

УДК 616.853-02:[159.923.2:616.89-008.486]

МАР'ЄНКО Л.Б.<sup>1</sup>, ВОВК А.О.<sup>2</sup>, МАР'ЄНКО К.М.<sup>1</sup><sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>2</sup> Львівський національний університет імені Івана Франка

## ЗМІНИ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ПАТОМОРФОЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Резюме.** На підставі вивчення залежності особистісних характеристик хворих на епілепсію з тривалістю захворювання понад 5 років від ряду чинників (етіології і тривалості захворювання, віку і статі пацієнтів, ефективності лікування) були визначені особливості психологічного патоморфозу епілепсії. Позитивний (по відношенню до здоров'я) терапевтичний психологічний патоморфоз був відмічений у хворих із повним контролем нападів. Негативний змішаний (екзо- і ендогенний) довготривалий психологічний патоморфоз виявлений у пацієнтів із тривалим перебігом захворювання, у віковій групі більше 45 років, в осіб чоловічої статі, а також при справжній і псевдорезистентності до лікування.

**Ключові слова:** епілепсія, зміни особистості, опитувальник СМОЛ, психологічний патоморфоз.

### Вступ

Епілепсія як одне з найбільш поширених неврологічних захворювань є прикладом міждисциплінарної проблеми, оскільки наявність у частини пацієнтів психіатричної коморбідності (ПК) потребує всебічної оцінки стану хворого не тільки неврологом, але і психіатром та психологом.

Літературні дані щодо поширеності і систематизації психічних розладів при епілепсії є суперечливими і залежать значною мірою від того, хто — невролог чи психіатр — оцінює цю симптоматику у хворого. Існує думка, що розбіжності в поглядах неврологів і психіатрів на перебіг, прогноз та лікування епілепсії можуть приводити до непорозумінь між фахівцями і негативно впливати на ефективність ведення хворих [19]. Але в останні роки саме завдяки необхідності мультидисциплінарного підходу до проблеми епілепсії відбувається відродження такої галузі, як нейропсихіатрія, розвиток якої бере початок у ХІХ столітті [14].

До ПК при епілепсії належить широкий спектр психічних порушень (афективних, особистісних, когнітивних, психотичних), які в частини хворих із часом набувають навіть більшого значення, ніж власне епілептичні напади. Вважається, що серед осіб з епілепсією хоча б один вид ПК мають від 5,9 до 64,1 % хворих [15]. За останні роки відмічений незаперечний патоморфоз психічних розладів при епілепсії, коли питома вага психозів значно знизилась, натомість зросла кількість форм епілепсії з непсихотичними порушеннями [2, 7], серед яких розлади особистості,

### Адреса для листування з авторами:

Мар'єнко Л.Б.  
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69  
Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького

© Мар'єнко Л.Б., Вовк А.О., Мар'єнко К.М., 2014  
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2014  
© Заславський О.Ю., 2014

за різними даними, спостерігаються в 1–2 % [10] до 40 % хворих на епілепсію [7]. Ці розлади мають незаперечне значення для оцінки особливостей перебігу і прогнозу епілепсії, оскільки вони можуть слугувати причиною втрати або зниження працездатності, появи конфліктних ситуацій, утруднювати адаптацію хворих до нових умов навколишнього середовища, тобто виникає психологічний патоморфоз епілепсії під впливом різноманітних чинників (біологічних, соціальних, терапевтичних тощо).

Вивчення розладів особистості при епілепсії має довгу історію, але остаточного вирішення цієї проблеми ще не знайдено [9, 13]. Існує декілька гіпотез розвитку «епілептичного характеру»: конституціональна, органічна, локалізаційна, пов'язана з формою епілепсії, лікуванням, прогресивністю хвороби [7]. На думку В.А. Карлова [4], існує внесок усіх цих складових у процес формування особистісних порушень при епілепсії. В останніх публікаціях відстоюється думка, що особистісні розлади все ж найбільше пов'язані з тією структурною патологією головного мозку, яка сприяє виникненню епілептичних нападів [17]. Частина авторів вважають «епілептичний характер» або «зміни особистості за епітипом» патогномонічними ознаками епілепсії, наприклад синдром Ваксмана — Гешвінда [18], інші називають ці зміни типовими, але не специфічними [1], і, нарешті, деякі дослідники заперечують наявність специфічних характерологічних особливостей, пов'язаних із захворюванням [8, 16].

