

Клинико-психопатологические особенности органического расстройства личности в связи с эпилепсией

Усюкина М.В., Корнилова С.В., Лаврущик М.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Резюме. Рассмотрен ряд вопросов, касающихся роли и места органического расстройства личности в клинике эпилепсии. Для более дифференцированного подхода к диагностике органического расстройства личности в связи с эпилепсией предложена его систематика, включающая когнитивные, эмоционально-волевые нарушения и личностные изменения, образующие самостоятельные патохарактерологические образования с преобладанием эксплозивных либо дефензивных черт. Описана специфика указанной симптоматики, определены дифференциально-диагностические признаки. Рассмотрена связь степени выраженности свойственных больным эпилепсией с органическим расстройством личности нарушений со степенью социальной активности.

Ключевые слова: эпилепсия, органическое расстройство личности, дезадаптация

Clinical-psychopathological features of organic personality disorder in connection with epilepsy

Usyukina M.V., Kornilova S.V., Lavruschik M.V.

V.P. Serbskii National Research Center of Psychiatry and narcology, Moscow

Summary. A number of issues concerning the role and place of organic personality disorder in the epilepsy clinic are considered. For a more differentiated approach to the diagnosis of organic personality disorder in connection with epilepsy, his systematics is proposed, including cognitive, emotional-volitional disorders and personality changes that form independent pathoharacological formations with predominance of explosive or defensive traits. A specificity of this symptomatology is described, differential-diagnostic signs are defined. The relationship between the degree of severity of epilepsy inherent in patients with organic personality disorder and the degree of social activity is examined.

Key words: epilepsy, organic personality disorder, disadaptation.

Эпилепсия относится к числу наиболее распространенных и социально значимых заболеваний с негативным влиянием на все стороны жизни больного: социальную активность, семейный статус и сферу личных взаимоотношений [14, 15, 16, 10, 9]. По уровню инвалидизации и неблагоприятных социальных последствий, таких как снижение качества жизни, ограничение трудоустройства, стигматизация больных и социальная изоляция, эпилептическая болезнь сопоставима с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным расстройством функций организма и вызывающими необходимость социальной защиты [13].

Число больных эпилепсией с психическими нарушениями постоянно растет, и в последние годы они выявляются у 75% пациентов. Из них только 6% находятся под наблюдением психиатров, а остальные — неврологов. В 68,5% случаев психические расстройства у больных эпилепсией отмечались в межприступном периоде [3]. К психическим расстройствам, помимо когнитивного снижения и симптомов депрессии, относятся патохарактерологические особенности и поведенческие нарушения [6, 2, 11, 12, 8].

В настоящее время преобладают представления о полифакторной детерминации личностных особенностей больных эпилепсией. Выделяются следующие факторы эпилептического процесса: наследственно-конституциональные и преморбидные особенности; органическое поражение головного мозга; локализация эпилептического очага; влияние лекарственного лечения; психогенные влияния [4]. Ряд исследователей отказывают эпилептической болезни в прямой связи с психопатологическими нарушениями, считая их, по сути, «реактивными наложениями», проявлением «неспецифического» органического поражения головного мозга или «случайно связанными» и «коморбидными» с эпилепсией расстройствами [17].

Все это свидетельствует о неоднозначности научных взглядов на природу личностных особенностей больных эпилепсии и демонстрирует неразработанность множества аспектов данной проблемы, указывая на необходимость дальнейших исследований в этой области. В связи с этим **целью** настоящего исследования является выделение психопатологических и клинико-динамических особенностей органического расстройства личности при эпилепсии.

Материалы и методы обследования

Обследовано 84 больных эпилепсией, в возрасте от 18 до 57 лет, находившихся в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Основным критерием включения в исследование был нозологический — верифицированный диагноз: «органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F07.02); обследуемые были лицами мужского пола старше 18 лет.

Для квалификации психических нарушений, их динамики и прогноза применялись клинко-психопатологический и клинко-динамический методы исследования.

