

Непсихотические психические и когнитивные расстройства у больных эпилепсией со стойким контролем припадков и их динамика в процессе лечения

Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Цель исследования: научно обосновать возможность постепенного купирования психических расстройств у больных с длительным контролем эпилептических припадков при регрессе эпилептических паттернов на ЭЭГ и симптомов эпилептогенеза. Материалы и методы: исследование проведено на клиническом материале в 239 больных эпилепсией и 120 пациентов с многолетним контролем припадков. Использованы методы клинического наблюдения, МРТ, ЭЭГ и 12 экспериментально-психологических методик. Результаты: установлено, что стойкий контроль припадков определяет положительную динамику показателей психической деятельности пациентов. Прекращение припадков определяет положительную динамику показателей психической деятельности пациентов. Степень регресса изменений личности следует учитывать при решении вопросов о сроке отмены лечения антиэпилептическими препаратами и практического выздоровления от эпилепсии.

Ключевые слова: эпилепсия, изменения личности, непсихотические психические расстройства, эпилептический характер, контроль (ремиссия) эпилептических припадков.

Non-psychotic mental and cognitive disorders in epileptic patients with persistent seizure control and their dynamics in the treatment process

Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N.

St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Scientific explanation of the gradual relief of mental disorders in patients with prolonged control of seizures in the regression of epileptic patterns on EEG and the symptoms of epileptogenesis. Materials and methods. We studied 239 patients with epilepsy (PE) and 120 patients with long-term control of seizures, used methods of clinical observation, MRI, EEG, and 12 experimental psychological methods. **Results.** It is established that a persistent seizure control determines the positive dynamics of indicators of mental activity of PE. Conclusion. The cessation of seizures determines the positive dynamics of indicators of mental state of PE. The degree of regression of personality changes should be considered in decision making about the withdrawal period treatment of anti-epileptic drugs and practical recovery from epilepsy.

Key words: epilepsy, personality changes, non-psychotic mental disorders, epileptic character, control (remission) of epileptic seizures.

Современное медикаментозное противоэпилептическое лечение эпилепсии обусловило получение в последние годы контроля припадков почти у половины больных даже в условиях амбулаторного лечения. Именно у этой категории пациентов стал рассматриваться вопрос о возможности выздоровления от эпилепсии и сроках отмены лечения антиэпилептическими препаратами (АЭП).

Сложность его решения заключается в том, что в литературе акцент ставится преимущественно на купировании припадков, при этом не учитывают, что при эпилепсии развивается эпилептическая энцефалопатия, для которой кроме припадков и пароксизмальных изменений на ЭЭГ характерным является факт развития изменений личности (F07.02) и непсихотических психических расстройств (F06.822). Поэтому для решения вопроса о выздоровлении от эпилепсии надо получить не только контроль эпилептических припадков, но также добиться регресса психических рас-

стройств и такого важного фактора эпилептогенеза как регресса эпилептических паттернов на ЭЭГ, т.е. решение проблемы о выздоровлении от эпилепсии надо начать с нейрона, который генерирует эпилептические припадки, пароксизмальность на ЭЭГ и изменения личности. Изложенное выше находит подтверждение в современной отечественной и зарубежной литературе [1-5].

Целью настоящего исследования явилось стремление научно обосновать, на основе результатов клинко-психологического пролонгированного исследования пациентов со стойкой многолетней ремиссией припадков (до 10 лет) и эпилепсии, также регрессом пароксизмальной активности на ЭЭГ, возможность постепенного купирования психических расстройств с восстановлением психической деятельности головного мозга у наблюдаемых лиц.

Полученные ранее данные позволили разработать классификацию ремиссий эпилептических припадков и эпилепсии, которая приведена в та-

блице № 1. Из таблицы видно, что «регресс изменений личности» представлен в графе «ремиссии эпилепсии». В этой же графе выделены «ремиссия припадков» и «регресс эпилептиформной активности на ЭЭГ». Разработки по ремиссии припадков и регрессе эпилептических паттернов на ЭЭГ нами уже были приведены и представлены в литературе [3, 4, 6]. В настоящей работе проведен анализ материалов клинико-психологических исследований у пациентов со стойким многолетним контролем припадков, полученным в процессе АЭП.