З точки зору психіатра М.Я. Кіссіна [5], облігатними ознаками епілепсії є глішроїдний (або в'язкий) та експлозивний варіанти змін особистості, факультативними — паранойяльний, шизоїдний, психастенічний та істероїдний, які можуть виникати ще до маніфестації епілептичних нападів, а потім посилюватись упродовж захворювання. Зміни особистості при епілепсії значною мірою залежать від ефективності протиепілептичної терапії. Так, психіатр Т.А. Рогачова [6] вважає, що у хворих на епілепсію, які знаходяться в ремісії, зміни особистості мають 30,7 % осіб, причому в 91 % з них вони мають незначний ступінь і не схильні до прогресування, а отже, успішність лікування певною мірою запобігає деформації характеру хворих на епілепсію. Невролог В.А. Карлов [4] вважає, що при хронічній прогресивній, особливо симптоматичній епілепсії з ознаками органічного ураження ЦНС формується цілком визначений тип змін особистості, коли втрачаються індивідуальні особливості характеру і розвивається притаманний тільки епілепсії психічний дефект. Таким чином, погляди неврологів і психіатрів на проблему особистісних розладів при епілепсії зазнали суттєвих змін і навіть деякою мірою помінялись місцями.

**Мета дослідження** — вивчення залежності особистісних характеристик хворих на епілепсію з тривалістю захворювання понад 5 років від низки чинників (етіології епілепсії, тривалості захворювання, віку, статі пацієнтів, ефективності лікування) та окреслення особливостей психологічного патоморфозу епілепсії.

## Матеріали і методи дослідження

Для визначення профілю особистості хворих на епілепсію був використаний перекладений українською мовою психометричний інструмент СМОЛ (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности — російський термін), який є адаптованим і стандартизованим варіантом анкетного тесту Mini-Mult [12] — скороченої форми опитувальника ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Опитувальник СМОЛ містить 71 тестове запитання і, за результатами факторного аналізу, має найбільшу діагностичну цінність [3]. Опитувальник заповнили 128 пацієнтів (73 жінки і 55 чоловіків) із числа 404 осіб, які знаходились під нашим постійним тривалим спостереженням протягом 5–26 років (у середньому  $8,5 \pm 3,0$ ). На час проведення тестування вік пацієнтів становив від 19 до 64 років (у середньому — 33,9 року). Хворих віком 19–30 років було 66 (51,6 %), 31–45 років — 38 (29,7 %), 46–60 років — 21 (16,4 %), понад 61 рік — 3 (2,3 %). Серед пацієнтів, які заповнили опитувальник, із ідіопатичною епілепсією було 14 осіб (10,9 %), із криптогенною — 52 (40,6 %), із симптоматичною — 62 (48,5 %). Всім пацієнтам протягом періоду спостереження (у більшості випадків неодноразово) було проведено стандартне комплексне обстеження: клініко-неврологічне, клініко-психопатологічне, електроенцефалографічне (ЕЕГ) та нейровізуалізаційне (КТ/МРТ) з метою встановлення етіології епілепсії та моніторингу її перебігу. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Statistica 6.0. Для визначення ступеня та характеру зв'язку між параметрами дослідження був використаний статистичний метод групування та однофакторного дисперсійного аналізу (апостеріорний критерій Шеффе) та кореляційний аналіз (лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона); всі зазначені у статті відмінності та зв'язки є статистично значимими на рівні  $p < 0,05$  або статистично вірогідними на рівні  $p < 0,01$ .

