

УДК 616.853-05:159.923

<https://doi.org/10.23888/HMJ2022104381-390>

Психологические и поведенческие особенности больных с фармакорезистентной эпилепсией

О. В. Евдокимова[✉], В. А. Жаднов, У. Элми, А. О. Буршинов

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку: Евдокимова Ольга Валерьевна, edokimova72@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Фармакорезистентная эпилепсия (ФРЭ) диагностируется у 30% всех больных эпилепсией, вызывая нарушения психологического, социального благополучия, а также развитие внутриличностных конфликтов и механизмов психологической защиты. Психотравмирующая роль диагноза эпилепсии усугубляется ограничениями в повседневной и профессиональной деятельности больных.

Цель. Проанализировать психологические и поведенческие особенности больных с ФРЭ по сравнению с пациентами с успешно контролируруемыми приступами.

Материалы и методы. Было исследовано 60 пациентов с диагнозом эпилепсия в возрасте от 20 до 75 лет, которые были распределены на 2 группы: 30 пациентов с фармакорезистентной эпилепсией и 30 пациентов с успешно контролируемым приступами. В исследовании применялись следующие психометрические методики: тест Айзенка; тест Стреляу; Фрайбургский многофакторный личностный опросник (FPI); Торонтская алекситимическая шкала; шкала манипулятивного отношения Т. Банта; тест «Склонность к саморазрушению»; тест внутриличностных конфликтов В. Лаутербаха; опросник «Типы поведения в конфликте» К. Томаса – Р. Килмана. Оценка статистических различий между группами осуществлялась с помощью непараметрической статистики, достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У больных с фармакорезистентной эпилепсией были выявлены более высокий уровень тревожности и алекситимии, меньший уровень спонтанной и реактивной агрессии, уравновешенности, чем у пациентов контрольной группы. Больные с фармакорезистентной эпилепсией демонстрируют более высокий показатель склонности к манипулятивному поведению и более низкий — к саморазрушающему поведению, чем больные с успешным контролем приступов. Спектр внутриличностных конфликтов у больных с фармакорезистентной эпилепсией представлен дисбалансом между потребностями в доминировании, достижениях, независимости и пассивным избеганием, подчинением, нереализованными возможностями. В межличностных конфликтах эти пациенты склонны к избегающему поведению, в то время как больные контрольной группы демонстрируют гибкость поведения, используя все возможные стратегии поведения. В целом пациенты с ФРЭ имеют психологические и поведенческие характеристики, типичные для больных эпилепсией, но выраженные в большей степени. Однако у больных с ФРЭ мы выявили меньший уровень агрессии и склонности к саморазрушающему поведению, чем у пациентов с успешно контролируемым приступами, что может объясняться компенсирующим влиянием персистирующих приступов на высокую агрессивность, а также стратегией поведения, проявляющейся в низкой комплаентности при одновременной тенденции к манипулятивному поведению при взаимодействии с врачом.

Заключение. Проведенное исследование выявило у больных с ФРЭ психологические и поведенческие особенности, вызывающие значительную психологическую и социальную дезадаптацию, требующие коррекции со стороны медицинских работников, психологов. Изучение психологических особенностей пациентов с эпилепсией представляется нам перспективным для оптимизации индивидуальной стратегии лечения.

Ключевые слова: фармакорезистентная эпилепсия; психологические особенности; алекситимия; комплаентность

Для цитирования:

Евдокимова О. В., Жаднов В. А., Элми У., Буршинов А. О. Психологические и поведенческие особенности больных с фармакорезистентной эпилепсией // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2022. Т. 10, № 4. С. 381–390. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022104381-390>.

<https://doi.org/10.23888/HMJ2022104381-390>

Psychological and Behavioral Features of Patients with Pharmacoresistant Epilepsy

Ol'ga V. Evdokimova[✉], Vladimir A. Zhadnov, Oussema Elmi, A.O. Burshinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

Corresponding author: Ol'ga V. Evdokimova, edokimova72@mail.ru

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pharmacoresistant epilepsy (PRE) is diagnosed in 30% of all patients with epilepsy, causing disorders in psychological and social well-being, as well as the development of intrapersonal conflicts and psychological defense mechanisms. The psychotraumatic role of the epilepsy diagnosis is deepened by restrictions in the daily and professional activities of patients.

AIM: To analyze the psychological and behavioral characteristics of patients with PRE compared with patients with successfully controlled seizures.

