорит о том, что диссоциативные (конверсионные) расстройства возникают на фоне обширных психотравмирующих ситуаций.

Оценка особенностей аффективного состояния (табл. 2) больных с сочетанной патологией показала статистически значимые различия по показателям депрессивности и тревожности. Указанная

симптоматика подтверждается анамнестическими данными и клинически проявляется в том, что пациенты с коморбидной патологией характеризуются отрицательным эмоциональным фоном, имеют низкий уровень мотивации и самооценки, склонны видеть во всем опасность и, соответственно, живут в постоянном напряжении. Несмотря на отсутствие статистически значимых отличий по Торонтской алекситимической шкале (Toronto Alexithymia Scale – TAS), имеющийся результат в группе больных эпилепсией и ПНЭП превышает показатели, характерные для нормы, достигает пограничного уровня алекситимии и проявляется клинически «ярче», чем в группе больных эпилепсией, характеризуется своеобразной интерпретацией эмоциональных и телесных ощущений, сложностями в коммуникации с окружающими.

Тест на демонстративность показал высокий уровень демонстративности и клинически выразился в «театральности» предъявляемых жалоб и наблюдаемых приступов.

Результаты оценки психопатологической симптоматики (табл. 3) показали наиболее высокий объем и выраженность нарушений в группе больных с сочетанной патологией. Обширность статистически значимых результатов по Опроснику выраженности психопатологической симптоматики определяется коморбидностью эпилепсии и ПНЭП, однако в большей степени обращают на себя внимание такие параметры как соматизация, враждебность и фобическая тревожность, что указывает на различия между

Таблица 2

#### Особенности аффективного состояния

Тест	Параметр	Эпилепсия и ПНЭП	Эпилепсия	Значимость (p)
SCL-90-R	Депрессивность	14,62±10,69	8,83±10,1	0,0019
SCL-90-R	Тревожность	11,1±8,51	6,15±6,54	0,0023
SCL-90-R	Депрессивность	55,7%	27%	0,0056
SCL-90-R	Тревожность	44,3%	24,3%	0,0472
TAS		66,4±15,06	65,1±11,1	н.з.
Тест на демонстративность		18,17 ± 3,31	16,29 ± 3,10	0,0267

Примечания: SCL-90R – опросник выраженности психопатологической симптоматики; TAS – Торонтская алекситимическая шкала.

Таблица 3

#### Психопатологическая симптоматика

Опросник	Параметр	Статистический метод	Эпилепсия и ПНЭП	Эпилепсия	p
SCL-90R	Соматизация	Хи-квадрат	54,1%	21,6%	0,0016
SCL-90R	Обсессивно-компульсивные нарушения	Хи-квадрат	55,7%	29,7%	0,0123
SCL-90R	Фобическая тревожность	Хи-квадрат	21,3%	5,4%	0,034
SCL-90-R	Соматизация	Манна-Уитни	1,145±0,736*	0,61±0,6375	0,0002
SCL-90-R	Обсессивно-компульсивные нарушения	Манна-Уитни	1,357±0,818	0,745±0,776	0,0002
SCL-90-R	Межличностная сензитивность	Манна-Уитни	1,196±0,77	0,71±0,79	0,001
SCL-90-R	Враждебность	Манна-Уитни	0,94±0,83*	0,55±0,76	0,0069
SCL-90-R	Фобическая тревожность	Манна-Уитни	0,94±0,89*	0,39±0,51	0,0004
SCL-90-R	Паранойяльные симптомы	Манна-Уитни	0,94±0,785	0,52±0,57	0,0058
SCL-90-R	Психотизм	Манна-Уитни	0,68±0,66	0,36±0,54	0,0158
MPT	Экстраверсия	Манна-Уитни	55,07±17,4	46,63±20,37	0,0339
MPT	Ригидность	Манна-Уитни	56,91±19,41	49,42±18,01	0,0477

Примечания: \* – параметры, значительно отклоняющиеся от нормы и характерные для амбулаторных или стационарных больных, SCL-90-R – опросник выраженности психопатологической симптоматики, MPT – Мюнхенский личностный тест.

группами, достигающей выраженности, характерной для больных, лечение и наблюдение которых требует стационарных условий.

### Заключение

Таким образом, сравнительный анализ больных эпилепсией в сочетании с диссоциативными двигательными расстройствами и группы больных эпилепсией показал статистически значимые отличия по показателям обсессивно-компульсивных нарушений,

депрессивности, тревожности, межличностной сензитивности, паранойальным симптомам, психотизму, экстраверсии и ригидности.