Для объективизации и количественной оценки тяжести имеющихся расстройств, а также качественного анализа структуры нарушений использовались краткая шкала оценки психического состояния (Mini-Mental State Examination), клиническая оценочная шкала глобального функционирования (GAF), а также психометрические тесты: Тест Спилбергера, Тест Басса-Дарки.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием приложения пакета статистического анализа данных Statistica 10 for Windows, включала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений и удельного веса показателей), анализ таблиц сопряженности с помощью χ^2 -критерия, различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$.

Результаты исследования

В результате проведенного исследования были сформированы две группы сопоставимых по возрасту больных эпилепсией: 1-ая группа — *эксплозивный* тип (44 чел., 52%), 2-ая группа — *дефензивный* тип (40 чел., 48%). Данное деление полных патохарактерологических вариантов основывалось на представлении о наличии патобиологически значимых различий личностных расстройств при общности эпилептических патогенетических механизмов их формирования в целом. К *эксплозивному* типу были отнесены такие личностные особенности, как взрывчатость, брутальность, злопамятность, поляриность аффекта, жестокость; к *дефензивному* — вязкость аффекта, медлительность, тяжеловесность, сенситивность, внушаемость, мнительность, нерешительность. 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 ипохондрических переживаниях» [1].

В большинстве наблюдений длительность заболевания была от 6 до 20 лет (66% и 67,5%). Начало заболевания у большинства обследуемых пришлось на дошкольный и школьный возраст. При

формировании органического расстройства личности при эпилепсии существенную роль играли экзогенно-органические факторы, среди которых ведущим являлось травматическое поражение головного мозга (68% и 45% $\chi^2=4,5$ $P<0,05$).

Клиническая картина органического расстройства личности в связи с эпилепсией представлена широким спектром психических расстройств.

Эмоционально-волевые расстройства включали нарушения устойчивости эмоциональных реакций в виде накопления и идеаторной переработки негативных переживаний (95,5%, 87,5%), тугоподвижности, вязкости эмоций (86%, 82,5%). Снижение интенсивности эмоциональных проявлений наблюдалось только у подэкспертных *второй* группы (12,5%, $\chi^2=5,8$, $P<0,05$). Эмоциональные реакции этих больных были маловыразительными, сочетались с пониженным фоном настроения, периодическими нарушениями сна, тревогой и беспокойством своим здоровьем, что может быть связано с присущими им такими личностными чертами, как чувствительность, ранимость, мнительность.

Эмоциональная лабильность со слабодушием также достоверно чаще наблюдалась у больных *второй* группы (65%, $\chi^2=28$, $p<0,01$), в то время как у больных *первой* группы чаще выявлялась эмоциональная лабильность с эксплозивностью (52%, $\chi^2=9$ $P<0,01$). При этом у больных *первой* группы на этом фоне наблюдались выраженная эмоциональная напряженность, вспыльчивость, возбудимость, гневливо-злобные реакции с двигательной активностью и агрессивными тенденциями. У больных же *второй* группы выявлялись истощаемость и замедленность психической деятельности, аффективная лабильность, раздражительная слабость. В силу имеющейся у них аффективной вязкости, медлительности, инертности психики они с трудом переключались на другие виды деятельности.

Когнитивные нарушения оказывают большее влияние на качество жизни больных эпилепсией, чем сами эпилептические припадки [18]. Дефицит когнитивного потенциала является одним из основных механизмов развития специфических эпилептических расстройств личности [5].

Когнитивные расстройства были представлены нарушениями **мышления, внимания, памяти**. У большинства обследованных отмечалось обстоятельное (100% и 99%), детализированное (95% и 95%) и вязкое (82% и 68%) мышление, а также снижение уровня обобщений (82% и 70%), трудности абстрагирования (86% и 77,5%), выделение несущественных признаков, неспособность выделить главное от второстепенного (64% — 84% и 62,5% — 70% соответственно). Динамический компонент мышления характеризовался его инертностью, тугоподвижностью (95,5% и 85%). У больных *первой* группы чаще наблюдались ригидность, вязкость мышления с трудностями выделения главного; суждения их часто были примитивны, поверхностны. Больные, застревающие на

