

СИСТЕМНЫЕ ПСИХОЛОГО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Р.А. Зорин, В.А. Жаднов, М.М. Лапкин

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Эпилепсия – одно из наиболее значимых не только в медицинском, но и психологическом аспекте заболеваний [3, 7]. Изучению психологических особенностей больных эпилепсией посвящено большое количество работ, в которых анализируются отдельные мотивационные, эмоциональные, характерологические особенности пациентов [19, 20, 21].

Эпилептические приступы рассматриваются как отражение системных психофизиологических свойств индивида, характеризующих склонность к пароксизмальной реакции [1]. Сложность взаимоотношения психологических характеристик, как устойчивых, так и ситуативных, и их системный характер отражены в психофизиологических концепциях В.С.Мерлина, Б.М.Теплова, В.Д.Небылицына, В.М.Русалова [цит. по 6]. Показано, что в основе объединения формально-динамических психометрических характеристик лежит механизм системного обобщения [15].

Системно-функциональный подход предполагает изучение психометрических характеристик в континууме целенаправленной деятельности с описанием особенностей мотивационной сферы, эмоциональных характеристик, процессуальной стороны деятельности [16], что определяет значимость изучения данных психологических показателей у больных эпилепсией.

Целью работы является изучение системных психолого-поведенческих характеристик у больных с различным характером течения эпилепсии. В рамках цели исследования были сформулированы следующие задачи: 1) выделение подгрупп больных эпилепсией с различными клинико-социальными характеристиками; 2) анализ различий по характеристикам мотивационной и эмоциональной сфер, показателям агрессивности, характеристикам темперамента и процессуальным особенностям поведения у больных с различным течением эпилепсии; 3) изучение взаимоотношений психометрических показателей в подгруппах больных эпилепсией.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 75 пациентов, страдающих эпилепсией, из них 32 мужчины и 43 женщины, средний возраст составил $36,4 \pm 1,38$ года. В качестве клинических характеристик пациентов определялись среднее общее число приступов, среднее число простых парциальных, сложных парциальных, первично- и вторично-генерализованных приступов за 1 месяц; количество антиконвульсантов, принимаемых пациентами для контроля за приступами, эффективность медикаментозного лечения приступов (1 балл – отсутствие приступов, 2 балла – уменьшение числа приступов или изменение их структуры, 3 балла – неэффективный контроль); уровень психических нарушений (0 – отсутствие когнитивных и эмоциональных нарушений; 1 – минимальные или умеренные когнитивные и эмоциональные расстройства в форме депрессивных и тревожных проявлений, 2 – выраженные когнитивные нарушения, психотические расстройства и уровень социального функционирования (1 балл – удовлетворительная социальная адаптация, 2 балла – нарушения социальной адаптации в виде потери или смены работы, семейных проблем из-за приступов; 3 балла – нарушение социального функционирования в виде инвалидизации, ограничения социальных контактов, проблем при реализации социально-бытовой деятельности).

Исследование мотивационной сферы проводилось при помощи опросника В.Гербачевского для выявления уровня притязаний по отношению к моделируемой целенаправленной деятельности (тест Шульте–Горбова) методом интервьюирования [13]. Для оценки уровня тревожности как личностной характеристики (предрасположенность к тревоге), так и психического состояния был использован опросник Ч.Д.Спилбергера (адаптирован Ю.Л.Ханиным); уровень личностной тревожности оценивался также при помощи «Шкалы проявлений тревоги Д.Тейлор» в адаптации Норакидзе, уровень тревожных

расстройств определялся при помощи субшкалы «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» [9].

