

ISSN 2077-8333 (print)
ISSN 2311-4088 (online)

ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2026 Том 18 №1



EPILEPSY AND PAROXYSMAL CONDITIONS

2026 Vol. 18 №1

<https://epilepsia.su>

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта www.epilepsia.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.



Роль многоаспектных личностных опросников в диагностике диссоциативных расстройств у пациентов с эпилепсией

М.В. Гусева¹, Н.А. Сивакова¹, О.Н. Якунина¹, В.А. Михайлов¹,
Т.А. Караваева^{1,2,3}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург 192019, Российская Федерация)

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Литовская ул., д. 2, Санкт-Петербург 194100, Российская Федерация)

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Ленинградская, д. 68, пос. Песочный, Санкт-Петербург 197758, Российская Федерация)

Для контактов: Марина Валерьевна Гусева, e-mail: dr_gusevamv@bk.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В последнее время в клинической практике все чаще выявляются пациенты с коморбидными состояниями – эпилепсией и диссоциативными (психогенными неэпилептическими) приступами. Общепринятых диагностических алгоритмов для подтверждения таких состояний не разработано. Однако известно, что больные эпилепсией с коморбидной патологией имеют определенные особенности в структуре личности. Для выявления таких характеристик проводится экспериментальное психологическое обследование, в рамках которого используются многоаспектные личностные опросники. Наиболее широко распространен Миннесотский многоаспектный личностный опросник (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), в адаптации Л.Н. Собчик (2007 г.) – стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ).

Цель: изучить структуру личности пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами.

Материал и методы. В исследование включены 54 пациента с эпилепсией, из них 27 человек с коморбидными диссоциативными расстройствами (группа ЭД) в виде психогенных неэпилептических приступов и 27 респондентов исключительно с эпилептическими приступами (группа Э). Всем участникам проведено клинико-психологическое обследование с применением MMPI.

Результаты. У пациентов группы ЭД прослеживаются более высокие показатели по шкале ипохондрии в сравнении с группой Э (74,96 против 65,23 балла; $p=0,012$). По результатам оценки по шкале тревоги и депрессии у участников группы ЭД среднее значение ниже, чем в группе Э (64,26 против 75,77 балла; $p=0,001$). По шкале истерии в группе ЭД получены более высокие показатели в сравнении с группой Э (73,26 против 64,08 балла; $p=0,014$).

Заключение. У больных эпилепсией с коморбидными диссоциативными расстройствами определяется более высокий уровень ипохондрии, истерии, а также низкий уровень тревоги и депрессии по сравнению с пациентами без конверсионных наслоений. Полученные результаты соответствуют «конверсионной пятерке» и характеризуют структуру личности у данных пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

эпилепсия, диссоциативное расстройство, Миннесотский многоаспектный личностный опросник, стандартизированное многофакторное исследование личности, психологическое обследование, конверсионная пятерка

Для цитирования

Гусева М.В., Сивакова Н.А., Якунина О.Н., Михайлов В.А., Караваяева Т.А. Роль многоаспектных личностных опросников в диагностике диссоциативных расстройств у пациентов с эпилепсией. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2026; 18 (1): 19–27. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2026.256>.

The role of multiphasic personality questionnaires in the diagnosis of dissociative disorders in patients with epilepsy

M.V. Guseva¹, N.A. Sivakova¹, O.N. Yakunina¹, V.A. Mikhailov¹, T.A. Karavaeva^{1,2,3}

¹ Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (3 Bekhterev Str., Saint Petersburg 192019, Russian Federation)

² Saint Petersburg State Pediatric Medical University (2 Litovskaya Str., Saint Petersburg 194100, Russian Federation)

³ Petrov National Medical Research Center of Oncology (68 Leningradskaya Str., Pesochny Settlement, Saint Petersburg 197758, Russian Federation)

Corresponding author: Marina V. Guseva, e-mail: dr_gusevamv@bk.ru

ABSTRACT

Background. Recently, patients with comorbid conditions such as epilepsy and dissociative (psychogenic non-epileptic) seizures have been increasingly identified in clinical practice. No generally accepted diagnostic algorithms for confirming such conditions are currently available. However, it is known that patients with epilepsy and comorbid pathology have certain personality characteristics, for identifying which an experimental psychological examination is conducted, which uses multidimensional personality questionnaires. Among them, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) is most widespread, adapted by L.N. Sobchik (2007) as a standardized multifactorial personality study.

Objective: To examine the personality pattern in patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders.

Material and methods. The study included 54 patients with epilepsy, 27 of them with comorbid dissociative disorders (ED group) in the form of psychogenic non-epileptic seizures, and 27 respondents with exclusively epileptic seizures (E group). All study participants underwent clinical and psychological examinations using MMPI.