Многие авторы, (психиатры, психологи, реже неврологи) диагностируют у больных эпилепсией «эпилептический характер», в который включают большое количество отдельных, зачастую полярных, амбивалентно-противоречивых черт. Психиатры предпочитают говорить о «непсихотических психических расстройствах, не достигающих степени парциального или тотального слабоумия». Однако личностные изменения характерные для эпилепсии стали уже даже достоянием классической литературы («эпилепсия Достоевского»). Существует ряд гипотез, объясняющих этиопатогенез этих изменений у больных эпилепсией [7].

Многолетний опыт работы с больными эпилепсией и результаты проведенных с позиции доказательной медицины клинико-психологических исследований убеждают, что изменения личности, в том числе и нарушения когнитивных функций, у этой категории больных являются, наряду с припадками, очень важным клиническим симптомокомплексом.

Правоммерно рассмотреть один из главных вопросов, почему при эпилепсии развиваются характерные только для этого заболевания изменения личности (излишняя педантичность, забывчивость, незыблемость выработанных правил и норм порядка, жесткое соблюдение форм ответов «да» и «нет», нетерпимость к критике и т.д.)? Можно предположить, что эпилептизация нейронов, и формирование эпилептической энцефалопатии еще до возникновения припадков, оказывает негативное дезинтегрирующее влияние на деятельность головного мозга. При этом, если еще не

затормаживает умственные способности, то, несомненно, растормаживает, а, может быть, и активизирует чисто инстинктивные процессы, управляемые подкорковыми образованиями головного мозга.

Таким образом, эпилептический характер может формироваться еще до возникновения эпилептических припадков. При обследовании таких пациентов, чаще детей, на ЭЭГ обычно регистрируют спонтанную пароксизмальную активность, т.е. имеет место доклинический эпилептогенез. Развитие эпилептических припадков усугубляет течение болезненного процесса. Наряду с патофизиологическими механизмами, дезинтегрирующими и ослабляющими деятельность головного мозга, включаются и социальные факторы: социально-трудовая и семейная дезадаптация, чувство ущербности и т.д. Несомненно, были правы те авторы, которые отмечали прямую связь развития изменения личности с длительностью заболевания, с локализацией эпилептических очагов, в частности с поражением височной доли [8]. Следует отметить, что в таком случае имеет место наложение сразу двух неблагоприятных факторов: локализационного и временного.

Получение контроля над припадками сложный, трудоемкий и длительный процесс. Последние годы этой проблеме уделяется большое внимание. В монографиях «Ремиссии эпилепсии» и «Контролируемая эпилепсия» мы приводили классификацию ремиссий припадков и заболевания (эпилепсии), и рассматривали критерии возможного выздоровления [3, 6]. К одному из основных критериев, наряду с отсутствием приступов и изменений на ЭЭГ, был отнесен и регресс изменений личности. Поэтому проведение у больных психологического исследования является непременным условием, позволяющим более объективно судить о степени компенсации болезненного процесса. Ремиссию эпилепсии, т.е. заболевания, авторы определяют как полное купирование любых видов клинических пароксизмов, отсутствие характерных для эпилепсии изменений на ЭЭГ и изменений личности. Процесс становления ремиссии припадков при эпилепсии сло-

Таблица 1. Классификация ремиссий эпилептических припадков и ремиссий эпилепсии (С.А. Громов, 2004)

Название ремиссии	Вид ремиссии	Клиническая форма ремиссии	Лекарственная зависимость ремиссии
Ремиссии эпилептических припадков	Нестойкая (до 1года)	Ремиссия припадков	На фоне лечения АЭП
	Стойкая (более 1года)		
Ремиссии эпилепсии	Неполная	Купирование всех видов пароксизмов	На фоне лечения или сокращения дозы на 1/3 от суточной.
	Полная	Стойкая ремиссия всех видов припадков. Регресс эпилептиформной активности на ЭЭГ Регресс изменений личности	Постепенная отмена лечения Без лечения (не менее 1 года)
Практическое выздоровление (снятие диагноза)	Компенсация болезни	Регресс болезни	Отмена