Оценка уровня депрессии проводилась при помощи опросника депрессивности А.Т.Бека по когнитивно-аффективной шкале и шкале соматизации, а также при помощи субшкалы депрессии «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» [9]. Агрессивность оценивалась как психологическая характеристика, отражающая как устойчивую способность испытывать эмоциональные состояния с готовностью нанести вред окружающему, так и ситуативный характер данных феноменов. Агрессивное поведение рассматривалось как неадекватная защитная реакция на стрессовые факторы, которая является противоположностью адаптивному поведению [14]. Для оценки агрессивности личности, возникающей на основе мотива агрессии, был использован опросник А.Басса и А.Дарки в адаптации Л.Г.Почебута с выделением 5 шкал: вербальной, физической, предметной, эмоциональной агрессии и самоагрессии. Личностно-психологические показатели агрессии оценивались при помощи опросника State Trait Anger Inventory (STAXI) Ч.Д.Спилбергера по шкалам направленности гнева (агрессии) на себя (STAXI AX/IN), направленности гнева вовне (STAXI AX/OUT), контроля агрессии (STAXI AX/CON), личностной агрессии (агрессии как черты характера) [10].

Оценка темперамента проводилась при помощи теста EPQ, основывающегося на трёхфакторной модели Г.Айзенка, с определением уровня нейротизма, экстра- и интроверсии и психотизма [9].

Для диагностики особенностей поведения был использован экспресс-вариант опросника Дженкинса для выявления и оценки поведения типа А (упорная борьба за достижение цели, ощущение нехватки времени, желание добиться цели) и типа поведения Б с противоположными характеристиками [9].

Для изучения процессуальных характеристик предметно-деятельного и коммуникативного аспектов темперамента был использован опросник структуры темперамента В.М.Русалова (ОСТ). Оценивались шкалы предметной эргичности, социальной эргичности, пластичности, социальной пластичности, темпа, социального темпа, эмоциональности, социальной эмоциональности, показатели контрольной шкалы [15].

Кластерный анализ проводился методом К-средних [17] для разделения пациентов на подгруппы по клиническим характеристикам, уровню психических нарушений, показателям социального функционирования. Для описания психометрических характеристик в подгруппах пациентов использовались средние значения (M), медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (LQ и UQ) и стандартная ошибка средней. Различия между подгруппами оценивались при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни (Z), значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$ [8].

Факторный анализ был использован для выявления структуры взаимосвязей различных психометрических параметров и выделения латентных переменных (факторов), объясняющих данные корреляции. Для проведения факторного анализа был применён соответствующий модуль пакета прикладных программ Statistica 10.0. При выделении количества факторов использовались критерий Кайзера, согласно которому отбираются факторы с собственными значениями, большими 1, и критерий «каменистой осыпи» в соответствии с максимальным замедлением убывания собственных значений факторов на графике слева направо. Процесс поиска оптимальной факторной структуры (процедура вращения факторов) основывался на методе ортогонального вращения (варимакс) [12].

Результаты исследования

Методом кластерного анализа выделено две подгруппы больных эпилепсией с различными клиническим и социальными характеристиками (кластер I – 44 пациента и кластер II – 31 пациент). На рис. 1 представлены различия между кластерами. Определяется меньшая эффективность терапии в кластере II (M=2,4 балла; LQ=2,0 балла, UQ=3,0 балла) по сравнению с кластером I (M=1,9 балла; LQ=1,0 балла, UQ=2,0 балла, Z=-3,001; $p=0,003$); большая степень выраженности психических нарушений в кластере II (Me=1,22 балла, LQ=1,0 балла, UQ=2,0 балла) и нарушений социальной адаптации (Me=1,96 балла, LQ=1,0 балла, UQ=3,0 балла) по сравнению с кластером I (Me=0,48 балла, LQ=0 баллов, UQ=1 баллов, Z=-3,869; $p=0,0001$ и Me=1,31 баллов; LQ=1,0 балла UQ=2,0 балла, Z=-3,688, $p=0,0003$, соответственно). Пациенты кластера I

Таблица 1

Показатели агрессии в подгруппах испытуемых по данным теста Басса-Дарки (адаптация Л.Г. Почебута) и STAXI