## Результати дослідження та їх обговорення

Між хворими з різною етіологією епілепсії (рис. 1) виявлено статистично значимі відмінності в показнику схильності до депресії: в осіб із симптоматичною епілепсією депресивні розлади були більш вираженими порівняно з хворими з ідіопатичною епілепсією ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ), що відповідає літературним даним [11]. Це, серед інших чинників, може пояснюватись відсутністю структурних змін головного мозку, молодим віком та ремісією нападів у більшості хворих з ідіопатичними формами епілепсії (84,2 %) порівняно з контролем нападів лише в 57,6 % хворих із симптоматичною епілепсією. Загалом пацієнти із симптоматичною епілепсією не демонстрували якихось особливих для певної етіології захворювання (судинної, післятравматичної тощо) особистісних розладів, окрім пацієнтів з епілепсією внаслідок уроджених вад мозку. У таких випадках хворим були більш притаманні паранойяльність ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ) та шизоїдність

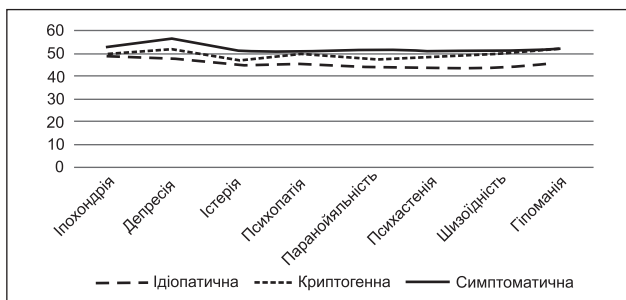
( $r = 0,18, p < 0,05$ ), тобто ті патологічні риси характеру, за присутності яких щоденні проблеми не викликають у людини емоційного відгуку, а в міжособистісних стосунках такі пацієнти виявляють відчуженість, вразливість або конфліктність, агресивність і злопам'ятність. Такі хворі можуть почуватися не цілком повноцінними через стан свого здоров'я, заздрити здоровим, злитися на них, переживати стигматизацію і відчуження, унаслідок чого втрачають довіру до оточуючих та бажання йти на контакт, що призводить до уникнення стосунків, соціальної ізоляції хворого, формування соціальних фобій. Можливо, вроджені аномалії мозку (фокальні кіркові дисплазії, полімікрогірії, нодулярні гетеротопії) починають чинити свій негативний вплив на формування характеру пацієнта ще до маніфестації епілепсії, обумовлюючи негативний ендогенний довготривалий психологічний патоморфоз цієї форми епілепсії. Не виключено, що через відсутність методів нейровізуалізації в минулих століттях власне пацієнти з недиагностованими вродженими аномаліями мозку та іншими клінічно «невидимими» структурними змінами ЦНС давали підстави психіатрам [5] для твердження про вроджений характер змін особистості у хворих на епілепсію.

Між хворими різного віку виявлено статистично значимі відмінності у двох показниках особистісного профілю (рис. 2). Пацієнти віком понад 45 років мали вищі показники іпохондрії ( $p < 0,05$ ) та істерії ( $p < 0,05$ ) порівняно з більш молодими особами (віковий негативний ендогенний психологічний патоморфоз). Отже, у зв'язку з віком (а не з тривалістю епілепсії) у хворих формується занепокоєння станом свого здоров'я на фоні високого рівня тривоги, песимізму та недовіри до лікувальних заходів;

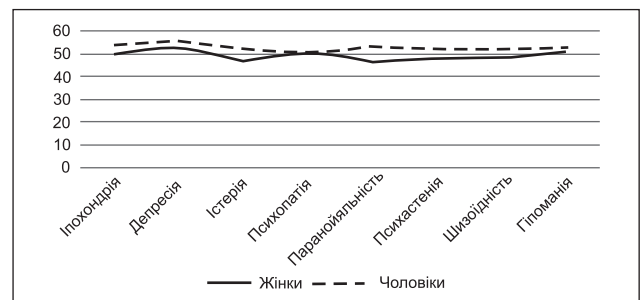
хворі намагаються привернути до себе увагу оточуючих, прагнуть їх підтримки. Імовірно, це зумовлено соціальною роллю осіб середнього віку (виконання обов'язків у сім'ї, відповідальність за дітей, проблеми працездатності), що для пацієнтів молодшого віку має менше значення. Старші хворі, ймовірно, також гостро переживають поступове згасання своєї соціальної та життєвої активності, незадоволення і розчарування при підбитті попередніх підсумків життя, шукають у хворобі виправдання та пояснення своїх життєвих невдач і помилок, відчуваються спустошеними, знедоленими, скривдженими внаслідок тих особливих умов, у яких проходить їх життя.