MATERIALS AND METHODS: We studied 60 patients diagnosed with epilepsy aged 20 to 75 years, who were divided to 2 groups: 30 patients with pharmacoresistant epilepsy and 30 patients with successfully controlled seizures. The following psychometric methods were used in the study: Eysenck's test; Strelau test; Freiburg Multivariate Personality Inventory (FPI); Toronto alexithymic scale; T. Bant's scale of manipulative attitude; test 'Tendency to self-destruction'; test of intrapersonal conflicts by V. Lauterbach; questionnaire 'Types of behavior in conflict' by K. Thomas – R. Kilman. Statistical differences between the groups were assessed using non-parametric statistics; differences were considered significant at $p < 0.05$.

RESULTS: The patients with PRE showed a higher level of anxiety and alexithymia, a lower level of spontaneous and reactive aggression and tranquility compared to the patients of the control group. Patients with PRE show a higher tendency to manipulative behavior and a lower tendency to self-destructive behavior than patients with successful seizure control. The spectrum of intrapersonal conflicts in patients with PRE is represented by an imbalance between the needs for dominance, achievements, independence and passive avoidance, submission, unrealized opportunities. In interpersonal conflicts, these patients are prone to avoidant behavior, while patients in the control group demonstrate the flexibility of behavior using all possible behavioral strategies. In general, patients with PRE have psychological and behavioral characteristics typical of patients with epilepsy, but expressed to a greater extent. However, in patients with PRE, we found a lower level of aggression and a lower tendency to self-destructive behavior than in patients with successfully controlled seizures, which can be explained by the compensating impact of persistent seizures on high aggressiveness, as well as a behavioral strategy that manifests itself in low compliance with a simultaneous tendency to manipulative behavior when interacting with a doctor.

CONCLUSION: The conducted study revealed psychological and behavioral features of patients with PRE, causing significant psychological and social maladaptation requiring correction by medical professionals and psychologists. The research of the psychological characteristics of patients with epilepsy seems promising to us for optimizing an individual treatment strategy.

Keywords: *pharmacoresistant epilepsy; psychological features; alexithymia; compliance*

For citation:

Evdokimova O. V., Zhadnov V. A., Elmi O., Burshinov A. O. Psychological and Behavioral Features of Patients with Pharmacoresistant Epilepsy. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2022;10(4):381–390. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022104381-390>.

Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения, почти 50 млн человек во всем мире страдают эпилепсией (ВОЗ, 2019). Наиболее дезадаптирующими являются генерализованные тонико-клонические и психомоторные приступы, особенно в бодрствовании, т. к. они демаскируют приступы и создают угрозу повреждений.

В. А. Карловым было предложено следующее определение фармакорезистентной, эпилепсии (ФРЭ) — это эпилепсия, при которой применением современной адекватной терапии не удается достичь контроля над припадками или такой контроль достигается «ценой» ухудшения качества жизни, а, следовательно, и социальной адаптации пациентов [1]. Разными авторами частота ФРЭ оценивается примерно в 30% всех пациентов. В. А. Карлов различает абсолютную и относительную резистентность. В последнем случае достигается урежение приступов на 50% и более или элиминация наиболее тяжелых генерализованных тонико-клонических припадков. Также выделяют псевдорезистентность, связанную с ошибочным диагнозом эпилепсии, неадекватным выбором, нерациональным сочетанием препаратов или их дозировок.

Основными клиническими предикторами резистентности приступов являются: структурная, особенно мезиальная височная эпилепсия, высокая частота, полиморфность припадков, предшествующие психические расстройства, срыв ремиссии. К последнему чаще всего приводят депривация сна, прием алкоголя, пропуск или самопроизвольная отмена антиэпилептических препаратов (АЭП), т. е. низкая комплаентность. Показано, что до половины пациентов нарушают медицинские рекомендации. С одной стороны, неэффективность лечения вызывает у пациентов разочарование, неверие в возможность избавления от приступов, что ведет к снижению комплаентности. С другой стороны, несоблюдение врачебных рекомендаций ведет к персистенции эпилептических приступов, замыкая порочный круг [2]. К факторам, отрицательно влияющим на приверженность к терапии, относят большой стаж болезни, политера-

пию, высокую кратность приема препаратов, побочные эффекты терапии, нерегулярное обеспечение антиконвульсантами. Однако решающее значение имеют тревожно-депрессивные нарушения [3].

Кроме того, больные могут более или менее осознанно провоцировать приступы. Подобные формы поведения варьируют от пассивного пренебрежения врачебными предписаниями до активного вызывания больными приступов у самих себя. Около двух третей пациентов неосознанно стремятся сохранить некоторую частоту приступов, поскольку их наличие связано с психологическим «облегчением», который испытывает больной после приступа, или с вторичными выгодами от болезни [4].