Параметры	Подгруппа 1					Подгруппа 2					Z	p
	M	Me	LQ	UQ	SEM	M	Me	LQ	UQ	SEM		
Общая агрессия, баллы	13,7	12,0	10	18	0,86	17,9	18	13	20	1,70	-2,067	0,039
Эмоциональная агрессия баллы	1,7	1,0	1	3	0,20	3,4	3	1	5	0,64	-2,437	0,015
Личностная агрессия (STAXI), баллы	13,6	14	11	19	0,96	20,2	20	17	22	2,27	-3,090	0,002
STAXI AX/IN, баллы	10,8	11	9	14	0,73	14,7	14	11	20	1,87	-2,928	0,044
STAXI AX/OUT, баллы	9,6	10	8	13	0,62	12,7	13	10	14	1,60	-2,836	0,046

характеризуются преобладанием сложных парциальных приступов (различия достоверны $Z=2,163$; $p=0,03$); в кластере II достоверно преобладают генерализованные приступы ($Z=7,23$; $p=0,0001$). Количество принимаемых для контроля за приступами препаратов достоверно выше у пациентов кластера II ($Z=-2,101$; $p=0,04$).

В дальнейшем предложено обозначать кластер II как подгруппу с более «неблагоприятным» течением заболевания по отношению к кластеру I.

В табл. 1 представлены показатели агрессии по результатам теста Басса-Дарки и STAXI в подгруппах

больных эпилепсией (представлены показатели с достоверными различиями между подгруппами).

Как следует из таблицы, пациенты подгруппы 2 характеризуются достоверно более высоким уровнем эмоциональной агрессии, общей агрессии, личностной агрессии (агрессии как черты характера) по сравнению с группой 1; в подгруппе 2 определяется больший уровень аутоагрессии и гетероагрессии по сравнению с группой 1.

В табл. 2 представлены результаты исследования уровня тревожности и депрессии по данным тестов Спилбергера-Ханина, Тейлор (в модификации

Таблица 2

Показатели тревожности, уровня депрессии в подгруппах пациентов

Параметры	Подгруппа 1					Подгруппа 2					Z	p
	M	Me	LQ	UQ	SEM	M	Me	LQ	UQ	SEM		
Ситуативная тревожность Спилбергера-Ханина, баллы	42,7	40	34	48	1,98	48,6	48	41	52	2,31	-2,484	0,013*
Личностная тревожность Спилбергера-Ханина, баллы	42,4	42	35	48	1,15	49,8	48	47	52	2,31	-2,560	0,010*
Тревожность по Тейлору, баллы	22,9	19	13	25	2,78	24,1	26	17	29	2,25	-1,768	0,077
Тревожность (HADS), баллы	5,9	6	3	8	0,52	6,6	6	5	8	1,07	-0,655	0,512
Депрессия (HADS), баллы	6	4	2	6	0,40	8,7	8	6	11	1,08	-3,478	0,001*
Когнитивный компонент депрессии (Бек), баллы	6,4	5	1	11	0,98	9,9	11	5	13	1,49	-2,940	0,042*
Соматический компонент депрессии (Бек), баллы	3,0	3	0	6	0,52	6,7	6	4	9	1,00	-2,995	0,003*
Общий балл (Бек), баллы	8,9	7	2	14	1,34	16,7	16	11	24	1,94	-2,923	0,003*

Примечания: * – достоверные различия между показателями.