несущественных деталях, подробно, обстоятельно рассказывали о своей жизни, с трудом переключались на другие темы, при этом становились более раздражительными, настойчиво требовали, чтобы их не перебивали, «выслушали до конца». У 62,5% больных *второй* группы выявлялось замедление темпа психической деятельности, что было достоверно выше, чем у больных *первой* группы (39%, $\chi^2=4,7$ $P<0,01$). Истощаемость и отвлекаемость *внимания* (57% и 90%, 64% и 90%) чаще наблюдались у больных *второй* группы ($\chi^2=6,6$ $P<0,01$), при этом трудности переключения *внимания* были характерны для подэкспертных *первой* группы, что связано с инертностью и тугоподвижностью психических процессов у данных лиц. *Мнестические* расстройства выявлялись у всех больных, несколько чаще у подэкспертных *первой* группы и проявлялись нарушениями способности усваивать, сохранять и воспроизводить новую информацию. Память была снижена как на недавние, так и на отдаленные события, сопровождалась инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Нарушения непосредственной и опосредованной памяти выявлялись у всех подэкспертных, но у больных *первой* группы одинаково часто были нарушены оба компонента, причем чаще наблюдалось снижение непосредственной памяти (91% и 57,5% $\chi^2=12,4$, $p<0,01$), а у больных *второй* группы в основном отмечались нарушения опосредованной памяти.

Для оценки степени тяжести имеющихся когнитивных расстройств проводилось исследование когнитивных функций при помощи теста Mini-mental state examination (MMSE). У больных *первой* группы чаще выявлялась *умеренная* (39%) и *выраженная* степень когнитивных нарушений (36%). У лиц с *умеренной* степенью нарушений утрачивались подвижность, пластичность психики, наблюдались трудности вработываемости, сужение объема *внимания*, построение конкретно-ситуационных связей, снижение запоминания, эффективности организации материала по смысловому признаку. У больных с *выраженной* степенью когнитивных нарушений на первый план выступали выраженная инертность психических процессов, снижение всех форм познавательной деятельности, явления олигофазии часто с вычурностью, своеобразным построением фраз, апраксией. Были характерны неспособность к усвоению нового, анализу и конструктивному разрешению ситуаций, выходящих за рамки сложившихся стереотипов. У обследуемых *второй* группы преобладали *легкая* (37,5%) и *умеренная* (40%) степени когнитивных нарушений в виде обстоятельности мышления с замедленностью темпа, снижением способности к усвоению нового, что сочеталось с отвлекаемостью *внимания*, быстрой истощаемостью. Мнестические расстройства включали снижение прочности запоминания и устойчивости памяти.

Когнитивным расстройствам принадлежит одна из основных ролей в нарушении *адаптации*

пациента в обществе, поэтому изучение связи степени выраженности когнитивных нарушений со степенью социальной активности имеет важное значение для диагностики органического психического расстройства. При оценке степени адаптации использовалась клиническая оценочная шкала глобального функционирования (GAF), предназначенная для наиболее общей оценки способности к повседневному функционированию психически больных в разных сферах жизнедеятельности (социальной, трудовой, семейной).

Таблица 1. Оценка степени адаптации

	Эксплозивный тип	Дефензивный тип
Легкая степень дезадаптации 6 (14%) 13 (32,5%)		
социальная	1 (2%)	2 (5%)
трудовая	-	4 (10%)
семейная	-	1 (2,5%)
социальная и трудовая	2 (5%)	1 (2,5%)
социальная и семейная	3 (7%)	5 (12,5%)
все	-	-
Умеренная степень дезадаптации 24 (54,5%) 15(37,5%)		
социальная	1 (2%)	1 (2,5%)
трудовая	-	1 (2,5%)
семейная	2 (4,5%)	2 (5%)
социальная и трудовая	3 (7%)	3 (7,5%)
социальная и семейная	7 (16%)	5 (12,5%)
все	11 (25%)	3 (7,5%)
Выраженная степень дезадаптации 12 (27%) 6 (15%)		
социальная	-	-
трудовая	-	-
семейная	-	-
социальная и трудовая	-	-
социальная и семейная	-	-
все	12 (27%)	6 (15%)
Отсутствует	2 (4,5%)	6 (15%)
Итого	44 (100%)	40 (100%)

