

## РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ

*Марина Валерьевна Усюкина, Марина Вячеславовна Лаврушич**Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского,  
119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23, e-mail: lmv16534@gmail.com*

Реферат. В статье описана клинико-психопатологическая характеристика изменений личности у больных эпилепсией. Выделены различные патохарактерологические особенности с преобладанием эксплозивного и дефензивного вариантов изменений личности. Изучена взаимосвязь между характеристиками вызванного потенциала P300 и психопатологическими особенностями личности больных эпилепсией, а также степень predisposition к агрессивному поведению.

Ключевые слова: эпилепсия, расстройство личности, вызванные потенциалы, ЭЭГ.

## PERSONALITY DISORDERS AT EPILEPSY

Marina V. Usykina, Marina V. Lavrushchik

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry  
and Narcology, 119034 Moscow, Kropotkinsky lane, 23,  
e-mail: lmv16534@gmail.com

The article presents the clinical and psychopathological characteristics of personality disorders in patients with epilepsy. Various features with a domination explosive and defensive version of personality changes in patients with epilepsy were described. The relation between the characteristics of the event-related potentials P300 and psychopathological personality characteristics of patients with epilepsy. It was also shown the structure and the degree of predisposition to various forms of aggressive behavior.

Key words: epilepsy, personality disorders, event-related potentials, EEG.

**Т**ипичные и характерные изменения личности, наряду с пароксизмальными состояниями, представляют собой важный диагностический признак эпилепсии. Изменения личности выявляются у 18% больных эпилепсией [15]. N. Geschwind, M. Trimble подчеркивают дискуссионность термина «эпилептическая личность», в то время как D. Bear et al. настаивают на данном определении [10, 13, 18]. А.И. Болдырев [1] считал, что термин «эпилептическая личность» неправилен, так как он не отражает всего многообразия личностных характеристик больных эпилепсией, правильнее, как считает автор, говорить об изменениях личности при эпилепсии. По данным М.В. Усюкиной, Т.А. Шахбази [8] для верификации эпилептической природы психических нарушений у больных эпилепсией наиболее значимыми являются специфические изменения личности и дефицитарные нарушения мышления.

Существуют различные гипотезы, объясняющие причины возникновения характерологических изменений у больных эпилепсией: конституциональная,

органическая, гипотеза локальной обусловленности, обусловленности изменений личности от прогрессивности эпилептического процесса, от формы эпилепсии, гипотеза лекарственного происхождения характерологических изменений у больных эпилепсией, психогенного их происхождения [7].

В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение окружающих, а также на осознание своей болезни и связанных с ней дефектов [9]. S. Waxman и N. Geschwind [19] выделили такие признаки измененного поведения при эпилепсии, как усиление эмоций, обстоятельность, снижение сексуальной активности и гиперграфию. Авторы обозначили это состояние как «интериктальный поведенческий синдром», за которым в последующем в психиатрической литературе закрепилось название «синдром Gastaut–Geschwind».

D. Blumer et al. [11] «ключевым» в личности больных эпилепсией считают «конфликт» между периодически возникающим у них гневом, раздражением и присущим им добродушием, готовностью помочь и повышенной религиозностью.

S.D. Broicher, G. Kuchukhidze et al. [12] указывают, что социальное «отвержение» больных эпилепсией ведет к недостаточности контактов больного с другими, постепенно формирует у него замкнутость, нелюдимость, непонимание и нежелание следовать социальным нормам. Появление в результате этого нерешительной, мнительной, сверхчувствительной к оценкам окружающих личности, гиперсоциального больного со всеми присущими такому типу чертами (педантичность, исполнительность, прилежность и т.д.) или, напротив, человека с выраженной антисоциальной направленностью интересов и поведения зависит в большей мере от преморбидных особенностей индивида, уровня его психического и личностного развития, микросоциального окружения. А.А. Земляная [6], В. Hermann et al. [14] отмечают, что «классические» эпилептические изменения личности более связаны с ранним дебютом припадков, наличием органической патологии головного мозга, мнестико-интеллектуальной недостаточностью.

