

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.01.06>

УДК 616.853-06:616.895.4-084-085

Г.М. Кожина, І.М. Стрельнікова, М.М. Хаустов

Харківський національний медичний університет, Україна

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ (ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА)

Проведено комплексне обстеження з дотриманням принципів біоетики й медичної деонтології, у якому взяли участь 65 хворих на епілепсію обох статей у віці 18–40 років. Середній вік обстежених становив $(34,0 \pm 1,6)$ року. Термін захворювання пацієнтів не перевищував 10 років. Усі досліджувані мали порушення емоційної сфери неспсихотичного рівня, які було зафіксовано в інтеріктальному періоді захворювання. Вивчено специфіку клінічної картини й розроблено комплексну систему корекції афективних розладів у пацієнтів даної категорії. Застосування обраної комплексної системи корекції афективних розладів у хворих на епілепсію допомогло досягти таких результатів: редукції тривожно-депресивних розладів (у 73,5 %), зниження рівня моторної та ідеаторної загальмованості (у 65,2 %), зниження інтенсивності та тривалості депресивного афекту (у 72,5 %), відновлення інтересу до діяльності, яка раніше цікавила хворих (у 69,5 %), покращання психосоціальної адаптації (у 81,3 %), вдалося досягти переходу дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні (у 66,5 %) та покращити якість життя (у 83,2 %). Дійшли таких висновків: епілепсія часто поєднується з афективними розладами. Серед останніх частіш за все зустрічаються депресивні порушення. Епілепсія і афективні розлади справляють взаємний вплив на перебіг один одного та ускладнюють клінічні прогнози.

Ключові слова: епілепсія, афективні розлади, реабілітація, психоосвіта.

Вступ

Протягом багатьох десятиліть епілепсія залишається серйозною медико-соціальною проблемою, що потребує постійної уваги не тільки лікарів-неврологів, психіатрів, а й медичних психологів та соціальних працівників. З огляду на різноманіття клінічних проявів захворювання стає зрозумілим зацікавленість лікарів різних спеціальностей у вивченні даної патології, особливо в умовах реформування сучасної системи охорони здоров'я [1–3].

Епілепсія є досить поширеним розладом нервової системи, спровокованим різноманітними етіологічними чинниками, проявляється повторюваними епілептичними нападами з великою імовірністю виникнення порушення в різних психічних сферах і не є окремим діагнозом. У світовій літературі частіш за все використовується термін епілепсії як більш коректний [2, 4, 5].

Міжнародна протиепілептична ліга та Міжнародне бюро з епілепсії визначають дане захворювання як розлад, що

характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними та соціальними наслідками цієї патології (ILAE, IBE, 2005) [1, 2, 4, 6].

Здебільшого лікарі приділяють увагу безпосередньо епілептичним нападам як найбільш яскравим проявам хвороби та вважають їх пріоритетними для лікування. Проте важливо пам'ятати, що непароксизмальні порушення при епілепсії часто супроводжують дане захворювання і залишаються недостатньо вивченими, як наслідок, хворі не отримують необхідної спеціалізованої допомоги [1, 5, 7, 8].

Одним із найбільш поширених непароксизмальних порушень в осіб з епілепсією є афективні розлади, серед яких частіше за все зустрічаються депресії. За даними різних дослідників, розповсюдженість депресії у хворих на епілепсію сягає від 11,2 до 60,0 %, ці показники набагато перевищують показники депресії в загальній популяції (2–4 %) [3, 6, 7].

Супутні депресивні розлади є суттєвою перешкодою повноцінному відновленню здоров'я пацієнта і навіть досягнута ремісія епілептичних нападів не відновлює якості життя хворих. Депресивні розлади негативно впливають на працездатність пацієнта, ускладнюють його соціальну адаптацію та порушують якість життя [2, 6, 9].