Больные эпилепсией с преобладанием *дефензивных* черт в большем проценте случаев имели легкую степень дезадаптации (32,5 %), в отличие от более глубокой дезадаптации больных *первой* группы (14%, $\chi^2=4,2$, $p<0,05$). По характеру дезадаптации у лиц с дефензивными чертами, имеющих *легкую* степень дезадаптации, наблюдались лица с нарушением социальной и семейной сфер жизнедеятельности. Почти у всех боль-

ных обеих групп, имеющих легкую степень дезадаптации, не возникало нарушений трудовой деятельности. Были выявлены незначительные затруднения функционирования в виде ограниченной способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях, в том числе в кругу членов семьи, но при этом у них наблюдалась возможность частичной самокоррекции. Выявлялась субъективно ощущаемая нарушенная способность к преодолению до того привычных житейских трудностей, выполнению привычного объема работы, восстановлению сил, повышенная утомляемость, снижение производительности деятельности, особенно требующей интеллектуальных вложений. Больным были свойственны сенситивность, мнительность, неуверенность в себе, сниженная оценка своих возможностей, нерешительность, зависимость от окружающих с фиксацией на своем заболевании, боязнь возникновения приступов в общественных местах. Многие больные этой группы с тревогой относились к своему здоровью, считали, что нуждаются в постоянной медицинской помощи и поддержке близких, старались четко выполнять врачебные рекомендации, чтобы «вылечиться и начать новую жизнь». При этом некоторые лица старались скрывать свою болезнь от работодателей, чтобы не потерять работу и не лишиться социального статуса. Как указывает М.Я. Киссин (2011), такие характеристики глистроидной эпилептической личности, как педантичность, пунктуальность, гиперсоциальность, даже при нарастающих брадипсихических изменениях в психической деятельности дают возможность оставаться этим больным достаточно трудоспособными [7].

Больше половины обследуемых с преобладанием *эксплозивных* личностных черт (54,5%) имели умеренную степень дезадаптации, в отличие от больных второй группы (37,5%). По характеру дезадаптации у больных первой группы с умеренной степенью дезадаптации достоверно преобладали нарушения во всех сферах жизнедеятельности (25%) ($\chi^2=4,6$ $P<0,05$). Отмечались значительные трудности в отношениях, частые конфликты, ссоры со снижением критики к своему поведению, возникали проблемы с трудоустройством, нарушения трудовой дисциплины. При *эксплозивном* типе личностных особенностей в большем проценте случаев были выявлены лица с *выраженной* степенью дезадаптации (27%), в отличие от больных второй группы (15%) ($\chi^2=8,4$ $P=0,003$). У данных больных наблюдались нарушения во всех сферах деятельности, они были не трудоустроены, не могли выполнять необходимые требования к работе, были конфликтными, неуживчивыми, у них была нарушена способность контролировать свое поведение, его коррекция. Это связано с преобладанием у больных первой группы не только стойких когнитивных нарушений, но и достаточно выраженных специфических изменений личности в виде *эксплозивности*, *брутальности*, *несдержанности*, *вспыльчивости*, *возбудимости* с

оппозиционными и протестными формами реагирования. Эмоциональная напряженность, вязкость с фиксацией на негативных переживаниях сочеталась с выраженной аффективной заряженностью с постоянной готовностью к бурным злым реакциям.