Зазначимо, що однаково часто у хворих різних вікових груп, у чоловіків і жінок, відмічались психопатичні риси характеру, розвиток яких залежав від тривалості хвороби ( $r = 0,19, p < 0,05$ ), упродовж якої наростає негативний вплив на головний мозок різних чинників: самих нападів, дії протиепілептичних препаратів (ПЕП), психогенних факторів, додаткових органічних церебральних порушень. Високі показники за цією шкалою можуть свідчити про негативний змішаний (екзо- і ендогенний) довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії через значну соціальну дезадаптацію та стигматизацію таких хворих у зв'язку з їх конфліктністю, непередбачуваністю поведінкових реакцій, експлозивністю, емоційною нестійкістю. Щоправда, деякі автори вважають [7], що тривалість епілепсії не впливає на формування певного типу особистісних розладів, а лише підсилює прояви деяких рис характеру хворого.

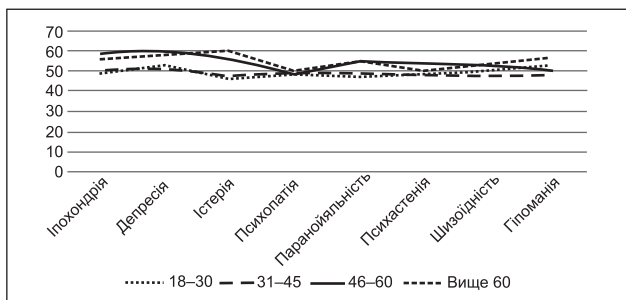
Порівняно з жінками для чоловіків більш притаманними були іпохондричні ( $p < 0,05$ ), істеричні ( $p < 0,05$ ) та параноїяльні ( $p < 0,01$ ) риси характеру (рис. 3). Можливо, чоловіки



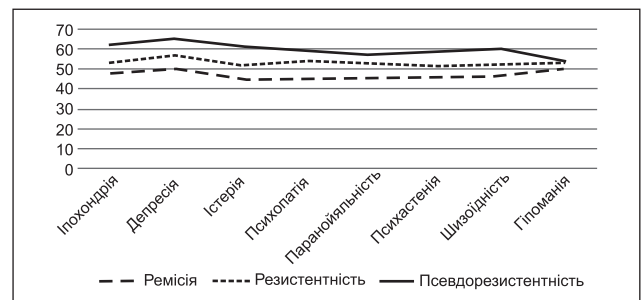
**Рисунок 1. Профіль особистості хворих з епілепсією залежно від етіології захворювання**



**Рисунок 3. Профіль особистості хворих з епілепсією залежно від статі**



**Рисунок 2. Профіль особистості хворих з епілепсією залежно від віку**



**Рисунок 4. Профіль особистості хворих з епілепсією залежно від ефективності лікування**

гірше реагували на ситуації недостатнього самоконтролю (за наявності нападів вони почувались розгубленими і безсилями) і виявляли пов'язану з цим безпорадність, залежність від оточуючих, що є особливо травматичним саме для представників чоловічої статі, оскільки очікування оточуючих і їх власні вимоги до себе, згідно з гендерними стереотипами, є достатньо високими. З'являлась «фемінізація» чоловіків, вони набували демонстративних рис характеру як психологічного захисту за типом «занурення» у хворобу і свідомої відмови від самоконтролю, постійного пошуку схвалення соціального оточення, залежності від думки оточуючих.

При аналізі розладів особистості залежно від результатів лікування (ремісія, резистентність, псевдорезистентність) було зазначено (рис. 4), що пацієнти із неконтрольованими нападами порівняно із хворими в ремісії мали статистично вищі показники за такими шкалами: психопатії ( $p < 0,01$ ), паранойяльності ( $p < 0,05$ ), шизоїдності ( $p < 0,05$ ), іпохондрії ( $p < 0,01$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), істерії ( $p < 0,01$ ).

