
АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

К ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

В.Т. Лекомцев

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Психические расстройств при эпилепсии являются одной из наиболее актуальных в современной психоневрологии. Так, G. Huber, H. Penin [17] отмечают, что примерно у 1,2 % больных эпилепсией не обнаруживают психических расстройств. Согласно статистической отчетности психиатрических и неврологических учреждений России среди всей популяции больных эпилепсией пациенты с разными формами психической патологии составляют 24,5-27,0 % [12]. Другие же исследователи психические расстройства у больных эпилепсией на основании эпидемиологических исследований диапазон психических расстройств еще расширяют от 3,8 до 60,0 % [3, 16]. Не вызывает сомнения тот факт, что произошел заметный патоморфоз эпилепсии [14]. За последние 15 лет отмечается удвоение числа больных эпилепсией, обнаруживающих различные проблемы поведения [8], совершенно иными стали их личностные особенности [1, 2]. Кроме того, своего рода патоморфоз коснулся и диагностических установок на эпилепсию. Согласно критериям Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10) [4] эпилепсия классифицируется по неврологическому разделу с выделением трех основных форм болезни – идиопатической, симптоматической и криптогенной. До настоящего времени единой классификации психических расстройств при эпилепсии нет. Трудности четкого выделения отдельных психопатологических расстройств в клинике эпилепсии связаны с нередким сочетанием двух или более психопатологических синдромов [7, 11, 18]. Однако, существующие в главе 5

(Психические расстройства и расстройства поведения F00-99) МКБ-10 рубрики предоставляют возможность для учета всего многообразия психических расстройств при эпилепсии. Адаптированный вариант МКБ-10 расширяет возможности диагностики эпилептических психических нарушений, но значение эпилепсии низводится до одного из многих этиологических факторов наравне с травмой, нейроинфекцией и других, причем подразумевается клиническое единообразие психических нарушений независимо от вызвавших их органических причин. В связи с этим специфика эпилептических психических расстройств не получает должного отражения.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений психических расстройств у больных эпилепсией. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ Удмуртской Республики.

Объектом исследования послужили 458 больных эпилепсией, находящиеся под диспансерным наблюдением. В качестве материала исследования были использованы амбулаторные карты и истории болезни пациентов, начиная с первого поступления их в стационар РКПБ.

Данные о характере психических расстройств свидетельствуют о том, что в обследованной группе пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) в клинической картине болезни представлено сочетание психоза и деменции – 41,3 %. Далее в порядке убывания следуют непсихотические психические расстройства – 21,4 %, психозы без деменции – 20,7 %, слабоумие без психоза – 9,4 % (табл. 1).

Как видно в таблице 1, данные только констатируют наличие психических нарушений, но не раскрывают особенностей клинической картины. Для изучения синдромальной структуры мы выделили группы больных с непсихотическими расстройствами и с проявлениями психоза.

К пограничным психическим расстройствам принято относить вторичные невротические образования, как следствие реакции больного на заболевание. В связи с этим получила широкое распространение трактовка большинства нарушений аффективного и тревожного спектра как отражающих преимущест-

венно особенности личностного реагирования и меньше зависимых от приступов и других проявлений болезни [1, 5, 8].

Таблица 1
Структура психических расстройств у больных эпилепсией

Основные клинические синдромы	абс.	%
Непсихотические расстройства	98	21,4
Психозы без деменции	95	20,7
Психозы в сочетании с деменцией	189	41,3
Деменция без психоза	76	9,4
ВСЕГО	458	100

Непсихотические психические расстройства были представлены четырьмя типами состояний: депрессивное расстройство – 37,6 %, обсессивно-фобические расстройства – 27,6 %, непароксизмальные дисфории – 23,5 %, эмоциональная лабильность – 11,2 %.

В синдромальной структуре расстройств психотического уровня у больных эпилепсией (табл. 2) аффективно-бредовый синдром наиболее часто встречается среди больных эпилепсией с психозами – 40,5 %. У большинства больных в структуре синдрома представлен в значительной мере такой компонент, как субдепрессия.