Часто конфликты возникали по незначительному поводу, малейшему замечанию с излишней прямолинейностью суждений больных и настаивании на своей позиции с оскорблением окружающих, обвинением их в своих проблемах, нередко приводящих к агрессивным действиям, особенно если высказывания окружающих не соответствовали, противоречили мнению больного о правильности своего поведения. Больные были не согласны с ограничениями, связанными с их заболеванием, зачастую недооценивали свое состояние, нередко отказывались от лечения или требовали назначения только тех препаратов и в тех дозировках, которые они принимали ранее, полагая, что другие лекарства им не помогают. Они стенично, активно отстаивали свою точку зрения, утверждали, что они лучше разбираются в своем состоянии и не нуждаются в постоянном присмотре врачей. На фоне прогрессирования эпилептического процесса у больных отмечалось значительное снижение интеллектуально-мнестических функций, нарастание эмоционально-волевых расстройств, утрачивались подвижность, пластичность психики, приспособляемость. Самоуверенность, эгоцентризм, придиричивость, непримиримость, злопамятность в сочетании со снижением критических и прогностических способностей способствовали формированию однотипным реакцией с назойливостью, упрямством и требованию к неукоснительному выполнению их пожеланий и неспособностью к пониманию эмоционального состояния других людей. Излишняя прямолинейность в суждениях, обостренная нетерпимость к несправедливости с отстаиванием только своих интересов, субъективным пониманием ситуации и ее значимости, часто без учета мнения и эмоционального состояния окружающих приводило к реализации *непосредственно* возникающих побуждений с затруднением коррекции своих действий. Ригидность установок с неприятием моральных принципов и норм поведения приводили к неспособности находить социально приемлемые пути решения межличностных конфликтов.

Для оценки базовых черт личности и свойств темперамента проводилось *психометрическое тестирование* 14 больным эпилепсией с дефензивными и 13 с *эксплозивными* чертами.

Сравнительный анализ данных теста Спилбергера свидетельствует о том, что у больных эпилепсией в целом средние значения личностной и ситуативной тревожности достоверно превышают нормативные. Наиболее высокие показатели ситуативной тревожности выявлены в группе *эксплозивных* больных, а личностной — в группе *дефензивных*. Значения ситуативной тревожно-

Таблица 2. Средние значения шкал теста Спилбергера

Шкала	Эксплоз. тип (Э) n=11	Дефенз. тип (Д) n=10	Норма (Н) n=27	Уровень значимости различий		
				Э/Д	Э/Н	Д/Н
личностная тревожность	47,3±3,3	51,9±2,3	41,0±1,7	-	p=0,07	p<0,001
ситуативная тревожность	54,4±3,4	50,6±3,3	38,7±1,9	-	p<0,001	p<0,01

Таблица 3. Средние значения шкал теста Басса-Дарки

Шкала	Эксплоз. тип(Э)	Дефенз. тип (Д)	Норма (Н)	Уровень значимости различий		
				Э/Д	Э/Н	Д/Н
Физическая агрессия (ФА)	78,5 ± 4,8	53,3 ± 8,7	59,2 ± 4,4	p<0,05	p<0,05	-
Косвенная агрессия (КА)	57,3± 7,8	45,3 ± 4,9	59,0 ± 3,5	-	-	p<0,05
Раздражение (Р)	56,1 ± 6,6	46,2 ± 6,6	47,8 ± 4,4	-	-	-
Негативизм (Н)	69,2 ± 7,4	50,0 ± 9,4	62,3 ± 5,9	-	-	-
Обида (О)	56,8 ± 7,5	53,3 ± 8,0	52,9 ± 4,4	-	-	-
Подозрительность (П)	60,8 ± 8,0	44,2± 5,0	41,5 ± 5,1	-	p<0,05	-
Вербальная агрессия (ВА)	66,3 ± 5,2	45,5± 3,9	50,4 ± 3,5	p<0,01	p<0,05	-
Чувство вины (ЧВ)	69,3 ± 6,9	65,9± 6,4	60,8 ± 4,3	-	-	-
индекс агрессивности (ОИА=ФА+КА+ВА)	67,6± 4,9	48,0 ± 3,8	55,4 ± 2,7	p<0,01	p<0,05	-
Индекс враждебности (ИВ=О+П)	58,9 ± 7,2	48,3 ± 5,7	46,5 ± 4,1	-	-	-

Э — эксплозивные больные, Д — дефензивные больные, Н — норма

сти в группе эксплозивных больных достоверно выше, чем в контрольной группе, а значения личностной тревожности также выше, но на уровне тенденции ($p=0,07$). В группе дефензивных больных достоверно отличаются от контроля шкалы как ситуативной, так и личностной тревожности (табл.2).

Проводилось также психометрическое тестирование, направленное на количественную оценку структуры и степени предрасположенности к различным формам агрессивного и аутоагрессивного поведения.

