

Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М. А.

РЕФЕРАТ

На тему: «Психические расстройства при эпилепсии»

Выполнила: Ординатор второго года обучения
специальности «Психиатрия»

Казьмина Н.В.

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

Красноярск, 2020.

Содержание:

I. Введение.....	3
II. Психические расстройства при эпилепсии.....	4
1. Классификация.....	4
2. Преиктальные психические расстройства.....	4
3. Иктальные психические расстройства.....	4
4. Постиктальные психические расстройства.....	8
5. Интериктальные психические расстройства.....	8
III. Диагностика.....	13
IV. Терапия.....	15
V. Вывод.....	17
IV. Список литературы.....	18

I. Введение

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными не провоцируемыми приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейронных разрядов. Эта группа распространенных заболеваний имеет хроническое течение и высокий уровень инвалидизации.

Данная тема является актуальной так как эпилепсия имеет высокий уровень заболеваемости (не менее одного припадка в течение жизни переносит 5% населения; у 20-30% больных заболевание является пожизненным). Сложности своевременного выявления и адекватной диагностики психических расстройств при эпилепсии, что приводит к диагностическим ошибкам, неправильному назначению лечения, что значительно сказывается на качестве жизни не только пациентов, но и их родственников. Лечение больных эпилепсией с психическими расстройствами должно быть комплексным, основываясь на синдромах, сопутствующих основному заболеванию.

Диагноз эпилепсии устанавливается на основании МКБ-10 (неврологической и психиатрической ее модели). Для правильной квалификации психопатологических расстройств и назначения адекватной терапии необходимо в первую очередь установление неврологического диагноза эпилепсии, который в настоящее время квалифицируется по МКБ10 (G-40).

По характеру приступов выделяют **генерализованные** (тоникоклонические, клонические, тонические, абсансы, миоклонические, атонические) приступы и **парциальные** (простые, сложные). Среди так называемых **психических пароксизмов** или бессудорожных форм пароксизмов, основываясь на классификации пароксизмальных расстройств при эпилепсии, были выделены простые парциальные припадки с соматосенсорными симптомами (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые), простые вегетативно-висцеральные пароксизмы, а также группа простых парциальных припадков с психическими симптомами, включающая психомоторные припадки, сноподобные состояния, идеаторные автоматизмы, аффективные, иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмы. Другие психопатологические феномены, протекающие на фоне измененного состояния сознания, в том числе психомоторные, а также амбулаторные автоматизмы, эпилептические трансы и сумеречные расстройства сознания были отнесены к сложным парциальным припадкам.

Изменения психики при эпилепсии это весьма частые, но отнюдь не облигатные расстройства, которые являются чрезвычайно переменными. Отмечается отсутствие изменений психики в 14% случаев и лишь у 19,3% больных ведущими были замедленность и тугоподвижность психических процессов. Свойственные эпилепсии характерологические изменения проявляются, главным образом, в процессе развития болезни, на более поздних стадиях. Начальной же стадии заболевания в целом свойственна фрагментарность психических нарушений; на этом этапе еще нет грубого и тотального нарушения психических функций – интеллекта, памяти, аффективной сферы и характера.

Все это наряду с самими припадками приводит к нарушениям в социальной сфере, физическим и душевным страданиям.

II. Психические расстройства при эпилепсии

1. Классификация

Принято разделять психические расстройства при эпилепсии относительно ведущего синдрома эпилепсии (припадка) на:

- психические нарушения в качестве продрома припадка (преиктальные);
- психические нарушения как компонент припадка (иктальные);
- постприпадочное нарушение психики (постиктальные);
- психические нарушения в межприступном (интериктальном) периоде.

Кроме того, психические расстройства при эпилепсии делят на пароксизмальные и перманентные (постоянные).

Пароксизмальные психические расстройства включают:

- простые парциальные припадки с нарушением психических функций, а также комплексные парциальные припадки, при которых вышеописанные психические расстройства выступают в виде ауры генерализованных судорожных припадков. Продолжительность психических припадков от 1-2 с до 10 мин;
- транзиторные (преходящие) психические расстройства представляют собой более длительные нарушения, чем припадок (от нескольких часов до суток). К ним относятся эпилептические расстройства настроения, сумеречное помрачение сознания.

