

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «**Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

РЕФЕРАТ

на тему: Эпилептические психозы

Выполнил: ординатор 1 года обучения

специальности Психиатрия

Карпов Виктор Борисович

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск 2020

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Введение	3
2. Острые психозы	4
3. Хронические психозы	7
4. Кататонические психозы	12
5. Заключение	14
6. Список литературы	15

Введение.

Среди клинических проявлений эпилептической болезни значительное место занимают острые и хронические эпилептические психозы. Если острые психозы транзиторны, то хронические психозы, возникающие обычно на отдаленных этапах заболевания, могут длиться от нескольких месяцев до года и более. Психозы наступают у 2—5 % больных эпилепсией. Решающим фактором в их возникновении считается продолжительность заболевания. Часть случаев эпилептических психозов коррелирует с наличием эпилептического очага в правой височной области. Диагностика эпилептических психозов нередко затруднительна, поскольку убедительных дифференциально-диагностических критериев для разграничения их с психозами аналогичной структуры в рамках других нозологических форм еще нет.

Острые психозы

Наряду с состояниями спутанности, психиатры описывали острые психозы с кататонией, бредом, галлюцинозом, религиозно-экстатическими состояниями, маниакальными и депрессивными синдромами, подчеркивая при этом большую вариабельность психопатологических структур эпилептических психозов.

Острые эпилептические психозы подразделяются на психозы с помрачением сознания (сумеречные и онейроидные состояния) и без помрачения сознания (острые параноиды и аффективные психозы). Каждый из перечисленных психозов может занимать различное место в клинической картине эпилепсии: они возникают вне связи с судорожным припадком, непосредственно предшествуют ему или следуют за ним.

Группа острых эпилептических психозов с помрачением сознания включает сумеречные помрачения сознания и онейроид. Сумеречные состояния сознания, не связанные с развитием судорожного припадка, по психопатологической структуре идентичны вышеописанным пароксизмальным сумеречным состояниям, но более продолжительны (до нескольких суток). Предприпадочные сумеречные состояния, сочетающиеся с безотчетным страхом и вегетативными нарушениями, по существу представляют собой психическую ауру вторично генерализованного припадка височной эпилепсии. Послеприпадочные сумеречные состояния, наблюдаемые относительно чаще, бывают более продолжительными и сложными по структуре. Как правило, они наступают после серии больших судорожных припадков. В послеприпадочном состоянии чаще наблюдаются галлюцинаторные и бредовые расстройства (идеи преследования, ограбления и др.), они нередко сопровождаются хаотическим двигательным возбуждением, большой эмоциональной напряженностью и агрессией. Иногда после них остается резидуальный бред.

Острые эпилептические психозы с картиной онейроида наблюдаются сравнительно редко. Как и при онейроидных состояниях иного генеза, значительное место в структуре психоза занимают иллюзорные расстройства фантастического содержания, а также зрительные и слуховые галлюцинации.

Окружающее воспринимается больными как ад или рай, сцена всенародного праздника или мировая катастрофа. Себя больные обычно считают богами, апостолами, могущественными людьми, персонажами легенд, сказаний. В этом качестве они участвуют в празднествах, мировых катаклизмах, общаются с Богом, выдающимися личностями настоящего и прошлого. Аффективные расстройства проявляются экстазом, восторгом или страхом, гневом, ужасом, злобностью. Моторные нарушения при эпилептическом онейроиде выражаются как заторможенностью, так и резчайшим возбуждением эпилептиформного типа или напоминающим кататоническое. В отличие от сумеречного расстройства сознания больные вспоминают содержание своих грез, но полностью амнезируют окружающую обстановку. В отличие от онейроида при шизофрении эпилептический онейроид имеет обычно религиозное содержание, кататонические расстройства могут полностью отсутствовать или быть рудиментарными, онейроид возникает внезапно. При шизофрении он разворачивается постепенно, проходя ряд стадий (аффективная, бред интерметаморфоза, острый фантастический бред).

В группу острых эпилептических психозов без помрачения сознания входят острые параноиды и аффективные психозы.