Формирование изменений личности у больных эпилепсией на начальных этапах заболевания идет параллельно с развитием самой болезни. При увеличении сроков болезни выявляется тенденция к усилению таких свойств и проявлений, как ипохондричность, снижение фона настроения и самооценки,

социальная интроверсия, склонность к формированию чувства собственной неполноценности [3].

Установлено, что для больных эпилепсией с длительным течением болезни (свыше 10 лет) характерны сосредоточенность на своих недостатках, чувство неполноценности, затрудненность в общении, социальная робость и зависимость, а также высокий уровень психопатизации, проявляющийся в холодном отношении к людям, напористости, упрямстве в межличностных взаимодействиях, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтных ситуаций [4].

Многие исследователи связывают появление тех или иных изменений психики с локализацией и латерализацией эпилептического очага. А.М. Pizzi, J.S. Chapin et al. [16], сравнивая личностные профили пациентов с лобной и височной эпилепсией, выявили преобладание эмоциональной лабильности, трудностей взаимоотношений (мания, тревога, антисоциальность, подверженность стрессу и отсутствие выносливости) у больных височной эпилепсией и признаков лобной дисфункции у больных с фронтальной эпилепсией. S.D. Broicher, G. Kuchukhidze et al. [12] указывают на нарушение распознавания основных эмоций у больных височной эпилепсией. По данным D.Tranel, A.Bechara [17] префронтальная кора связана с социальным поведением, обработкой эмоций и принятием решений.

Все это свидетельствует о неоднозначности научных взглядов на природу личностных особенностей больных эпилепсией, демонстрирует неразработанность множества аспектов данной проблемы. Проведен анализ данных, полученных при исследовании 84 больных, в возрасте от 18 до 57 лет (средний возраст 32 года), находящихся на обследовании в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, которым был установлен диагноз: «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F07.02). Для квалификации психических нарушений, их динамики и прогноза применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический методы исследования. Проведено исследование показателей Р300 (совместно с лабораторией нейрофизиологии), отражающего процессы распознавания, запоминания, сравнения стимула и принятия решения. Для получения Р300 использовали аудиальную стимуляцию по стандартной парадигме oddball с вероятностью предъявления целевого стимула 20%. Анализировали амплитуду и латентность Р300. Проводилось также психометрическое тестирование, направленное на количественную оценку структуры и степени предрасположенности к различным формам гетеро- и аутоагрессивного поведения (тест Басса–Дарки).

В результате проведенного исследования были сформированы две группы сопоставимых по возрасту больных эпилепсией: 1) взрывчатый тип (44 чел., 52%), 2) дефензивный тип (40 чел., 48%). Данное деление основывалось на представлении о наличии

патобиологически значимых различий личностных расстройств, образующих противоположные полюса, при общности эпилептических патогенетических механизмов в целом.

К взрывчатому типу (1-я группа) были отнесены такие личностные особенности как эмоциональная напряженность, взрывчатость, брутальность, склонность к гневливо-злобным реакциям, жестокость, агрессивность. Дефензивный тип (2-я группа) включал вязкость аффекта, медлительность, тяжеловесность, сензитивность, внушаемость, подчиняемость, педантизм. Термин «дефензивный» («защитный, пассивно-оборонительный») по своему содержанию противоположен термину «агрессивный». Клинической сутью дефензивности является борьба тягостного чувства неполноценности с ранимым самолюбием, выражающаяся и в нравственно-этических, и в опихондрических переживаниях [2]. Дефензивность — эмоциональная вязкость, склонность застревать в том или ином эмоциональном состоянии [5]. При эмоциональной вязкости реакции сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых объектах. Вместо того, чтобы отреагировать, личность сосредоточивается на обидах, неудачах. У больных первой группы отмечались раздражительность, вспыльчивость, брутальность, жестокость со склонностью к внезапным аффективным взрывам из-за незначительного повода или невыполнения требования больного, длительными воспоминаниями о неприятном эпизоде, без сожаления о содеянном. Они с трудом могли контролировать свое поведение с готовностью к бурным аффективным разрядам, с гневливо-злобной реакцией на критические замечания с отстаиванием справедливости и правдивости своих взглядов. Больные не могли адаптироваться в трудовом коллективе, не могли следовать необходимым дисциплинарным обязанностям, руководствовались исключительно «своим пониманием» ситуации. С течением заболевания на фоне нарастания когнитивных нарушений, утраты гибкости, подвижности психических процессов отмечалось появление эгоцентризма, своенравности, придирчивости, упрямства, мелочности. У них наблюдались трудности в осмыслении с невозможностью выделения главного, сугубой конкретностью мышления, неспособность к абстрагированию и усвоению новой информации, выраженные мнестические расстройства, что в совокупности способствовало стойкому снижению всех сфер познавательной деятельности.