Главными из хронических являются изменения личности.

2. Психические нарушения в продроме припадка (преиктальные)

В продромальный или преиктальный период на фоне церебральной симптоматики в форме эпизодических приступов головокружений, головных болей, тошноты, у больных могут отмечаться нарушения сна, вегетативные проявления, аффективные нарушения в форме дисфорической или гневливой депрессии, гипоманиакальных состояний, дисфорических состояний, сенестопатические, ипохондрические расстройства

3. Иктальные психические расстройства

Пароксизмальные (иктальные) психические расстройства входят в структуру эпилептического припадка, или являются его изолированным проявлением, либо развиваются непосредственно после припадка. Иктальные психические расстройства разнообразны. Среди иктальных расстройств хорошо известны эмоциональные нарушения: эйфория, восторг, депрессия, а также религиозные или космогонические представления, скачка мыслей и пр. Однако наиболее частые иктальные проявления – тревога и страх. Специфическими его характеристиками являются: витальный необъяснимый характер; качественное отличие переживания страха по сравнению со ситуационно-индуцированным страхом; сопровождение выраженными вегетативными проявлениями. От панических атак эпилептический страх отличается спонтанностью, стереотипностью, кратковременностью. Значительно реже проявлением эпилептического приступа может стать иктальная депрессия – от мягкой до выраженной. Она может быть изолированным проявлением либо непосредственно предшествовать сложному парциальному или вторично генерализованному припадку.

Как правило, иктальная психическая симптоматика сочетается с другими проявлениями парциальных припадков. Тем не менее у некоторых больных проходят годы, прежде чем развиваются очевидные приступные проявления, дающие основание предположить диагноз эпилепсии.

Диагностические признаки иктальных психических расстройств:

- расстройство сознания
- внезапность возникновения и окончания
- стереотипность
- автономность
- кратковременность протекания

- «фотографическое» тождество симптомов
- немотивированность
- полная или частичная амнезия пароксизма;
- наличие постприступного периода с ощущением чуждости содеянного

Дисмнестические припадки – искажение сложных восприятий внешнего мира, собственного тела и психических процессов при ненарушенном узнавании объектов восприятия. Включают расстройства «схемы тела», явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого», сноподобные состояния (“dreamy states”). Психомоторные припадки: а) автоматизмы еды – жевание, глотание, облизывание); б) мимические автоматизмы; в) вербальные автоматизмы; г) автоматизмы жестов – потирание рук, лица, расстегивание одежды; д) речевые автоматизмы – звуки, слоги, бессвязные слова; е) амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы – непровольная двигательная активность с совершением автоматизированных действий; ж) сексуальные автоматизмы – проявляются мастурбацией, развратными действиями, эксгибиционизмом.

Сумеречное помрачение сознания характеризуется внезапно возникающим психомоторным возбуждением, аффектом тоски, злобы, страха, гнева; могут отмечаться галлюцинации, бредовая интерпретация и восприятие окружающего, полная дезориентировка с совершением нецеленаправленных, автоматизированных действий, амнезия, отношение как к чему-то чуждому.

Для него характерны критерии, сформулированные К. Jaspers в 1911 г.:

- отрешенность от окружающего мира;
- дезориентировка во времени, месте, окружающем;
- непоследовательность, фрагментарность мышления;
- амнезия после завершения состояния помрачения сознания.

Основные признаки сумеречного помрачения сознания:

- острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;
- транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);
 - охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряженность аффекта»);
 - дезориентировка, прежде всего в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;
 - яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;
 - либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, брутальное, агрессивное возбуждение;
 - критическое окончание;
 - терминальный сон;
 - полная или частичная амнезия происшедшего.

Выделяют следующие формы сумеречного помрачения сознания.