жен и не всегда прямолинеен. Поэтому необходимо уделять большое внимание изучению тех факторов, которые приводят к срыву ремиссии. Перечень этих факторов известен и чаще всего начинается с нарушения режима лечения с уменьшением дозы или прекращения приема медикаментозной терапии, недосыпания, злоупотребления алкоголя и др. Частота срывов ремиссии под влиянием неблагоприятных факторов является показателем неустойчивости процесса выздоровления и требует повышенного контроля над самочувствием пациента. Помимо поиска новых лекарственных средств, большое значение имеет совершенствование всех методов диагностики эпилепсии, так как часто не диагностируются абсансы. Полное и углубленное обследование больных эпилепсией на всех стадиях заболевания предполагает клиническое, биохимическое, электрофизиологическое (ЭЭГ), нейровизуализационное и психологическое исследование. Психологическое исследование является одним из важных составляющих этого комплекса. Данные, полученные с его помощью, раскрывают особенности, отражающие состояние мозговой деятельности пациента и уровень его социально-психологической адаптации.

Имеется ряд работ, посвященных психологическому обследованию пациентов с ремиссией эпилептических припадков [8]. Важность таких исследований несомненна, т.к. уровень восстановления психической деятельности выступает в качестве одного из критериев глубины и качества ремиссии эпилепсии [9, 10, 11]. Степень компенсации патологического процесса обуславливает возможности расширения социально-трудовой адаптации пациентов при решении вопроса о практическом выздоровлении от эпилепсии [12].

Прекращение припадков определяет положительную динамику показателей психической деятельности пациентов, причем, чем больше срок ремиссии, тем стабильнее полученные результаты. При обсуждении сроков, необходимых для восстановления психической деятельности у больных с уменьшением частоты пароксизмов, высказывается мнение, что для компенсаторной перестройки функций коры головного мозга нужно 3-4 года. Прогрессирование заболевания, как правило, приводит к нарушению психической деятельности больных. Существовала точка зрения о том, что эпилептическая активность оказывает положительное воздействие на психические функции, однако она является несостоятельной и научно необоснованной. При ремиссии эпилептических припадков и эпилепсии в целом уровень восстановления психической деятельности характеризует глубину и устойчивость ремиссии, степень компенсации болезненного процесса и возможности социально-трудовой адаптации пациентов [13-15, 19].

Возникает еще один чисто врачебный вопрос: можно ли в процессе лечения остановить или добиться регресса развившихся в процессе формирования болезни непсихотических психических расстройств (F06.822) и изменений личности (F07.02).

Ответить на этот вопрос можно положительно, при одном непереносимом условии — полном контроле не только над припадками, но и над самим эпилептическим процессом, т.е. эпилептизацией нейронов. Ответ на этот вопрос дают результаты проведенных нами клинико-психологических исследований при длительной многолетней ремиссии припадков (более 10 лет).

С.А. Громов, на основании анализа опубликованных ранее гипотез о механизмах развития изменений личности и полученных новых данных, предложил эволюционно-патогенетическую гипотезу патогенеза развития «изменений личности по эпилептическому типу» у больных эпилепсией [4]. В адаптированном варианте её можно представить следующим образом. Под влиянием экзо- или эндогенных факторов происходит эпилептизация нейронов с формированием эпилептического очага и возникновением припадков. Это дезинтегрирует деятельность корковых отделов и всего головного мозга в целом и растормаживает глубокие отделы мозга («кладовую инстинктов»), которые функционально выходят из-под осмысленного контроля больного, возникают аффективные и поведенческие нарушения, протекающие по гипер- или гипостеническому типу, конституционально заложенному в конкретном индивидууме (человеке). Полученный в процессе лечения больных контроль над припадками обеспечивает постепенную компенсацию и восстановление физиологических механизмов защиты мозга от болезни с дальнейшим регрессом изменений личности, что подтверждается данными динамики показателей регресса пароксизмальных изменений на ЭЭГ в процессе многолетнего наблюдения (10 лет). Имеются и другие гипотезы [7, 13, 16-18, 20].

Доказано, что регресс пароксизмальной активности и клинической симптоматики ведет к улучшению психической деятельности [1]. Это обеспечивается применением современных АЭП, обладающих психотропным и тонизирующим действием [5]. Определенный эффект достигается и в результате расширения комплекса противоэпилептической терапии с включением в него психосоциальных воздействий.