Results. Patients in ED vs. E group had a higher level of hypochondria score points (74.96 vs 65.23 points; $p=0.012$). According to the results of the assessment by the scale of anxiety and depression, the average score in ED group was lower than in E group (64.26 vs 75.77 points; $p=0.001$). According to the hysteria scale, patients in ED group had a higher average score compared with E group (73.26 vs 64.08 points; $p=0.014$).

Conclusion. Patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders have higher levels of hypochondria, hysteria, as well as low levels of anxiety and depression, compared with patients without conversion disorders. The results obtained correspond to the “conversion five” and characterize the personality pattern observed in such patients.

KEYWORDS

epilepsy, dissociative disorder, Minnesota Multiphasic Personality Inventory, standardized multiphasic personality study, psychological examination, conversion five

For citation

Guseva M.V., Sivakova N.A., Yakunina O.N., Mikhailov V.A., Karavaeva T.A. The role of multiphasic personality questionnaires in the diagnosis of dissociative disorders in patients with epilepsy. *Epilepsia i paroksizmal'nye sostoania / Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2026; 18 (1): 19–27 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2026.256>.

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В настоящее время Международная противоэпилептическая лига (International League Against Epilepsy, ILAE) определила диссоциативные (конверсионные) расстройства как одну из десяти ключевых нейропсихиатрических проблем, связанных с эпилепсией [1]. В общем понимании это группа психических расстройств, которые в первую очередь проявляются необъяснимыми соматическими и неврологическими нарушениями.

Распространенность диссоциативных расстройств составляет от 4 до 12 случаев на 100 тыс. населения. По дан-

ным S. Ali et al., у женщин конверсионные расстройства встречаются чаще, чем у мужчин, – в соотношении 10:1 [2]. Считается, что ключевой причиной их развития является повышенный уровень стресса и тревоги, связанный с повседневной и трудовой деятельностью. Пациенты с уже установленным диагнозом «эпилепсия» имеют высокую предрасположенность к развитию коморбидных психических расстройств, в т.ч. конверсионных, ввиду снижения степени трудоспособности и сложности обеспечения высокого качества жизни. Дополнительным фактором выступает стигматизация больных эпилепсией, что усиливает тревожность и приводит к срыву компенсаторных механизмов [3].

Основным симптомокомплексом, исходя из которого устанавливается диагноз «диссоциативное расстройство», является полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознавать себя как личность, непосредственными ощущениями и навыками управления движениями тела. Среди различных типов диссоциативных расстройств у пациентов с эпилепсией наиболее часто в клинической практике встречаются сочетание истинных эпилептических и диссоциативных конвульсий – психогенных неэпилептических приступов (ПНЭП) [4]. ПНЭП представляют собой пароксизмальные движения, ощущения, переживания, напоминающие эпилептические приступы, но при этом их развитие не связано с эпилептическими разрядами на электроэнцефалограмме [5]. Заболеваемость ПНЭП оценивается в диапазоне от 1,4 до 4,9 случая на 100 тыс. человек в год, а распространенность – от 2 до 33 случаев на 100 тыс. населения [6].

Учитывая малую настороженность в отношении ПНЭП, в клинической практике часто происходит гиподиагностика – пациенту ошибочно ставится диагноз «эпилепсия» и проводится длительное лечение противосудорожными препаратами, что делает их «фармакорезистентными». Данная ситуация существенно ухудшает прогноз и повышает риск развития психотических состояний. При отсутствии своевременной и эффективной терапии конверсионные расстройства могут приводить к значимым нарушениям в социальных, профессиональных или других жизненно важных областях функционирования пациентов [7]. Исходя из этого, больным с подозрением на наличие конверсионных расстройств требуются углубленная диагностика и ведение при участии команды специалистов – невролога, медицинского психолога, психотерапевта/психиатра.

Важнейшим аспектом диагностики диссоциативных расстройств является проведение экспериментального психологического обследования (ЭПО) с использованием различных психометрических опросников. Наиболее часто в рамках ЭПО применяются многоаспектные личностные опросники, среди которых широкое распространение получил Миннесотский многоаспектный личностный опросник (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 1, MMPI-1), созданный в начале 1940-х гг. Старком Хатуэйем и Джоном МакКинли в Университете Миннесоты и предназначенный для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности. В основу методики вошли 550 утверждений, ответы на которые позволяют сопоставить представителей нормативной группы с пациентами, у которых в картине клинических расстройств четко преобладает тот или иной синдром: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психастения, паранойя, шизофрения, гипомания. Указанные симптомы преобразованы в шкалы, которые определяются суммой баллов в соответствии с теми или иными ответами пациента [8].

Данный опросник был направлен на выявление психических расстройств, и зачастую происходила гипердиагностика – характерные особенности личности трактовались как отдельные диагнозы. Позже, в 1989 г., вышла обновленная версия опросника – MMPI-2. Методика включала 567 утверждений (400 из них дублировали MMPI-1). Счита-

ется, что MMPI-2 является более репрезентативным опросником. Он имеет дополнительные шкалы (коррекции, лжи и достоверности), которые позволяют оценить честность и искренность ответов респондента [9].