Хроническое течение эпилепсии приводит к формированию разнообразных нарушений психологических, социальных характеристик больных, а также формированию психологических механизмов защиты, которые возникают при взаимодействии больного эпилепсией с окружающим обществом. Только 25% больных эпилепсией адекватно относятся к себе и своему заболеванию и обладают хорошей социальной адаптацией. У половины больных преобладают реакции самообвинения, чувство неполноценности; у остальных отмечается высокий уровень притязаний, они обнаруживают агрессивные тенденции, упорно добиваются своих прав [5].

Факторы развития психических и поведенческих нарушений у больных эпилепсией разнообразны и включают как структурное поражение лимбической системы, функциональную дезорганизацию работы мозга вследствие персистенции эпилептического фокуса, так и психотравмирующие факторы, прежде всего, фрустрирующую роль диагноза эпилепсии, который является ярлыком и ведет к ряду ограничений в повседневной жизни и профессиональной деятельности, а также побочное действие противосудорожных препаратов, проявляющееся в снижении внимания, темпа психических процессов [6].

Наибольшим психотравмирующим влиянием обладают судорожный или психомоторный тип приступов в бодрствовании, наличие нетрудоспособности. Среди

таких больных чаще выявляются дезадаптивные тенденции в виде аффективных нарушений и патологических изменений поведения: сосредоточенность на соматическом и психическом дискомфорте, преувеличение страданий, неверие в успех лечения, обидчивость, раздражительность, пассивное подчинение процедурам лечения, утрата интереса к жизни, регрессия как ведущий механизм психологической защиты [7, 8].

Пациенты с эпилепсией часто страдают от аффективных нарушений, особенно тревоги и депрессии, распространенность которых варьирует от 20% до 55%, и более высока при резистентности приступов к лечению [9].

Высокий уровень тревожности, депрессии и интроверсии, а также общей и эмоциональной агрессии коррелирует с неблагоприятным течением эпилепсии: течением болезни свыше 10 лет, высокой частотой приступов, наличием инвалидности [10, 11]. В развитии агрессии при эпилепсии социально-экономические факторы (низкий экономический статус, случаи насилия в семье) могут иметь существенное значение. При психомоторных припадках агрессия может быть спровоцирована вмешательством окружающих в связи с нелепым поведением больных во время приступа [12].

Другой важной психологической характеристикой больных эпилепсией является алекситимия, встречающаяся у 60% пациентов [11]. Она заключается в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений как собственных, так и других людей. Иногда в это понятие также включают низкую эмоциональную чувствительность в отношении других людей, низкую эмоциональную вовлеченность в обыденной жизни. Дефицит распознавания выражений, чувств и намерений других часто наблюдается у пациентов с мезиальной височной эпилепсией, склерозом гиппокампа, реализующаясь через дисфункцию церебральной лимбической системы и вентромедиальной префронтальной области [13, 14].

Совокупность перечисленных качеств способствует ухудшению качества жизни, приводит к трудностям и конфликтам в

межличностных отношениях [15, 16]. Так, пациенты с эпилепсией демонстрируют отсутствие гибкости в выборе стратегии поведения в межличностных конфликтах, достоверно чаще выбирая такие формы поведения, как избегание или сотрудничество, в то время как люди без приступов одинаково часто выбирают разные стратегии поведения в зависимости от ситуации [17].

Все перечисленное формирует перемены в поведении и деятельности больных, порождает процесс «стигматизации», развитие социального конфликта, способствует дисгармоничному восприятию собственной жизни, окружающего мира.

Цель. Проанализировать психологические и поведенческие особенности больных с ФРЭ по сравнению с пациентами с успешно контролируруемыми приступами.

Материалы и методы

Эмпирическое исследование проводилось на базе противоэпилептического кабинета «Региональной больницы Бизерта» (Марокко). Для реализации поставленной цели к участию были привлечены пациенты в возрасте от 20 до 75 лет, страдающие эпилепсией и находящиеся на амбулаторном лечении. В исследовании приняло участие 60 человек, которые были распределены на 2 группы:

- основная группа — 30 пациентов с фармакорезистентной эпилепсией возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст $38,53 \pm 14,34$ года), 20 мужчин и 10 женщин;

- контрольная группа — 30 пациентов с эпилепсией, успешно поддающейся медикаментозному лечению в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст $39,93 \pm 17,89$ лет), 13 мужчин и 17 женщин.

Все пациенты, включенные в исследование (локальный регистр), подписывали одобренную Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Протокол № 3 от 11.11.2020) форму добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

В исследовании применялись следующие стандартизированные психометрические методики в их англоязычной версии:

1. Личностный опросник Айзенка (Eysenck Personality Inventory) для оценки экстраверсии (интроверсии) и невротизма;

2. Методика диагностики темперамента Стреляу (FCB-TI);
3. Фрайбургский многофакторный личностный опросник (FPI).
4. Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26).
5. Шкала манипулятивного отношения Т. Банта;
6. Тест «Склонность к саморазрушению»;
7. Тест внутриличностных конфликтов В. Лаутербаха;
8. Опросник «Типы поведения в

конflikте» К. Томаса – Р. Килмана.

