

# ДЕПРЕССИВНЫЕ, ТРЕВОЖНЫЕ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.В. Кузьмина,  
Москва

*Депрессивные, обсессивно-фобические, тревожные, а также другие аффективные расстройства являются факторами, которые наряду с эпилептическими приступами осложняют течение эпилепсии, препятствуют полноценному восстановлению здоровья пациентов даже при достижении ремиссии припадков и значительно затрудняют социальную адаптацию лиц, страдающих эпилепсией. Поэтому изучение и своевременная корректная диагностика этих расстройств позволит избрать правильную терапевтическую тактику по их предупреждению и лечению, полноценно восстановить здоровье больных эпилепсией, облегчит психосоциальную реабилитацию таких пациентов и, как следствие, поможет пациентам в оптимизации их качества жизни — вопросах учебы, трудоустройства, семьи и пр.*

**Ключевые слова:** обсессивно-фобические расстройства, тревожные расстройства, эпилепсия, депрессия.

Принципы современной терапии эпилепсии диктуют необходимость не только достижения медикаментозной ремиссии эпилептических припадков, но и помощи пациенту в оптимизации его качества жизни. Ведь общеизвестен тот факт, что на качество жизни пациента с эпилепсией огромное влияние, помимо отсутствия приступов, оказывает его психосоциальная адаптация к своему заболеванию, связанные с ним ограничения в повседневной жизни, а также наличие или отсутствие у него различных непсихотических психических расстройств [1, 2, 6]. К этим расстройствам можно отнести депрессивные и субдепрессивные состояния, обсессивно-фобические и тревожные, а также другие аффективные расстройства. Они могут развиваться как в структуре самого заболевания (эпилепсии), так и быть проявлением реакции пациента на свою болезнь. Многие авторы утверждают, что аффективные расстройства, характерные для пациентов с эпилепсией (депрессии, тревожные состояния), обусловлены в первую очередь бременем жизни с хроническим инвалидизирующим неврологическим расстройством [1, 3, 7]. Действительно, стигматизация крайне осложняет такие социальные вопросы, как обучение, трудоустройство больных эпилепсией, создание ими семьи. Возникающие как следствие переживания своего заболевания, присоединяющиеся к приступам различные непсихотические психические расстройства, в свою очередь, усугубляют течение эпилепсии, зачастую имея затяжное течение. Изучение данных расстройств очень важно, так как часто, несмотря на достигнутую ремиссию припадков, именно они

являются препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациентов.

Депрессия — наиболее часто встречающееся при эпилепсии психопатологическое расстройство. По данным различных авторов, депрессия встречается среди больных эпилепсией в 27–58 % случаев [5, 6, 8]. Более того, некоторые исследователи убеждены, что в развитии эпилепсии и депрессии имеются общие биологические механизмы, и как следствие этого наличие депрессии у пациента может способствовать плохому прогнозу и в отношении эпилептических припадков. Причем классические депрессивные эпизоды редко встречаются у больных эпилепсией, в большинстве случаев они проявляются атипично (проблемы со сном, изменения аппетита, снижение либидо, торможение или излишняя возбудимость, трудности с концентрацией внимания и нарушение поведения) [9].

В нашем исследовании депрессивные и субдепрессивные расстройства выявлены у 42,2 % обследованных, причем 25,5 % из них — женского пола. Психотравмирующая ситуация, которая способствовала развитию депрессивных расстройств, в 33,6 % случаев возникала в семейно-бытовой сфере, у 16,1 % пациентов — в профессиональной сфере, в 50,3 % случаев — и на работе, и дома. У 89,8 % обследованных изменения настроения происходили именно в ответ на психотравмирующую ситуацию.