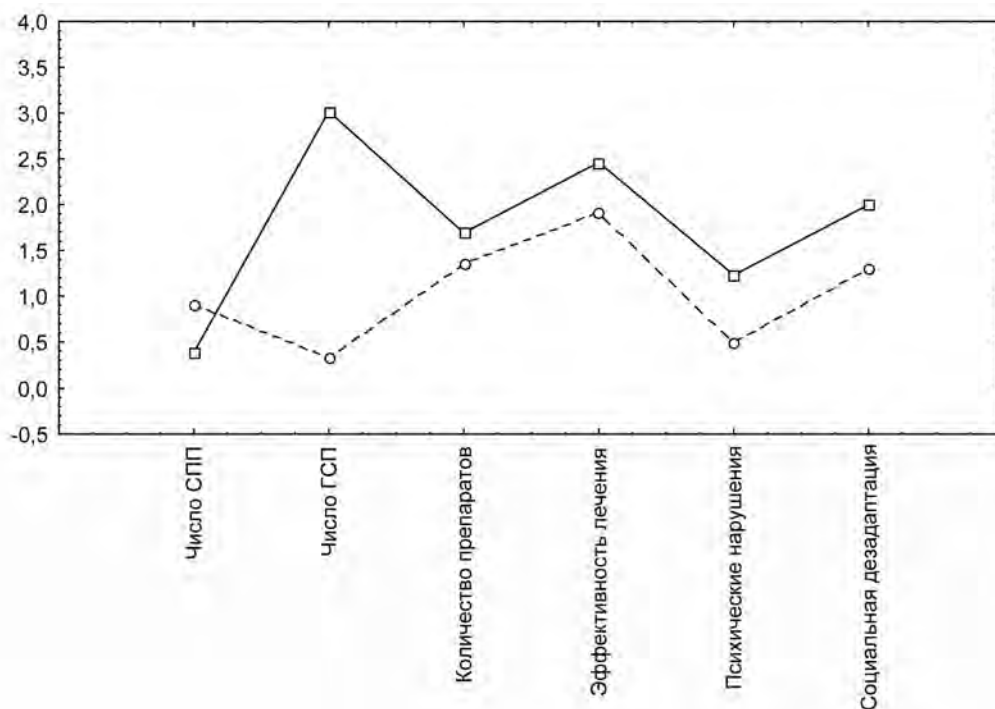


Рис. 1. Характеристики кластеров пациентов

Примечания: штриховая линия – кластер I; сплошная линия – кластер II, СПП – сложные парциальные приступы; ГСП – генерализованные судорожные приступы.

Норакидзе), Бека и госпитальной шкалы тревоги-депрессии.

Уровень личностной и ситуативной тревожности достоверно выше в подгруппе 2; в этой же подгруппе определяется более высокий уровень депрессии (как когнитивно-аффективного, так и соматического компонента).

В табл. 3 представлены результаты теста EPQ в подгруппах испытуемых. Определяется достоверно большая интроверсия у больных эпилепсией в подгруппе с «неблагоприятным течением».

В табл. 4 представлены результаты теста общей структуры темперамента в подгруппах больных эпилепсией.

Как следует из таблицы, определяются достоверные различия между пациентами подгрупп по показателям пластичности, темпа деятельности и социального темпа; данные показатели ниже в группе с более «неблагоприятным течением» заболевания.

В табл. 5 представлены характеристики мотивационной сферы испытуемых по результатам теста Гербачевского (представлены показатели, демонстрирующие достоверные различия между подгруппами).

Продемонстрировано, что у пациентов подгруппы 2 более выражен мотив смены деятельности; а также определяются меньшие значения познавательного мотива и предполагаемой закономерности результатов.

Метод факторного анализа был использован для описания взаимоотношений между психометрическими показателями в подгруппах пациентов. В табл. 6 представлены результаты факторного анализа в подгруппе 1; представлены факторные нагрузки с силой более 0,7.

Выделено 4 фактора, достоверно нагружающих психометрические характеристики у пациентов подгруппы 1. Фактор 1 демонстрирует сильные корреляции с уровнем личностной тревожности, депрессии и мотивом избегания в тесте Гербачев-

Таблица 3

Результаты теста EPQ в подгруппах испытуемых

Параметры	Подгруппа 1					Подгруппа 2					Z	p
	M	Me	LQ	UQ	SEM	M	Me	LQ	UQ	SEM		
Экстраверсия-интроверсия, баллы	13,6	14	11	17	0,61	10,2	11	8	14	1,09	2,447	0,014*
Нейротизм, баллы	12,3	12	8	18	0,74	12,9	14	9	17	1,55	-0,527	0,598
Психотизм, баллы	4,1	4	2	6	0,32	5,6	6	4	7	0,84	-1,631	0,103

Примечания: * – достоверные различия между показателями.

