



Нейробиологические и личностные факторы риска развития обсессивно-компульсивной симптоматики при эпилепсии

В. В. Калинин, Е. В. Железнова, А. А. Земляная, Л. В. Соколова, К. Ю. Субботин

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России

Цель исследования: поиск возможных связей между личностными конструктами и обсессивно-компульсивным синдромом (ОКС) у больных эпилепсией с различными комбинациями стороны фокуса и моторной латерализации.

Дизайн: сравнительное исследование.

Материалы и методы. Обследованы 103 пациента с разными формами эпилепсии. Диагноз ОКС был выставлен 19 больным. Тяжесть симптоматики навязчивостей и компульсий оценивали по опроснику Symptom Check List 90 (конструкт обсессий), личностную структуру преморбидного периода — по Мюнхенскому личностному тесту и Торонтской алекситимической шкале. В зависимости от сочетания руки и стороны фокуса эпилептической активности больных распределили на четыре группы, в каждой группе был проведен многоступенчатый регрессионный анализ.

Результаты. У больных эпилепсией с ОКС в преморбидном периоде выявлены менее выраженная экстраверсия и меньшая переносимость фрустрации при большей выраженности невротизма, эзотерических тенденций и шизоидии при сравнении с больными без ОКС. Алекситимия может быть фактором риска развития ОКС строго у больных с доминантной левой рукой, особенно у больных-левшей с правосторонним фокусом эпилептической активности, и, напротив, может оказывать защитное действие в отношении развития ОКС у больных-правшей с левосторонним фокусом.

Заключение. Личностные характеристики преморбидного периода у больных эпилепсией имеют значение для развития ОКС лишь в определенном сочетании со стороной фокуса и характером руки.

Ключевые слова: эпилепсия, обсессивно-компульсивное расстройство, преморбидные личностные характеристики, сторона фокуса, рука.



Neurobiological and Personality Risk Factors for the Development of Obsessive-Compulsive Symptoms in Epilepsy Patients

V. V. Kalinin, E. V. Zheleznova, A. A. Zemlyanaya, L. V. Sokolova, K. Yu. Subbotin

Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Drug Abuse (a Federal Government-funded Institution), Russian Ministry of Health

Study Objective: To search for possible interactions between personality constructs and obsessive-compulsive syndrome (OCS), in epilepsy patients with various combinations of seizure focus lateralization and motor lateralization.

Study Design: This was a comparative study.

Materials and Methods: One hundred and three patients with various types of epilepsy were examined. OCS was diagnosed in 19 patients. The severity of obsessive and compulsive symptoms (a construct of obsessions) was assessed by Symptom Checklist 90 and premorbid personality traits were evaluated using the Munich Personality Test and Toronto Alexithymia Scale. The patients were divided into four groups by combinations of handedness and seizure focus lateralization. Multi-step regression analysis was conducted on the data collected from each group.

Study Results: In the premorbid phase, epilepsy patients with OCS presented with less extraversion and lower frustration tolerance, but more neuroticism, esoteric tendencies, and schizoid personality traits than patients without OCS. Alexithymia may be a risk factor for OCS only in left-handed patients, especially those with right-sided seizure focus. In right-handed patients with left-sided seizure focus, however, alexithymia may be protective against the development of OCS.

Conclusion: In epilepsy patients, premorbid personality traits are a prognostic factor for OCS only in cases of a certain combination of focus lateralization and handedness.

Keywords: epilepsy, obsessive-compulsive disorder, premorbid personality traits, focus lateralization, handedness.

Эпилепсия, являясь неврологическим заболеванием, сопряжена с развитием ряда психопатологических расстройств, которые осложняют ее течение и снижают качество жизни больных.

К таким расстройствам относятся аффективные и тревожные нарушения, встречающиеся не менее чем у 8–50% больных с парциальными формами эпилепсии [1–6]. В ис-

следовании G. I. Perini и соавт. показано, что риск развития аффективных и личностных нарушений при парциальных формах намного превышает таковой при юношеской миоклонической эпилепсии [1].