Таким образом, MMPI-2 исключает вероятность гипердиагностики, он более гибкий, за счет чего стал широко использоваться не только в клинической психологии, психиатрии, неврологии, но и в различных структурах при приеме персонала на работу. Важным преимуществом опросника является то, что его интерпретация базируется не на анализе каждого ответа, а на сравнении ответов со средненормативными показателями. Это позволяет исключить субъективность и проанализировать неосознанные тенденции личности респондента [10].

Однако еще с 1960 г. медицинские психологи в СССР активно занимались адаптацией и валидизацией MMPI. Одним из первых вариантов в 1967 г. была предложена методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), над адаптацией которой работали Ф.Б. Березин и М.П. Мирошников. Этот опросник включал 384 утверждения. Именно он имеет оригинальную интерпретацию и стандартизацию [11].

Позже, в 1970 г., в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева Л.Н. Собчик адаптировала полный вариант – стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ). В него вошло 566 вопросов. Данный опросник трижды переиздавался – в 1970, 1990, 1996 гг. В 2003 и 2007 гг. были выверены стандарты интерпретации. Именно в версии 2007 г. в настоящее время СМИЛ активно используется в клинической практике для диагностики различных изменений структуры личности у пациентов с неврологическими и психическими заболеваниями [12].

Также Л.Н. Собчик описала более подробно изменения структуры личности у больных с психогенными (функциональными/конверсионными/диссоциативными) приступами. Проанализировав ряд опросников, она отметила, что сочетание высоких оценок по 1-й и 3-й шкалам с относительно низкой оценкой по 2-й шкале образуют «конверсионную пятерку» (вид римской V). Низкий балл по 2-й шкале при повышенных оценках 1-й и 3-й шкал отражает проблему вытесненной тревоги и биологический способ защиты с конверсией (переводом) психологического конфликта в физиологические нарушения, связанные с травмирующей ситуацией. При анализе результатов также не стоит забывать о шкалах лжи, достоверности и коррекции: они служат «сигнальными» и предупреждают исследователя о неискренности и гиперболизации переживаний пациента. Зачастую исследуемые могут давать социально выгодные ответы, тем самым преследуя цель быть более «больным» или «страдающим». Учет шкал лжи, достоверности и коррекции позволит избежать ложной интерпретации и нарушений диагностического поиска. Этот аспект наиболее важен у пациентов с ПНЭП [12].

На протяжении долгого времени интерес к проведению дифференциальной диагностики эпилептических приступов и ПНЭП возрастал. В 1996 г. группа ученых из Лондона и Онтарио проводила исследование на выборке из 139 человек, из которых у 24 наблюдались состояния, подозри-

тельные на ПНЭП. Результаты показывают, что при использовании методики ММРІ-2 баллы по шкалам ипохондрии и истерии у пациентов с ПНЭП выше, чем у больных с эпилептическими приступами. Более того, авторы трактуют полученные данные как высокочувствительные для поиска ПНЭП с учетом достоверности заполнения опросников, а именно «сигнальных» шкал – лжи, достоверности и коррекции [13].

Спустя десятилетия проблема коморбидности эпилептических и неэпилептических приступов у пациентов с эпилепсией не теряет своей актуальности. Исходя из этого, продолжают проводиться мировые исследования, которые подтверждают высокую эффективность использования ММРІ в дифференциальной диагностике эпилептических приступов и ПНЭП. Работа A. del Barrio et al. [14] показала, что у пациентов с ПНЭП по сравнению с больными с истинными эпилептическими приступами достоверно выше средний балл по шкале ипохондрии ($68,5 \pm 11,1$ против $57,7 \pm 10,4$ балла; $p < 0,01$), а также по шкале истерии ($68,6 \pm 13,3$ против $58,2 \pm 10,8$ балла; $p < 0,01$). Однако авторы данного исследования пришли к выводу, что применение шкал достоверности не является обязательным для проведения дифференциальной диагностики ПНЭП [14].

Развитие изменений в структуре личности и наличие в клинической картине ПНЭП взаимосвязаны. Не исключено, что оба процесса имеют схожие причины и триггерные факторы. Таким образом, особенности структуры личности пациентов с коморбидными состояниями требуют более детального исследования. Это позволит выявить предикторы развития ПНЭП у данной категории больных, что облегчит проведение своевременной диагностики и повысит эффективность лечения за счет определения мишеней для дальнейшей психотерапии, а также положительно скажется на качестве жизни пациентов.