Таблица 4

Результаты теста ОСТ в подгруппах исследуемых

Параметры	Подгруппа 1					Подгруппа 2					Z	p
	M	Me	LQ	UQ	SEM	M	Me	LQ	UQ	SEM		
Предметная эргичность, баллы	6,4	6	5	9	0,38	5,0	5	3	8	0,76	1,678	0,093
Социальная эргичность, баллы	7,2	8	5	10	0,40	5,8	6	3	9	0,82	1,518	0,129
Пластичность, баллы	6,4	7	4	9	0,44	3,8	3	3	5	0,57	2,912	0,004*
Социальная пластичность, баллы	5,2	6	3	7	0,31	4,8	5	2	6	0,68	0,589	0,556
Темп, баллы	7,0	7	5	10	0,42	4,8	3	2	9	0,95	2,142	0,032*
Социальный темп, баллы	7,1	7	5	10	0,35	4,1	4	2	6	0,70	3,397	0,001*
Эмоциональность, баллы	5,4	5	2	9	0,48	6,1	5	4	9	0,91	-0,714	0,475
Социальная эмоциональность, баллы	,9	6	4	7	0,38	6,6	6	4	11	0,96	-0,610	0,542
К (шкала лжи), баллы	3,0	3	2	4	0,24	3,3	4	1	5	0,60	-0,818	0,413

Примечания: * – достоверные различия между показателями.

Таблица 5

Показатели теста Гербачевского в подгруппах пациентов

Параметры	Подгруппа 1					Подгруппа 2					Z	p
	M	Me	LQ	UQ	SEM	M	Me	LQ	UQ	SEM		
Мотив смены деятельности, баллы	7,0	7	5	9	0,33	9,5	10	6	13	0,96	-2,289	0,022
Закономерность результата, баллы	14,6	14	13	16	0,36	13,3	13	12	15	0,66	2,811	0,040
Познавательный мотив, баллы	17,5	18	16	19	0,30	16,1	17	15	18	0,72	2,798	0,042

Факторные нагрузки психологических характеристик пациентов подгруппы 1

Показатель	Фактор 1	Показатель	Фактор 2	Показатель	Фактор 3	Показатель	Фактор 4
Мотив избегания	0,748	Уровень мобилизации усилий	0,829	Вербальная агрессия	0,728	Предметная эргичность	0,785
Личностная тревожность (Спилбергер-Ханин)	-0,792	Закономерность результатов	0,836	Самоагрессия	0,728	Пластичность	0,792
Уровень депрессии HADS	0,709	Внутренний мотив	0,774	Общая агрессия	0,896	Нет	Нет
Соматический компонент депрессии (Бек)	0,729	Нет	Нет	Нейротизм (Айзенк EPQ)	0,752	Нет	Нет

Таблица 7

Факторные нагрузки психологических характеристик пациентов подгруппы 2

Показатель	Фактор 1	Показатель	Фактор 2	Показатель	Фактор 3	Показатель	Фактор 4
Мотив избегания	0,845	Мотив смены деятельности	-0,992	Уровень мобилизации усилий	-0,906	Физическая агрессия	-0,992
Состязательный мотив	-0,792	Значимость результатов	-0,853	Инициативность	-0,929	Предметная агрессия	-0,884
Мотив самоуважения	-0,723	Оценка своего потенциала	0,959	Аутоагрессия	-0,864	Самоагрессия (Басса-Дарки)	-0,707
Сложность задачи	0,912	Ожидаемость результатов	0,987	Психотизм	-0,927	Эмоциональность (ОСТ)	-0,826
Эмоциональная агрессия	0,869	Закономерность результатов	0,948	Нет	Нет	Нет	Нет
Уровень депрессии HADS	0,817	Внутренний мотив	0,966	Нет	Нет	Нет	Нет
Когнитивная шкала депрессии (Бек)	0,889	Ситуационная тревожность	-0,798	Нет	Нет	Нет	Нет
Уровень депрессии (Бек)	0,865	Личностная тревожность	-0,702	Нет	Нет	Нет	Нет
Экстраверсия-интроверсия (EPQ)	-0,842	Нейротизм	-0,704	Нет	Нет	Нет	Нет
Социальная эргичность	-0,747	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Пластичность	-0,829	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Темп	-0,813	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