Последние исследования показали, что и депрессия, и эпилепсия могут быть вызваны одними и теми же причинами. В настоящее время выявлен целый ряд общих для эпилепсии и депрессии патогенетических биологических механизмов [7, 9]. Более того, не только наличие эпилепсии повышает риск развития депрессии, но и признаки депрессивных расстройств и суицидальных мыслей у больного являются факторами риска развития у него в дальнейшем неспровоцированных приступов и эпилепсии. Было показано, что риск заболеть эпилепсией у пациента с депрессией в 4–7 раз выше, чем в популяции [2, 3, 7].

В нашем исследовании депрессивные расстройства до развития эпилептических приступов были у 46,3 % пациентов. Таким образом, наличие депрессии в анамнезе следует рассматривать как фактор риска для последующего возникновения эпилепсии.

Отдельного рассмотрения заслуживают депрессивные расстройства, развившиеся вследствие употребления антиэпилептических препаратов (АЭП). Согласно данным литературы, расстройства настроения, связанные с приемом АЭП, могут напоминать симптомы эндогенной депрессии [2]. Действительно, в 20,8 % случаев у обследованных возникали депрессивные состояния с беспричинной сменой настроения, немотивированной раздражи-

тельностью, которые при смене АЭП нивелировались и исчезали совсем. Это обстоятельство подтверждает важность правильной трактовки развития симптомов депрессии.

Ряд ученых указывают на снижение частоты приступов у пациентов перед манифестацией депрессии [7, 9]. Mendez et al. обнаружили, что у пациентов с эпилепсией, ассоциированной с депрессией, регистрировалось меньшее количество генерализованных судорожных приступов, нежели у больных, не имеющих аффективных расстройств. Авторы предположили, что нереактивная депрессия может быть следствием подавления генерализации эпилептической активности из эпилептогенного очага [5]. Другие авторы описывают так называемый феномен насильственной нормализации (синдром Ландольта), в основе которого лежит биологический антагонизм между продуктивной психотической симптоматикой (чаще всего депрессивными проявлениями) и эпилептическими приступами. Причем указывается, что этот феномен является разновидностью интериктального эпилептического психоза и может рассматриваться как осложнение терапии (медикаментозной и/или хирургического лечения). Феномен насильственной нормализации наблюдается крайне редко, хотя, по данным некоторых исследований, он определяется в 8 % всех психозов при эпилепсии [9].

В нашем исследовании такое снижение частоты приступов с нарастающими депрессивными явлениями отмечалось у 2 % больных, причем жалобы на депрессию для них были более актуальны, чем эпилептические приступы, больные заявляли об «очень плохом самочувствии», притом что показатели ЭЭГ у них имели существенную положительную динамику.

Интересным является тот факт, что в разных исследованиях были получены противоречивые данные о том, что касается большей встречаемости депрессии у мужчин и женщин, больных эпилепсией [9]. Большинство зарубежных исследований подчеркивает большую встречаемость депрессии у мужчин с эпилепсией, что особенно интересно с учетом того, что принадлежность к женскому полу — несомненный фактор риска развития депрессии в общей популяции [9].

Согласно нашим наблюдениям, проявления депрессии встречались у 45,6 % обследованных, причем женщин было 26,8 %, в то время как мужчин лишь 18,8 %. По-видимому, жизнь в мегаполисе предъявляет к женщине повышенные требования и в утверждении своего положения в обществе, на работе, помимо традиционных семейных забот, и в обеспечении материального достатка.

Тревожность и множественные страхи, как правило, становятся постоянными спутниками людей с эпилепсией. Больные эпилепсией боятся повторения приступов, смерти или получения травмы во время припадка. Они не без основания опасаются оказаться ограбленными или беспомощными на улице во время приступа, столкнуться с проявлениями нетерпимости со стороны окружающих. Это нередко приводит к тому, что многие пациенты неделями не выходят из дома и смиряются со своим состоянием, теряя веру в

лечение и возможность улучшения своего здоровья. Естественно, это создает трудности в социальной реабилитации такого пациента, затрудняет учебу, поиски работы, попытки завести свою семью, иногда даже приводит к полному одиночеству.