За останніми чотирма шкалами високі показники демонстрували також хворі з псевдорезистентністю, тобто особи, у яких не настала ремісія нападів через різні об'єктивні й суб'єктивні причини: прийом ліків у недостатніх дозах, що було зумовлено побічними діями ПЕП (у тому числі при підвищенні дози), небажанням самих хворих приймати адекватні дози ліків через фінансові проблеми, невелику частоту нападів, хибне уявлення про шкідливість лікування тощо. Емоційна лабільність таких хворих, недостатній самоконтроль, втрата впевненості в успіху лікування часто зумовлювали некомплайентність, а це, у зворотному порядку, приводило до неефективності терапії. Тривалий і малоуспішний підбір лікування, з іншого боку, емоційно виснажував хворого, спричиняв песимістичне бачення власної ситуації, зневіру у своїх силах, екстерналізацію локусу контролю хворого стосовно стану власного здоров'я, зняття з себе відповідальності за успіх лікування. Можливість встановлення контролю над нападами сприяла зростанню впевненості у власних силах, самоефективності, формуванню оптимістичної картини майбутнього, побудові життєвих планів без особливого акценту на захворюванні, що приводило до зростання емоційної стабільності, задоволення життям та соціальної адаптації. Тому ефективність лікування приводила до позитивного терапевтичного психологічного патоморфозу епілепсії.

## Висновки

Окреслюючи психологічний патоморфоз епілепсії за показниками особистісних розладів, можна стверджувати, що він має свої особливості залежно від низки чинників. Негативний (по відношенню до здоров'я) ендogenous довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії спостерігався при симптоматичній епілепсії (коли у хворих виникала схильність до депресії) і, особливо, при вроджених вадах розвитку головного мозку, при яких виникали ознаки паранойяльності і шизоїдності. При збільшенні віку пацієнтів їх характер набував

іпохондричних та істероїдних рис (віковий негативний ендogenous психологічний патоморфоз). Тривалість захворювання сприяла формуванню психопатичних рис характеру, обумовлюючи негативний змішаний (екзо- і ендogenous) довготривалий психологічний патоморфоз епілепсії. Психологічна зміна характеру пацієнтів чоловічої статі, які набирали істеричних, іпохондричних і паранойяльних ознак, свідчила про статевий негативний змішаний психологічний патоморфоз епілепсії. При істинній та псевдорезистентності до лікування виникали тенденції до змін особистості за показниками шкал психопатії, паранойяльності, шизоїдності, іпохондрії, депресії та істерії, чого не спостерігалось у хворих у ремісії. В останньому випадку можна говорити про позитивний терапевтичний психологічний патоморфоз епілепсії. Отримані нами результати з виявленими особливостями психологічного патоморфозу епілепсії свідчать про те, що діагностика змін особистості у хворих на епілепсію повинна забезпечувати своєчасне їх лікування та попереджувати формування стійкого психічного дефекту, який, поряд з епілептичними нападами, є головним чинником дезадаптації хворого і погіршення якості його життя.

## Список літератури

1. Болдырев А.И. Психические изменения в развернутой стадии эпилепсии / А.И. Болдырев // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 1. — С. 10-13.
2. Дубенко А.Е. Диагностика и фармакотерапия неспонтанных психических расстройств у больных эпилепсией / А.Е. Дубенко, В.И. Коростий // Здоров'я України. — 2011. — № 1(16). — С. 54-57.
3. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ / В.П. Зайцев // Актуальные вопросы восстановительной медицины. — 2004. — № 2. — С. 17-19.
4. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: Руководство для врачей / В.А. Карлов. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. — 720 с.
5. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология / М.Я. Киссин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 256 с.
6. Рогачева Т.А. Закономерности становления и течения ремиссии при эпилепсии: Автореф. дис... д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 — «Психиатрия» / Т.А. Рогачева. — М., 2006. — 37 с.
7. Эпилепсия, изменения личности, лечение / [С.А. Громов, М.Я. Киссин, О.Н. Якунина, Е.С. Ерошина]. — СПб.: ИИЦ «Балтика», 2006. — 320 с.
8. Benson D.F. Personality disorders / D.F. Benson, B. Hermann // *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*; eds. Engel J., Pedley T.A. — Philadelphia: Lippincott-Raven, 2008. — P. 2065-2070.
9. Devinsky O. Personality disorders in epilepsy / O. Devinsky, C.K. Vorkas., W. Barr // *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment*; eds. Ettinger A.B., Kanner A.M. — 2<sup>nd</sup> ed. — Lippincott Williams & Wilkins, 2007. — 547 p.
10. Gaitatzis A. The psychiatric comorbidity of epilepsy / A. Gaitatzis, M.R. Trimble, J.W. Sander // *Acta Neurologica Scandinavica*. — 2004. — V. 110(4). — P. 207-220.
11. Kanner A.M. Depression and epilepsy: A bidirectional relation? / A.M. Kanner // *Epilepsia*. — 2011. — V. 52, Is. Suppl. s1. — P. 21-27.