ского. Фактор 2 характеризуется сильными корреляциями с показателями внутреннего мотива, уровнем мобилизации усилий, закономерности результатов. Фактор 3 имеет сильные корреляции с показателями вербальной агрессии, самоагрессии, общей агрессии, а также уровнем нейротизма, то есть объединяет показатели агрессии и эмоциональной неустойчивости. Фактор 4 демонстрирует сильные корреляции с процессуальными показателями деятельности – предметной эргичностью и пластичностью.

В табл. 7 представлены факторные нагрузки психологических характеристик пациентов группы 2; представлены факторные нагрузки с силой более 0,7.

Обращает на себя внимание более сложная структура взаимоотношений показателей, объясняемых факторами в подгруппе пациентов 2. Фактор 1

достоверно сильно нагружает показатели уровня депрессии, эмоциональной агрессии, мотива избегания, оценки сложности задачи (положительные корреляции) и процессуальные показатели деятельности (эргичность, пластичность, темп деятельности), экстраверсию, состязательные мотивы, мотивы самоуважения (отрицательные корреляции). Фактор 2 негативно коррелирует с мотивацией смены деятельности, уровнем тревожности и позитивно с показателями оценки своего потенциала, ожидаемостью результатов, закономерностью результатов, внутренним мотивом. Фактор 3 связывает через негативные корреляции показатели аутоагрессии, психотизма. Фактор 4 демонстрирует сильные корреляции с показателями физической, предметной агрессии, самоагрессии.

Обсуждение и выводы

Эффективное решение задачи кластеризации методом *k*-средних с достоверными различиями между подгруппами по клинико-социальным показателям демонстрирует гетерогенность исследуемых по характеристикам приступов и реакции на терапию антиконвульсантами, при этом подгруппа 2 может быть обозначена как подгруппа с более «неблагоприятным» течением заболевания. Результаты сравнения психометрических показателей демонстрируют, что при неблагоприятном течении заболевания более выражен мотив смены деятельности; менее выражен познавательный мотив и оценка закономерности результатов, то есть преобладают мотивы, определяющие избегающий характер поведения. В этой же подгруппе больных определяется большая интроверсия. В эмоциональной сфере неблагоприятное течение заболевания характеризуется высоким уровнем тревожности, депрессии (как когнитивного, так и соматического компонента), а также более высоким уровнем общей агрессии, ауто- и гетероагрессии, эмоциональной агрессии по сравнению с подгруппой 1. Процессуальные характеристики деятельности при неблагоприятном течении заболевания характеризуются сниженными показателями пластичности, темпа деятельности и социального темпа.

Данные феномены имеют двойственную интерпретацию: возможно их рассмотрение как психологической реакции на худшее течение заболевания и большую выраженность побочных действий антиконвульсантов [18], при этом увеличение числа социальных ограничений приводит к изменению структуры мотивов, нарастанию тревожности и депрессии и вторичному изменению формально-динамических характеристик поведения [11].

С нейрофизиологической позиции обсуждается связь аффективных нарушений при эпилепсии с локализацией патологического очага, в частности особую роль имеет височная (мезиотемпоральная) локализация эпилептогенного очага и вторичное снижение активности и дисфункция лобных долей [5, 11]. Вместе с тем возможна интерпретация психологических особенностей больных с неблагоприятным течением эпилепсии как отражения системного социально-психологического и психофизиологического феномена, при котором специфика мотивационно-эмоциональной сферы с направленностью мобилизованных ресурсов не на внешнюю, социально-ориентированную и социально приемлемую деятельность, а на неадекватные защитные реакции на стрессовые факторы в виде увеличения агрессии, интровертированности личности сопровождается большей вероятностью реализации архаичных биологических моделей поведения, которые проявляются в форме эпилептических приступов [2, 4].