В то же время следует подчеркнуть, что вопрос о факторах риска развития коморбидных психопатологических расстройств при височной эпилепсии не получил пока одно-

Железнова Елена Валерьевна — д. м. н., ведущий научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «МНИИП» — филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: e_zheleznova@mail.ru

Земляная Анна Александровна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «МНИИП» — филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: a_zemlyanaya@mail.ru

Калинин Владимир Вениаминович — д. м. н., профессор, руководитель отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «МНИИП» — филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: doct.kalinin@mail.ru

(Окончание на с. 33.)

значного решения. Отмеченное в полной мере относится и к обсессивно-компульсивному синдрому (ОКС), который также является одним из осложнений парциальной эпилепсии [7].

По данным D. M. Veag и P. Fedio [8], сторона фокуса (СФ) при височной эпилепсии предопределяет характер психопатологической симптоматики в межприступном периоде: у больных с правосторонним фокусом преобладают симптомы тоски, возбуждения и навязчивостей, тогда как при левостороннем фокусе преобладают такие явления, как паранойяльные переживания, гнев и низкая самооценка. Однако в последующем эти результаты подвергались многократной критике, поскольку не были воспроизведены в исследованиях других авторов [9, 10].

Таким образом, самой по себе СФ невозможно объяснить происхождение некоторых психопатологических переживаний, и в частности явлений навязчивостей, во всех без исключения случаях при височной эпилепсии. Очевидно, что некоторые другие нейробиологические факторы и личностные характеристики также могут играть роль в развитии ОКС у пациентов с височной эпилепсией. Кроме того, остается неясным, имеет ли значение семиотика эпилептических приступов для формирования ОКС, хотя в XIX веке сообщалось, что навязчивости часто встречаются в семьях больных эпилепсией [11, 12].

Соответственно, данные о СФ эпилептической активности не всегда позволяют определить вероятность развития психопатологической симптоматики, в данном контексте могут быть значимы и другие факторы, такие как моторная латерализация (МЛ) и преморбидная структура личности.

В одном из наших исследований установлено, что личностный конструкт алекситимии оказывает выраженное влияние на развитие депрессии по данным опросника Symptom Check List 90 (SCL-90), при этом максимальные значения депрессии отмечались в случаях сочетания алекситимии с доминантной левой рукой и алекситимии с правосторонним фокусом эпилептической активности [13]. Следует отметить, что алекситимия представляет собой лишь один из векторов личностной многовекторной структуры преморбидного периода и другие личностные конструкты также могут иметь значение для развития психопатологической симптоматики у больных височной эпилепсией. Возможное взаимодействие между личностными характеристиками, нейробиологическими показателями и ОКС при эпилепсии до настоящего времени не привлекало должного внимания и, по существу, не исследовалось.

Личностные характеристики преморбидного периода в аспекте риска развития психопатологических расстройств достаточно подробно изучались во многих исследованиях. Преимущественное внимание уделялось роли преморбидного периода при аффективной патологии, шизофрении и органической патологии, и однозначных результатов получено не было.

Так, H. Tellenbach предложил концепцию «меланхолического типа» (МТ), который и сегодня рассматривается как преморбидная констелляция характеристик, специфических для развития униполярной рекуррентной депрессии [14–16]. Подобный подход широко использовался в Германии и Японии, но полученные при этом данные носят неоднозначный и порой

противоречивый характер. Если одни авторы согласны с тем, что МТ имеет существенное значение для развития рекуррентной депрессии [14–17], то другие более осторожно отмечают, что только от 30% до 70% больных униполярной депрессией имеют преморбидный период в форме МТ [18, 19].

Так, в исследовании T. Furukawa и соавт., выполненном с применением специальных шкал для оценки МТ, у 140 психически больных не было обнаружено статистически значимых различий с контрольной группой по выраженности МТ, хотя у пациентов с рекуррентной депрессией наблюдалась более низкая выраженность МТ, чем в контроле [19]. К сожалению, аналогичное исследование не было выполнено среди больных эпилепсией, вопрос о том, имеет ли МТ в структуре преморбидного периода значение для развития психопатологической симптоматики, остается открытым.

В настоящее время полагают, что для развития психических расстройств значимы несколько личностных векторов, в этой связи разработаны специальные формализованные тесты для оценки структуры личности преморбидного периода. Примером такого теста является так называемый Мюнхенский личностный тест (МЛТ, англ. Munich Personality Test) [20], описание которого представлено далее в разделе «Материалы и методы».