Для оценки статистических параметров пациентов применялись среднее значение (M), стандартная ошибка средней (m). Непараметрический критерий Манна–Уитни (U) использовался для попарного сравнения выборок. Достоверными считались значения различия при $p < 0,05$.

Результаты

Основные параметры, характеризующие психодинамические свойства личности, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Структура темперамента у больных с эпилепсией

№ п/п	Наименование переменной	Фармакорезистентные пациенты, Me ± m	Фармакосенситивные пациенты, Me ± m	U _{мп.}	P
1	Степень интра-/экстраверсии	12,0 ± 3,40	11,2 ± 2,71	389	> 0,05
2	Степень нейротизма	14,7 ± 6,40	13,4 ± 5,54	363	> 0,05
3	Сила процессов возбуждения	61,3 ± 8,44	59,7 ± 9,15	403,5	> 0,05
4	Сила процессов торможения	64,4 ± 8,46	60,3 ± 10,36	344	> 0,05
4	Подвижность нервных процессов	57,3 ± 8,24	53,3 ± 8,76	321	> 0,05
6	Уравновешенность по силе	0,96 ± 0,13	0,40 ± 0,14	377	> 0,05

Статистически значимых различий между группами пациентов с ФРЭ и пациентов с успешным контролем приступов, нами не выявлено. Таким образом, структура базовых психодинамических характеристик не зависела от течения эпилепсии.

Однако уровень тревоги по результатам теста Тейлор у пациентов с ФРЭ

достоверно выше, чем в контрольной группе ($25,14 \pm 13,99$ и $20,04 \pm 10,69$ соответственно, $U 180,5$ $p < 0,05$).

Результаты Фрайбургского многофакторного личностного опросника, предназначенного для диагностики состояний и свойств личности, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты диагностики состояний и свойств личности по результатам Фрайбургского многофакторного личностного опросника (FPI) у больных эпилепсией

№ п/п	Наименование переменной	Фармакорезистентные пациенты, Me ± m	Фармакосенситивные пациенты, Me ± m	U _{мп.}	P
1	Невротичность	5,8 ± 2,87	5,8 ± 3,55	389,5	> 0,05
2	Спонтанная агрессия	2,6 ± 1,35	3,5 ± 1,48	293	< 0,05
3	Депрессивность	3,0 ± 2,07	3,5 ± 2,19	388	> 0,05
4	Раздражительность	3,1 ± 1,28	3,7 ± 1,64	351	> 0,05
5	Общительность	5,3 ± 1,47	4,6 ± 1,65	320	> 0,05
6	Уравновешенность	2,3 ± 1,56	3,2 ± 1,94	316	< 0,05
7	Реактивная агрессия	2,3 ± 1,18	3,5 ± 1,72	262,5	< 0,01
8	Застенчивость	3,8 ± 1,98	3,5 ± 1,93	401,5	> 0,05
9	Интроверсия/экстраверсия	12,0 ± 3,40	11,4 ± 2,66	401,5	> 0,05
10	Эмоциональная лабильность	3,9 ± 1,27	4,47 ± 1,43	338	> 0,05

Достоверные различия получены по шкалам «спонтанная агрессия», «реактивная агрессия», «уравновешенность», при этом показатели этих шкал у больных с

ФРЭ ниже, чем в контрольной группе. Более высокие оценки по шкалам спонтанная и реактивная агрессивность свидетельствуют о повышенном уровне психо-

патизации, причем спонтанная агрессивность создает предпосылки для импульсивного поведения, а реактивная агрессивность — стремление к доминированию. Шкала «уравновешенность» отражает устойчивость к стрессу, более высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности от воздействия стресс-факторов в обычных жизненных ситуаци-

ях. Таким образом, при ФРЭ больные демонстрируют, с одной стороны, меньшую агрессивность, чем больные с контролируемыми приступами, с другой — низкую уравновешенность и, таким образом, устойчивость к стрессу.

Параметры, характеризующие выбор стратегии поведения и уровень алекситимии, представлены в таблице 3.

Таблица 3. Показатели поведенческих особенностей и алекситимии у больных эпилепсией

№ п/п	Наименование переменной	Фармакорезистентные пациенты, Me ± m	Фармакосенситивные пациенты, Me ± m	Uэмп.	P
1	Алекситимия	74,62 ± 14,81	65,21 ± 12,44	261	< 0,01
2	Склонность к манипулятивному поведению	72,21 ± 21,00	55,22 ± 22,82	263,5	< 0,01
3	Склонность к саморазрушающему поведению	4,33 ± 2,08	5,80 ± 2,20	320	< 0,05

В обеих группах пациентов с эпилепсией отмечался высокий уровень алекситимии, при этом у больных с ФРЭ он был достоверно выше, чем в контрольной группе. Высокий уровень алекситимии является важным фактором, препятствующим анализу и интерпретации как проявлений эмоций других людей, так и внутреннего состояния личности.