Показатели демонстративности, соматизации, враждебности и фобической тревожности оказались более высокими в группе больных эпилепсией с коморбидными ПНЭП. Из этого следует, что наблюдение и лечение этих больных необходимо осуществлять в стационарных условиях психиатрической больницы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Железнова Е.В., Калинин В.В. Нейроэндокринные взаимосвязи депрессии и эпилепсии у женщин // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2010. Т. 8 № 1. С. 44-45.
2. Калинин В.В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдо-диагностические категории // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. Т. 24. № 3. С. 42-44.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. СПб, 1994.
4. Тест на демонстративность. [azps.ru/tests/kit/kit1005.html](http://azps.ru/tests/kit/kit1005.html), 2008.
5. Asmussen S.B., Kirilin K.A., Gale S.D., Chung S.S. Differences in self-reported depressive symptoms between patients with epileptic and psychogenic non-epileptic seizures // *Seizure*. 2009. Vol.18. N 8. P. 564-566.
6. Auxemery Y., Hubsh C., Fidelle G. Psychogenic non-epileptic seizures: a review // *Encephale*. 2011. Vol. 37. N 2. P. 153-158.
7. Avbersek A., Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic non-epileptic seizures from epileptic seizures? // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2010. Vol. 81. N 7. P. 719-725.
8. Bailles E., Pintor L., Torres X. et al. Psychiatric disease in patients with psychogenic non-epileptic seizures referred from an epilepsy unit in a general hospital // *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2004. Vol. 32. N 2. P. 76-81.
9. Barry J.J. The recognition and management of mood disorders as a comorbidity of epilepsy // *Epilepsia*. 2003. Vol. 44. N 4. P. 30-40.
10. Benbadis S.R., Hauser A.W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures // *Seizure*. 2000. Vol. 9. N 4. P. 280-281.
11. Brown R.J., Syed T.U., Benbadis S., LaFrance W.C., Reuber M. Psychogenic non-epileptic seizures // *Epilepsy Behav.* 2011. Vol. 22. N 1. P. 85-93.
12. Doss R.C., LaFrance W.C. Psychogenic non-epileptic seizures // *Epileptic Dis.* 2016. Vol. 18. N 4. P. 337-343.
13. Fritzsche K., Baumann K., Schulze-Bonhage A. Dissociative anfälle // *Der Nervenarzt*. 2013. Vol. 84. P. 7-13.
14. Huff S.J., Murr N. Psychogenic non-epileptic seizures // *StatPearls* [Internet]. 2021. [ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441871/#article-27954.s16](http://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441871/#article-27954.s16).
15. Kapur J., Elm J., Chamberlain J.M., Barsan W. et al. Randomized trial of three anticonvulsant medications for status epilepticus // *Medicine*. 2019. Vol. 381. P. 2103-2113.
16. Krahn L.E., Reese M.M., Rummans T.A. et al. Health care utilization of patients with psychogenic non-epileptic seizures // *Psychosomatics*. 1997. Vol. 38. P. 535-542.
17. LaFrance W.C., Benbadis S.R. Avoiding the costs of unrecognized psychological non-epileptic seizures // *Neurology*. 2006. Vol. 66. N 11. P. 1620-1621.
18. Lancman M.E., Brotherton T.A., Asconape J.J. et al. Psychogenic non-epileptic seizures in adults: a longitudinal study // *Seizure*. 1993. Vol. 2. P. 281-286.
19. Lesser R.P. Psychogenic seizures // *Neurology*. 1996. Vol. 46. P. 1499-1507.
20. Reuber M., Baker G.A., Gill R. et al. Failure to recognize psychogenic non-epileptic seizures may cause death // *Neurology*. 2004. Vol. 62. N 5. P. 834-835.
21. Symptom Check List-90-Revised // *Derogatis et al.* 1971.
22. Somatic symptom and related disorders // *Diagnostic Statist. Manual Mental Dis.* // *Am. Psychiatric Association*, 2013 (retrieved 2021).
23. Testa S.M., Schefft B.K., Szaflarski J.P., Yeh H.S. Mood, personality and health-related quality of life in epileptic and psychogenic seizures disorders // *Epilepsia*. 2007. Vol. 48. N 5. P. 973-982.
24. Munich Personality Test // *World Health Organization Quality of Life 26*.
25. Toronto Alexithymia Scale // *Taylor et al.*, 1985.
26. Minnesota Multiphasic Personality Test // *Харуэй С., Маккинли Д.*, 1940 (сокр. вариант, адаптация по Березину Б. и Мирошникову М.П.).
27. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Zigmond A.S., Snaith R.P.*, 1983.
28. Mini Mental State Examination // *Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.*, 1975.
29. Frontal Assessment Batter // *Dubois B. et al.* 1999.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ПСИХОГЕННЫМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Е.В. Ким, В.В. Калинин

В статье приведены данные сравнительного анализа клинических характеристик, аффективного состояния и психопатологической симптоматики больных эпилепсией, сочетанной с психогенными неэпилептическими приступами, произведена интерпретация полу-

ченных результатов.

**Ключевые слова:** эпилепсия, коморбидные расстройства, психогенные неэпилептические приступы, псевдо-приступы, диссоциативные двигательные расстройства, истерические припадки.

## CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH EPILEPSY IN COMBINATION WITH PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES

E.V. Kim, V.V. Kalinin

The article presents the data of a comparative analysis of clinical characteristics, affective state, and psychopathological symptoms of patients with epilepsy in combination with psychogenic non-epileptic seizures, as

well as an attempt to interpret the results obtained.

**Keywords:** epilepsy, comorbid disorders, psychogenic non-epileptic seizures, pseudo-seizures, dissociative motor disorders, hysterical seizures.

**Ким Евгений Вадимович** – врач-психиатр отделений «Неотложной психиатрической и психологической помощи при ЧС», «Приемное отделение» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: kim.e@serbsky.ru

**Калинин Владимир Вениаминович** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела экзогенно-органических расстройств и эпилепсии «Московского научно-исследовательского института психиатрии» – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: doct.kalinin@mail.ru