Простая форма возникает остро, характеризуется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности, сопровождается неправильным поведением. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Он может совершать относительно сложные, целенаправленные действия, но чаще это отдельные автоматизированные движения. Они производятся как бы механически, не сопровождаются ясно сознаваемыми целевыми представлениями, утрачивают характер произвольных действий. Речь у таких больных отсутствует или бессвязна, поэтому вступить в контакт с ними невозможно. Воспоминания о данном болезненном эпизоде полностью утрачиваются.

Параноидная форма. Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся

резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха. Параноидные сумеречные помрачения сознания часто приводят к общественно опасным, агрессивным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями. Как правило, при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чему-то чуждому. Иногда в содержании высказываний больных находят отражение прошлые психогенные воздействия, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что может влиять на его поступки. Например, больной включает «обидчика» в галлюцинаторно-бредовые представления и начинает его преследовать. Внешне это может производить впечатление осмысленного, целенаправленного поведения.

Делириозная форма. Характеризуется преобладанием сценopodobных зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию и сменяющих друг друга с последующей полной амнезией. В отличие от типичной картины делирия помрачение сознания развивается остро, отсутствуют характерные для делириозного помрачения сознания этапы делирия, описанные Либермайстером.

Онейроидная форма. Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием галлюцинаторно-бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний. После выхода из состояния помрачения сознания полной амнезии обычно не возникает.

Дисфорическая форма. Характеризуется неистовым возбуждением, брутальностью, ярко выраженным аффектом тоски и злобы. В таком состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку. Такое состояние внезапно наступает и так же внезапно прекращается.

Ориентированный вариант. Характеризуется небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких. Тем не менее в связи с появлением на короткое время бредовых, галлюцинаторных переживаний, аффекта злобы и страха больные могут проявить бессмысленную агрессию с последующей амнезией, хотя на высоте помрачения сознания в общем виде ориентировка сохраняется. В этих случаях бывает трудно отличить тяжелую дисфорию от ориентированного варианта сумеречного помрачения сознания. Сомнения помогает разрешить внешний вид больных. При сумеречном состоянии они производят впечатление не вполне проснувшихся людей с нетвердой, шаткой походкой, замедленной речью. При ориентированном варианте сумеречного помрачения сознания иногда наблюдается ретардированная амнезия, когда после помрачения сознания в течение короткого времени (до 2 ч) больные смутно вспоминают, что было с ними (так же как в первый момент просыпания человек помнит сновидения), затем наступает окончательная полная амнезия.

Иктальные аффективные расстройства характеризуются аффектом тревоги, страха или паники, реже - депрессии и мании. Эти феномены длительностью несколько секунд, реже минут являются проявлением простых парциальных припадков (аура), либо начальным этапом сложных парциальных припадков. Психопатологическая симптоматика составляет не менее 20% от всех аур (простых парциальных припадков), среди которых 60% приходится на симптоматику аффекта страха и паники и 20% - на депрессию.

Пароксизмально возникающие депрессивные состояния сопровождаются тревогой, страхом, немотивированным возбуждением с агрессией и аутоагрессией. Реже отмечаются пароксизмы радости, блаженства, «кайфа, эйфоричности», удовольствия, необычной безграничной любви к окружающим. При наличии пароксизмальной дисфории отмечается злоба, агрессия, гнев, ярость на фоне тоскливого настроения, жестокости в отношении даже самых близких людей. Больные в ряде случаев, как они сами описывали, не владея собой, совершали немотивированные ауто- и гетероагрессивные поступки - затевали ссоры, ломали мебель, били посуду, в последующем относясь к ним как к чему-то невозможному, чуждому.

Агрессивные действия при дисфориях чаще не амнезируются, иногда отмечается лишь сужение сознания на высоте аффекта.

У ряда больных психопатологическая картина аффективных пароксизмов соответствует клинике “панических атак”, когда больные испытывают чувство панического страха смерти, сопровождающегося состоянием растерянности, крушения окружающего, что сочетается с вегетативными проявлениями (сердцебиением, звоном в голове, гипергидрозом лица и ладоней, тахикардией, ощущением нехватки воздуха).