Результаты теста «Склонность к манипулятивному поведению» продемонстрировали достоверно более высокий показатель у больных с ФРЭ. Это может объясняться преобладанием в этой группе пациентов, осознанно или неосознанно использующих приступы для получения вторичных выгод.

Склонность к саморазрушающему поведению у больных с ФРЭ оказалась достоверно ниже, чем в контрольной группе, что может быть интерпретировано как тенденция к более осторожному, непровокационному поведению с целью избегания приступов или «экономный» способ приема антиконвульсантов из-за опасений по поводу их побочных эффектов.

Нами были проанализированы основные типы внутриличностных конфликтов по тесту В. Лаутербаха (табл. 4).

Спектр внутриличностных конфликтов пациентов с ФРЭ преимущественно представлен преобладанием следующих внутриличностных конфликтов:

- между потребностями к независимости и получению опеки;
- между потребностями к доминированию и подчинению;
- между потребностью в достижениях и страхом неудачи;
- между нормами и сексуальными потребностями;
- между уровнем притязания и возможностями.

Наличие подобных конфликтов у больных ФРЭ демонстрирует дисбаланс между потребностями в доминировании, достижениях, независимости, уровне притязаний и невротическими тенденциями, проявляющимися в пассивном избегании, подчинении, зависимости, нереализованными потребностями и возможностями.

В свою очередь, пациенты с эпилепсией, чувствительные к медикаментозному лечению, чаще демонстрируют такие внутриличностные конфликты, как:

- конфликт между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости;
- конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды;
- конфликт между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач.

Таблица 4. Оценка внутриличностных конфликтов по тесту В. Лаутербаха у больных эпилепсией

№ п/п	Наименование переменной	Фармакорезистентные пациенты, Me ± m	Фармакосенситивные пациенты, Me ± m	U _{эмп.}	P
1	Конфликт между потребностями к независимости и получению помощи, опеки	2,70 ± 1,09	1,30 ± 0,1,00	169,5	< 0,001
2	Конфликт между потребностями к доминированию и подчинению	2,47 ± 1,25	1,40 ± 1,19	247	< 0,01
3	Конфликт между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости	0,93 ± 0,87	1,60 ± 0,97	287	< 0,05
4	Конфликт между потребностью в достижениях и страхом неудачи	2,90 ± 1,01	1,7 ± 1,08	195,5	< 0,001
5	Конфликт или расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений	1,20 ± 1,03	1,4 ± 0,94	377,5	> 0,05
6	Конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды	1,67 ± 1,06	2,70 ± 1,11	220	< 0,001
7	Конфликт между нормами и сексуальными потребностями	2,57 ± 1,01	1,87 ± 1,12	195,5	< 0,05
8	Конфликт между собственными поступками и нормами	1,13 ± 0,90	1,30 ± 0,99	377,5	> 0,05
9	Конфликт между нормами и агрессивными тенденциями	1,57 ± 1,10	1,50 ± 0,97	290	> 0,05
10	Конфликт между уровнем доверенных задач и собственными возможностями	1,77 ± 1,22	2,37 ± 1,16	390,5	> 0,05
11	Конфликт между стремлением к достижению во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей	1,17 ± 0,91	1,33 ± 1,03	446	> 0,05
12	Конфликт между уровнем притязания и возможностями	2,37 ± 1,16	1,10 ± 0,96	322	< 0,001
13	Конфликт между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий	1,13 ± 0,78	1,41 ± 0,96	415	> 0,05
14	Конфликт между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач	1,27 ± 1,05	2,63 ± 1,16	180	< 0,001

Таким образом, пациенты с контролируемыми приступами более склонны к внутриличностным конфликтам, связанным со столкновением эгоистичных тенденций с требованиями социума, сомнением в собственной эффективности.

Характеристика типов поведения в конфликте у больных эпилепсией представлена в таблице 5.

У больных ФРЭ достоверно преобладает тип «избегание в конфликте», в то время как больные контрольной группы демонстрируют все остальные типы поведения, что отражает их гибкость в выборе страте-

гии поведения в межличностных конфликтах. Избегание конфликтных ситуаций, возможно, отчасти связано с высоким уровнем алекситимии, препятствующей интерпретации эмоционального состояния, как собственного, так и состояния оппонента, а также высоким уровнем невротизма.