12. Kincannon I. Prediction of standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult / I. Kincannon // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1968. — V. 32. — P. 319-325.
13. Koch-Stoeker S. Disturbances of affect and behaviour / S. Koch-Stoeker // *Epilepsy professional.* — 2012. — Is. 26. — P. 40-43.
14. Reynolds E.H. Epilepsy, psychiatry, and neurology / E.H. Reynolds, M.R. Trimble // *Epilepsia.* — 2009. — V. 50, Suppl. 3. — P. 50-55.
15. Seidenberg M. Association of epilepsy and comorbid conditions / M. Seidenberg, D.T. Pulsipher, B. Hermann // *Future Neurol.* — 2009. — V. 4(5). — P. 663-668.
16. Specificity of psychopathology in temporal lobe epilepsy / A. Foran, S. Bowden, F. Bardenhagen [et al.] // *Epilepsy Behav.* — 2013. — V. 27(1). — P. 193-9.
17. Trimble M. Treatment issues for personality disorders in epilepsy / M. Trimble // *Epilepsia.* — 2013. — V. 54, Suppl. 1. — 41-45.
18. Waxman S.G. The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy / S.G. Waxman, N. Geschwind // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1975. — V. 32(12). — P. 1580-1586.
19. Whitehead K. Illness perceptions of neurologists and psychiatrists in relation to epilepsy and nonepileptic attack disorder / K. Whitehead, M. Reuber // *Seizure.* — 2012. — V. 21, Is. 2. — P. 104-109.

Получено 18.06.13 □

Марьенко Л.Б.<sup>1</sup>, Вовк А.А.<sup>2</sup>, Марьенко Е.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

<sup>2</sup>Львовский национальный университет имени Ивана Франко

#### ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПАТОМОРФОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Резюме.** На основании изучения зависимости личностных характеристик больных эпилепсией с длительностью заболевания более 5 лет от ряда факторов (этиологии и длительности заболевания, возраста и пола пациентов, эффективности лечения) были определены особенности психологического патоморфоза эпилепсии. Положительный (по отношению к здоровью) терапевтический психологический патоморфоз был отмечен у больных с полным контролем припадков. Отрицательный смешанный (экзо- и эндогенный) долговременный психологический патоморфоз выявлен у пациентов с длительным течением заболевания, в возрастной группе более 45 лет, у лиц мужского пола, а также при истинной и псевдорезистентности к лечению.

**Ключевые слова:** эпилепсия, изменения личности, опросник СМОЛ, психологический патоморфоз.

Maryenko L.B.<sup>1</sup>, Vovk A.O.<sup>2</sup>, Maryenko K.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Lviv National Medical University named after Danylo Galysky

<sup>2</sup>Lviv National University named after Ivan Franko, Lviv, Ukraine

#### PERSONALITY CHANGES IN EPILEPSY AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL PATHOMORPHOSIS OF DISEASE

**Summary.** On the basis of study of dependence between the personal traits of patients with epilepsy with duration of disease over 5 years and range of factors (etiology and duration of disease, age and sex of patients, treatment efficacy) we determined the features of psychological pathomorphosis of epilepsy. Positive (referring to health) therapeutic psychological pathomorphosis was noted in patients with full seizure control. Negative mixed (exo- and endogenous) long-term psychological pathomorphosis was observed in patients with prolonged course of disease, in age group over 45 years, in males, as well as in true and pseudo-resistance to treatment.

**Key words:** epilepsy, personality changes, Mini-Mult questionnaire, psychological pathomorphosis.