Трудности адаптации в социальных и трудовых сферах больных второй группы были обусловлены такими особенностями психики, как крайняя медлительность, неторопливость, быстрая утомляемость, низкий темп мышления, что приводит к неспособности полноценно выполнять необходимую трудовую деятельность. У них отмечалось снижение энергетического потенциала, сужение круга интересов обыденными ситуациями, фиксацией на своем здоровье,

сверхценному отношению к нему. Так, некоторые больные отказывались от выполнения различной работы опасаясь ухудшить течение заболевания, они были не уверены в себе, своих силах и возможностях, ссылаясь на недомогание, усталость, судорожные пароксизмы. Они стремились ограничить круг обязанностей, не участвовать в активной деятельности. У них также наблюдались психогенные дисфорические реакции, неадекватные по отношению к вызвавшему их поводу, вязкой агрессивной настроенностью с длительными воспоминаниями о неприятном эпизоде и последующем сожалением о содеянном. У больных отмечалась вялость, пассивность, внушаемость, тревожность, мнительность со склонностью к избеганию конфликтов. По мере прогрессирования заболевания они становились более медлительными, тяжеловесными, нарастала ригидность как в мыслительной, так и в аффективной сфере, что сопровождалось обидчивостью, злопамятностью с фиксацией на отрицательных эмоциях, частыми возвращениями к различным ситуациям, которые, по их мнению «сильно повлияли на жизнь». Они становились более привержены устоявшимся у них правилам, старались не допускать отклонений от заведенного им порядка, проявляющиеся в педантизме, чрезмерной аккуратности, иногда назойливости.

Проведенное нейрофизиологическое исследование обнаружило отчетливые изменения показателей P300 у больных эпилепсией. Наиболее выраженные отклонения от нормы наблюдались у лиц с взрывными личностными чертами. Для этой группы больных были характерны значительное снижение амплитуды и увеличение латентности P300, а также нарушения межполушарного баланса по показателям межполушарной асимметрии. При преобладании дефензивных особенностей личности отмечено значимое снижение амплитуды P300 по сравнению с группой нормы, однако не наблюдалось увеличения латентности P300. Сравнение больных по показателю амплитуды P300 выявило достоверно более низкие значения в группе взрывных больных только в правом височном отведении, а по показателю латентности — также в правом височном отведении и в лобных отведениях, локализация которых соотносится с префронтальной корой.

При анализе структуры агрессивных форм поведения, выполненного с помощью теста Басса–Дарки, значения всех шкал были наиболее высокими в группе взрывных больных. Статистически значимые различия при сравнении взрывных и дефензивных больных эпилепсией получены по шкалам физической ( $p<0,05$ ) и вербальной ( $p<0,01$ ) агрессии, а также по общему индексу агрессивности ( $p<0,01$ ). При сравнении с группой нормы у взрывных больных также была существенно выше шкала подозрительности ( $p<0,05$ ). У дефензивных больных шкалы теста зачастую были ниже, чем в группе нормы, при достоверных различиях по шкале косвенной агрессии ( $p<0,05$ ).

Особый интерес представляют результаты корреляционного анализа характеристик потенциала P300 (амплитуды и латентности) со шкалами теста Басса–Дарки. В группе взрывных больных обнаружено 65 статистически значимых корреляций ( $p<0,05$ ), при этом подавляющее большинство (93%) их относилось к показателю латентности P300. В группе дефензивных больных обнаружено лишь 4 значимые корреляции.