Хотя подобный многомерный подход широко использовался в психиатрии, данные о его применении у больных эпилепсией практически отсутствуют. С учетом того что такие нейробиологические характеристики, как СФ и МЛ, имеют значение для развития коморбидной психопатологической симптоматики при эпилепсии [13], правомерно предположить, что личностные характеристики преморбидного периода у больных височной эпилепсией могут участвовать в развитии психопатологической симптоматики, в том числе ОКС, при условии их взаимодействия с названными нейробиологическими параметрами.

Целью исследования стал поиск возможных связей между личностными конструктами и ОКС у больных эпилепсией с различными нейробиологическими параметрами, т. е. с разными комбинациями СФ и МЛ.

Основная гипотеза состояла в предположении, что различные комбинации СФ и МЛ могут представлять нейробиологический базис, обуславливающий взаимосвязи между личностными конструктами с одной стороны и симптоматикой ОКС с другой, у больных височной эпилепсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено с участием 103 больных эпилепсией — 33 мужчин и 70 женщин. У 40 из них была диагностирована симптоматическая эпилепсия, у 54 — криптогенная эпилепсия, у 9 больных — идиопатическая височная эпилепсия.

Локализацию и латерализацию фокуса эпилептической активности определяли строго с помощью ЭЭГ-исследования. При этом левосторонний фокус был установлен у 48 больных (12 мужчин и 36 женщин), правосторонний — у 55 (22 мужчин и 33 женщин).

Все больные проходили исследование у психиатра с целью постановки психиатрического диагноза согласно

Соколова Людмила Васильевна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «МНИИП» — филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: krilo_221160@mail.ru

Субботин Кирилл Юрьевич — младший научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГБУ «МНИИП» — филиала ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. E-mail: katatonik@list.ru (Окончание. Начало см. на с. 32.)

рекомендациям МКБ-10. В соответствии с критериями этой классификации диагноз обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) был выставлен 19 больным эпилепсией.

Для оценки психического статуса больных использовали опросник SCL-90, разработанный L. R. Derogatis и соавт. [21, 22]. Опросник содержит 90 вопросов по характеристикам психического статуса, ответы даются самими больными в баллах от 0 до 4. На основании полученных ответов формируются конструкты-синдромы, которые включают соматизацию, ОКС, межличностную чувствительность, депрессию, тревогу, враждебность, фобическую тревогу, параноидные идеи и психотические переживания.

Тяжесть симптоматики навязчивостей и компульсий определяли по опроснику SCL-90 (конструкт обсессий), заполнявшемуся врачом-психиатром. Средние значения обсессивно-компульсивного конструкта при наличии ОКР составили $20,16 \pm 4,13$ балла, тогда как у больных без ОКР — $6,31 \pm 3,72$ балла.

Личностную структуру преморбидного периода оценивали с применением МЛТ [20]. Тест был разработан D. von Zerssen и соавт. в 1988 г. и представляет собой опросник, на вопросы которого отвечают сами больные. Он включает 51 вопрос, отражающий различные личностные векторы. Ответы больных преобразуются в шесть конструктов, характеризующих соответствующие личностные особенности: «экстраверсия», «невротизм», «ригидность», «переносимость фрустрации», «тенденции к изоляции» и «эзотерические тенденции». Два последних конструкта объединяют, и таким образом формируется конструкт «шизоидия». Две контрольные шкалы МЛТ («Ориентация на социальные нормы» и «Мотивация») в окончательный анализ не включались.

Указанные конструкты МЛТ были получены на основе классических данных о личностных характеристиках больных. Так, «экстраверсия» и «невротизм» разрабатывались на базе данных Н. J. Eysenck и S. B. G. Eysenck [23]. Конструкт «ригидность» является фактическим аналогом конструкта МТ, разработанного Н. Tellenbach [14–17], «тенденции к изоляции» и «эзотерические тенденции» основаны на классическом исследовании E. Kretschmer о взаимосвязях между конституцией и личностью [24]. «Переносимость фрустрации» указывает на стратегию борьбы со стрессовыми ситуациями [18].