Острые параноиды проявляются обычно чувственным бредом, достаточно изменчивым по содержанию. Больные видят в окружающих своих преследователей, считают, что их хотят отравить, уничтожить самыми жестокими методами. Движения и действия окружающих больные расценивают как угрожающие, в речи посторонних людей они слышат брань, намеки, насмешки. Наряду с иллюзорным восприятием окружающего

нередки истинные слуховые и зрительные галлюцинации. Последние окрашены в ярко-синие и красные тона, подвижны, имеют устрашающий характер. Больные резко возбуждены, тревожны, спасаются бегством от мнимых преследователей или, напротив, агрессивны, злобны, склонны к разрушительным действиям. Иногда их поведение бывает изменчивым: тревожно-боязливое возбуждение сменяется злобно-агрессивным и наоборот.

Острые аффективные психозы у больных эпилепсией представлены депрессивными и маниакальными состояниями разнообразной психопатологической структуры. Возможны депрессии с дисфорическим оттенком, депрессивные состояния с витальной тоской, идеями самообвинения, заторможенностью. Сравнительно нередко и депрессии с тревогой, ажитацией, развитием бредовых идей ипохондрического содержания и сенестопатиями. Маниакальные состояния сопровождаются аффектом различной окраски и интенсивности: наряду с маниакально-экстатическими психозами наблюдаются мании со стремлением к деятельности и веселые бездеятельные мании.

Хронические психозы

Современная оценка места и значения хронических эпилептических психозов противоречива и тесно связана с исторически сложившимися позициями различных исследователей в отношении этой группы психотических состояний. В одном из первых описаний хронических эпилептических психозов, в систематике психических нарушений при эпилепсии, была выделена группа протрагированного эпилептического помешательства и привлекло внимание то, что в одних случаях эти психозы являются первичными, а в других возникают после различных психических эквивалентов, как правило, с помрачением сознания; таким образом, их можно отнести к категории резидуально-бредовых состояний.

Термин «хронические эпилептические психозы» в первую очередь применяют к психозам с бредовой и галлюцинаторной симптоматикой.

В литературе последних десятилетий хронические эпилептические психозы обсуждаются как психозы «шизофреноподобные». Если одни исследователи предлагают определенные психопатологические критерии для отличия хронических психозов при эпилепсии от шизофрении, то другие считают, что дифференциально-диагностическое значение таких критериев крайне относительно, и в диагностике основываются на изменениях личности. Анализируя психопатологическую картину шизофреноподобных психозов у больных эпилепсией, подчеркивается преобладание в ней бреда восприятия, возникающего по типу «озарения», идей воздействия и слуховых галлюцинаций над кататоническими, гебефреническими и деперсонализационными расстройствами, а также отсутствие нарушений мышления, характерных для шизофрении.

В большинстве современных работ, посвященных этой проблеме, отмечено, что хронические психозы при эпилепсии обычно возникают спустя 13—

14 лет после манифестации заболевания, их развитие сопровождается урежением или прекращением припадков и нормализацией ЭЭГ. В этих же работах высказывается предположение, что параноидный характер хронических эпилептических психозов связан с возрастом больных к моменту их возникновения, поскольку «параноидный тип реагирования» свойствен лицам, достигшим 40 лет и более.

Существует также мнение о том, что хронические психозы у больных эпилепсией могут быть проявлением присоединившегося шизофренического процесса. Урежение или прекращение пароксизмов в некоторых случаях, а также нормализация ЭЭГ объясняются «антагонизмом» между эпилепсией и шизофренией.

Хронические эпилептические психозы проявляются паранойяльными, галлюцинаторно-параноидными и парафреническими состояниями, а также кататоническими расстройствами.

Паранойяльные психозы сопровождаются бредом обыденного содержания с различной фабулой (бред отношения, отравления, ущерба и др.), связанным с конкретными лицами (сослуживцами, соседями), но почти никогда не затрагивающим близких родственников больного. Нередко наблюдается систематизированный ипохондрический бред: больные утверждают, что они страдают тем или иным заболеванием, связывают с ним развитие припадков, требуют всестороннего обследования, скрупулезно выполняют назначенные процедуры, педантичны в отношении приема лекарств. Возможно развитие паранойяльных состояний религиозного содержания: в этих случаях больные утверждают, что они являются наместниками Бога на земле, их миссия — проповедовать религиозное учение, предсказывать «конец света», «страшный суд» и т. д.