При анализе структуры агрессивных форм поведения, выполненного с помощью теста Басса-Дарки, значения всех шкал были наиболее высокими в группе эксплозивных больных. Статистически значимые различия при сравнении эксплозивных 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 эксплозивных 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 ($p<0,05$) (табл. 3).

Заключение

Структура органического расстройства личности в связи с эпилепсией определяется совокупностью когнитивных, эмоционально-волевых нарушений и личностных изменений, образующих самостоятельные патохарактерологические образования с преобладанием эксплозивных либо дефензивных черт. При этом у больных с эксплозивными чертами личности преобладают трудности переключения внимания, вязкость, ригидность, а с дефензивными — истощаемость и отвлекаемость внимания, замедление темпа психической деятельности. Клиническое оформление эмоционально-волевых расстройств в структуре органического расстройства личности в значительной степени задается стержневыми личностными особенностями. Эксплозивные личностные черты представлены эмоциональной напряженностью с фиксацией на негативных переживаниях в сочетании с выраженной аффективной заряженностью. Для больных с дефензивными чертами характерна эмоциональная лабильность со слабодушием, склонность к избеганию конфликтов, сниженная оценка своих возможностей.

Клинико-психопатологические особенности, свойственные органическому расстройству лич-

ности, находят различное отражение в дезадаптации больных. Выраженная степень дезадаптации с нарушениями во всех сферах деятельности более характерны для больных с взрывным типом личностных особенностей. Для лиц с дефензивными чертами характерны нарушения социальной и семейной сфер жизнедеятельности в виде ограниченной способности контролировать свое поведение при возможности частичной само-

коррекции, что свидетельствует о преобладании легкой степени дезадаптации.

У больных эпилепсией с взрывными чертами ситуативная тревожность выше личностной, а в группе нормы и в группе дефензивных больных — наоборот. Выявление агрессивности как черты личности показал преобладание физической и вербальной агрессии у больных с взрывными личностными чертами.

Литература

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Академический Проект. Деловая книга. — 2006. — 90 с.
2. Громов С.А., Липатова Л.В., Незнанов Н.Г. Эпилепсия. Реабилитация больных, лечение. — СПб.: «ИИЦ ВМА». — 2008. — 392 с.
3. Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Киссин М.Я. Комплексная медико-психологическая диагностика и реабилитация больных, страдающих эпилепсией с психическими расстройствами. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2012. — 7с.
4. Громов С.А., Якунина О.Н. Непсихотические психические расстройства и изменения личности на начальных стадиях эпилепсии // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2015. — Т. 7. — № 2. — С. 18-23.
5. Земляная А.А., Калинин В.В., Железнова Е.В., Соколова Л.В. Динамика когнитивного снижения у больных эпилепсией на протяжении болезни // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2016. — № 9. — Вып. 2. — С. 35-31.
6. Калинин В.В. Психические расстройства при эпилепсии: пособие для врачей. — М.: Печатный город. — 2006. — 27 с.
7. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. — М. ГЭОТАР-Медиа. — 2011. — 256 с.
8. Коцюбинский А.П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — №3. — С.3-7.
9. Меликян Э.Г., Гехт А.Б. Показатели качества жизни у больных эпилепсией пожилого возраста // Клиническая геронтология. — 2011. — Т.17. — № 7-8. — С.15-19
10. Михайлов В.А. Качество, стигматизация и восстановительная терапия больных эпилепсией (клинический и психосоциальный аспект): автореф дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.13. — СПб. — 2008. — 52 с.
11. Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Психические расстройства при эпилепсии // Психиатрия: национальное руководство. — М. — 2009. — 651 с.
12. Усюкина М.В., Шахбази Т.А. Непароксизмальные психические расстройства вследствие эпилепсии // Российский психиатрический журнал. — 2012. — №1. — С. 46-51.
13. Attumalil T.V., Sundaram A., Varghese V.O., Vijayakumar K., Kunju P.A. Risk factors of childhood epilepsy in Kerala // Annals of Indian Academy of Neurology. — 2011. — №4. — P. 283-286.
14. Banerjee P.N., Filippi D., Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy // Epilepsy Research. — 2009. — Vol.4. — № 1. — P. 31-45.
15. Canuet L., Ishii R., Iwase M., Ikezawa K., Kurimoto R. et al. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy // Epilepsy Research. — 2009. — Vol.83. — №1. — P.58-65.
16. Jacoby A., Snape D., Baker G.A. Determinants of quality of life in people with epilepsy // Neurologic Clinic. — 2009. — Vol. 27. — № 4. — P. 843-863.
17. Titlic M., Basic S., Hajnsek S., Lusic I. Comorbidity psychiatric disorders in epilepsy: a review of literature // Bratislavske lekarske listy. — 2009. — Vol. 110. — № 2. — P. 105-109.
18. Whittemore V.H., Winawer M.R., Patel M., Scharfman H.E. Issues related to symptomatic and disease-modifying treatments affecting cognitive and neuropsychiatric comorbidities of epilepsy // Epilepsia. — 2013. — Vol.54. — №4. — P. 44-60.