Наряду с МЛТ для определения выраженности алекситимии в структуре личности применяли Торонтскую алекситимическую шкалу, состоящую из 26 пунктов (англ. Toronto Alexithymia Scale, TAS-26) [25, 26]. Каждый пункт в этой шкале может быть оценен в диапазоне от 1 до 5 баллов,

общая выраженность алекситимии — от 26 до 130 баллов. Больные, суммарная оценка по TAS-26 у которых превышала 74 балла, относились к лицам с алекситимией. Средняя оценка по TAS-26 в группе неалекситимиков ($n = 78$) составила $58,5 \pm 11,5$ балла, в группе алекситимиков ($n = 22$) — $80,0 \pm 4,8$ балла.

Определение руки проводили с помощью шкалы M. Annett [27]. При глобальной оценке по этой шкале менее 5 баллов больные расценивались как левши, при оценке более 5 баллов — как правши. Среди больных было 73 человека с доминантной правой рукой (средняя оценка по шкале Annett — $19,2 \pm 6,0$) и 31 — с доминантной левой рукой (средняя оценка по шкале Annett — $-11,2 \pm 10,9$).

В целях анализа больные были разделены на четыре группы в зависимости от сочетания СФ и моторной асимметрии. При этом в группу с левосторонним фокусом и левой ведущей рукой были включены 13 больных, с левосторонним фокусом и правой ведущей рукой — 33, с правосторонним фокусом и левой ведущей рукой — 17 и с правосторонним фокусом и правой ведущей рукой — 36 больных.

Исследование состояло из трех этапов. На первом этапе проводили сравнение частоты припадков различной семиотики у больных с наличием и отсутствием ОКС. На втором сравнивали средние значения выраженности личностных характеристик, включавших конструкты МЛТ и алекситимии, у больных с ОКС и без него.

На завершающем этапе к каждой из четырех созданных групп больных с различными комбинациями СФ и руки применяли уравнение ступенчатой множественной регрессии, где в качестве зависимой переменной выступала выраженность ОКС по SCL-90, а независимыми переменными были конструкты МЛТ и алекситимии. О силе связи между личностными конструктами и ОКС судили по величине дисперсии в каждой выделенной группе.

Все полученные данные подвергали статистическому анализу с помощью программы «Статистика» (10-я версия) Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные итоги исследования представлены в *таблицах 1–3*.

При сравнении средних частот приступов разной семиотики у больных с ОКС и без него статистически значимых различий установлено не было (см. *табл. 1*). Таким образом, согласно полученным данным, семиотика приступов не предопределяет развитие ОКС при эпилепсии.

Статистически значимой связи между СФ и ОКС также выявлено не было ($\chi^2 = 2,25$; $p = 0,13$), что указывало

Таблица 1

Средняя частота приступов (число в год) у больных эпилепсией с обсессивно-компульсивным синдромом и без него

Тип приступов	Больные с ОКС (n = 19)	Больные без ОКС (n = 84)	Статистическая значимость различий
Первичные ГТКП	$0,05 \pm 0,23$	$0,27 \pm 0,76$	н. з.
Простые парциальные	$25,68 \pm 69,48$	$49,23 \pm 136,30$	н. з.
Сенсорные простые парциальные	$5,21 \pm 10,11$	$37,58 \pm 120,67$	н. з.
Моторные простые парциальные	$20,68 \pm 70,30$	$14,10 \pm 74,63$	н. з.
Сложные парциальные	$31,47 \pm 71,44$	$21,36 \pm 57,71$	н. з.
Вторичные ГТКП	$6,89 \pm 13,69$	$7,20 \pm 12,57$	н. з.

Примечание. ГТКП — генерализованные тонико-клонические приступы; ОКС — обсессивно-компульсивный синдром.

на отсутствие влияния латерализации фокуса на развитие ОКС при эпилепсии.

Личностная структура преморбидного периода, напротив, имела значение для развития ОКС (см. табл. 2). При этом больные с ОКС, в сравнении с больными без него, в целом характеризовались, с одной стороны, меньшей выраженностью экстраверсии и меньшей переносимостью фрустрации (в обоих случаях $p < 0,01$), а с другой — большей выраженностью невротизма ($p < 0,001$), эзотерических тенденций и шизоидии (в обоих случаях $p < 0,05$). Статистически значимых различий между группами по показателям алекситимии, ригидности и тенденций к изоляции не установлено.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что для развития ОКС при эпилепсии имеет значение взаимодействие различных личностных факторов. С целью их выявления был проведен многоступенчатый регрессионный анализ в каждой из четырех групп, выделенных в зависимости от сочетания СФ и руки.