Цель – изучить структуру личности пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

В исследование включено 54 взрослых пациента с различными клиническими формами эпилепсии, проходивших стационарное обследование и лечение в отделении больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Критерии включения и исключения / Inclusion and exclusion criteria

Критерии включения (первая группа):

- письменное согласие пациента на участие в исследовании;
- способность прочитать, понять и подписать форму информированного согласия для участия в исследовании;
- способность и желание соблюдать все процедуры исследования в соответствии с протоколом;
- мужской и женский пол, возраст 18–59 лет включительно;

- наличие жалоб пациента, а также выявленные при клиническом наблюдении приступообразные состояния, подозрительные на ПНЭП, или подозрение на диссоциативное расстройство / диссоциативные судороги (F06.5/F44.5);

- установленный ранее диагноз эпилепсии (G40) в соответствии с критериями ILAE и/или подозрение на эпилептический процесс.

Критерии включения (вторая группа):

- письменное согласие пациента на участие в исследовании;
- знание и понимание русского языка;
- наличие диагноза эпилепсии (G40) в соответствии с критериями ILAE;
- отсутствие установленного диагноза диссоциативного расстройства / диссоциативных судорог (F06.5/F44.5) и/или подозрения на них.

Критерии исключения:

- отсутствие письменного согласия на участие в исследовании и/или отказ от прохождения исследования или одного из его этапов;
- выявление в процессе оценочного интервью мыслей суицидального характера или агрессивного поведения, требующих принятия немедленных мер медицинского характера;
- выраженные когнитивные расстройства, проявляющиеся неспособностью участника прочитать и понять суть информированного согласия на участие в исследовании;
- декомпенсация соматических заболеваний, затрудняющих участие в исследовании;
- наличие коморбидного психиатрического расстройства, исключая F06.5/F44.5.

Группы пациентов / Patient groups

В зависимости от наличия конверсионных расстройств пациенты были распределены на две группы сравнения, сопоставимые по полу и возрасту.

В основную группу (эпилепсия и диссоциативные расстройства – ЭД) включены 27 пациентов, средний возраст которых составил $37,6 \pm 1,7$ года. У всех больных данной группы был верифицирован диагноз «эпилепсия», в клинической картине отмечались истинные эпилептические приступы, а также регистрировались психогенные неэпилептические приступы без утраты сознания, протекающие с наличием или отсутствием двигательного компонента.

В группу контроля (эпилепсия без диссоциативных расстройств – Э) вошли 27 пациентов, средний возраст $37,4 \pm 1,9$ года. У них также был верифицирован диагноз «эпилепсия», в клинической картине регистрировались различные типы эпилептических приступов.

Клинико-психологическое обследование / Clinical and psychological examination

Участникам проведено подробное клинико-психологическое обследование с оценкой типов приступов и их частоты, а также длительности заболевания.

Всем пациентам выполнено ЭПО, которое включало личностную методику ММРІ в адаптации СМІЛ, а также оценку когнитивной и эмоциональной сфер.

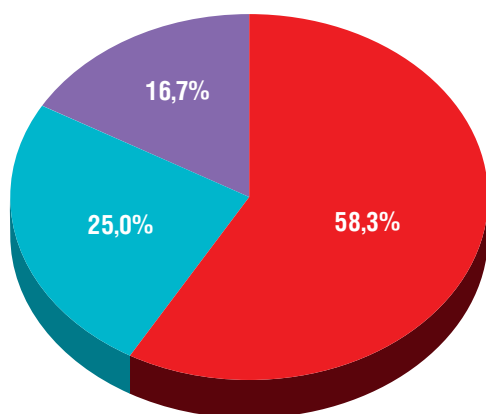
Статистический анализ / Statistical analysis

Математическую обработку данных осуществляли в статистическом пакете SPSS версии 26 (IBM, США). Проводили оценку соответствия выборок нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка (при числе исследуемых менее 50). Учитывая распределение выборок, выполняли подсчет статистических критериев для определения статистических различий показателей в обеих группах. Для выборки, имеющей нормальное распределение, использовали *t*-критерий Стьюдента, *f*-критерий Фишера. Для выборки, имеющей ненормальное распределение, применяли *U*-критерий Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента корреляции *r* Спирмена. Балльные значения представлены в виде медианы и стандартного отклонения ($Me \pm SD$). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Анализ типов и частоты приступов, длительности заболевания / Analysis of seizure types and rate, disease duration

У пациентов группы ЭД кроме истинных эпилептических приступов регистрировались конверсионные приступы (ПНЭП) различной частоты, протекающие без утраты сознания. При изучении семиотики ПНЭП в группе ЭД выделено два основных типа психогенных приступов – с двигательным компонентом и без него. Приступы с двигательным компонентом регистрировались у 24 (88,9%) больных группы ЭД и имитировали приступы по типу гене-



- По типу «генерализованных судорожных» / By type of "generalized convulsive"
- «Бросковые» / "Throwing"
- Генерализованная дрожь / Generalized tremor

Рисунок 1. Распределение пациентов с эпилепсией и психогенными неэпилептическими приступами по типу конверсионных приступов с двигательным компонентом

Figure 1. Distribution of patients with epilepsy and psychogenic non-epileptic seizures based on type of conversion seizures with a motor component

рализованных тонико-клонических (как правило, с атравматичным падением и различными гипермоторными, двигательными элементами) в 14 (58,3%) случаях, приступы в виде генерализованной дрожи во всем теле – у 4 (16,7%) пациентов, приступы вычурных, «бросковых», крупно-размашистых движений в конечностях – у 6 (25,0%) человек (**рис. 1**).

