

**К ВОПРОСУ ОБ АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ
В МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ЭПИЛЕПСИИ
(клинико-электроэнцефалографические исследования)**

Г.А.Татевосян

*/Ереванский государственный медицинский университет им. М.Гераци,
кафедра психиатрии и медицинской психологии/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: агрессивное поведение, эпилепсия, хроническая агрессия, эпизодическая агрессия, факторы риска, ЭЭГ

Вопрос о существовании причинной связи между эпилепсией (Э) и агрессивным поведением (АП) остается дискуссионным. По данным Gastaut et al., 50% больных с височной эпилепсией (ВЭ) проявляют АП [10]. Falconer и соавт. обнаружили АП в межприступном периоде у 38 из 50 пациентов с ВЭ, из которых упорная длительная агрессивность сочеталась с параноидным мировосприятием [9]. С другой стороны, как показали Delgado-Escueta et al. в проведенном ими широкомасштабном международном исследовании, АП при эпилепсии — нечастое явление [6]. Важную роль в генезе эпизодической агрессии Монрое отводит эпилептической активности в лимбической системе [12], хотя не исключено, что АП и Э — это независимые процессы, обусловленные патологией височной доли [7]. Один из весомых доводов в пользу существования причинной связи между Э и АП — это обнаружение высокого процента аномальных ЭЭГ у агрессивных лиц [3], хотя при исследованиях психопатии выявлена большая частота аномалий в виде тета-волн и дезорганизации ритмов, чем пароксизмальной активности, что может быть интерпретировано как проявление незрелости мозговых ингибирующих механизмов или же как их поражение патологическим процессом [8].

Данная работа посвящена изучению АП в межприступном периоде Э. Цель исследования — изучение клинико-электроэнцефалографических особенностей у больных Э с хроническим или эпизодическим АП.

Материал и методы

Из контингента обследованных больных Э, генуинной или симптоматической, были отобраны больные, обнаружившие в анамнезе или во время пребывания в стационаре АП. На основании данных клинико-

психопатологического обследования и анализа медицинской документации они были подразделены на две группы: I группу составили пациенты с хроническим физическим и вербальным АП; во II группу вошли пациенты с единичными случаями АП. Контрольную группу составили 25 пациентов с Э без АП. Группы сравнивались между собой и контролем по частоте психических расстройств (психотические расстройства, тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств); частоте текущей судорожной активности; ЭЭГ-показателям; наличию фокуса патологической активности, ЭЭГ пограничного типа (легкие неспецифические изменения в виде аномалий альфа-ритма или наличия нерегулярной тета-активности невысокой амплитуды), пароксизмальной активности, выраженности общемозговых изменений и частоте альфа-активности.

Запись ЭЭГ производилась посредством установки "Биоскрипт" в экранированном помещении с восемью симметричных участков обоих полушарий, с лобных, височных, теменных и затылочных областей, в ряде случаев в соответствии с международной схемой 10/20, монополярно с референтными ушными электродами в состоянии активного и спокойного бодрствования, с применением функциональных проб (гипервентиляция, прерывистая световая стимуляция). Частота альфа-ритма определялась визуально в левой затылочной области, на участках с максимальной выраженностью амплитуды. С учетом методологических подходов в публикациях мы классифицировали как низкую частоту альфа-ритма меньше 10 Гц [5]. Из расчетов были исключены 4 записи, где альфа-активность не определялась.

Для оценки достоверности разницы между группами мы воспользовались критерием соответствия кси-квадрат, позволяющим сопоставление данных двух и более групп. Для ряда цифровых показателей достоверность разницы определялась путем расчета критерия t с исчислением среднеквадратичных отклонений для малой выборки [4].

Результаты и обсуждение

Как видно из табл. 1, группы значительно различаются между собой по качеству наблюдаемых изменений на ЭЭГ. Так в I группе более часты ЭЭГ пограничного типа ($p < 0.001$), а также ЭЭГ с низкой частотой альфа-ритма ($p < 0.01$). Для второй группы характерны более грубые общемозговые изменения ($p < 0.001$), а также значимое превалирование пароксизмальной активности на ЭЭГ ($p < 0.01$), хотя различий по сравнению с контролем не отмечалось. Не было выявлено различий между I и II группами по наличию признаков фокальной заинтересованности, хотя данный фактор был значимо выше в двух группах вместе по сравнению с контролем ($p < 0.001$).

В публикациях указывается низкая частота альфа-ритма у больных эпилепсией. Так, в исследовании С.Л.Авакян и М.А.Мелик-Пашаян [1] этот феномен объясняется тем, что патологический процесс при Э тор-

мозит нормальное развитие корковой ритмики, и чем в более раннем возрасте возникает заболевание, тем вероятнее нарушения биоритмики с “недоразвитием” альфа-ритма, в частности его частоты. Превалирование в I группе неспецифических расстройств пограничного типа и низкой частоты альфа-ритма, по всей видимости, есть результат нарушения созревания мозговых структур по мере взросления ребенка, что в сочетании с неблагоприятными факторами микросреды в критические моменты социализации может определить личностные расстройства с агрессивными тенденциями.