Материалы и методы

Психологическое исследование выполнено в условиях специализированного стационара, отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. Материал исследования составил 239 взрослых больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями и 120 пациентов с ремиссией эпилептических припадков. Средняя длительность заболевания до наступления ремиссии составила 12 лет, а продолжительность самой ремиссии от 1 года до 18 лет. До наступления ремиссии у пациентов наблюдались припадки различного характера. Большие судорожные приступы наблюдались у 51 пациента, смешанные (сочетание судорожных приступов с простыми и

сложными абсансами) — у 65 человек, джексоновские — у 4. Частые припадки были у 37,2% пациентов, редкие — у 62, 8%, т.е. преобладали лица с редкими приступами. В период восстановительного лечения в стационаре динамическое психологическое исследование проведено у 105 пациентов.

В работе использовались 12 экспериментальных — психологических методик. Для оценки когнитивной сферы использованы следующие методики: цифровая корректурная проба, методика «10 слов» и тест визуальной ретенции Бентона, методика «Исключение лишнего предмета», методика Векслера и отдельные её субтесты. Для оценки особенностей эмоционального реагирования и поведения применялись: методика самооценки функционального состояния (САН), семантический дифференциал Д.Фельдеса (СДФ), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП) и др.

Результаты

При изучении нарушений когнитивных функций больных эпилепсией установлено, что для них характерно ослабление мнестической деятельности, как в системе слухового, так и зрительного анализатора, что соответствует жалобам больных и данным клинического наблюдения. У больных эпилепсией в процессе заболевания развивается эпилептическая энцефалопатия, ослабевает не только кратковременная память, но снижается объем и долговременной памяти, что ведет к обеднению запаса знаний, снижению уровня общей осведомленности. Заметно снижен у больных темп умственной работоспособности. Конкретные результаты экспериментально-психологического исследования показывают, что снижение успешности интеллектуальной деятельности больных эпилепсией связано с частотой и характером припадков, ранним началом заболевания и длительным его течением, наличием структурно-морфологических поражений головного мозга. У больных эпилепсией обнаруживаются качественные и количественные изменения когнитивных функций, снижение их познавательных возможностей. В результате этого нарушается не только адекватное отражение и восприятие внешнего мира, но эмоциональная оценка и отношение больного к нему.

Из анализа результатов исследования с помощью личностных методик видно, что качественное своеобразие личности больных эпилепсией в большей степени связано с характером пароксизмальных состояний, а интенсивность проявления отдельных черт личности зависит от длительности заболевания и частоты припадков. Структура личности больных эпилепсией обусловлена не только клиническими факторами, в ней отражаются возрастные и гендерные особенности [14,15, 19].

Одна из задач исследования заключалась в выявлении динамики психологических показателей

у больных эпилепсией в процессе комплексного противосудорожного лечения в стационаре и ремиссии эпилептических припадков. При стационарном лечении значительные сдвиги в сторону улучшения обнаружались в показателях перцептивных функций, в функциональных характеристиках памяти и внимания.

Таблица 2. Результаты исследования памяти, внимания, темпа умственной работоспособности у больных эпилепсией в процессе восстановительного лечения в стационаре

Методики и их показатели	Результаты исследования		p
	Первичного	повторного	
Цифровая корректурная проба:			
- время выполнения (сек.)	796,50±31,43	710,06±26,43	0,05
- количество ошибок	16,61±1,46	11,86±1,16	0,05
Методика "10 слов":			
- количество воспроизведенных слов за 5 предъявлений	34,82±0,61	36,75±0,54	0,05
Тест визуальной ретенции:			
- оценка	5,46±0,22	6,56±0,23	0,01
- количество ошибок	7,71±0,44	5,32±0,42	0,01

Как видно из табл. № 2, значительные сдвиги в сторону улучшения обнаружались в показателях перцептивных функций, в функциональных характеристиках памяти и внимания. **Сравнение первичной** и повторной оценки выполнения теста визуальной ретенции в группе больных, которые отчетливо ощущали положительный эффект лечения, показало улучшение этого показателя на 1% уровне статистической значимости.