Transliteration

1. Burno M.E. Klinicheskaya psikhoterapiya. 2-e izd., pererab. I dop. — M.: Akademicheskij Proekt. Delovaya kniga. — 2006. — 90 s. In Rus.
2. Gromov S.A., Lipatova L.V., Neznakov N.G. Epilepsiya. Reabilitatsiya bol'nykh, lechnie. — SPb.: «IITS VMA». — 2008. — 392 s. In Rus.
3. Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Kissin M.Ya. Kompleksnaya mediko-psikhologicheskaya diagnostika i reabilitatsiya dol'nykh, stradayushch epilepsiey s psikhicheskimi rasstroystvami. — SPb.: NIPNI im. V.M.Bekhtereva. — 2012. — 7 s. In Rus.
4. Gromov S.A., Yakunina O.N. Nepsikhoticheskie psikhoticheskie rasstroystva i izmeneniya lichnosti na nachal'nykh stadiyakh epilepsii // Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya. — 2015. — T. 7. — № 2. — S. 18-23. In Rus.
5. Zemlyanaya A.A., Kalinin V.V., Zheleznova E.V., Sokolova L.V. Dinamika kognitivnogo snizheniya u bol'nykh epilepsiey na protyazhenii bolezni // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. — 2016. — № 9. — Vyp. 2. — S.35-31. In Rus.

6. Kalinin V.V. *Psikhicheskie rasstroystva pri epilepsii: posobie dlya vrachey.* — М.; Pechatnyy gorod. — 2006. — 27 s. In Rus.
7. Kissin M.Ya. *Klinicheskaya tpileptologiya.* — М.: GEOTAR-Media. — 2011. — 256 s. In Rus.
8. Kotsyubinskiy A.P. *Nepsikhoticheskie rasstroystva v kontekste biopsikhosotsial'noy kontseptsii psikhicheskikh zabolevaniy // Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva.* — 2014. — №3. — S. 3-7. In Rus.
9. Melikyan V.G., Gekht A.B. *Pokazateli kachestva zhizni u bol'nykh epilepsiey pozhilogo vozrasta // Klinicheskaya gerontologiya.* — 2011. — T. 17. — № 7-8. — S. 15-19. In Rus.
10. Mikhaylov V.A. *Kachestvo, stigmatizatsiya i vosstanovitel'naya terapiya bol'nykh epilepsiey (klinicheskiy i psikhosotsial'nyy aspekt): avtoref. dis....d-ra med.nauk: 14.00.13. — SPb, — 2008. — 52 s. In Rus.*
11. Neznanov N.G., Kissin M.Ya. *Psikhicheskie rasstroystva pri epilepsii // Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo.* — М. — 2009. — 651 s. In Rus.
12. Usyukina M.V., Shakhbazi T.A. *Neparoksizmal'nye psikhicheskie rasstroystva vsledstvie epilepsii // Rossiyskiy psikhiatricheskij zhurnal.* — 2012. — №1. — S. 46-51. In Rus.

Сведения об авторах

Усюкина Марина Валерьевна — д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail: marina_gnc@mail.ru

Корнилова Светлана Викторовна — к.м.н., старший научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail: sveta-korn@mail.ru

Лаврущик Марина Вячеславовна — научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. E-mail: lmv16534@gmail.com