Как следует из таблицы 3, в окончательной прогнозируемой оценке ОКС играют роль несколько личностных конструктов. В большинстве случаев они охватывают характеристики алекситимии, экстраверсии и невротизма. Существенно, что алекситимия была включена в уравнение регрессии с положительной нагрузкой в группе левшей

Таблица 2

Средние значения конструктов Мюнхенского личностного теста и алекситимии у больных эпилепсией с обсессивно-компульсивным синдромом и без него

Личностный конструкт	Больные с ОКС (n = 19)	Больные без ОКС (n = 84)	Статистическая значимость различий
Экстраверсия (МЛТ)	11,74 ± 5,61	16,38 ± 5,64	p = 0,0016
Невротизм (МЛТ)	18,26 ± 3,69	12,37 ± 5,44	p = 0,000012
Переносимость фрустрации (МЛТ)	5,58 ± 2,85	8,19 ± 3,98	p = 0,0081
Ригидность (МЛТ)	12,53 ± 3,91	13,00 ± 4,56	н. з.
Тенденции к изоляции (МЛТ)	5,37 ± 2,65	4,67 ± 2,50	н. з.
Эзотерические тенденции (МЛТ)	3,37 ± 2,29	2,27 ± 2,08	p = 0,044
Шизоидия (МЛТ)	8,89 ± 3,59	6,93 ± 3,72	p = 0,039
Алекситимия (TAS-26)	68,94 ± 13,69	62,35 ± 13,66	н. з.

Примечание. МЛТ — Мюнхенский личностный тест; ОКС — обсессивно-компульсивный синдром; TAS-26 — Toronto Alexithymia Scale (Торонтская алекситимическая шкала).

Таблица 3

Многоступенчатый регрессионный анализ для обсессивно-компульсивного синдрома как зависимой переменной в группах больных эпилепсией

Группа	Алекситимия	Экстраверсия	Невротизм	Переносимость фрустрации	Ригидность	Тенденции к изоляции	Эзотерические тенденции	Шизоидия	R ²
Все больные (n = 99)	–	–0,24	0,48	–	–	–	–	–	0,49
Правши (n = 69)	–	–0,25	0,55	–	–	–0,25	–	–	0,56
Левши (n = 30)	0,51	–	–	–	–	–	–	–	0,50
ПФ (n = 53)	–	–0,23	0,62	–	–	–0,35	–	–	0,69
ЛФ (n = 46)	–	–	–	–	–	–	–	–	0,35
ПРПФ (n = 36)	–	–0,35	0,67	–	–	–0,27	–	–	0,74
ПРЛФ (n = 33)	–0,41	–	0,41	–0,37	–	–	–	–	0,51
ЛРПФ (n = 17)	0,53	–	0,38	–	–	–	–	–	0,60
ЛРЛФ (n = 13)	0,145	–0,64	–	–	0,168	0,983	0,79	–0,92	0,78

Примечания.

1. ЛРЛФ — леворукость с левосторонним фокусом; ЛРПФ — леворукость с правосторонним фокусом; ЛФ — левосторонний фокус; ПРЛФ — праворукость с левосторонним фокусом; ПРПФ — праворукость с правосторонним фокусом; ПФ — правосторонний фокус; R² — доля объясненной дисперсии.

2. Статистически значимые коэффициенты регрессии отмечены полужирным шрифтом.

в целом и в группе левшей с правосторонним фокусом, причем во втором случае коэффициент регрессии был больше. Это означает, что алекситимия является фактором риска развития ОКС при эпилепсии у больных с левой доминантной рукой, и особенно у левшей с правосторонним фокусом эпилептической активности.

С другой стороны, алекситимия была включена в уравнение регрессии с отрицательной нагрузкой в группе больных-правшей с левосторонним фокусом. Из этого следует, что у данной категории больных алекситимия снижает итоговую выраженность ОКС и, таким образом, оказывает протективное действие в отношении его развития.