Обсуждается взаимосвязь типологических психофизиологических свойств, характеристик мотивационной сферы, процессуальных характеристик деятельности и её эффективности, а также эмоционального

отношения (в том числе эмоциональной устойчивости и неустойчивости) с результатами деятельности [6]. В работе данные взаимосвязи у больных эпилепсией изучались методом факторного анализа. Специфика взаимоотношений психометрических показателей в подгруппе 2 демонстрирует более сложную структуру внутрисистемных отношений; при этом определяются факторы, включающие полярные показатели: уровень депрессии, эмоциональной агрессии, избегающих мотивов с одной стороны, и процессуальных характеристик деятельности, мотивов, направленных на активное социальное функционирование, с другой в факторе 1; тревоги, избегающих мотивов и социально-ориентированных мотиваций в факторе 2. Гетерогенность психометрических характеристик, входящих в структуру факторов, демонстрирует наличие психофизиологических механизмов, имеющих как защитно-приспособительное, так и патологическое значения. Фактор 3 объединяет показатели уровня аутоагрессии со склонностью к асоциальному поведению, мобилизацией усилий и инициативностью, что позволяет предположить наличие механизмов реализации мобилизованных ресурсов через социально-дезадаптивные модели поведения. Фактор 4 объединяет различные характеристики агрессии.

В подгруппе пациентов 1 факторы являются более однородными и менее сложными по числу сильных факторных нагрузок: фактор 1 включает характеристики эмоциональной нестабильности и избегающих мотиваций; фактор 2 отражает мотивации, направленные на активное социальное функционирование; фактор 3 характеризует показатели агрессии, а фактор 4 связан с процессуальными характеристиками деятельности.

Большая сложность структуры взаимоотношений показателей и факторов, большая гетерогенность характеристик, объясняемых факторами 1 и 2 в подгруппе 2 отражает более выраженную «жесткость» взаимодействия различных психофизиологических механизмов, что указывает на большее внутрисистемное напряжение у пациентов в подгруппе с «неблагоприятным» течением [4].

Выводы

Исследуемая группа пациентов, страдающих эпилепсией, гетерогенна по клиническим и социальным показателям; при этом возможно выделение отдельной подгруппы с более «неблагоприятным» течением заболевания.

При «неблагоприятном» течении заболевания определяется большая выраженность избегающих моделей поведения, более высокий уровень депрессии, тревожности, агрессии, большая интроверсия и снижение показателей пластичности, темпа деятельности.

Факторный анализ взаимоотношения психометрических показателей демонстрирует большее внутрисистемное напряжение во взаимосвязи психофизиологических механизмов в подгруппе больных с «неблагоприятным» течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. и соавт. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. М.: Мед. информ. агентство, 2000. 752 с.
2. Волов В.В. Исследование процессов самоорганизации в клинической психологии на примере функциональных систем, возникающих при эпилепсии // Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы. Томск: ФГБОУ ВПО Национальный исследовательский Томский государственный университет, 2013. 53–57 с.
3. Громов С.А. и соавт. Эпилепсия, изменение личности, лечение. СПб.: ИИЦ Балтика, 2006. 320 с.
4. Жаднов В.А., Лапкин А.С., Стариков М.М. Системные основы синдромаобразования в неврологии на примере эпилепсии // Вестн. новых мед. технологий. 2002. Т. 9, № 1. С. 40–44.
5. Земляная А.А. Психические расстройства у больных эпилепсией юношеского возраста: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2006. 29 с.
6. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2004. 701 с.
7. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: Руководство для врачей. М.: ОАО «Медицина», 2010. 720 с.
8. Ланг Т.А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. М.: Практическая медицина, 2011. 480 с.
9. Мантрова Н.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике. Иваново: ООО «Нейрософт», 2007. 216 с.
10. Меринов А.В., Шустов Д.И. Влияние суицидальных тенденций у страдающих алкогольной зависимостью мужчин на аутоагрессивное несуицидальное поведение, психологические феномены и аддиктивные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. 2012. № 5, Вып. 2. С. 44–48.
11. Мула М. Депрессия и эпилепсия: эпидемиологические и нейробиологические аспекты // Современная эпилептология: проблемы и решения / Под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М.: ООО «Буки-Веди», 2015. С. 117–122.
12. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб: Речь, 2004. 392 с.
13. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие / Под ред. А.А. Крылова. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1990. 272 с.
14. Резапкина Г.В. Психология и выбор профессии: программа предпрофильной подготовки. М.: Генезис, 2006. 208 с.
15. Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука, 1979. 352 с.
16. Судаков К.В. Мотивация – основа психической деятельности // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. Т. 106, № 7. С. 4–11.
17. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. М.: Бином-Пресс, 2007. 512 с.
18. Kanner A.M. Depression in epilepsy: a complex relation with unexpected consequences // Curr. Opin. Neurol. 2008. Vol. 21. P. 190–194.
19. Loughman A., Bowden S.C., D'Souza W. Cognitive functioning in idiopathic generalized epilepsies: a systematic review and meta-analysis // Neurosci. Biobehavior. Rev. 2014. N 43. P. 20–34.
20. Tracy J.I., Dechant V., Sperling M.R. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy // Neurology. 2007. Vol. 68, N 3. P. 1101–1107.
21. Testa S.M., Lesser R.P., Krauss G.L. Personality Assessment Inventory among patients with psychogenic seizures and those with epilepsy // Epilepsia. 2011. Vol. 52, N 8. P. 84–88.