Обсуждение

Взаимовлияние хронического заболевания и личности пациента всегда носит сложный, неоднозначный характер. С одной стороны, наличие инвалидизирующего и фрустрирующего расстройства накладывает

Таблица 5. Типы поведения в конфликте по опроснику К. Томаса – Р. Килмана у больных эпилепсией

№ п/п	Наименование переменной	Фармакорезистентные пациенты, Me ± m	Фармакосенситивные пациенты, Me ± m	U _{эмп.}	P
1	Соперничество в конфликте	3,5 ± 2,32	6,9 ± 1,96	128,5	< 0,001
2	Сотрудничество в конфликте	3,9 ± 2,51	7,5 ± 2,22	132	< 0,001
3	Компромисс в конфликте	4,8 ± 1,67	6,0 ± 1,66	253,5	< 0,01
4	Избегание в конфликте	7,4 ± 2,42	3,2 ± 2,09	93,5	< 0,001
5	Приспособление в конфликте	5,2 ± 2,50	6,4 ± 1,89	246,5	< 0,01

вает отпечаток на личность человека, вызывая психологические и поведенческие изменения. С другой стороны, индивидуальные предрасполагающие особенности пациента создают предпосылки для реализации разных вариантов течения болезни, зависящих как от органического субстрата болезни, так и от исходных психологических характеристик, реализующихся в реакции индивида на болезнь, вариантах построения поведения в системе «больной–врач», уровне комплаентности. Каждый из исследованных нами параметров оценивает некоторую сторону психической составляющей реагирования на персистирование эпилептические приступов. Наше исследование показало, что пациенты с ФРЭ, в основном, имеют психологические и поведенческие характеристики, типичные для больных эпилепсией, но в большей степени выраженные, чем у пациентов с успешным контролем приступов. Они заключаются в высоком уровне невротичности, алекситимии, особым спектром внутриличностных конфликтов и специфическим способом разрешения межличностных конфликтов, что в целом согласуется с результатами, описанными другими авторами.

Однако по некоторым параметрам мы получили, на первый взгляд, парадоксальные результаты. Так, у больных с ФРЭ мы выявили меньший уровень агрессии и склонности к саморазрушающему поведению, чем у пациентов контрольной группы. Если принять смысл эпилептических приступов как абсолютно патологического феномена, возникающего вследствие органического, метаболического или генетического расстройства, то по-

добные «благоприятные» характеристики больных с ФРЭ неожиданны. Остается за рамками объяснения и вопрос о биологическом смысле эпилептического феномена. Давно известен факт, что при достаточно экстремальном воздействии можно вызвать у здорового человека эпилептический припадок (депривация сна, гипертермия). Или индуцированный искусственно эпилептический приступ (электрошоковая терапия) давно используется в психиатрии для лечения психозов, например, при шизофрении. В подобных ситуациях развитие эпилептического приступа вряд ли можно рассматривать как патологическое явление, и на основании анализа множества подобных феноменов, напрашивается вывод о некоторой биологической целесообразности эпилептического приступа. Тогда можно анализировать полученный материал с системных позиций, а именно с позиции достижения некоторой целеполагающей программы поведения [18].

С системных позиций меньшая агрессивность, как в отношении внешних событий и людей, так и по отношению к собственному индивиду, находит интерпретацию с точки зрения компенсирующей роли персистирующих приступов на высокую агрессивность, поскольку каждый эпилептический припадок является своеобразной физиологической и психологической «разрядкой», снижающей на какое-то время степень агрессии [4]. Другим возможным объяснением меньшей аутоагрессивности у больных с ФРЭ может быть стратегия их поведения, проявляющаяся в низкой комплаентности (нарушение схемы лечения из-за опасений по поводу побочных эффектов

антиконвульсантов), при одновременной тенденции к манипулятивному поведению при взаимодействии с врачом (своевольная отмена или коррекция терапии) для получения вторичной выгоды от болезни.

Заключение

Проведенное исследование показало, что у больных с ФРЭ выявляются пси-

хологические и поведенческие особенности, вызывающие значительную психологическую и социальную дезадаптацию, требующие коррекции со стороны медицинских работников, психологов. Изучение психологических особенностей пациентов с эпилепсией представляется нам перспективным для оптимизации индивидуальной стратегии лечения пациентов.

