

В.Т. Лекомцев

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВКафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии (зав. кафедрой – доц. Ю.В. Ковалев)
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ*В статье представлен феноменологический анализ расстройств психотического уровня у 458 больных эпилепсией: в виде аффективно-бредового; депрессивного; бредового синдромов. Выделен острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания. Даются характеристика и судебно-психиатрическая оценка.***Ключевые слова:** эпилепсия, психические расстройства, клиническая характеристика.

STRUCTURAL AND DYNAMIC ANALYSIS OF EPILEPTIC PSYCHOSES

V.T. Lekomtsev

*The paper presents the structure of the syndrome psychotic disorders at the level of 458 epilepsy patients presented: as affective - delusional syndrome, depression (melancholy depression, adynamic depression, hypochondriacal depression, anxiety depression, depressive-dysphoric, depression, depersonalization with disabilities) in the form of delusional syndrome paranoid, paranoid and paraphrenia. Clinical characteristics of the syndrome are given.***Key words:** epilepsy, psychotic disorders, clinical characteristics.

Психические расстройства при эпилепсии являются одной из наиболее актуальных проблем в современной психоневрологии [17]. Согласно статистической отчетности психиатрических и неврологических учреждений России, среди всей популяции больных эпилепсией, пациенты с разными формами психической патологии составляют 24,5% – 60,0% [3, 12, 14]. 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, патоморфоз коснулся и диагностических установок эпилепсии. До настоящего времени не разработано единообразной классификации психических расстройств при эпилепсии. Трудности четкого выделения отдельных психопатологических расстройств в клинике эпилепсии связаны с нередким сочетанием двух или более психопатологических синдромов [7, 11, 18]. Однако, существующие в 5 главе (Психические расстройства и расстройства поведения F00-99) МКБ-10 рубрики предоставляют возможность учета всего многообразия психических расстройств при эпилепсии.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявления психических расстройств у больных эпилепсией для целей судебно-психиатрической экспертизы. 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 их первого поступления в стационар РКПБ.

Характер психических расстройств свидетельствовал о том, что достоверно чаще ($P \geq 95$) в клинической картине болезни преобладали сочетания психоза и деменции – 41,3%. В меньшей степени были непсихотические психические расстройства (21,4%), психозы без деменции (20,7%), слабоумие без психоза – 9,4%. Для изучения синдромальной структуры нами выделены группы больных с непсихотическими расстройствами и с проявлениями психоза [1, 5, 8].

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%).

Синдромальная структура расстройств психотического уровня у больных эпилепсией представлена в таблице

2. Аффективно-бредовый синдром наиболее часто встречается среди больных эпилепсией с психозами – 40,5%. У большинства больных, в значительной мере, в структуре синдрома представлен такой компонент как субдепрессия. 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. Ведущими были 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 параноидальные, параноидные и парафренические расстройства.

Кататоноподобные расстройства (10,9%) проявлялись двухфазным течением. Кататоноподобные возбуждение сменялось субступором или наоборот. Психомоторное возбуждение проявлялось в стремлении бежать, обнажаться, непрерывной речи с бессвязностью, не узнаванием 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 Стояновым С.Г [12]; Пападопулосом Т.Ф. [10] не может описываться при эпилепсии, так как ни в одном случае онирического помрачения сознания этапности развертывания синдрома мы не наблюдали. Этот синдром характеризуется сонливостью, яркими сновидениями, вялостью. При галлюцинаторных переживаниях часто наблюдается любопытство, реже тревога. Содержание сновидных переживаний составляют галлюцинаторные встречи,

Таблица 1

Структура эпилептических психозов

Основной синдром	Всего	
	Абс.	%
Аффективно-бредовый синдром	115	40,5
Депрессивный синдром	70	24,6
Бредовый синдром	35	12,3
Кататоноподобный синдром	19	6,8
Онирическое помрачение сознания	12	4,2
Сумеречное помрачение сознания	15	5,3
Маниакальный синдром	12	4,2
Делириозное помрачение сознания	6	2,1
Всего	284	100,0