Примечательно, что экстраверсия и невротизм включались в уравнение регрессии в одних группах больных (см. *табл. 3*). При этом экстраверсия постоянно имела отрицательную весовую нагрузку — как в общей группе больных, так и у лиц с правосторонним фокусом, больных-правшей и больных с комбинацией этих признаков. Данный факт указывает на то, что, в противоположность интроверсии, экстраверсия оказывает протективное действие в отношении развития ОКС, причем, по результатам регрессионного анализа, это особенно проявляется у больных-правшей с правосторонним фокусом.

Невротизм же был включен в уравнение регрессии с положительной весовой нагрузкой и тем самым предопределял развитие ОКС у тех же категорий больных. Это свидетельствует о том, что экстраверсия и невротизм оказывают противоположное влияние на развитие ОКС и невротизм при этом является фактором риска.

На заключительном этапе было проведено сравнение величин совместной дисперсии между личностными векторами и ОКС у разных категорий больных (см. *табл. 3*). Максимальные значения дисперсий наблюдались у больных с правосторонним фокусом, особенно у правшей с правосторонним фокусом ($R^2 = 0,74$), и у левшей с левосторонним фокусом ($R^2 = 0,78$). Однако значение максимальной дисперсии у последней категории больных не следует переоценивать, поскольку у левшей с левосторонним фокусом не было установлено статистически значимых нагрузок (коэффициентов) ни для одной личностной характеристики.

Минимальные значения совместной дисперсии были получены в общей группе больных, где СФ и факторы руко-сти не принимались в расчет ($R^2 = 0,49$), и в сборной группе больных с левосторонним фокусом без учета МЛ ($R^2 = 0,35$). При этом в сборной группе лиц с левосторонним фокусом также не было отмечено статистически значимых коэффициентов (нагрузок) ни для одного личностного конструкта.

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование представляет собой одну из немногих работ, где личностные характеристики преморбидного периода у больных эпилепсией изучались как факторы риска дальнейшего развития ОКС. Немаловажно, что изучение личностных характеристик происходило не изолированно, а в сочетании с определенными комбинациями латерализации фокуса эпилептической активности и моторной асимметрии.

Ранее нами была выполнена аналогичная работа по изучению роли преморбидных личностных конструктов в развитии депрессивных и тревожных расстройств у больных височной эпилепсией [28].

Основным недостатком данного исследования является малый размер выборки больных-левшей в комбинации как

с левосторонним, так и с правосторонним фокусом. Это не позволило безоговорочно раскрыть статистически значимые связи и различия в сравниваемых группах. Тем не менее полученные результаты показали, что, основываясь на так называемых преморбидных характеристиках больных, субъективно оцениваемых самими пациентами, вполне возможно предсказать развитие ОКС у лиц с височной эпилепсией.

Немаловажно, что квалификация и выявление симптоматики ОКС выполнялись врачами-психиатрами, которые не знали личностных особенностей больных в преморбидном периоде. Такой подход был использован для того, чтобы избежать какого-либо предубеждения в оценке преморбидного периода.

Работу можно критиковать и за то, что использованные в ней личностные конструкты отражали не преморбидную структуру личности, а изменения личности, возникшие у больных эпилепсией в течение болезни. Однако подобный подход широко применялся в ряде зарубежных исследований у разных контингентов больных, включая лиц с органической патологией мозга, и авторы этих исследований однозначно подчеркивали, что конструкты МЛТ позволяют оценивать именно преморбидную структуру личности, а не изменения личности вследствие патологического процесса [15–18].

Более того, изменения личности у больных височной эпилепсией, как правило, включают другие особенности, а именно вязкость и обстоятельность, которые не включены ни в один из конструктов МЛТ. Таким образом, МЛТ не отражает структуру эпилептической личности; хотя конструкт «кригидность» и имеет некоторое сходство с особенностями личности при эпилепсии, он не является идентичным им.

Результаты исследования показали, что ни тип приступов, ни СФ, оцениваемая вне связи с личностными характеристиками, не имеют значения для развития ОКС. Но если использовать личностные характеристики в определенном взаимодействии с нейробиологическими параметрами, то предсказание развития ОКС становится возможным.