Список источников

1. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. Руководство для врачей. 2-е изд. М.: БИНОМ; 2019.
2. Котов А.С. Предикторы фармакорезистентности эпилепсии у взрослых // Клиническая неврология. 2012. Т. 6, № 1. С. 25–30.
3. Вагина М.А., Волкова Л.И. Влияние психологического статуса на приверженность к терапии у пациентов с симптоматической эпилепсией // Уральский медицинский журнал. 2015. № 10 (133). С. 42–44.
4. Новикова Ю.Г. Психологические аспекты провокации и контроля пароксизмальных состояний при эпилепсии у взрослых // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2015. Т. 7, № 2. С. 65–75.
5. Громов С.А., Киссин М.Я., Якунина О.Н., и др. Эпилепсия, изменения личности, лечение. СПб.: ИИЦ Балтика; 2006.
6. Карлов В.А. Расстройства психики при эпилепсии. Сообщение 1 // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. Т. 1, № 2. С. 9–16.
7. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева; 2008.
8. Кривцова А.Ю., Жаднов В.А., Яковлева Н.В. Механизмы психологической защиты больных эпилепсией и факторы, их определяющие // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2012. № 2. С. 170–173.
9. Мухин К.Ю., Пылаева О.А. Формирование когнитивных и психических нарушений при эпилепсии: роль различных факторов, связанных с заболеванием и лечением (обзор литературы и описания клинических случаев) // Русский журнал детской неврологии. 2017. Т. 12, № 3. С. 7–33. doi: 10.17650/2073-8803-2017-12-3-7-33
10. Зорин Р.А., Жаднов В.А., Лапкин М.М. Системные психолого-поведенческие характеристики у больных эпилепсией с различным течением заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 31–37.
11. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Эпилепсия: клиничко-психологический аспект // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. № 2. Р. 42–45. Доступно по: <https://rucont.ru/efd/588769>. Ссылка активна на 31 мая 2022.
12. Карлов В.А. Расстройства психики при эпилепсии. Сообщение II // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. Т. 1, № 3. С. 12–18.
13. Steiger В.К., Jokeit Н. Why epilepsy challenges social life // Seizure. 2017. Vol. 44. P. 194–198. doi: 10.1016/j.seizure.2016.09.008
14. Yamano M., Akamatsu N., Tsuji S. Cognitive function related to temporal lobe epilepsy: advances in research on new cognitive function // Brain and Nerve. 2013. Vol. 65, № 5. P. 551–559.
15. Yogarajah M., Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy // Epilepsy & Behavior. 2019. Vol. 100, Pt. B. P. 106321. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.05.017
16. Mirabel H., Guinet V., Voltzenlogel V., et al. Social cognition in epilepsy: State of the art and perspectives // Revue Neurologique. 2020. Vol. 176, № 6. P. 468–479. doi: 10.1016/j.neurol.2020.02.010
17. Токарева Н.Г. Эпилепсия и внутренний конфликт: клиничко-психологический аспект // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 3. URL: <https://science-education.ru/article/view?id=26429>. Ссылка активна на 31 мая 2022.
18. Жаднов В.А., Лапкин М.М., Зорин Р.А., и др. Системный анализ коморбидности в неврологии. Практические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022. doi: 10.33029/9704-6602-5-COM-2022-1-176

References

1. Karlov VA. *Epilepsy in children and adults females and males. Physicians' manual*. 2nd ed. Moscow: BINOM Publishers; 2019. (In Russ).
2. Kotov AS. Predictors of pharmacoresistance in adults with epilepsy. *Clinical Neurology*. 2012; 6(1):25–30. (In Russ).
3. Vagina MA, Volkova LI. Effect on the psychological status of adherence to therapy in patients with symptomatic epilepsy. *Ural Medical Journal*. 2015;(10):42–4. (In Russ).
4. Novikova YuG. Psychological aspects of triggering and control of epileptic seizures in adults. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2015;7(2):65–75. (In Russ).
5. Gromov SA, Kissin MYa, Yakunina ON, et al. *Epilepsiya, izmeneniya lichnosti, lecheniye*. Saint-Petersburg: IITs Baltika; 2006. (In Russ).
6. Karlov VA. Psychiatric disorders in epilepsy. Communication I. *Annals of Clinical and Experi-*