Таблица 2
Структура эпилептических психозов

Основной синдромы	абс.	%
Аффективно-бредовый	115	40,5
Депрессивный	70	24,6
Бредовый	35	12,3
Кататоноподобный	19	6,8
Сумеречное помрачение сознания	15	5,3
Маниакальный	12	4,2
Онирическое помрачение сознания	12	4,2
Делириозное помрачение сознания	6	2,1
ВСЕГО	284	100

На втором месте по встречаемости – депрессивный синдром (24,6 %). Наблюдавшиеся нами депрессии были различны по клинической картине, степени выраженности аффекта, полиморфности симптоматики, а также по продолжительности. Встречались следующие депрессивные синдромы: тоскливые депрессии, адинамические депрессии, ипохондрические депрессии, тревожные депрессии, депрессивно-дисфорические, депрессии с деперсонализационными нарушениями. Продолжительность таких депрессий колебалась от нескольких недель до нескольких месяцев, иногда до года.

Бредовый синдром (12,3 %) по своей структуре был неоднороден и включал в себя паранойяльные, параноидные и парافрэнные расстройства.

Кататоноподобные расстройства (10,9 %) проявлялись двухфазным течением. Кататоноподобное возбуждение сменялось субступором или наоборот. Психомоторное возбуждение проявлялось в стремлении бежать, обнажаться, непрерывной речи с бессвязностью, в неузнавании близких. Вслед за этим эпизодом больные становились пассивно подчиняемыми, принимали однообразные позы, отказывались от еды. Явления ступора перемежались у них продолжительными периодами возбуждения, гневливости, раздражительности. На период острых проявлений психоза для больных характерна полная амнезия. Клиническая картина кататонического синдрома, протекавшего без помрачения, зависела от характера аффективных нарушений. Снижение подвижности, несобранность, рассеянность сочетались с субдепрессивными расстройствами. Анализ вышеперечисленных синдромов при эпилепсии дает основание говорить не о кататонических синдромах, а кататоноподобных расстройствах при эпилепсии.

Эпилептический психоз с помрачением сознания по типу онейроида мы предлагаем описывать как острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания. Этапность онейроидного помрачения сознания, классически описанные при шизофрении С.Г. Стояновым [12]; Т.Ф. Пападопулосом [10] не может описываться при эпилепсии, так как ни в одном случае онирического помрачения сознания этапности развертывания синдрома мы не наблюдали. Этот синдром характеризуется сон-

ливостью, яркими сновидениями, вялостью. При галлюцинаторных переживаниях часто наблюдается любопытство, реже тревога. Содержание сновидных переживаний составляют галлюцинаторные встречи, разговоры с родственниками, бытовые и профессиональные сцены. Моторика становится стереотипной. При проведении осмотра больные оказывают сопротивление, с трудом осмысливают обстановку, дезориентированы во времени и в месте, растеряны. При онирическом (сновидном) помрачении сознания с преобладанием в клинической картине сновидных переживаний обыденной, фантастической симптоматики не наблюдается, когда больные становятся пассивными участниками событий. В структуру сновидных состояний входят также зрительные галлюцинации. При этом больные ощущают себя зрителями или жертвами насилия. Испытывают тревогу, страх или ужас. Возбуждение сопровождается растерянностью и суетливостью. В ряде случаев возможно развитие состояний, только внешне напоминающих онейроид – онейроидоподобные состояния с произвольным фантазированием, заторможенностью и отрешенностью от окружающего. Больные при этом, как правило, ориентируются в месте, времени и собственной личности. Это состояние можно прервать внешним воздействием. В тяжелых случаях, особенно у детей, возникают эпилептические приступы. Структурные элементы синдрома выражены больше в ночное время. Длительность синдрома зависит от соматического состояния. При выходе из онирического помрачения сознания наблюдается частичная астения. При онирическом помрачении сознания наблюдаются семейно-бытовые сцены. Элементы ониризма – бреда сновидения яркие, сценические, с богатой фабулой. Повышенная галлюцинаторная готовность, реализующаяся в коротких галлюцинаторных эпизодах, описана С.С. Мнухиным [9] при эпилепсии. Отграничение состояний онирических состояний от онейроидных имеет важное значение, так как речь идет о разных нозологических формах заболевания и разных терапевтических методах. Требуется четкая дефиниция этих синдромов и использование их в клинической психиатрии. Возбуждение при онирическом помрачении сознания возникает, как правило, при нарастающей тревоге и галлюцинаторных пережи-

ваниях. В структуре экзогенно-органических заболеваний в современных условиях это приходится видеть нечасто.