Взаємозалежність епілепсії та депресивних розладів обговорюється дослідниками протягом тривалого часу і має значну доказову наукову базу. Депресія може являти собою і коморбідне епілепсії психічне порушення. З одного боку, перебіг епілепсії нерідко ускладнюється розвитком депресії, а з другого – наявність депресії підвищує ризик розвитку епілепсії. Це підтверджено загальними механізмами розвитку даних захворювань [2, 5, 8, 9].

Пріоритетним завданням в лікуванні епілепсії є не тільки попередження нападів, але й допомога пацієнту у збереженні соціального функціонування та відновлення якості життя. Досягнення медикаментозної ремісії епілептичних нападів є лише частиною менеджменту захворювання, необхідно допомогти відновити

психосоціальну адаптацію пацієнта та сформувати правильне уявлення про свою хворобу і пов'язані з нею обмеження в повсякденному функціонуванні. Не менш важливим є своєчасне виявлення афективних розладів, які безпосередньо впливають на перебіг епілепсії та якість життя з цим захворюванням.

Мета дослідження – вивчення специфіки клінічної картини й розробка комплексної системи корекції афективних розладів у хворих на епілепсію.

Матеріал і методи

Проведено комплексне обстеження з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, у якому взяли участь 65 хворих на епілепсію обох статей у віці 18–40 років. Середній вік обстежених становив $(34,0 \pm 1,6)$ року. Термін захворювання пацієнтів не перевищував 10 років. Усі досліджувані мали порушення емоційної сфери неспихотичного рівня, які було зафіксовано в інтеріктальному періоді захворювання. Використовували клініко-психопатологічний метод, який полягав у вивченні скарг пацієнтів, оцінюванні психічного статусу, виділенні основних психопатологічних синдромів із вивченням їхньої динаміки. Критерії МКХ-10 були взяті за основу критеріїв діагностики. Соматоневрологічний статус хворих оцінювали за загальноприйнятими клінічними критеріями, хворі додатково були оглянуті терапевтом та лікарем-неврологом. Клініко-анамнестичний метод був спрямований на вивчення впливу біологічних і соціально-психологічних факторів на формування афективних розладів у хворих на епілепсію. Клініко-анамнестичний метод було доповнено опитувальником «Виявлення факторів ризику виникнення афективних розладів у хворих на епілепсію» (Рацпропозиція ХДМУ № 246 (26), 2003). Психодіагностичний метод охоплював використання госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г.П. Пантелеєва, 1988), скороченого багатфакторного опитувальника особистості (СБОУ, Л.Н. Собчик, 1998) та опитувальника нервово-психічного напруження за

Т.А. Немчиним (1984). Міжгруповий аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Обробку проводили за допомогою програм MS Excel 2013 і SPSS-23.0.

Результати та їх обговорення

Проведено клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психо-діагностичне дослідження, що дозволило підтвердити наявність афективних розладів у пацієнтів дослідженої категорії.

За всіма параметрами у переважній кількості обстежених пацієнтів з епілепсією спостерігались афективні розлади, що дозволило розподілити хворих на чотири групи. Серед усіх афективних розладів провідне місце посідали депресивні розлади: такі пацієнти становили 41,54 % (n=26). На другому місці опинилися пацієнти з дисфоріями – 26,15 % (n=17), тривожно-фобічні розлади були притаманні 20,0 % хворих (n=13). Найменшу групу становили пацієнти з афективними реакціями – 12,31 % (n=8).

Хворі на епілепсію з депресивними розладами висловлювали різноманітні скарги на погане самопочуття, знижений настрій, відчуття провини або незадоволеність собою, тяжкість у грудях або тяжкі позихання, загальмованість мислення та/або рухової сфери, на відсутність бажання спілкуватися і відчувати задоволення від навколишнього, різноманітні ідеї провини та малоцінності.

Для пацієнтів із дисфоричними розладами характерним був похмурий, напружено-насторожливий вигляд. У поведінці домінувала надмірна образливість, уїдливість, дріб'язковість та грубість, реакції протесту. М'який подразник провокував бурхливі реакції злості та агресії по відношенню до оточуючих. Це супроводжувалось вегетативними проявами, насамперед прискоренням серцебиття та пульсу, дихання, порушенням м'язового тону у вигляді посмикувань або тиків. Хворі пояснювали свій стан як закономірну реакцію на небажану або неприємну ситуацію.