Таким образом, динамическое исследование некоторых когнитивных функций у больных эпилепсией в процессе комплексной противосудорожной терапии в стационаре обнаружило положительные сдвиги, даже при небольших сроках купирования припадков, причем выявилась вариативность результатов, обусловленная как клиническими, так и демографическими факторами. В процессе лечения в стационаре у пациентов обнаруживается динамика эмоциональных и поведенческих характеристик, выявляемых личностной методикой ММРП.

Особый интерес представляет изучение динамики психологических показателей в процессе становления ремиссии эпилептических припадков. В табл. № 3 представлены результаты обследования методикой ММРП больных эпилепсией в процессе становления ремиссии. Проведенное исследование показало, что становление ремиссии эпилептических припадков сопровождается положительной динамикой в системе отношения к себе, своему заболеванию и лечению. Так

68% больных в период ремиссии припадков перестали тяготиться своим заболеванием, поверили в выздоровление, а некоторые стали считать себя вполне здоровыми людьми и не испытывали дискомфорта от диагноза и необходимости приема лекарств. Большинство пациентов положительно относились к поддерживающей терапии, верили в нее. Снижился уровень стигматизации и самостигматизации пациентов [9]. Если в период выраженных пароксизмальных проявлений больные отмечали у себя такие качества, как неуверенность в себе, нерешительность, отсутствие самостоятельности, повышенную раздражительность и эмоциональную возбудимость, то при ремиссии припадков эти же больные характеризовали себя как лиц, уверенных в своих силах и возможностях. Они приобрели большую самостоятельность, решительность, способность к более продуктивному общению с окружающими.

Таблица 3. Результаты обследования больных эпилепсией в процессе становления ремиссии методикой ММРІ

Шкалы методики ММРІ	Показатели шкал методики		
	до ремиссии	при ремиссии 3-6 лет	p
Шкала L	49,0±2,6	48,0±3,7	-
Шкала F	67,0±1,3	60,5±1,9	0,05
Шкала K	53,2±3,8	54,5±2,4	-
Шкала 1	68,5±9,2	62,5±7,9	0,05
Шкала 2	85,7±3,8	65,5±5,4	0,05
Шкала 3	64,5±5,2	55,5±3,3	0,05
Шкала 4	74,5±5,3	61,0±3,0	0,05
Шкала 5	50,0±4,6	53,5±5,6	-
Шкала 6	73,0±2,7	64,5±3,0	0,05
Шкала 7	72,7±3,7	64,0±5,8	0,05
Шкала 8	74,2±4,6	61,7±4,6	0,05
Шкала 9	59,5±2,5	56,0±4,8	-
Шкала 0	63,0±4,3	54,7±4,2	0,05

По данным методики ММРІ, у пациентов в процессе становления ремиссии припадков уменьшается неудовлетворенность собой, напряженность аффекта, ригидность когнитивных функций, склонность к формированию идей отношения. Это выражается в снижении показателей шкалы F (67,0±1,3 и 60,5±1,9), шкалы 6 и 8; отмечается повышение фона настроения (сниже-

ние показателей по шкале 2 — депрессии: 85,7±3,8 и 65,5±5,4). Поведение пациентов становится более упорядоченным, уравновешенным, о чем свидетельствует снижение оценок по шкале 4 импульсивности (74,5±5,3 и 61,0±3,0).

У пациентов в стадии стойкой ремиссии эпилептических припадков психологическое исследование проводилось в динамике, с интервалом 1-2 года по мере увеличения длительности ремиссии. В табл. № 4 представлены результаты исследования памяти, внимания, темпа умственной работоспособности у пациентов при увеличении сроков ремиссии припадков от 1-3 лет, до 4-7 лет.

При увеличении периода отсутствия припадков происходит постепенное, довольно медленное улучшение и стабилизация таких характеристик психической деятельности, как устойчивость внимания, темп умственной работоспособности и зрительно-моторной координации, объем и качество слухоречевой и зрительной памяти. Причем, достигая достаточно высокого уровня, некоторые психологические показатели стабилизируются, и статистическая достоверность различий пропадает.

Результаты динамического исследования методикой ММРІ пациентов с ремиссией эпилептических припадков при увеличении ее сроков также демонстрируют достаточную стабильность психических проявлений обследуемых в когнитивной и эмоциональной сфере (табл. № 5).