Приступы без двигательного компонента обычно проходили по типу панических атак с выраженным вегетативным компонентом, чувством нехватки воздуха, аффектом тревоги и регистрировались у 3 (11,1%) пациентов.

У больных группы Э зафиксированы различные типы эпилептических приступов, частота которых также была вариабельна: генерализованные приступы с тонико-клоническими судорогами, миоклонии, абсансы, фокальные с нарушением осознанности, фокальные без нарушения осознанности, билатеральные тонико-клонические с фокальным началом.

Результаты сравнения по форме эпилепсии, типу и частоте приступов, а также длительности заболевания не показали статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$). Подробная клиническая характеристика представлена в **таблице 1**.

Анализ по методике MMPI / Analysis by MMPI methodology

В обеих группах проведен анализ полученных данных по методике MMPI. При обработке результатов 100% опросников были заполнены достоверно. Средние баллы по шкалам лжи, достоверности и коррекции представлены в **таблице 2**.

Выявлены следующие статистически достоверные различия по шкале ипохондрии и шкале тревоги и депрессии. У пациентов группы ЭД прослеживается более высокий уровень среднего значения баллов по шкале ипохондрии в сравнении с группой Э ($74,96 \pm 2,40$ против $65,23 \pm 2,10$ балла; $p = 0,012$). Однако при анализе результатов по шкале тревоги и депрессии обнаруживается обратная зависимость: в группе ЭД среднее значение ниже, чем в группе Э ($64,26 \pm 1,60$ против $75,77 \pm 2,70$ балла; $p = 0,001$). Полученные данные представлены в **таблице 3**.

При анализе результатов по шкале истерии у пациентов группы ЭД выявлен более высокий уровень среднего значения баллов в сравнении с группой Э ($73,26 \pm 1,20$ против $64,08 \pm 2,40$ балла; $U = 489,0$; $p = 0,014$). Данные приведены в **таблице 4** и на **рисунке 2**.

Полученные результаты достоверно подтверждают наличие у пациентов группы ЭД в структуре личности «конверсионной пятерки» – высокие балльные оценки по шкалам ипохондрии и истерии и более низкие по шкале тревоги и депрессии.

Анализ корреляционной связи / Correlation analysis

Проведен анализ корреляционной связи в двух группах с учетом данных о длительности заболевания, типе эпилепсии, типе и частоте приступов, а также баллов по шкалам MMPI, в которых ранее были отмечены статистические различия. Статистически достоверной связи между

Таблица 1. Клиническая характеристика эпилепсии у пациентов с конверсионными расстройствами и без них, n (%)**Table 1.** Clinical characteristics of epilepsy in patients with and without conversion disorders, n (%)

Признак / Sign	Группа / Group		φ	p
	Э / E (n=27)	ЭД / ED (n=27)		
Форма эпилепсии / Form of epilepsy				
Фокальная / Focal	18 (66,7)	22 (81,5)	0,352	>0,05
Генерализованная / Generalized	9 (33,3)	5 (18,5)		
Тип приступов / Type of seizures				
Фокальные / Focal				
с нарушением осознанности / impaired awareness	11 (40,7)	14 (51,9)	0,992	>0,05
без нарушения осознанности / without impaired awareness	5 (18,5)	5 (18,5)		
билатеральные тонико-клонические / bilateral tonic-clonic	2 (7,5)	3 (11,1)		
Генерализованные / Generalized				
миоклонии / myoclonic	3 (11,1)	2 (7,4)	0,565	>0,05
абсансы / absences	–	–		
генерализованные тонико-клонические / generalized tonic-clonic	6 (22,2)	3 (11,1)		
Частота приступов / Seizure rate				
Несколько раз в год / Several times a year	3 (11,1)	–	0,52	>0,05
Несколько раз в месяц / Several times a month	6 (22,2)	7 (25,9)		
Несколько раз в неделю / Several times a week	12 (44,5)	8 (29,6)		
Ежедневно / Daily	6 (22,2)	12 (44,5)		
Длительность заболевания / Disease duration				
От 0 до 1 года / 0 to 1 year	–	–	0,923	>0,05
От 1 года до 5 лет / 1 to 5 years	1 (3,7)	–		
От 5 до 10 лет / 5 to 10 years	4 (14,8)	10 (37,0)		
Более 10 лет / More than 10 years	22 (81,5)	17 (63,0)		

Примечание. Э – группа пациентов исключительно с эпилептическими приступами; ЭД – группа пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами в виде психогенных неэпилептических приступов.