Так, в нашем исследовании тревожность как черта характера присутствовала практически постоянно в 19,5 % случаев, у 32,8 % обследованных она возникала ситуационно-обусловленно, определяя в конечном итоге развитие тревожных расстройств у 26,1 % пациентов.

У 49,6 % обследованных был выражен обсессивно-фобический синдром. Наиболее часто встречающейся была фабула страха повторения припадка — 73,8 % пациентов, причем в 41,6 % случаев — у больных женского пола. Здесь следует отметить, что страх повторения припадка характерен для пациентов с относительно недавним дебютом приступов, больные с «долгой болезнью» настолько свыкались с припадками, что переставали обращать на них внимание. Некоторые больные опасались не столько самого приступа, сколько вероятности получить телесные повреждения. Страх телесных повреждений (50,3 %) или страх смерти во время припадка (32,8 %) легче формировался у пациентов с психастеническими чертами личности с предшествующими несчастными случаями и ушибами в связи с припадками. Страх передачи болезни потомству (53,0 % случаев) вынуждал больных эпилепсией оставаться одинокими, не заводить семью и детей. Страхи увольнения с работы (38,9 %) и отстранения от учебы (8,7 %) были не беспочвенны: всем известно, насколько стигма больных эпилепсией мешает их трудоустройству. Припадка в присутствии окружающих боялись 42,2 % обследованных, причем 25,5 % из них были женского пола. Страх посещения общественных мест выявлен в 28,8 % случаев. Страх побочного действия препаратов, наблюдающийся у 37,5 % лиц, страдающих эпилепсией, также имел под собой основания: у 75,8 % обследованных имели место соматические нарушения вследствие длительного употребления АЭП (тошнота, облысение, гепато- и нефротоксичность, изменение формулы крови, сыпь и т. п.), что, возможно, объяснялось преимущественной политерапией (73,1 %) в основном «старыми» АЭП у 63,8 % больных.

Таким образом, можно предположить, что некорректная терапия, неправильная чрезмерная реакция пациента на свою болезнь порождали фобии и как следствие — тревожные и депрессивные расстройства. Работа с такими пациентами требует от врача способностей психолога, а в некоторых ситуациях необходима коррекция указанных расстройств с помощью психотропных препаратов. Кроме того, важной задачей эпилептолога становится проведение бесед с родственниками пациента, направленных на создание нужной атмосферы в семье, положительно влияющей на психологическое состояние больного эпилепсией. Необходимо подчеркивать, что забота и внимание к пациенту со стороны родственников не должны перерастать в гиперопеку, но в то же время недопустимо поощрять безразличное отношение больного к своему здоровью [5].

Впервые выявленное и описанное D. Blumer [4] в 1995 г. полиморфное аффективное расстройство

Таблица. Проявления интериктального аффективного расстройства (%; n = 149)

Проявления интериктального аффективного расстройства	Абс.	% от абс.	Абс. жен.	% жен.	Абс. муж.	% муж.
1. Депрессивное настроение	66	44,3	39	26,2	27	18,1
2. Анергия	79	53,0	40	26,8	39	26,2
3. Раздражительность	84	56,4	41	27,5	43	28,9
4. Кратковременные эпизоды эйфории	36	24,2	20	13,4	16	10,7
5. Эпизоды боли	89	59,7	46	30,9	43	28,9
6. Эпизоды бессонницы	96	64,4	45	30,2	51	34,2
7. Эпизоды тревоги	46	30,9	28	18,8	18	12,1
8. Эпизоды страха	55	36,9	31	20,8	24	16,1

(интериктальное аффективное расстройство) — симптомокомплекс, состоящий из 8 симптомов — депрессивного настроения, анергии (астении), боли, бессонницы, кратковременных эпизодов эйфории и раздражительности, лабильных аффективных симптомов (страха и тревоги), при наличии пяти из которых рекомендовано его диагностировать, в нашем исследовании отмечалось у 43,1 % обследованных (см. таблицу).