- mental Neurology. 2007;1(2):9–16. (In Russ).
7. Vasserman LI, Mikhaylov VA, Tabulina SD. *Psikhologicheskaya struktura kachestva zhizni bol'nykh epileptiyey*. Saint-Petersburg: Psikhonevrologicheskiy institut imeni V. M. Bekhtereva; 2008. (In Russ).
 8. Krivtsova AYU, Zhadnov VA, Yakovleva NV. Psychological defense mechanisms of patients with epilepsy and factors determining their. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2012;(2):170–3. (In Russ).
 9. Mukhin KYu, Pylaeva OA. The formation of cognitive and mental disorders in epilepsy: the role of various factors associated with disease and treatment (a review of literature and case reports). *Russian Journal of Child Neurology*. 2017;12(3):7–33. (In Russ). doi: [10.17650/2073-8803-2017-12-3-7-33](https://doi.org/10.17650/2073-8803-2017-12-3-7-33)
 10. Zorin RA, Zhadnov VA, Lapkin MM. Systemic psychological and behavioral characteristics in epileptic patients with different course of disease. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhatriya*. 2016; 26(3):31–7. (In Russ).
 11. Tokareva NG, Zheleznova EV. Epilepsy: clinical and psychological aspects. *Health and Education Millennium*. 2017;(2):42–5. Available at: <https://rucont.ru/efd/588769>. Accessed: 2022 May 31. (In Russ).
 12. Karlov VA. Psychiatric disorders in epilepsy. Communication II. *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2007;1(3):12–8. (In Russ).
 13. Steiger BK, Jokeit H. Why epilepsy challenges social life. *Seizure*. 2017;44:194–8. doi: [10.1016/j.seizure.2016.09.008](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.09.008)
 14. Yamano M, Akamatsu N, Tsuji S. Cognitive function related to temporal lobe epilepsy: advances in research on new cognitive function. *Brain and Nerve*. 2013;65(5):551–9.
 15. Yogarajah M, Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities, and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019;100(Pt B): 106321. doi: [10.1016/j.yebeh.2019.05.017](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.05.017)
 16. Mirabel H, Guinet V, Voltzenlogel V, et al. Social cognition in epilepsy: State of the art and perspectives. *Revue Neurologique*. 2020;176(6): 468–79. doi: [10.1016/j.neurol.2020.02.010](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.02.010)
 17. Tokareva NG. Epilepsy and internal conflict: clinical and psychological aspects. *Modern Problems of Science and Education*. 2017;(3). Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26429>. Accessed: 2022 May 31. (In Russ).
 18. Zhadnov VA, Lapkin MM, Zorin RA, et al. *Sistemnyy analiz komorbidnosti v nevrologii. Prakticheskiye rekomendatsii*. Moscow: GEOTAR-Media; 2022. (In Russ). doi: [10.33029/9704-6602-5-COM-2022-1-176](https://doi.org/10.33029/9704-6602-5-COM-2022-1-176)

Дополнительная информация

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Этика. Использованы данные пациентов в соответствии с письменным информированным согласием.

Информация об авторах:

[✉]Евдокимова Ольга Валерьевна — к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, SPIN: 4822-7574, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7075-8410>, e-mail: edokimova72@mail.ru

Жаднов Владимир Алексеевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии, SPIN: 1632-5083, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5973-1196>, e-mail: vladimir.zhadnov@mail.ru

Элми Уссама — очный аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии, SPIN: 9323-6876, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2271-830X>, e-mail: oussemxftw@gmail.com

Буришинов Александр Олегович — д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии, SPIN: 8792-9686, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6951-0290>, e-mail: baomz@mail.ru

Вклад авторов:

Евдокимова О. В. — проведение статистического анализа, обобщение результатов исследования, подготовка и редактирование текста, интерпретация результатов исследования, формулировка выводов.

Жаднов В. А. — разработка концепции исследования, планирование исследования, обобщение результатов исследования, формулировка выводов, утверждение окончательного варианта статьи.

Элми У. — анализ и обобщение данных литературы, проведение исследования, проведение статистического анализа, подготовка текста.

Буришинов А. О. — планирование исследования, формулировка выводов, утверждение окончательного варианта статьи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Funding. The authors declare no funding for the study.

Ethics. The data is used in accordance with the informed consent of patient.

Information about the authors:

[✉]Ol'ga V. Evdokimova — MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, SPIN: 4822-7574, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7075-8410>, e-mail: edokimova72@mail.ru

Vladimir A. Zhadnov — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, SPIN: 8105-1039, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5973-1196>, e-mail: vladimir.zhadnov@mail.ru

Oussema Elmi — Postgraduate Student of the Department of Neurology and Neurosurgery, SPIN: 9323-6876, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2271-830X>, e-mail: oussemxftw@gmail.com

Aleksandr O. Burshinov — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, SPIN: 8792-9686, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6951-0290>, e-mail: baomz@mail.ru

Contribution of the authors:

Evdokimova O. V. — statistical analysis, generalization of research results, preparation and editing of text, interpretation of research results, formulation of conclusions.

Zhadnov V. A. — development of the research concept, research planning, generalization of research results, formulation of conclusions, approval of the final version of the article.

Elmi O. — analysis and generalization of literature data, research, statistical analysis, text preparation.

Burshinov A. O. — research planning, formulation of conclusions, approval of the final version of the article.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Рукопись получена: 01.06.2022

Received: 01.06.2022

Рукопись одобрена: 01.12.2022

Accepted: 01.12.2022

Опубликована: 31.12.2022

Published: 31.12.2022