Note. E – a group of patients with exclusively epileptic seizures; ED – a group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders in the form of psychogenic nonepileptic seizures.

Таблица 2. Результаты по шкалам лжи, достоверности и коррекции Миннесотского многоаспектного личностного опросника**Table 2.** Results for Lie, Reliability, and Correction scales of Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Шкала / Scale	Группа / Group	Средний балл / Average points	t	p
Лжи / Lie	Э / E	59,1±2,1	1,131	0,018*
	ЭД / ED	62,2±1,3	1,219	0,018*
Достоверности / Reliability	Э / E	58,1±2,2	0,912	0,003*
	ЭД / ED	61,6±1,5	0,542	0,003*
Коррекции / Correction	Э / E	51,1±1,9	2,312	0,001*
	ЭД / ED	66,9±1,7	2,541	0,001*

Примечание. Э – группа пациентов исключительно с эпилептическими приступами; ЭД – группа пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами в виде психогенных неэпилептических приступов. * Различия показателей статистически значимы (p<0,05).

Note. E – a group of patients with exclusively epileptic seizures; ED – a group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders in the form of psychogenic nonepileptic seizures. * Differences in indicators are statistically significant (p<0.05).

Таблица 3. Результаты по шкале ипохондрии и шкале тревоги и депрессии Миннесотского многоаспектного личностного опросника

Table 3. Results for Hypochondriasis, Anxiety and Depression scales of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Шкала / Scale	Группа / Group	Средний балл / Average points	t	p
Ипохондрии / Hypochondriasis	Э / E	65,23±2,1	2,684	0,012*
	ЭД / ED	74,96±2,4	2,584	0,012*
Тревоги и депрессии / Anxiety and depression	Э / E	75,77±2,7	2,068	0,001*
	ЭД / ED	64,26±1,6	2,382	0,001*

Примечание. Э – группа пациентов исключительно с эпилептическими приступами; ЭД – группа пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами в виде психогенных неэпилептических приступов. * Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Note. E – a group of patients with exclusively epileptic seizures; ED – a group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders in the form of psychogenic nonepileptic seizures. * Differences in indicators are statistically significant ($p < 0.05$).

Таблица 4. Результаты по шкале истерии Миннесотского многоаспектного личностного опросника

Table 4. Results for Hysteria scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Шкала / Scale	Группа / Group	Средний балл / Average points	t	p
Истерии / Hysteria	Э / E	64,08±2,40	489,0	0,014*
	ЭД / ED	73,26±1,20		

Примечание. Э – группа пациентов с исключительно эпилептическими приступами; ЭД – группа пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами в виде психогенных неэпилептических приступов. * Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Note. E – a group of patients with exclusively epileptic seizures; ED – a group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders in the form of psychogenic nonepileptic seizures. * Differences in indicators are statistically significant ($p < 0.05$).

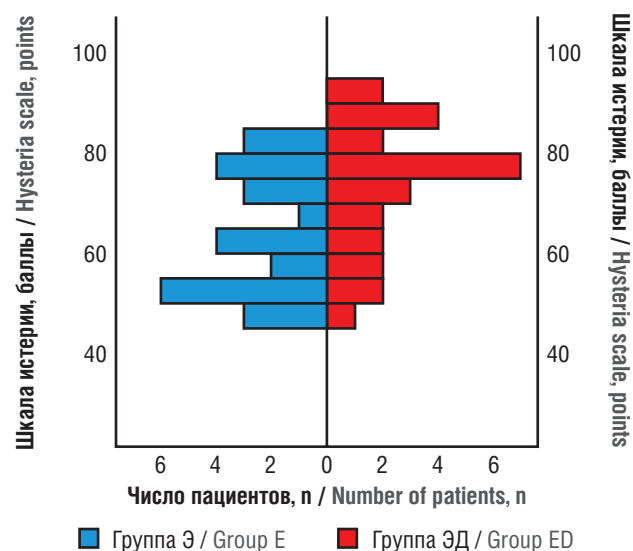


Рисунок 2. Ранговое распределение результатов по шкале истерии Миннесотского многоаспектного личностного опросника.

Группа Э – группа пациентов с исключительно эпилептическими приступами. Группа ЭД – группа пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами в виде психогенных неэпилептических приступов

Figure 2. Rank distribution of results for Hysteria scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Group E – a group of patients with exclusively epileptic seizures. Group ED – a group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders in the form of psychogenic nonepileptic seizures

длительностью заболевания, типом приступа, формой эпилепсии и результатами по шкалам ММПИ не выявлено.

У пациентов группы ЭД получены данные о наличии статистически значимой отрицательной обратной связи между следующими параметрами:

- частота приступов и результаты по шкале ипохондрии ММПИ ($p=0,019$);
- частота приступов и результаты по шкале тревоги и депрессии ММПИ ($p=0,003$);
- частота приступов и результаты по шкале истерии ММПИ ($p=0,008$).

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 5.