В группе пациентов с ремиссией эпилептических припадков на фоне нормализации психических проявлений сглаживаются различия в особенностях личности, обусловленных локализацией эпилептического очага. Так, если у больных эпилепсией при наличии припадков более выраженные личностные нарушения обнаруживаются при височных пароксизмах, то при ремиссии припадков не выявляется существенных различий в структуре личности пациентов в зависимости от характера приступов, которыми они страдали до становления ремиссии.

При срывах ремиссии под влиянием различных причин происходит ухудшение психологических показателей: повышаются оценки по шкалам депрессии и тревоги, замедляется темп умственной работоспособности (увеличивается время выполнения цифровой корректурной пробы), уси-

Таблица 4. Динамика показателей памяти, внимания, темпа умственной работоспособности у пациентов при увеличении сроков ремиссии эпилептических припадков

Группы больных	Психологические методики				
	Цифровая корректурная проба		Методика «10 слов»	Тест визуальной ретенции	
	Время выполнения (сек.)	Кол-во ошибок	Количество слов за 5 предъявлений	Оценка	Количество ошибок
Больные с ремиссией 1-3 года	671,7±41,8	20,0±3,5	38,2±1,0	6,8±0,4	5,2±0,7
Больные с ремиссией 4-7 лет	612,7±36,6	13,4±1,9	39,0±0,8	7,5±0,4	4,1±0,7

Таблица 5. Результаты обследования пациентов при увеличении сроков ремиссии эпилептических припадков методикой ММРІ

Шкалы методики ММРІ	Показатели шкал методики		
	При ремиссии 1-3 года	При ремиссии 4-7 лет	p
Шкала L	54,7±2,6	54,2±2,1	-
Шкала F	58,8±2,7	58,8±2,8	-
Шкала K	56,0±1,9	57,2±2,0	-
Шкала 1	53,0±1,7	54,1±1,7	-
Шкала 2	62,8±1,5	62,0±2,1	-
Шкала 3	51,5±1,6	53,0±2,0	-
Шкала 4	56,4±1,9	56,6±1,6	-
Шкала 5	56,0±2,1	55,4±1,7	-
Шкала 6	60,1±1,7	57,7±2,0	-
Шкала 7	59,0±1,6	59,4±1,5	-
Шкала 8	62,5±2,2	60,7±2,4	-
Шкала 9	59,4±2,1	58,6 ±2,3	-
Шкала 0	53,8±1,6	52,0±1,1	-

ливается неустойчивость внимания, что может быть обусловлено ослаблением компенсаторных возможностей пациентов.

Заключение.

Результаты проведенного исследования показали важность и актуальность решения проблемы изменений (расстройств) личности и непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией на стадии стойкого контроля припадков. Эти симптомы являются важным клиническим синдромом комплексом эпилептической энцефалопатии, развивающейся при хроническом течении заболевания. Механизм их развития во многом идентичен патогенезу эпилептических пароксизмов, реализуется через эпилептизацию нейронов с последующим дезинтегрирующим влиянием на функционирование головного мозга и при неконтролируемой эпилепсии приобретающих пролонгированное течение.

тролируемой эпилепсии приобретающих пролонгированное течение.

Результаты психологического исследования доказывают неоднородность структуры расстройств личности больных эпилепсией, её обусловленность клиническими, психологическими, социально-демографическими факторами, наличием частых неконтролируемых припадков, особенно при височной форме заболевания.

Прогноз формирования изменений личности при правильно подобранной противоэпилептической терапии зависит от получения контроля над припадками. Регресс изменений личности на этой стадии, по полученным нами данным, происходит на протяжении 3-5 и более лет и патогенетически идет синхронно с регрессом пароксизмальных нарушений на ЭЭГ. Эти показатели могут быть основой для решения вопроса о степени компенсации болезни.

В процессе становления и закрепления ремиссии происходили существенные изменения в сфере эмоционального реагирования и поведения пациентов. По ряду шкал методики ММРІ результаты достигали статистического уровня значимости. У пациентов повысился фон настроения, более упорядоченным и уравновешенным стало поведение, уменьшились напряженность аффекта, ригидность эмоционального реагирования и когнитивных функций, а также склонность к формированию комплекса неполноценности и идей отчуждения.