По полученным данным, преморбидные личностные характеристики оказывают неоднозначное и многофакторное влияние на развитие ОКС. Так, симптоматика навязчивостей при височной эпилепсии может возникнуть у лиц со столь разными личностными особенностями, как алекситимия, низкая выраженность экстраверсии (интроверсия), невротизм и эзотерические тенденции. Вместе с тем эти преморбидные личностные особенности играют роль в развитии ОКС лишь при условии их особого сочетания с нейробиологическими параметрами, такими как латерализация фокуса и моторная асимметрия, и их комбинациями. Особое взаимодействие между отдельными личностными паттернами и определенными нейробиологическими параметрами реально существует и является доказанным фактором риска.

Алекситимия может быть фактором риска развития ОКС строго у больных с доминантной левой рукой, особенно у больных-левшей с правосторонним фокусом, и, напротив, может оказывать защитное действие в отношении развития ОКС у больных-правшей с левосторонним фокусом эпилептической активности. Таким образом, роль алекситимии в развитии ОКС может иметь диаметрально противоположную направленность и зависит от взаимодействия руко-сти и СФ.

Невротизм и экстраверсия проявили себя как факторы риска развития ОКС у больных-правшей с правосторонним фокусом, хотя невротизм был фактором риска и для больных-правшей с левосторонним фокусом эпилептической

активности. Очевидно, что при сочетании с невротизмом фактор праворукости более важен для развития ОКС, чем СФ. Из этого следует, что невротизм как личностный конструкт максимально выражен у правой, а не у не левой, т. е. является прерогативой лиц с нормальной МЛ.

Полученные результаты подтверждают наши более ранние данные, согласно которым алекситимические и невротические характеристики указывают на противоположные, практически исключающие друг друга структуры личности [29]. В этом контексте развитие ОКС с внешне одинаковой симптоматикой у больных височной эпилепсией, характеризующихся взаимоисключающими личностными конструктами в преморбидном периоде, выглядит противоречивым и труднообъяснимым. К сожалению, для разрешения этого противоречия можно использовать лишь спекулятивные допущения.

ОКС, аффективные и тревожные расстройства представляют собой формы адаптивного поведения в ответ на внешнюю и внутреннюю угрозу, появившиеся в ходе эволюции животных и *Homo sapiens*. Они необходимы для индивидов,

наделенных разными нейробиологическими механизмами, включающими МЛ и СФ при височной эпилепсии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из данных, полученных в настоящем исследовании и нашей более ранней работе [28], следует вывод, что преморбидный личностный профиль больных эпилепсией с коморбидными аффективными, тревожными расстройствами и обсессивно-компульсивным синдромом (ОКС) однотипен. Он включает высокую выраженность невротизма, низкий уровень экстраверсии (высокий уровень интроверсии) у больных-правшей с правосторонним фокусом эпилептической активности. Высокий уровень алекситимии также является необходимым условием для развития ОКС, депрессии и тревожных расстройств у лиц с аномальной моторной латерализацией. Очевидно, что сочетание невротизма с низким уровнем экстраверсии, с одной стороны, и наличие алекситимии, с другой стороны, могут способствовать развитию однотипной психопатологической симптоматики у лиц с различной нейробиологической предрасположенностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Perini G.I., Tosin C., Carraro C., Bernasconi G., Canevini M.P., Canger R. et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1996; 61(6): 601–5.
2. Hermann B.P., Seidenberg M., Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*. 2000; 41(Suppl. 2): S31–41.
3. Mendez M.F., Cummings J.L., Benson D.F. Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. *Arch. Neurology*. 1986; 43(8): 766–70.
4. Mendez M.F., Taylor J.L., Doss R.C., Salguero P. Depression in secondary epilepsy: relation to lesion laterality. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1994; 57(2): 232–3.
5. Kanner A.M., Nieto J.C. Depressive disorders in epilepsy. *Neurology*. 1999; 53(Suppl. 2): S26–32.
6. Kanner A. *Depression in neurological disorders*. Lundbeck Institute, Cambridge Medical Communication Ltd; 2005. 161 p.
7. Monaco F., Cavanna A., Magli E., Barbagli D., Collimedaglia L., Cantello R. et al. Obsessionality, obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005; 7(3): 491–6.
8. Bear D.M., Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch. Neurol*. 1977; 34(8): 454–67.
9. Rodin E., Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 1984; 34(5): 591–6.
10. Gupta A.K., Ettinger A.B., Weisbrot D.M. Psychiatric comorbidity in epilepsy. In: Ettinger A.B., Devinsky O., eds. *Managing epilepsy and co-existing disorders*. Butterworth-Heinemann, Boston; 2002: 343–87.
11. Tuke D.H. Imperative ideas. *Brain*. 1894; 17: 179–97.
12. Berrios G.E. *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press; 2002. 565 p.
13. Kalinin V.V., Zemlyanaya A.A., Krylov O.E., Zheleznova E.V. Handedness, alexithymia, and focus laterality as risk factors for psychiatric comorbidity in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010; 17(3): 389–94. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.12.028.
14. Tellenbach H. *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. 3 Auflage, Springer, Berlin; 1971.
15. Zerssen D. von. *Objektivierende Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit endogenen Depressiver (Methodik und vorläufig Ergebnisse)*. In: Hippus H., Selbach H., eds. *Das depressive Syndrom. Urban und Schwarzenberg, München*; 1969: 183–205.