Клінічні прояви тривожно-фобічних розладів значно частіше фіксувалися у хворих на епілепсію з певними особистісними особливостями у преморбіді. Ці хворі були схильні до педантичності, тривожності, постійного оцінювання своєї діяльності та

вчинків, що супроводжувалось мимоволі детальним розумовим алгоритмом, нав'язливими діями.

Пацієнти були занадто вимогливими до себе, у них відмічались надмірний самоаналіз та підвищена недовірливість, самооцінка була заниженою. Тривога у хворих на епілепсію поєднувалась з нав'язливими побоюваннями, страхом перед місцями загального користування, скупченням людей, вулицею, певними ситуаціями, можливим виникненням конкретного захворювання тощо. Тривожно-фобічні розлади поєднувались з бурхливими вегетативними порушеннями, наприклад, запамороченням, нудотою, відчуттям нестачі повітря, тахікардією та непритомністю.

Афективні реакції у хворих на епілепсію виникали частіше за все на тлі емоційного напруження, спровокованого психогенними чинниками, перевтомою або порушенням соматичного благополуччя і проявлялися у вигляді психоемоційного збудження, що змінювалось бурхливими емоційними переживаннями, спалахами дратівливості, неможливістю всидіти на місці, навіть гетероагресивною поведінкою. Поза зв'язком із психогенією афективні реакції у хворих на епілепсію в цьому дослідженні не зафіксовано.

Зважаючи на найбільший відсоток депресивних розладів серед афективних у групі обстежених пацієнтів з епілепсією, було проаналізовано отримані результати та систематизовано депресивні розлади залежно від превалювання певної симптоматики на тривожні, адинамічні, іпохондричні, тужливі та деперсоналізаційні депресії.

Для тужливих депресій (у 21,54 % пацієнтів), що ускладнювали перебіг епілепсії, характерним було переважання тужливого афекту, пацієнти відчували стійко знижений настрій, часом – роздратованість, власну малоцінність, дискомфорт усередині тіла та тяжкість у грудях. Ці неприємні переживання виникали на тлі поганого самопочуття і супроводжувались зниженням рухової активності.

Пацієнти втрачали зацікавлення до навколишнього, відчували почуття провини, знижена самооцінка поєднувалась із суїцидальними думками. Хворі часто зітхали, відчували загальну слабкість, в'ялість, спілкувалися вкрай обмежено, практично не

розмовляли з оточуючими. Звертало на себе увагу збіднення асоціативних процесів та мімічних реакцій.

Адинамічним депресіям, що спостерігались у 12,31 % обстежених, був притаманний перебіг на тлі зниженої активності, гіпобулії та моторної загальмованості. Хворі більшу частину доби перебували в ліжку, нічим не цікавились, їм складно давалось самообслуговування. Хворі на епілепсію занурювалися у власні переживання, їхні мова та рухи ставали надто повільними, значно порушувалась працездатність.

Для них характерним був апатичний настрій, пацієнти висловлювали думки безперспективності свого існування, нералізованості, байдужості до самих себе, не проявляли зацікавленості до навколишнього. Добові коливання самопочуття були нівельовані, більшу частину доби у хворих зберігався дистимічний радикал настрою.

Іпохондричні депресії (у 18,46 %) супроводжувались сенестопатичними переживаннями різноманітної локалізації, незначним рівнем тривоги та помірною тяжкістю депресивних переживань.

Хворі демонстрували недовіру до клінічного обстеження і висновків лікарів. У хворих на епілепсію, що супроводжувалась іпохондричною депресією, відмічались високий рівень соматизації та поведінкові симптоми іпохондрії.

Тривожні депресії, які були відмічені у 44,61 % пацієнтів, не мали чіткої фабули, проявлялись у вигляді невмотивованого занепокоєння із яскраво вираженим афектом тривоги. Хворі на епілепсію не могли пояснити причину своїх страхів, тривоги, побоювань, але відчували тяжке хвилювання.