Таблица 1

Распределение типа ЭЭГ расстройств по группам

ЭЭГ \ Группа	I группа n=18	II группа n=25	Контроль n=25
Пограничный тип ЭЭГ	12	2	2
Пароксизмальная активность	4	17	16
Выраженные общемозговые изменения	2	20	6
Фокус патологической активности	11	11	5
ЭЭГ с низкой частотой альфа-ритма	15	7	7

Таблица 2

Распределение факторов по группам

ЭЭГ \ Группы	I группа n=18	II группа n=25	Контроль n=25
Психотические расстройства	2	12	4
Выраженные интеллектуально-мнестические расстройства	4	21	7
Инвалидность	2	10	6
Высокая частота приступов	3	17	10
Перинатальные осложнения	9	5	5
Алкоголизм у родителей	4	1	0
Наследственная отягощенность психической патологией	12	8	4

Как видно из табл. 2, в первой группе также значимо преобладают такие факторы, как наследственная отягощенность психической патологией ($p < 0.01$), перинатальные осложнения ($p < 0.05$), а также алкоголизм у родителей ($p < 0.01$). Патогенные факторы, повреждающие мозг, часто сочетаются с социальными факторами (недостаточный уход за ребенком, жестокое обращение и др.) и могут обусловить АП уже у взрослого индивида. В недавно проведенных исследованиях было показано, что лица с нейромоторным дефицитом в детстве в сочетании с некоторыми психосоциальными факторами в два раза чаще становятся насильниками, чем при раздельном действии факторов [13].

АП пациентов II группы отличалось не только эпизодичностью проявления, но и, очевидно, генезом. Так, обращает на себя внимание высокая частота текущей судорожной активности ($p < 0.001$), выраженные общемозговые изменения на ЭЭГ ($p < 0.001$), а также более инвалидизирующее течение заболевания с развитием интеллектуально-мнестического дефекта, психотических и дисфорических расстройств ($p < 0.01$) и потерей трудоспособности ($p < 0.05$). Группа отличалась также большей средней продолжительностью заболевания ($p < 0.01$) и числом госпитализаций.

Мы полагаем, что вышеприведенные факторы в генезе АП пациентов этой группы имели решающее значение. В исследованиях, проведенных на невыборочной популяции, установлена связь текущей высокой частоты судорожных приступов с высокими показателями тревожности, депрессии, ощущаемой стигмы и психосоциального функционирования больных эпилепсией [11]. На важную роль данного фактора в прогностически неблагоприятном течении Э указывает также А.И.Болдырев [2]. Кроме того, ограничение трудовых возможностей, недоброжелательное отношение окружающих, трудности в быту и при решении социальных проблем рожают естественное чувство обиды и протеста, что при имеющемся интеллектуально-мнестическом дефекте эпизодически реализуется в социально-деструктивной форме.

Поступила 19.01.99

ԱԳՐԵՍԻՎ ՎԱՐՔԸ ԷՊԻԼԵՊՏԻԱՅԻ ՄԻՋՅԵՑՈՒՄԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Գ.Ա.Թադևոսյան

Ներկայացված են էպիլեպսիայի միջցնցումային ժամանակաշրջանում ագրեսիվ վարք ցուցաբերող հիվանդների հետազոտության տվյալները:

Ագրեսիվ վարք ցուցաբերող 43 էպիլեպսիայով հիվանդներ բաժանվել են 2 խմբի ըստ ագրեսիվության բնույթի. առաջին խումբը կազմում էին մշտական ագրեսիվ վարքով, իսկ 2-րդը՝ առանձին ագրեսիվ արարքներ ցուցաբերած հիվանդները: Հայտնաբերվել է, որ խմբերը հավասարորեն տարբերվում են ըստ հոգեկան խանգարումների, էլեկտրաօդագրական ցուցանիշների և ցնցումային նոպաների հաճախականության:

INTERICTAL AGGRESSION IN EPILEPSY

G.A.Tatevosian

The results of the study of interictal aggression in epilepsy are brought in the article. The data of interictal aggression in 43 patients with epilepsy treated in the psychiatric hospital have been collected and analyzed. The patients have been randomly divided into 2 groups: the first group, consisting of patients with persistent aggressive behavior, and the second group — manifesting few cases of aggression. There have been revealed significant differences in patients of the I and II groups, manifested by frequency of mental disorders, EEG abnormalities and current convulsive activities.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авакян С.Л., Мелик-Пашаян М.А.* II съезд невропатологов и психиатров Армении. Ереван, 1987, с. 5.
2. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у взрослых. М., 1984, с. 216.
3. *Bach-y-Rita G., Lion J.R., Climent C.F., Ervin F.R.* Am. J. Psychiatry, 1971, 127, p. 1473.
4. *Bradford A.* Principles of Medical Statistics. The Lancet Limited, London, 1955.
5. *Craig N.Karson, R.Coppola, D.Se., D.G.Daniel* Am.J.Psychiatry, 1988, p. 145.
6. *Delgado-Escueta A.V., Mattson R.H., King L. et al.* N. Engl. J. Med., 1981, 305, p. 711.
7. *Elliott F.A.* Arch. Neurol., 1992, 49, p. 595.
8. *Ey H., Bernard P., Brisset C.H.* Manuel de psychiatrie. 6 ed., Masson, Paris, 1989.
9. *Falconer M.A., Hill D., Meyer A., Wilson L.* In: Baldwin M., Bailey P., eds. Temporal lobe epilepsy. Springfield, 14: Charles C. Thomas Publisher, 1958, p. 396.
10. *Gastaut C., Morin C., Le Sevre N.* Ann. Med. Psychol., 1955, 113, p. 29.
11. *Jacoby A., Baker G. A., Steen N. et al.* Epilepsia, 1996, 37(2):148-61.
12. *Monroe R.R.* Brain Disfunction in Aggressive Criminals. Lexington Mass: Lexington Books, 1978.
13. *Raine A., Brennan P., Mednick B., Mednick S.A.* Arch. Gen. Psychiatry, 1996, 53[6]:544.