разговоры с родственниками, бытовые и профессиональные сцены. Моторика становится стереотипной. При проведении осмотра оказывают сопротивление, с трудом осмысливают обстановку, дезориентированы во времени и в месте, растеряны. При онирическом (сновидном) помрачении сознания с преобладанием с клинической картиной сновидных переживаний с обыденной, фантастической симптоматики не наблюдается, когда больные становятся пассивными участниками событий. В структуру сновидных состояний входят также зрительные галлюцинации. При этом больные себя 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 непровольным 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 сновидений яркие сценические, с богатой фабулой. Повышенная галлюцинаторная готовность, реализующееся в коротких галлюцинаторных эпизодах описаны С.С. Мнухиным [9] при эпилепсии. Отграничение состояний онирических состояний от онейроидных имеет большое значение, так как речь идет о разных нозологических формах заболевания и разных терапевтических методах. Требуется четкая дефиниция определения этих синдромов и использование их в клинической психиатрии. Возбуждение при онирическом помрачении сознания возникает, как правило, при нарастающей тревоге и галлюцинаторных переживаниях. 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

Таблица 2

Наиболее редко для определения клинического состояния используются, следующие диагностические категории

Психические расстройства	Всего	
	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	100,0

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 в наших наблюдениях протекали делириозные состояния. Помрачение сознания с дезориентировкой в месте и времени сопровождалось у больных беспокойством, сценноподобными 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 описывает [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 (таблица 2). У исследованной нами популяции больных эпилепсией с психическими расстройствами наиболее часто психопатологические 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%.

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, галлюцинатор-

ными 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%.

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%.

Проведенное исследование показало, что в структуре психических расстройств при эпилепсии преобладают де-

прессивный и аффективно-бредовый синдромы, которые разворачиваются на фоне мнестико-интеллектуального снижения. Выделенный острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания важен для оценки судебно-психиатрической экспертизы, тактики лечения и в оценке медицинской экспертизы. Данные проведенного анализа показывают, что наблюдающиеся у взрослых больных эпилепсией продуктивные и негативные расстройства, квалифицированные как эпилептические психозы и деменция, имеют первостепенное значение для решения вопросов медикосоциальной экспертизы, 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 // *Российский психиатрический журнал*, 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 общей редакцией М.М. Милевского.* – М.: Издательство «Триада-Х», 2003 – 184с.
5. **Лекомцев В.Т.** Профилактика вторичных невротических и других психических расстройств при травматической эпилепсии // *Журнал 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 Депакина-хроно // *Психиатрия и психофармакотерапия. (Приложение)*, 2000. – №3. – Т. 2. – С. 17-19.
7. **Максимова А.Л.** Психопатология при эпилепсии // *Современная психиатрия имени П. Б. Ганнушкина. Эпилепсия. Специальный выпуск*, 1998. -С. 4-9.
8. **Максимова Э.Л., Железнова Е.В.** Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // *РМЖ*, 2001. – Т. 9. – № 25. – С. 15-17.
9. **Мнухин С.С.** О сочетании шизофрормных и эпилептических проявлений у детей // *Журнал невролог. и психиатр. им С.С. Корсакова*, 1963. – № 7. – Т.63. – С. 1047-1051.
10. **Пападопулос Т.Ф.** Острые эндогенные психозы. – М., 1975. – 192 с.
11. **Попов Ю.В., Вид В.Д.** Клиническая психиатрия – Санкт-Петербург, 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 // *Журнал неврологии и психиатрии 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. Том 94. Современные методы диагностики и лечения эпилепсии. Материалы Российской научно-практической конференции 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 // *Br. J. Psychiatry*, 1988. Jan; 152:137-9.
16. **Boylan L.S.** Periictal behavioural and cognitive changes // *Epilepsy Behav*, 2002. – Vol. 3. – № 1. – P. 16-26.
17. **Huber G., Penin H.** Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeits in der Epileptiker. In Kisker, K.P., J.-E. Meyer, M. Mller, Strmgern (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart, Band II / Teil 2. 2 Aufl.* Spinger, Berlin – Heidelberg-New- York (1972) 641-690.
18. **Marsh L., Rao V.** Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review // *Epilepsy Res.*, 2002, Mar; 49(1):11-33.