Більшість пацієнтів мали суїцидальні думки і навіть наміри. Частині хворих складно було всидіти на місці, вони відчували потребу в русі, але інші пацієнти цієї групи мали незмінену моторику.

Найменш чисельною виявилась група пацієнтів на епілепсію, у яких депресія супроводжувалась деперсоналізаційними порушеннями (3,08 %). Клінічна картина депресій у цих хворих характеризувалась домінуванням відчуттів зміни сприйняття власного тіла або повноти відчуття

свого тіла, порушенням сприйняття власних почуттів, навколишнього, часу, зазначені переживання носили переважно фрагментарний характер.

За отриманими даними проведено кореляційний аналіз та виявлено щільні взаємозв'язки між наявністю епілепсії та афективними розладами ($r=0,63$), тужливими депресіями ($r=0,62$), тривожними депресіями ($r=0,66$), адинамічними депресіями ($r=0,61$), іпохондричними депресіями ($r=0,58$), деперсоналізаційними депресіями ($r=0,57$), дисфоріями ($r=0,64$), тривожно-фабічними розладами ($r=0,61$), тяжкою тривоною та депресією за шкалою Гамільтона ($r=0,61$).

Допомога хворим на епілепсію з супутніми афективними розладами повинна не тільки забезпечувати контроль провідних симптомів захворювання, а саме епілептичних нападів, але й впливати на психічні розлади, що супроводжують захворювання.

Крім того, у кожному клінічному випадку необхідно враховувати причинно-наслідкові взаємозв'язки між епілепсією та виникненням афективних розладів. Обидва розлади погіршують перебіг один одного і мають низку спільних патогенетичних механізмів. Відповідно до отриманих результатів ми запропонували комплексну систему корекції у вигляді фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. Перед початком призначення фармакотерапії всі пацієнти додатково були оглянуті лікарями-неврологами із проведенням за необхідності корекції антиепілептичної терапії.

Окрім терапії основного захворювання пацієнтам призначали антидепресанти з акцентом на структуру депресивної симптоматики. У всіх випадках терапію антидепресантами починали з низьких доз, які за необхідності поступово збільшували до середньотерапевтичного рівня.

Регулярно оцінювали відповідь хворого на лікування. Відміну антидепресантів проводили поступово після отримання терапевтичного ефекту. При тужливих депресіях перевагу надавали сертраліну в добовій дозі 50–100 мг. Хворі на епілепсію з адинамічними депресіями дали клінічну відповідь на призначення флуоксетину в добовій дозі 10–20 мг. Іпохондричні депресії піддавалися лікуванню есциталопрамом у дозі 10 мг/добу у поєднанні з транквілізатором (гідазепам у добовій дозі 20 мг).

Якщо епілепсія була ускладнена тривожною депресією, пацієнтам призначали пароксетин 20 мг/добу та транквілізатор гідазепам 20мг/добу або прегабалін 75мг/добу.

Депресії з деперсоналізаційними порушеннями давали відповідь на призначення циталопраму в дозі 10 мг/добу та гідазепаму в дозі 20 мг/добу.

Значного терапевтичного ефекту вдалося досягти при призначенні сертраліну в дозі 50–100 мг/добу в поєднанні з гідазепамом у добовій дозі 20 мг у хворих на епілепсію з афективними реакціями. При дисфоріях терапевтична відповідь була отримана на комбінацію пароксетину у дозі 20 мг/добу з гідазепамом у дозі 20 мг/добу. Хворі на епілепсію з тривожно-фобічними розладами відчували значне покращання при призначенні пароксетину в дозі 20 мг/добу та прегабаліну в дозі 75 мг/добу.

Залежно від структури афективних розладів у пацієнтів з епілепсією було підібрано комплекс психотерапевтичних втручань. Хворим на епілепсію з тривожними і тужливими депресіями проводили раціональну психотерапію, аутогенне тренування Шогамма–Мировського та когнітивний тренінг.