Косвенно довольно красноречиво свидетельствуют о наличии депрессивных расстройств и такие выявленные нами характеристики лиц, страдающих эпилепсией, как позитивные и негативные эмоции.

Что касается положительных эмоций, то 28,2 % опрошенных не испытывали оптимизма, 20,1 % пациентов совсем не наслаждались жизнью или наслаждались ей слабо, 27,5 % больных относительно мало или совсем не испытывали положительных чувств в своей жизни. Зато о том, что довольно часто испытывают негативные эмоции, заявили 51,7 % опрошенных. При этом чувства печали, тревоги и депрессии влияли, по мнению больных, на их повседневную деятельность относительно сильно (36,2 %) и предельно сильно (15,4 %). При этом «депрессивные чувства» беспокоили относительно сильно 29,5 % больных и 11,4 % — предельно сильно.

На основании изложенного можно заключить, что депрессивные, обсессивно-фобические, тревожные, а также другие аффективные расстройства являются факторами, которые наряду с эпилептическими приступами осложняют течение заболевания, препятствуют полноценному восстановлению здоровья пациентов даже при достижении ремиссии припадков и значительно затрудняют социальную адаптацию лиц, страдающих эпилепсией. Поэтому изучение и своевременная корректная диагностика этих расстройств позволит избрать правильную терапевтическую тактику по их предупреждению и лечению, полноценно восстановить здоровье больных эпилепсией, облегчат психосоциальную реабилитацию таких пациентов и, как следствие, помогут пациентам в оптимизации их качества жизни — вопросах учебы, трудоустройства, семьи и пр.

#### Литература

1. Бурд С.Г., Ридер Ф.К., Бадалян О.Л., Авакян Г.Г., Чуканова А.С. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали // РМЖ. — 2008. — Т. 16, № 12. — С. 1–5.

2. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. — М.: Гэотар-Медиа, 2009. — 252 с.

3. Максимова А.Л., Железнова Е.В. Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 25. — С. 12–14.

4. Blumer D., Altshuler L.L. Affective disorders // *Epilepsy/Ed by Engel et al.* — Philadelphia etc.: Lippincott — Raven. — 1998. — P. 16–26.

5. Dudra-Jastrzebska M. et al. Mood disorders in patients with epilepsy // *Pharmacological reports*, 2007, 59, 369–378.

6. Harden C.L. The comorbidity in chronic epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment // *Neurology*, 2002, Vol. 59 (6 Suppl. 4), 48–550.

7. Kanner A.M. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders // *Epilepsy Currents*, 2006, Vol. 6, № 5, (September/October), 141–146.

8. Kimiskidis Vasilios K et al. Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables // *Annals of General Psychiatry*, 2007, № 6, 28.

9. Sookyong Koh et al. Depressive behavior and selective down-regulation of serotonin receptor expression after early-life seizures: reversal by environmental enrichment // *Epilepsy Behav.*, 2007, February, № 10 (1), 26–31.

#### Depressive, disturbing and frustration obsessivno-fobicheskie at patients with epilepsy

M.V. Kuzminova  
Moscow

Depressive, obsessivno-fobichesky, disturbing, and also other affective frustration are factors which along with epileptic attacks complicate the course of epilepsy, interfere with full recovery of health of patients even at achievement of remission of attacks and considerably complicate social adaptation of the persons having epilepsy. Therefore studying and timely correct diagnostics of these frustration will allow to choose the correct therapeutic tactics according to their prevention and treatment, fully to restore health of patients with epilepsy, will facilitate psychosocial rehabilitation of such patients, and as a result, will help patients with optimization of their quality of life — questions of study, employment, a family and so forth.

**Key words:** obsessivno-fobichesky frustration, disturbing frustration, epilepsy, depression.