Таким образом, изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами — взрывным и дефензивным с преимущественно глишроидными (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) чертами. Выявлена взаимосвязь между характеристиками вызванного потенциала P300 и особенностями личности больных эпилепсией. Выраженность и локализация нарушений вызванного потенциала P300 у больных эпилепсией свидетельствует о значительных изменениях в височных отделах правого полушария и префронтальной коры, характеризующих более значительную мозговую дисфункцию у взрывных больных по сравнению с дефензивными. Значительное количество значимых корреляций между шкалами Басса–Дарки и характеристиками потенциала P300, обнаруженное в группе взрывных больных, свидетельствует о важной роли нейробиологических факторов в формировании агрессивности как черты личности у больных эпилепсией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1997. 207 с.
2. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический Проект. Деловая книга, 2006. 90 с.
3. Громов С.А. Непсихотические психические расстройства и изменения личности на начальных стадиях эпилепсии // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2015. №2. С.18–23.
4. Железнова Е.В., Токарева Н.Г. Клинико-психологические характеристики расстройств функционирования при эпилепсии // Российский психиатрический журнал. 2017. № 3. С. 27–32.
5. Жмуров В.А. Психопатология. Часть II. Нижний Новгород: НГМА. 2002. 130 с.
6. Земляная А.А. Психические расстройства у больных эпилепсией юношеского возраста: автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.00.18. М., 2006. 35 с.
7. Незнанов Н.Г. Психические расстройства при эпилепсии / Психиатрия: национальное руководство [Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др.]. М., 2009. 651 с.
8. Усюкина М.В., Шахбази Т.А. О соотношении позитивных и негативных расстройств при эпилепсии // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. №3. С. 22–25.
9. Austin J.K. et al. Behavior problems in children before first recognized seizures // Pediatrics. 2001. Vol. 107. P. 96–102.
10. Bear D. Behavioral alterations in patients with temporal lobe epilepsy // Psychiatric aspects of epilepsy. Washington: American psychiatric press, 1984. 227 p.
11. Blumer D. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy // Epilepsy & Behavior. 2004. Vol. 5 (6). P. 826–840.

12. Broicher S.D. et al. «Tell me how do I feel» – emotion recognition and theory of mind in symptomatic mesial temporal lobe epilepsy // *Neuropsychologia*. 2012. Vol. 50 (1) P. 118–128.
13. Geschwind N. Pathogenesis of behavior change in temporal lobe epilepsy. In: Ward A.A., Penry J.K., Purpura D.P. *Epilepsy*. New York: Raven Press, 1983. 370 p.
14. Hermann B. et al. Brain development in children with new onset epilepsy: A prospective controlled cohort investigation // *Epilepsia*. 2010. Vol. 51 (10). P. 2038–2046.
15. Matsuura M., Oana Y. et al. A Multicenter Study on the Prevalence of Psychiatric Disorders among New Referrals for Epilepsy in Japan // *Epilepsia*. 2003. Vol. 44 (1). P. 107–114.
16. Pizzi A.M. et al. Comparison of personality traits in patients with frontal and temporal lobe epilepsies // *Epilepsy & Behavior* 2009. Vol. 15 (2). P. 225–229.
17. Tranel D. Sex-related functional asymmetry of the amygdala: preliminary evidence using a case-matched lesion approach // *Neurocase*. 2009. Vol. 15 (3). P. 217–234.
18. Trimble V.R. Psychiatric aspects of epilepsy // *Psychiatric Development*. 1987. Vol. 5 (4). P. 285–300.
19. Waxman S.G., Geschwin N. The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1975. Vol. 32. P.1580–1586.