При виявленні іпохондричних та адинамічних депресій у обстежених хворих проводили прогресивну м'язову релаксацію, короткотермінову психодинамічну психотерапію, арт-терапію, непряму психотерапію за Вельвовським та раціональну психотерапію. У разі виявлення депресії з деперсоналізаційними порушеннями пацієнти отримували екзистенціальну психотерапію.

За наявності афективних реакцій та дисфорій у хворих на епілепсію в комплекс психотерапевтичних втручань додавали непряму психотерапію за Вельвовським, когнітивний тренінг та арт-терапію.

Хворим на епілепсію з тривожно-фобічними розладами проводили когнітивно-поведінкову аналітичну терапію, арт-терапію та особистісно-орієнтовану психотерапію. З огляду на складність взаємовпливів епілепсії і афективних розладів, необхідність відновлення якісної ремісії та соціальної адаптації пацієнтів цієї групи, тяжкість перебігу афективних розладів у таких

хворих, було збільшено тривалість та об'єм психотерапевтичного втручання.

Психоосвіта є вкрай важливою та невід'ємною частиною менеджменту будь-якого психічного розладу або ускладнення, особливо це стосується афективних розладів у хворих на епілепсію. Психоосвіту проводили пацієнтам з метою впливу на різноманітні аспекти хворобливого стану, насамперед біологічні, психологічні та соціальні. Пацієнтам пропонували різноманітні інформаційні модулі, тренінгові взаємодії у вигляді інформаційного тренінгу, тренінгу позитивного самосприйняття, тренінгу поліпшення комплаєнса, тренінгу формування комунікативних вмінь і навичок та тренінгу вирішення проблем міжособистісної взаємодії.

У рамках психоосвітніх втручань із пацієнтами проводили проблемно-орієнтовані дискусії, а також сімейну психотерапію. Під час проведення психоосвіти формували групу пацієнтів зі спорідненими діагнозами в кількості 8–10 осіб.

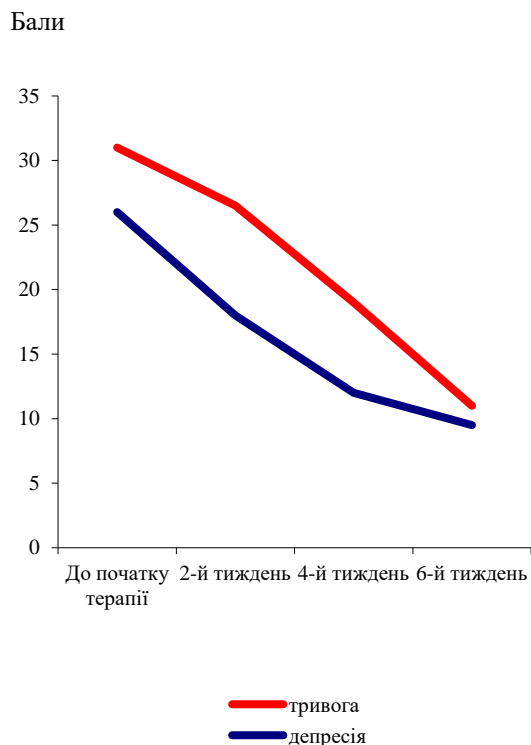
Група носила закритий характер, нових пацієнтів до завершення психоосвітніх втручань у групу не додавали. Заняття проводили 1–2 рази на тиждень упродовж 1 години. Цикл складався з 10 занять.

Заняття носили різноманітний характер та були спрямовані на «освіту» шляхом доступного для кожного пацієнта та його родини надання інформації щодо природи захворювання, важливості медикаментозного лікування та пов'язаних із ним питань, таких як ефективність, побічні ефекти лікування та прихильність до терапії.

Завданням психоосвіти було формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про епілепсію та афективні розлади; зниження емоційного напруження, що викликано фактом наявності і проявами основного захворювання; зниження в пацієнтів і членів їхніх родин рівня стигматизації та самостигматизації; формування у хворих та їхніх родичів прихильності до терапії (усвідомленого дотримання приписаного режиму лікування); корекція спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращання комунікативних здібностей. З пацієнтами та їхніми родинами розробляли кризовий план (що робити в разі рецидиву, до кого звертатися, які необхідно приймати медикаменти та ін.).