В обследованной нами популяции больных эпилепсией сумеречное расстройство сознания наблюдалось у 4,9 %. Сумеречные состояния характеризовались нарушением сознания с последующей амнезией, резко выраженными аффективными расстройствами, страхом, возбуждением, вплоть до агрессии и аутоагрессии, галлюцинаторными переживаниями, бредовой интерпретацией окружающего, иногда с переходом в резидуальный бред.

По данным ведущих эпилептологов [2, 3, 8, 18], маниакальные состояния при эпилепсии встречаются редко. Наше исследование показало, что только у 4,2 % больных ведущее место в клинике занимал маниакальный синдром. Пациенты были деятельными, разговорчивыми, делились своими планами, подолгу не могли уснуть, испытывали эмоциональный подъем, состояние полного благополучия и полностью утрачивали критику к своему болезненному состоянию. В связи с этим причиной поступления в отделение в большинстве случаев было прекращение лечения и учащение припадков. У части больных повышенная активность сочеталась с раздражительностью, нетерпимостью к окружающим, агрессией.

Наиболее остро протекали делириозные состояния. Помрачение сознания с дезориентировкой в месте и времени сопровождалось у больных беспокойством, сценopodobными устрашающими галлюцинациями, острым чувственным бредом. Воспоминания о пережитом были фрагментарны, а спустя несколько часов после окончания психоза наступала полная амнезия. Аналогичные проявления делириозного помрачения сознания у больных эпилепсией описываются в [1, 3]. У обследованных нами больных делириозное помрачение сознания наблюдалось в 2,1 % случаев.

Изучение диагностического распределения психических расстройств больных эпилепсией проводилось в соответствии с действующей Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (табл. 3). Как видно из таблицы 3, у обследованной нами популяции больных эпилепсией с психическими расстройствами наиболее часто психопатологи-

ческие состояния определялись как другие психотические расстройства (F 06.812) – 18,1 %, деменция (F 02.2) – 16,6 %, психотическое депрессивное расстройство (F 06.322) – 14,2 %, психотическое смешанное расстройство (F 06.332) – 11,4 %, бредовое расстройство (F 06.22) – 10,5 %.

Таблица 3
Распределение психических расстройств у больных эпилепсией

Психические расстройства	абс.	%
Другие психотические расстройства (F 06.812)	83	18,1
Деменция (F 02.842)	76	16,6
Психотическое депрессивное расстройство (F 06.322)	65	14,2
Психотическое смешанное расстройство (F 06.332)	52	11,4
Бредовое расстройство (F 06.22)	48	10,5
Депрессивное непсихотическое расстройство (F 06.362)	37	8,1
Органическое тревожное расстройство (F 06.42)	27	5,9
Органическое эмоционально-лабильное расстройство (F 06.62)	20	4,4
Кататоноподобные состояния (F 06.12)	19	4,1
Расстройство личности (F 07.02)	14	3,1
Гипоманиакальное расстройство (F 06.342)	10	2,2
Делирий (F 05.92)	4	0,9
Маниакальные расстройства (F 06.302)	3	0,7
ВСЕГО	458	100

К диагностической категории "Другие психотические расстройства" (F 06.812) относятся транзиторные, приступообразные, хронические психозы с преобладанием аффективных, бредовых или кататонических расстройств в виде депрессий, маний, ипохондрических состояний, состояний тревоги с идеями отношения, отравления, преследования, галлюцинаторно-бредовых состояний, кататоноподобных расстройств, онирическим синдромом или сумеречным расстройствами сознания, делирия.

Критериями "Психотического депрессивного расстройства" (F 06.322) являются пониженное настроение, гиподинамия, дисфорические расстройства, суицидальные мысли, бредовые идеи

отношения. Течение депрессивного расстройства транзиторное или приступообразное.

При преобладании в клинической картине депрессивно-бредовых приступов мы относили такие расстройства к диагностической категории "Психотическое смешанное расстройство" (F 06.332).