Таким образом, прекращение припадков определяет положительную динамику показателей психической деятельности пациентов, причем, чем больше срок ремиссии, тем стабильнее, получаемые результаты. Регресс изменений личности следует учитывать в качестве важного критерия при решении вопроса о сроках отмены лечения АЭП и практическом выздоровлении от эпилепсии со снятием диагноза.

Литература

- Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина. — 2000. — С. 382.
- Горбачева Н.И., Фридлянский А.И. Экспериментально-психологическое обследование больных эпилепсией в состоянии терапевтической ремиссии. — Вопросы патопсихологии. — 1970. — С.176-184.
- Громов С.А. Контролируемая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение. — СПб.: «ИИЦ Балтика». — 2004. — 302 с.
- Громов С.А. Контролируемая эпилепсия: этапы компенсации эпилептической активности и вопросы выздоровления. — Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов конференции. Под редакцией: проф. Незнанова Н.Г., проф. Михайлова В.А. СПб. — 2015. — С. 5-9.
- Громов С.А. Эпилепсия. Реабилитация больных, лечение. С.А. Громов, Л.В. Липатова, Н.Г. Незнанов. — СПб.: «ИИЦ ВМА». — 2008. — 392 с.
- Громов С.А., Попов Ю.В., Федотенкова Т.Н. Ремиссии эпилепсии. — СПб.: Издательство СПбНИПИ им.В.М. Бехтерева. — 1995. — 186 с.
- Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. — 1999. — 419 с.
- Лепендина О.К. Некоторые вопросы психического состояния и социальной адаптации больных эпилепсией во время ремиссии. — Журн. невропатол. и психиатр. — 1984. — № 6. — С. 871-875.
- Михайлов В.А., Громов С.А., Вассерман Л.И. и др. Качество жизни и стигматизация больных эпилепсией. — Эпилепсия. Под ред. Н.Г. Незнанова. — 2010. — С. 891-936.
- Незнанов Н.Г. Эпилепсия, качество жизни, лечение. Н.Г. Незнанов, С.А. Громов, В.А. Михайлов. — СПб.: «Издательство ВМА». — 2005. — 294 с.

11. Попов Ю.В. Вопрос о выздоровлении от эпилепсии и его реабилитационно-деонтологические аспекты. Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими нарушениями. — 1978. — С.134-138.
12. Федотенкова Т.Н., Якунина О.Н. Динамика клинико-психологических показателей у больных эпилепсией в зависимости от терапевтического эффекта в процессе длительного наблюдения. Медико-психологические аспекты эпилепсии: Межвуз. сб. науч. тр. Мордов. ун-т. Саранск. — 1987. — С.83-88.
13. Эпилепсия, изменения личности, лечение. С.А. Громов, М.Я. Киссин, О.Н. Якунина, Е.С. Ерошина. — СПб.: Балтика. — 2006. — 320 с.
14. Якунина О.Н., Липатова Л.В. Гендерные и возрастные психологические особенности больных эпилепсией. Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов конференции под редакцией: проф. Незнанова Н.Г., проф. Михайлова В.А. — 2015. — С. 218-220.
15. Якунина О.Н., Липатова Л.В. Клинико-психологические возрастные особенности больных эпилепсией. Вестник психотерапии (научно-практический журнал). — 2012. — № 44 (49). — С.30-40.
16. Annegers J.F., Hauser W.A., Elveback I.R. Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy. — *Epilepsia*. — 1979. — V. 20. — P. 729-737.
17. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W., et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). — *Epilepsia*. — V. 55. — P.475-482.
18. Froschler W. Psychische Storungen bei Epilepsie. Z. Allgemeinmed. — 1979. — V. 55. — N.8. — P. 488 — 496.
19. Gromov S. Classification of epilepsy remission. *Epilepsie — Blatter. Kily.* — 1997. — Bd 10. — P. 72.
20. Reynolds E.H., Trimble M.R. *Epilepsy and psychiatry.* Edinburg — London. — 1981. — P. 254.