16. Zerssen D. von. *Personality and affective disorders*. In: Paykel E.S., ed. *Handbook of Affective Disorders*. Churchill Livingstone, Edinburgh; 1982: 212–28.
17. Möller H.-J. Zur Bedeutung und methodischen Problematik der psychiatrischen Persönlichkeitsforschung: der Typus melancholicus und andere Konzepte zur prämorbidem Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: Marneros A., Philipp M., eds. *Persönlichkeit und Psychische Erkrankung*. Springer-Verlag, Berlin; 1992: 45–65.
18. Marneros A., Deister A., Rohde A. Prämorbidem und postmorbidem Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit idiopathischen Psychosen. In: Marneros A., Philipp M., eds. *Persönlichkeit und Psychische Erkrankung*. Springer-Verlag, Berlin; 1992: 87–100.
19. Furukawa T., Nakanishi M., Hamanaka T. Typus melancholicus is not the premorbid personality trait of unipolar (endogenous) depression. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 1997; 51(4): 197–202.
20. Zerssen D. von, Pfister H., Koeller D.M. The Munich Personality Test (MPT) — a short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: formal properties and clinical potential. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci*. 1988; 238(2): 73–93.
21. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale — preliminary report. *Psychopharmacol. Bull*. 1973; 9(1): 13–28.
22. Derogatis L.R., Cleary P.A. Confirmation of the dimensional structure of SCL-90: a study of construct validation. *J. Clin. Psychol*. 1977; 33: 981–9.
23. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London, Hodder & Stoughton; 1975.
24. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter*. 26 Auflage, Springer-Verlag, Berlin; 1977.
25. Bagby R.M., Taylor G.J., Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother. Psychosom*. 1986; 45(4): 207–15.
26. Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D., Loiselle C. Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J. Psychosom. Res*. 1990; 34(1): 47–51.
27. Annett M. A classification of hand preference by association analysis. *Br. J. Psychol*. 1970; 61(3): 303–21.
28. Kalinin V.V., Zemlyanaya A.A., Zheleznova E.V., Krylov O.E. Pre-morbid Personality Traits, Focus Lateralization and Handedness as Risk Factors for Co-Morbid Affective and Anxiety Disorders in Temporal Lobe Epilepsy. *Horizons in Neuroscience Research*. Vol. 7/Eds. Andres Costa and Eugenio Villalba, Nova Publishers; 2012: 175–90. [D](#)

Библиографическая ссылка:

Калинин В. В., Железнова Е. В., Земляная А. А., Соколова Л. В., Субботин К. Ю. Нейробиологические и личностные факторы риска развития обсессивно-компульсивной симптоматики при эпилепсии // Доктор.Ру. 2017. № 8 (137). С. 32–37.

Citation format for this article:

Kalinin V. V., Zheleznova E. V., Zemlyanaya A. A., Sokolova L. V., Subbotin K. Yu. Neurobiological and Personality Risk Factors for the Development of Obsessive-Compulsive Symptoms in Epilepsy Patients. *Doctor.Ru*. 2017; 8(137): 32–37.