Під час психоосвітніх втручань багато уваги приділяли, забезпеченню психосоціальної підтримки, коли група хворих є постійним джерелом підтримки й одночасно терапевтичною середою, у якій пацієнти можуть у безпечних умовах відпрацьовувати адекватні навички поведінки, спілкування, прийняття рішень у різних побутових ситуаціях; поліпшення адаптації пацієнта і його родини і, як наслідок, поліпшення якості життя хворого.

Результати дослідження показників динаміки афективних порушень у хворих на епілепсію, насамперед показників тривоги та депресії, подано на *рисунку*.



Динаміка показників Шкали Гамільтона під впливом комплексної системи корекції

Завдяки запропонованому медикаментозному, психотерапевтичному та психоосвітньому втручанню ми змогли досягти позитивної динаміки в емоційному стані обстежених хворих. Перші позитивні зміни зафіксовані вже наприкінці другого тижня лікування і продовжували збільшуватись протягом усього періоду допомоги.

Максимальні результати отримано на шостому тижні терапії. Отримані результати підтверджуються показниками шкал тривоги та депресії Гамільтона при повторному обстеженні (зниження тривоги до 11 балів і депресії до 9,5 бала).

Застосування обраної комплексної системи корекції афективних розладів у хворих на епілепсію допомогло досягти таких результатів, а саме: редукції тривожно-депресивних розладів (у 73,5 %), зниження рівня моторної та ідеаторної загальмованості (у 65,2 %), зниження інтенсивності та тривалості депресивного афекту (у 72,5 %), відновлення інтересу до діяльності, яка раніше цікавила хворих (у 69,5 %), покращання психосоціальної адаптації (у 81,3 %), вдалося досягти переходу дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні (у 66,5 %) та покращити якість життя (у 83,2 %).

Висновки

Епілепсія часто поєднується з афективними розладами. Серед останніх частіше за все зустрічаються депресивні порушення. Епілепсія і афективні розлади справляють взаємний вплив на перебіг один одного та ускладнюють клінічні прогнози. Завдяки запропонованій комплексній системі корекції у вигляді фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти отримано позитивні результати з досягненнями контролю епілептичних нападів та нівелюваннями афективних розладів у хворих на епілепсію.

Список літератури

1. Мар'єнко Л. Б. Нові класифікації епілепсії та епілептичних нападів: шляхи впровадження в Україні / Л. Б. Мар'єнко, Т. А. Літовченко, А. Є. Дубенко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2018. – № 1 (94). – С 14–18.
2. Носов С. Г. Закономірності розвитку депресії при епілепсії та особливості лікування / С. Г. Носов, І. Г. Дробот // Вісник епілептології. – 2017. – № 1 (47–48). – С. 23–32.
3. Corrigendum to «Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence» / A. M. Kanner, S. C. Schachter, J. J. Barry [et al.] // [Epilepsy Behav. 24/2 (2012), 156–168]. Epilepsy & Behav. – 2014. – Vol. 32. – P. 170.

4. Дубенко А. Е. Диагностика и фармакотерапия непсихотических психических расстройств / А. Е. Дубенко, В. И. Коростий // Здоров'я України. – 2011. – № 16. – С. 54–57.
5. Mehndiratta P. Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: a systematic literature review / P. Mehndiratta, M. Sajatovic // *Epilepsy & Behav.* – 2013. – Vol. 28, issue 1. – P. 36–40.
6. Association between leisure time, physical activity, and mood disorder levels in individuals with epilepsy / C. De Lima, C. A. de Lira, R. M. Arida [et al.] // *Epilepsy & Behav.* – 2013. – Vol. 28, iss. 1. – P. 47–51.
7. Ribot R. The impact of antidepressants on seizure frequency and depressive and anxiety disorders of patients with epilepsy: Is it worth investigating? / R. Ribot, B. Ouyang, A. M. Kanner // *Epilepsy & Behav.* – 2017. – Vol. 70, pt. A. – P. 5–9.
8. Patterns of treatment response in newly diagnosed epilepsy / M. J. Brodie, S. J. Barry, G. A. Bamagous [et al.] // *Neurology.* – 2012. – Vol. 78, iss. 20. – P. 1548–1554.
9. Barragan E. Epilepsy and related psychiatric conditions / E. Barragan // *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* / ed. by J. M. Rey. – Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. – 13 p.