Диагноз "Бредовое расстройство" (F 06.22) устанавливался при наличии в клинической картине транзиторных психозов с ипохондрическими идеями, тревогой, идеями отношения, отравления, преследования, галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными переживаниями или приступообразных параноидных психозов.

Непсихотические психические расстройства при эпилепсии представлены в диагностических категориях: депрессивное непсихотическое расстройство (F 06.362) – 8,1 %, органическое тревожное расстройство (F 06.42) – 5,9 %, органическое эмоционально-лабильное расстройство (F 06.62) – 4,4 %.

Наиболее редко для определения клинического состояния используются, следующие далее в порядке убывания, диагностические категории: "Кататоноподобное состояние" (F 06.12) – 4,1 %, "Расстройство личности" (F 07.02) – 3,1 %, "Гипоманиакальное расстройство" (F 06.342) – 2,2 %, "Делирий" (F 05.92) – 0,9 %, "Маниакальное расстройство" (F 06.302) – 0,7 %.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в структуре психических расстройств при эпилепсии преобладают депрессивный и аффективно-бредовый синдромы, которые разворачиваются на фоне мнестико-интеллектуального снижения. Выделенный острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания имеет важное теоретическое и практическое значение. Данные анализа показывают, что наблюдающиеся у взрослых больных эпилепсией продуктивные и негативные расстройства, квалифицированные как эпилептические психозы и деменция, имеют первостепенное значение для решения вопросов трудовой адаптации больных, поскольку их качество отражает темп прогрессивности эпилептического процесса, определяющий степень сохранности личностного потенциала у больных и их реабилитационные возможности.

Литература

1. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией. М: Медицина, 2000. 370 с.
2. *Болдырев А.И.* Психические изменения в развернутой стадии эпилепсии // Росс. психиатр. журн. 2001. № 1. С. 10-13.
3. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии. М., 1999. 416 с.
4. *Классификация* болезней в психиатрии наркологии: пособие для врачей / под общ. ред. М.М. Милевского. М.: Триада-Х, 2003. 184 с.
5. *Лекомцев В.Т.* Профилактика вторичных невротических и других психических расстройств при травматической эпилепсии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, вып. 6. С. 33-34.
6. *Максимова А.Л.* Лечение эпилепсии и качество жизни больных: применение Депакина и Депакин-хроно // Психиатр. и психофармакотерапия. Прил. 3. 2000. Т. 2, № 3. С. 12-15.
7. *Максимова А.Л.* Психопатология при эпилепсии // Современная психиатр. им. П.Б. Ганнушкина. Эпилепсия. Спец. вып. 1998. С. 4-9.
8. *Максимова Э.Л., Железнова Е.В.* Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // Росс. мед. журн. 2001. Т. 9, № 25. С. 1207-1209.
9. *Мнухин С.С.* О сочетании шизофрормных и эпилептических проявлений у детей // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1963. Т. 63, № 7. С. 1047-1051.
10. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы. М., 1975. 192 с.
11. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Клиническая психиатрия. СПб., 1996. 421 с.
12. *Стоянов С.Г.* Онейроидный синдром в течении периодической шизофрении. София: Медицина и физкультура, 1968. 243 с.
13. *Тойтман Л.Л., Тойтман О.Л.* Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в Еврейской автономной области // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2000. № 10. С. 45-47.
14. *Хохлов Л.К., Горохов В.И.* О прогнозе эпилепсии // Сб. тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. Т. 94: Современные методы диагностики и лечения эпилепсии: материалы Росс. науч.-практ. конф. в г. Смоленске 27-28 ноября 1997 г. Смоленск, 1997. С. 23.
15. *Barczak P., Edmunds E., Betts T.* Hypomania following complex partial seizures. A report of three cases // Brit. J. Psychiatry. 1988. Jan. Vol. 152. P. 137-139.

16. *Boylan L.S.* Peri-ictal behavioural and cognitive changes // *Epilepsy Behav.* 2002. Vol. 3, N 1. P. 16-26.
17. *Huber G., Penin H.* Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeit des Epileptikers // *K.P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band II (Teil 2).* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1972. P. 641-690.
18. *Marsh L., Rao V.* Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review // *Epilepsy Res.* 2002. Mar. Vol. 49 (1). P. 11-33.