Таким образом, можно предположить, что при наличии и учащении в клинической картине истинных эпилептических приступов выраженность таких изменений, как истерия, тревога, ипохондрия, в структуре личности снижается. Также результаты исследования показали, что при усилении выраженности в структуре личности ипохондрии, истерии, снижении уровня внутренней тревоги снижается частота истинных эпилептических приступов и на первый план в клинической картине, вероятно, выходят диссоциативные конвульсии.

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Для оценки структуры личности пациентов использовалась стандартизированная методика ММПИ в адаптации СМИЛ. В основной группе по результатам тестирования получены достоверно более высокие баллы по шкалам ипо-

Таблица 5. Коэффициенты корреляции Спирмена между частотой приступов и результатами по шкалам Миннесотского многоаспектного личностного опросника для группы пациентов с эпилепсией и коморбидными диссоциативными расстройствами

Table 5. Spearman correlation coefficients between seizure rate and the results of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory scales for group of patients with epilepsy and comorbid dissociative disorders

Шкала / Scale	Критерий / Criterion	Коэффициент корреляции / Correlation coefficient
Ипохондрии / Hypochondriasis	ρ	-0,447*
	ρ	0,019
Тревоги и депрессии / Anxiety and depression	ρ	-0,544**
	ρ	0,003
Истории / Hysteria	ρ	-0,499**
	ρ	0,008

Примечание. * Корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя). ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя).

Note. * Correlation is significant at 0.05 level (two-tailed test). ** Correlation is significant at 0.01 level (two-tailed test).

хондрии, истерии, а также достоверно более низкий результат по шкале тревоги. Это соответствует данным Л.Н. Собчик и др. [12] о наличии у больных эпилепсией с конверсионными наслоениями признаков «конверсионной пятерки». Полученные результаты также согласуются с выводами A. del Barrio et al. (2016 г.), которые выявили высокие балльные оценки по шкалам истерии и ипохондрии у пациентов с психогенными неэпилептическими приступами [14].

Следовательно, можно предположить, что у больных с сочетанием эпилепсии и диссоциативных расстройств в структуре личности имеют место такие черты, как истероидность, ипохондричность, фиксированность на своей болезни, демонстративность.

При проведении сравнительного анализа клинических и психологических характеристик в обеих группах получена отрицательная обратная связь между частотой эпилептических приступов и результатами по шкалам истерии, тревоги, ипохондрии ММПИ. При увеличении частоты эпилептических приступов баллы по шкалам истерии, тревоги, ипохондрии снижаются. Полученные данные свидетельствуют о нивелировании клинической выраженности конверсионных наслоений, что согласуется с результатами исследования чешских нейропсихологов [15].

Таким образом, при анализе психологических особенностей личности у больных эпилепсией с коморбидными диссоциативными расстройствами определяются статистически более высокие уровни ипохондрии, истерии и статистически более низкие показатели тревоги и депрессии, чем у пациентов с эпилепсией без конверсионных наслоений.

Ограничения исследования / Limitations of the study

Ввиду имеющихся в настоящем исследовании ограничений в виде малого объема выборки основной и контрольной групп (менее 50 человек каждая), отсутствия третьей группы сравнения (больных с конверсионными расстройствами без эпилепсии) результаты могут отличаться от данных, которые были опубликованы ранее. Планируется дальнейшее исследование с расширением объема выборки, включением третьей группы сравнения (пациенты с конверсионными расстройствами без эпилепсии), а также с использованием более строгих критериев включения, невключения и исключения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Диссоциативные расстройства при эпилепсии являются актуальной проблемой, которая требует повышенной настороженности со стороны клиницистов и расширенных диагностических возможностей. Пациентам с коморбидными диссоциативными расстройствами и эпилепсией требуется проведение не только детальной клинической диагностики, но и экспериментального психологического обследования с использованием многоаспектных личностных опросников. Разработка единого алгоритма диагностики диссоциативных расстройств у больных эпилепсией с применением многоаспектных личностных опросников позволит избежать принятия неверного решения при назначении терапии и улучшит качество жизни пациентов.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 29.08.2025 В доработанном виде: 02.12.2025 Принята к печати: 16.02.2026 Опубликована: 30.03.2026	Received: 29.08.2025 Revision received: 02.12.2025 Accepted: 16.02.2026 Published: 30.03.2026
Вклад авторов	Authors' contribution
Все авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных. Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи	All authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data. All authors have read and approved the final version of the manuscript
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов	The authors declare no conflict of interests