References

1. Marienko, L. B., Litovchenko, T. A., & Dubenko, A. Ye. (2018). Novi klasyfikatsii epilepsii ta epileptychnykh napadiv: shliakhy vprovadzhenia v Ukraini [New classifications of epilepsy and epileptic seizures: ways of implementation in Ukraine]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International Journal of Neurology*, 1(94), 14–18. Retrieved from: <https://is.gd/ms0xGb> [in Ukrainian].
2. Nosov, S. H., & Drobot, I. H. (2017). Zakonomirnosti rozvytku depresii pry epilepsii ta osoblyvosti likuvannia [The patterns of development of depression in epilepsy and treatment]. *Visnyk epileptologii – Bulletin of Epileptology*, 1(47–48), 23–32 [in Ukrainian].
3. Kanner, A. M., Schachter, S. C., Barry, J. J., Hesdorffer, D. C., Mula, M., Trimble, M., et al. (2014). Corrigendum to “Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence”. [*Epilepsy Behav.* 24/2 (2012), 156–168]. *Epilepsy & Behav.*, 32, 170. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.12.017.
4. Dubenko, A. Ye., & Korostii, V. I. (2011). Diahnostika i farmakoterapiia nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv [Diagnostics and pharmacotherapy of non-psychotic mental disorders]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, (16), 54–57 [in Russian].
5. Mehndiratta, P., & Sajatovic, M. (2013). Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: a systematic literature review. *Epilepsy & Behav.*, 28(1), 36–40. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.03.029, PMID: 23651914.
6. De Lima, C., de Lira, C. A., Arida, R. M., Andersen, M. L., Matos, G., de Figueiredo Ferreira Guilhoto, L. M. et al. (2013). Association between leisure time, physical activity, and mood disorder levels in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behav.*, 28(1), 47–51. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.03.016. PMID: 23657213.
7. Ribot, R., Ouyang, B., & Kanner, A. M. (2017). The impact of antidepressants on seizure frequency and depressive and anxiety disorders of patients with epilepsy: Is it worth investigating? *Epilepsy & Behav.*, 70(Pt. A), 5–9. DOI: 10.1016/j.yebeh.2017.02.032. PMID: 28407526.
8. Brodie, M. J., Barry, S. J., Bamagous, G. A., Norrie, J. D., & Kwan P. (2012). Patterns of treatment response in newly diagnosed epilepsy. *Neurology*, 78(20), 1548–1554. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182563b19. PMID: 22573629. PMCID: PMC3348850.
9. Barragan, E. (2012). Epilepsy and related psychiatric conditions. In Rey, J. M. (Ed.). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (13 p.).

А.М. Кожина, И.Н. Стрельникова, М.Н. Хаустов

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (ТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА)

Проведено комплексное обследование с соблюдением принципов биоэтики и медицинской деонтологии, в котором приняли участие 65 больных эпилепсией обоих полов в возрасте 18–40 лет. Средний возраст обследованных составлял $(34,0 \pm 1,6)$ года. Срок заболевания пациентов не превышал 10 лет. У всех обследованных были нарушения эмоциональной сферы непсихотического уровня, которые были зафиксированы в интериктальном периоде заболевания. Изучена специфика клинической картины и разработана комплексная система коррекции аффективных расстройств у пациентов данной категории. Использование выбранной комплексной системы коррекции аффективных расстройств у больных эпилепсией помогло достичь следующих результатов: редукцию тревожно-депрессивных расстройств (у 73,5 %), снижение уровня моторной и идеаторной заторможенности (у 65,2 %), снижение интенсивности и продолжительности депрессивного аффекта (у 72,5 %), восстановление интереса к деятельности, которая ранее занимала больных (у 69,5 %), улучшение психосоциальной адаптации (у 81,3 %), удалось достичь перехода дезадаптивных типов отношения к болезни в адаптивные (у 66,5 %) и улучшить качество жизни (у 83,2 %). Пришли к следующим выводам: эпилепсия часто сочетается с аффективными расстройствами. Среди последних чаще всего встречаются депрессивные нарушения. Эпилепсия и аффективные расстройства оказывают взаимное влияние на течение друг друга и затрудняют клинические прогнозы.