## REFERENCES

1. Boldyrev A.I. *Sotsial'nyi aspekt bol'nykh epilepsiei*. Moscow: Meditsina, 1997. 207 p. (in Russian)
2. Burno M.E. *Klinicheskaya psikhoterapiya*. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: Akademicheskii Proekt. Delovaya kniga, 2006. 90 p. (in Russian)
3. Gromov S.A. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya*. 2015. №2. pp.18–23. (in Russian)
4. Zheleznova E.V., Tokareva N.G. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2017. № 3. pp. 27–32. (in Russian)
5. Zhmurov V.A. *Psikhopatologiya. Chast' II*. Nizhnii Novgorod: NGMA. 2002. 130 p. (in Russian)
6. Zemlyanaya A.A. *Psikhicheskie rasstroystva u bol'nykh epilepsiei yunosheskogo vozrasta: Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2006. 35 p. (in Russian)
7. Neznakov N.G. In: *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [ed. T.B. Dmitrieva, V.N. Krasnov, N.G. Neznakov et al.]. Moscow, 2009. 651 p. (in Russian)
8. Usyukina M.V., Shakhbazi T.A. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2013. №3. pp. 22–25. (in Russian)

Поступила 20.09.18.

УДК 616.8–005–053.31:618.3

## ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Лейсан Камилевна Каримова<sup>1</sup>, Дина Дамировна Гайнетдинова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, 420138, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 140, email: leysan.karimova.83@mail.ru,

<sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Реферат. Были изучены особенности и факторы риска перивентрикулярных кровоизлияний у новорожденных, родившихся от беременных на фоне противосвертывающей терапии по поводу гиперкоагуляционного синдрома. Получение противосвертывающей терапии матерями новорожденных сопровождалось их более тяжелым состоянием при рождении по сравнению с детьми, матери которых не получали таковую, а также более медленной динамикой мышечно-постурального тонуса, параметров нервно-психического развития и снижением темпов психомоторного развития.

Ключевые слова: гиперкоагуляционный синдром, новорожденный, перивентрикулярное кровоизлияние, противосвертывающая терапия.

### CHARACTERISTICS OF PERIVENTRICULAR HAEMORRHAGES AND RISK FACTOR IN NEWBORNS OF MOTHERS WITH HYPERCOAGULATION SYNDROME

Leysan K. Karimova<sup>1</sup>, Dina D. Gajnetdinova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Children's Republic Clinical Hospital of the Health Ministry of the Republic of Tatarstan, 420138, Kazan, Orenburgsky tract, 140, e-mail: leysan.karimova.83@mail.ru, <sup>2</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Butlerov street, 49

There were evaluated characteristics of periventricular haemorrhages (PVH) and risk factors in newborns of mothers receiving antiplatelet and anticoagulation therapy during pregnancy with hypercoagulation syndrome. Maternal antiplatelet and anticoagulation therapy during pregnancy was associated with more severe condition of newborns and a significantly slower progress of postural muscle tone, neuropsychological and psychomotor

development compared to newborns with no antiplatelet and anticoagulation therapy during pregnancy.

Key words: hypercoagulation syndrome, newborn, periventricular hemorrhage, anticoagulation therapy.

**П**еривентрикулярное кровоизлияние (ПВК) – один из подтипов неонатального инсульта, вследствие которого формируются тяжелые двигательные нарушения, задержка психического и речевого развития [3]. Кровоизлияние происходит в область герминативного матрикса вследствие разрыва мелких вен между хвостатым ядром и зрительным бугром [1]. Основными неврологическими исходами у детей, перенесших ПВК являются трудности в обучении и нарушения поведения (53%), расстройства движения и ДЦП (28%), органическое поражение ЦНС (14%), эпилепсия (5%), гидроцефалия (3%), амблиопия/амавроз (3%) [2]. В настоящее время отсутствуют данные о влиянии противосвертывающей терапии во время беременности на частоту возникновения ПВК и особенностей их течения у новорожденных.

**Цель исследования:** изучить особенности и факторы риска ПВК у новорожденных, родившихся от беременных на фоне противосвертывающей терапии (ПСТ) по поводу гиперкоагуляционного синдрома (ГКС).

**Материалы и методы.** Было обследовано 112 новорожденных от одного до 15 дней жизни с ПВК ≥ 5 мм по данным нейросонографии (НСГ) на 5–7-й день жизни. Все дети были разделены на 3 группы: 1-я – 37 (33,0%),