СИСТЕМНЫЕ ПСИХОЛОГО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Р.А. Зорин, В.А. Жаднов, М.М. Лапкин

Работа посвящена изучению системных психолого-поведенческих характеристик у больных эпилепсией с различным характером течением заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 75 больных эпилепсией, из них 32 мужчины и 43 женщины, средний возраст составил $36,4 \pm 1,38$ года. Методом кластерного анализа по клиническим показателям пациенты разделены на 2 подгруппы, подгруппа 2 характеризовалась более «неблагоприятным» течением заболевания по сравнению с подгруппой 1. Проводилось исследование мотивационной, эмоциональной сферы, характеристик темперамента и особенностей поведения у больных в подгруппах.

Результаты. Пациенты кластера с «неблагоприятным» течением заболевания характеризовались преобладанием социально-избегающих мотивов; высоким уровнем тревожности, агрессии, интроверсии; снижением показателей пластичности и темпа деятельности. Более сложная факторная структура у больных с «неблагоприятным» течением эпилепсии характеризует более «жесткую» взаимосвязь психометрических показателей.

Ключевые слова: эпилепсия, эмоциональная сфера, мотивационная сфера, тревожность, депрессия, агрессивность, темперамент, кластерный анализ, факторный анализ, внутрисистемная напряженность.

SYSTEMIC PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIOURAL CHARACTERISTICS IN EPILEPTIC PATIENTS WITH DIFFERENT COURSE OF DISEASE

R.A. Zorin, V.A. Zhadnov, M.M. Lapkin

This article presents the results of research dealing with systemic psychological and behavioural characteristics in epileptic patients with different course of disease. Material and method: 75 patients with epilepsy (32 male and 43 female), mean age $36,4 \pm 1,38$ years. By means of cluster analysis of clinical parameters the patients were divided in two subgroups. In subgroup 2 the course of disease was less favourable than in subgroup 1. The authors investigated motivation and emotional sphere of the patients, their temperament and behaviours. Results: the patients in

'unfavourable course' cluster showed prevalent social avoidance, higher levels of anxiousness, aggression and introversion; less flexibility and diminished activity rate. A more complicated factor structure in these patients suggests a harder relationship between psychometric parameters studied.

Key words: epilepsy, emotional sphere, motivation, anxiousness, depression, aggression, temperament, cluster analysis, factor analysis, intrasystemic tension

Зорин Роман Александрович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России; e-mail: zorin.ra30091980@mail.ru

Жаднов Владимир Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России; e-mail: vladimir.zhadnov@mail.ru

Лапкин Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии с курсом психофизиологии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России; e-mail: lapkin_rm@mail.ru