В отличие от паранойяльных состояний при шизофрении больные чаще всего бывают чрезвычайно откровенны, открыто и обстоятельно излагают свои подозрения, употребляют много уменьшительных суффиксов, нередко иронически-ласкательно называют своих врагов и недоброжелателей, много говорят о своих положительных качествах и достоинствах своих единомышленников, которые нередко оказываются их родственниками или близкими.

Паранойяльные состояния при эпилепсии сопровождаются повышенным или сниженным настроением; наблюдаемый в большинстве случаев тревожно-злобный или экстатически-восторженный оттенок аффекта имеет несомненное диагностическое значение.

Галлюцинаторно-параноидные состояния определяются тесной связью бредовых расстройств с содержанием вербальных галлюцинаций, занимающих обычно центральное место в структуре синдрома, а также быстрым переходом галлюцинаторно-параноидного состояния в парафренное. Как правило, вербальные галлюцинации имеют антагонистическую окраску: одни голоса говорят о больном как об убийце, садисте, кровопийце, другие — как о чистой и непорочной личности, сравнивают с «невинным младенцем». Нередко возникает императивный галлюциноз: в одних случаях голоса заставляют больного совершать индифферентные поступки, в других требуют от него противоправных действий, например заставляют обнажать половые органы в присутствии детей, наносить повреждения «врагам» или себе. Некоторые больные слышат голос Бога, который угрожает или одобряет их поступки, требует наказать нечестивцев, благословить приверженцев церкви и религии. Хотя религиозная тематика бреда, равно как и набожность, у больных эпилепсией перестала быть типичным явлением, все же бредовые и галлюцинаторные расстройства с религиозным содержанием встречаются довольно часто.

При хронических эпилептических психозах также возможны вербальные псевдогаллюцинации. Наиболее часто они наблюдаются при персекуторных формах бреда.

Психоз, как правило, дебютирует галлюцинозом, затем быстро формируется моно- или политематический бред. Содержание бреда, как уже говорилось, связано с фабулой галлюцинаторных расстройств. Бредовые идеи отличаются конкретностью и изменчивостью. Бред преследования и ущерба нередко сменяется идеями греховности и самоуничтожения или ипохондрическим бредом.

При хронических эпилептических психозах нередко развиваются явления психического автоматизма. В этих случаях обычно присутствуют все виды автоматизмов — идеаторные, сенестопатические и кинестетические. Имеется определенная связь между характером автоматизмов и содержанием бреда: идеаторные и кинестетические автоматизмы чаще наблюдаются при религиозном содержании бреда, сенестопатические — при преобладании в структуре психоза идей преследования и ипохондрического бреда.

Аффективные расстройства, чаще всего в виде пониженного настроения с аффективной напряженностью, у одних больных наблюдаются на протяжении всего периода психоза, что служит одним из диагностических признаков эпилептических психозов. В других случаях аффективные расстройства на начальном этапе психоза бывают достаточно стойкими, но в дальнейшем появляются лишь эпизодически и, наконец, почти полностью исчезают. В отличие от больных с паранойяльными эпилептическими психозами в поведении этих больных в большинстве случаев отмечаются неполная доступность и необщительность, возможны длительные периоды речевого возбуждения с бессвязностью речи. Вместе с этим речь больных сохраняет все особенности речи при эпилепсии.

Как известно, галлюцинаторно-параноидные состояния при эпилепсии вызывают большие дифференциально-диагностические трудности. Помимо таких критериев, как выраженные изменения личности и четкие пароксизмальные состояния, следует указать на некоторые особенности бредовых расстройств, имеющие диагностическое значение. В частности, эпилептические бредовые расстройства тесно связаны с биографией больного и окружающей действительностью. Некоторые ученые обращали внимание на сравнительно небольшую «озабоченность» больных эпилепсией бредовыми переживаниями, на их способность «дистанцировать» себя от бредовых идей (своеобразную «двойную бухгалтерию»). Они же подчеркивали, что больной эпилепсией с шизофреноподобным психозом остается в реальном мире, как бы он ни суживался вокруг его Я.