Финансирование	Funding
Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XSOZ 2024 0014)	The study was carried out within the framework of the state assignment of the Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology for 2024–2026 (XSOZ 2024 0014)
Согласие пациентов	Patient consent
Получено	Obtained
Этические аспекты	Ethics declarations
Исследование соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации и одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (протокол № 9 от 21.12.2023 г.)	The study complies with the ethical standards of the Declaration of Helsinki and was approved by the local ethics committee of the Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Protocol No. 9 dated December 21, 2023)
Раскрытие данных	Data sharing
Первичные данные могут быть предоставлены по обоснованному запросу автору, отвечающему за корреспонденцию	Raw data could be provided upon reasonable request to the corresponding author
Комментарий издателя	Publisher's note
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ИРБИС (ООО «ИРБИС»). Издательство снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS LLC disclaims any responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content
Права и полномочия	Rights and permissions
© 2026 Авторы; ООО «ИРБИС» Статья в открытом доступе по лицензии CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)	© 2026 The Authors. Publishing services by IRBIS LLC This is an open access article under CC BY-NC-SA license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Kerr M.P., Mensah S., Besag F., et al. International League of Epilepsy (ILAE) Commission on the Neuropsychiatric Aspects of Epilepsy. International consensus clinical practice statements for the treatment of neuropsychiatric conditions associated with epilepsy. *Epilepsia*. 2011; 52 (11): 2133–8. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03276.x>.
- Ali S., Jabeen S., Pate R.J., et al. Conversion disorder – mind versus body: a review. *Innov Clin Neurosci*. 2015; 12 (5–6): 27–33.
- Mao L., Wang K., Zhang Q., et al. Stigma and its underlying contributors in epilepsy patients. *Front Public Health*. 2022; 10: 879895. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.879895>.
- Железнова Е.В., Калинин В.В., Ким Е.В. и др. Конверсионные расстройства при эпилепсии. *Российский психиатрический журнал*. 2018; 3: 45–52.
Zheleznova E.V., Kalinin V.V., Kim V.V., et al. Conversion disorders in epilepsy. *Russian Journal of Psychiatry*. 2018; 3: 45–52 (in Russ.).
- Kanemoto K., LaFrance WC Jr., Duncan R., et al. PNES around the world: where we are now and how we can close the diagnosis and treatment gaps – an ILAE PNES Task Force report. *Epilepsia Open*. 2017; 2 (3): 307–16. <https://doi.org/10.1002/epi4.12060>.
- Benbadis S.R. Errors in EEGs and the misdiagnosis of epilepsy: importance, causes, consequences, and proposed remedies. *Epilepsy Behav*. 2007; 11 (3): 257–62. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.05.013>.
- Peeling J.L., Muzio M.R. Functional neurologic disorder. In: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
- Pedrelli M. Minnesota Multiphasic Personality Inventory of Hathaway and McKinley. *Riv Sper Freniatr Med Leg Alien Ment*. 1954; 78 (1): 51–84 (in Italian).
- Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., et al. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1989.
- Drayton M. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). *Occup Med*. 2009; 59 (2): 135–6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn182>.
- Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психологии). М.: Медицина; 1976: 176 с.
Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Rozhanec R.V. The methodology of multilateral personality research (in clinical medicine and psychology). Moscow: Meditsina; 1976: 176 pp. (in Russ.).
- Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СММЛ (MMPI). Практическое руководство. М.: Речь; 2007: 224 с.
Sobchik L.N. The standardized multifactorial personality research method. A practical guide. Moscow; Rech; 2007: 224 pp. (in Russ.).
- Derry P.A., McLachlan R.S. The MMPI-2 as an adjunct to the diagnosis of pseudoseizures. *Seizure*. 1996; 5 (1): 35–40. [https://doi.org/10.1016/s1059-1311\(96\)80060-4](https://doi.org/10.1016/s1059-1311(96)80060-4).
- del Barrio A., Jiménez-Huete A., Toledano R., et al. Validity of the clinical and content scales of the Multiphasic Personality Inventory Minnesota 2 for the diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. *Neurologia*. 2016; 31 (2): 106–12. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.006>.
- Krámská L., Myers L., Hřešková L., et al. Diagnostic utility of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 in patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures in the Czech Republic. *Epilepsy Behav*. 2021; 115: 107698. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107698>.

Сведения об авторах / About the authors

Гусева Марина Валерьевна / Marina V. Guseva – ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5507-3883>. E-mail: dr_gusevamv@bk.ru.

Сивакова Наталия Александровна, к.м.н. / Natalia A. Sivakova, PhD – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9930-0892>.

WoS ResearcherID: S-9587-2018. Scopus Author ID: 57188641933.

Якунина Ольга Николаевна, к.п.н. / Olga N. Yakunina, PhD – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-4527>. eLibrary SPIN-code: 1192-4647.

Михайлов Владимир Алексеевич, д.м.н., / Vladimir A. Mikhailov, Dr. Sci. Med. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>. WoS ResearcherID B-3272-2017. eLibrary SPIN-code: 5563-1009.

Караваяева Татьяна Артуровна, д.м.н., проф. / Tatiana A. Karavaeva, Dr. Sci. Med., Prof. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>. WoS ResearcherID: P-9068-2016. Scopus Author ID: 14030183000. eLibrary SPIN-code: 4799-4121.