Transliteration

1. Boldyrev A.I. The mental characteristics of patients with epilepsy. — M.: Meditsina. — 2000. — 382 p.
2. Gorbacheva N.I., Fridlyanskii A.I. Eksperimental'no-psikhologicheskoe obsledovanie bol'nykh epilepsiei v sostoyanii terapevticheskoi remissii. — *Voprosy patopsikhologii*. — 1970. — P.176-184. (In Russ.).
3. Gromov S. Controlled epilepsy. Clinic, diagnostics, treatment. — SPb.: «IITs Baltika», 2004. — 302 p. (In Russ.).
4. Gromov S.A. Controlled epilepsy: a stages compensation epiactivity and issues of recovery. — *Epileptologiya v sisteme neironauk. Sbornik materialov konferentsii. Pod redaktsiei: prof. Neznanova N.G., prof. Mikhailova V.A.* SPb. — 2015. — P.5-9. (In Russ.).
5. Gromov S. A., Lipatova L.V., Neznanov N.G. Epilepsy, patient's rehabilitation, treatment. — SPb.: «IIC VMA». — 2008. — 392 p.
6. Gromov S.A., Popov Yu.V., Fedotenkova T.N. Remission of epilepsy. — SPb.: Izdatel'stvo SPbNIPi im.V.M. Bekhtereva. — 1995. — 186 p. (In Russ.).
7. Kazakovtsev B.A. Mental disorders in epilepsy. — M. — 1999. — 419 p.
8. Lependina O.K. Some of the questions the mental state and social adaptation of patients with epilepsy in remission. — *Zhurn. nevropatol. i psikhiatr.* — 1984. — V.6. — P.871-875 (In Russ.).
9. Mikhailov V.A., Gromov S.A., Vasserman L.I. i dr. Quality of life and stigmatization of patients with epilepsy. — *Epilepsiya. Pod red. N.G. Neznanova* — SPb. — 2010. — P. 891-936. (In Russ.).
10. Neznanov N.G. Epilepsy, Quality of life, Treatment. — SPb.: «Izdatel'stvo VMA». — 2005. — 294 p.
11. Popov Yu.V. The Question about recovery from epilepsy and rehabilitation and deontological aspects. — L. — 1978. — P.134-138. (In Russ.).
12. Fedotenkova T.N., Yakunina O.N. Dynamics of clinical and psychological parameters in patients with epilepsy, depending on the therapeutic effect during long-term follow-up. — *Mediko-psikhologicheskie aspekty epilepsii: Mezhvuz. sb. nauch. tr. Mordov. un-t. Saransk.* — 1987. — P.83-88.
13. Gromov S.A., Kиссин М.Я., Якунина О.Н., Ерошина Е.С. Epilepsy, personality changes, treatment. — SPb.: Baltika. — 2006. — 320 p. (In Russ.).
14. Yakunina O.N., Lipatova L.V. Gender and age psychological features of patients with epilepsy. — *Epileptologiya v sisteme neironauk. Sbornik materialov konferentsii. Pod redaktsiei: prof. Neznanova N.G., prof. Mikhailova V.A.* SPb. — 2015. — P. 218-220 (In Russ.).
15. Yakunina O.N., Lipatova L.V. Clinical and psychological age characteristics of patients with epilepsy. — *Vestnik psikhoterapii (nauchno-prakticheskii zhurnal)*. — 2012. — V. 44 (49). — P. 30-40 (In Russ.).
16. Annegers J.F., Hauser W.A., Elveback I.R. Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy. — *Epilepsia*. — 1979. — V. 20. — P.729-737.
17. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W., et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). — *Epilepsia*. — 2014. — V. 55(4). — P.475-482.
18. Froschler W. Psychische Storungen bei Epilepsie. — Z. Allgemeinmed. — 1979. — V. 55(8). — P. 488 — 496.
19. Gromov S. Classification of epilepsy remission. — *Epilepsie — Blatter. Kily.* — 1997. — Bd 10. — Suppl. — P. 72-73. (In Russ.).
20. Reynolds E.H., Trimble M.R. *Epilepsy and psychiatry.* — Edinburg — London. — 1981. — 254 p.

Сведения об авторах

Громов Сергей Александрович — д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, профессор, главный научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Служебный тел.: (812) 412-37-84. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Липатова Людмила Валентиновна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru

Якунина Ольга Николаевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: Yakunina.O.N@rambler.ru