Парафренные состояния обычно имеют вид галлюцинаторной парафрении с рядом особенностей. Это постепенное изменение галлюцинаций или (реже) псевдогаллюцинаций, появление мегаломанических бредовых идей, как правило, религиозного содержания, а также развитие речевых расстройств, напоминающих шизофазию. Описываемым парафрениям свойственно экстатически-восторженное или благодушное настроение. В речи парафренных больных, равно как и больных с явными признаками своеобразной эпилептической шизофазии, проявляется симптом повествовательного монолога, сочетающего высказывания о событиях реальной жизни и бредовые суждения фантастического, религиозного или обыденного содержания. Следует отметить большую образность представлений и мышления, а также персеверативность речи.

Кататонические психозы

В клинической картине этих психозов преобладают такие кататонические расстройства, как субступор с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или с импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолалией, ответами «мимо». В последующем развивается регресс поведения.

Большинство исследователей указывают на чрезвычайные трудности разграничения подобных состояний эпилептической природы и аналогичных психозов при шизофрении.

Некоторые наблюдения позволили установить определенные закономерности течения эпилептической болезни с развитием так называемых шизофреноподобных хронических психозов. Задолго до развернутых галлюцинаторно-параноидных и кататонических состояний вначале в картине сумеречных расстройств, а затем и в кратковременных психотических эпизодах без помрачения сознания развиваются аналогичные психопатологические расстройства, но в рудиментарном, неразвернутом виде. Они становятся как бы «прообразом» хронического психоза. Здесь нельзя не усмотреть известную аналогию с так называемыми транзиторными шубами при шизофрении, проявления которых в значительной степени коррелируют со структурой первого развернутого «манифестного» приступа болезни.

Большинство исследователей хронических эпилептических психозов обращают внимание на то, что они возникают, как уже указывалось, спустя 13—14, причем наибольшая выраженность заболевания приходится в этих случаях, как правило, на юношеский возраст. Клинические проявления

эпилепсии при этом крайне полиморфны: наряду с большими и малыми припадками у больных отмечаются изменения настроения и сумеречные состояния различной психопатологической структуры. Существует мнение, что развитию хронического бреда при эпилепсии способствует наступающее слабоумие, которое исключает критическую оценку преходящих психотических эпизодов и резидуально-бредовых расстройств.

Устанавливается определенную корреляцию между развитием хронического психоза и типом эпилепсии. Психозы с затяжным течением возникают у лиц, страдающих типичной височной эпилепсией или височной эпилепсией с определенными изменениями ЭЭГ в противоположном полушарии мозга («билатерально-синхронный островолновой комплекс»). Для «первично генерализованной эпилепсии», напротив, типичны состояния со спутанностью, а хронические психозы нехарактерны.

Заключение.

Анализ имеющихся данных об эпилептических психозах позволяет обосновать правомочность данного диагноза, упростить выявление первичного фактора. Одними из главных задач являются установление природы состояния, подбор адекватной терапии, что способствует появлению положительной динамики и максимально повышает дальнейший уровень жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- [1] Лекомцев В. Т. К феноменологии эпилептических психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2018. №9.
- [2] М. Ш. Джамантаева, Н. Н. Логачева Эпилептические шизофреноподобные психозы, систематика, клиника, дифференциальная диагностика // Вестник КазНМУ. 2015. №4.
- [3] Усюкина М. В., Шахбази Т. А., Корнилова С. В., Лаврущик М. В. Дифференциально-диагностические аспекты психических расстройств при эпилепсии в психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. 2016. №2.
- [4] Киссин М. Я., Незнанов Н. Г. Эпидемиология психических расстройств у больных эпилепсией // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. №4.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Карпова В.Б.

Тема реферата Эпипитимические пиктограммы

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	5/3
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	отлично

Дата "___" _____ 20__ год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Карпов В.Б.