Ключевые слова: эпилепсия, аффективные расстройства, реабилитация, психообразование.

Н. Kozhyna, I. Strelnikova, M. Khaustov

FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS CORRECTION IN PATIENTS WITH EPILEPSY (THERAPY, REHABILITATION, PREVENTION)

For many decades, epilepsy has remained a serious medical and social problem that requires constant attention not only from neurologists, psychiatrists, but also from medical psychologists and social workers. The priority in the treatment of epilepsy is not only to prevent seizures, but also to help the patient maintain social functioning and restore quality of life. Achieving drug remission of epileptic seizures is only part of the management of the disease, it is necessary to help restore the patient's psychosocial adaptation and form a correct understanding of their disease and related limitations in daily functioning. A comprehensive examination which involved 65 patients with epilepsy of both sexes aged 18–40 years was conducted in compliance with the principles of bioethics and medical deontology. The mean age of the subjects ranged from (34.0 ± 1.6) years, duration of the disease in patients did not exceed 10 years. All subjects had disorders of the emotional sphere of non-psychotic level, which were recorded in the interictal period of the disease. Selected comprehensive system of correction of affective disorders in patients with epilepsy helped to achieve following results, especially: reduction of anxiety and depressive disorders (73.5 %), reducing the level of motor and ideational inhibition (65.2 %), reducing the intensity and duration of depressive affect (72.5 %), restoration of interest in activities that previously interested patients (69.5 %), improvement of psychosocial adaptation (81.3 %), managed to achieve the transition of maladaptive types of attitudes to the disease to adaptive (66.5 %) and improve quality of life (83.2 %). A study of affective disorders in patients with epilepsy allowed us to make following conclusions: epilepsy is often combined with affective disorders. Depressive disorders are more common among all affective disorders. Epilepsy and affective disorders interact with each other and complicate clinical prognosis.

Keywords: epilepsy, affective disorders, rehabilitation, psychoeducation.

Надійшла 09.02.2021

Відомості про авторів

Кожина Ганна Михайлівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, Харківський національний медичний університет.

Тел.: +38(067)796-06-63.

E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2000-707X.

Стрельнікова Ірина Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, Харківський національний медичний університет.

Тел.: +38(050)902-64-86.

E-mail: vodoley2001@ukr.net

ORCID: 0000-0002-3915-0423.

Хаустов Максим Миколайович – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, Харківський національний медичний університет.

Тел.: +38(050)623-95-97.

E-mail: haustov217@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8613-2172.

Information about the authors

Kozhyzna Hanna Mykhailivna – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University.

Address: Ukraine, 61022, Kharkiv, 4 Nauki Ave., Kharkiv National Medical University.

Тел.: +38(067)796-06-63.

E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2000-707X.

Strelnikova Iryna Mykolaivna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work Kharkiv National Medical University,

Address: Ukraine, 61022, Kharkiv, 4 Nauki Ave., Kharkiv National Medical University.

Тел.: +38(050)902-64-86.

E-mail: vodoley2001@ukr.net

ORCID: 0000-0002-3915-0423.

Khaustov Maksym Mykolaiovych – Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University.

Address: Ukraine, 61022, Kharkiv, 4 Nauki Ave., Kharkiv National Medical University.

Тел.: +38(050)623-95-97.

E-mail: haustov217@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8613-2172.