При **идеаторных пароксизмах** возникает навязчивая насильственная мысль, идея. В период пароксизма больной не может самостоятельно, по своей воле прервать, прекратить действие, как бы застревает на одной или нескольких мыслях, хотя и понимает всю его никчемность, нелепость в данной ситуации. По выходе из данного пароксизма больной не может понять, что с ним происходило.

Соматосенсорные пароксизмы характеризуются элементарными сенсорными ощущениями, возникают без соответствующего раздражителя, протекают обычно на фоне ясного сознания, отличаются тягостными ощущениями (парестезиями) в различных частях тела, в том числе и тактильными галлюцинациями. Больные ощущают ползание мурашек, прохождение тока, жжение, покалывание, онемение, иногда болевые ощущения и т.д. в какой-то определенной части тела или по всему телу.

Иллюзорные и галлюцинаторные пароксизмальные состояния характеризуются различными по фабуле и степени выраженности нарушениями восприятия в виде кратковременных, изолированных, элементарных простых слуховыми, зрительными, обонятельными галлюцинаций и иллюзий. В ряде случаев галлюцинации носят устрашающий характер элементарного содержания (различные силуэты, фигуры, лица), что приводило нередко к совершению ауто- и гетероагрессивных поступков.

При наличии **вегето-висцеральных пароксизмов** отмечаются вегетативные нарушения в виде учащенного дыхания, тошноты, рвоты, абдоминальных и головных болей, головокружения. При преобладании вегетативных нарушений у больных отмечается внезапная гиперемия лица, похолодание конечностей, ощущение озноба, жажда и полиурия, повышенное потоотделение, тахикардия с ощущением сердцебиения и повышением артериального давления, возбуждение, сменяющееся через 1-3 минуты слабостью, вялостью, сонливостью.

Дифференциальная диагностика

Таким образом, ошибочная диагностика epileptического симптома как психотического состояния может быть ошибочной, когда имеются аффективные расстройства, девиантное поведение. Иктальные психические расстройства начинаются внезапно, без провокации, характеризуются кратковременностью (1–3 мин), кончаются внезапно, не поддаются контролю, поведенческие и эмоциональные нарушения во время приступа стоят вне контекста ситуации. Опорные признаки диагностики epileptических иктальных психических расстройств такие же, как у других epileptических пароксизмов: спонтанность, стереотипность, внезапность начала и окончания, кратковременность. Это контрастирует с неepileptическими пароксизмами – вспышками гнева, паническими атаками и др., часто провоцируемыми психоэмоциональными факторами. Иктальные психические состояния могут носить пролонгированный характер, в частности, сумеречные состояния как проявление статуса припадков.

Диагнозу помогают ЭЭГ, постпароксизмальное повышение уровня пролактина в сыворотке крови. Регистрация ЭЭГ-активности во время психического расстройства при видео-ЭЭГ мониторинге, как правило, дает окончательное доказательство epileptического события. Чтобы избежать ошибки и не принять epileptический припадок за первичное психотическое расстройство, требуется тщательный клинический анализ. Следует иметь в виду, что пароксизмальные психические расстройства принимают затяжной характер, если они – проявление не единичного припадков, а серии, и тем более статуса epileptических припадков. Так, неконвульсивный статус парциальных припадков может манифестировать

себя страхом, изменением настроения, автоматизмами или психозами, которые напоминают острые шизофренические или маниакальные эпизоды. Такие пациенты могут выполнять простые поведенческие действия и отвечать на команду и вопросы. Абсансный статус проявляется помрачением сознания, ступорообразным состоянием, может сочетаться с флюктуирующим состоянием возбуждения, морганием, подергиванием век и глазных яблок. В дифференциально-диагностическом плане важно, что психотические и аффективные нарушения отсутствуют. Во всех подобных случаях, как и при поведенческих эмоциональных расстройствах, вызванных «электрическим эпилептическим статусом», диагноз решается с помощью видео-ЭЭГ мониторинга.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с истерическими припадками, синкопальными состояниями, нейрогенными приступами неэпилептической природы (тики), неврологическими заболеваниями (транзиторное нарушение мозгового кровообращения, мигрень). При подозрении на истерические (психогенные) приступы необходимо учитывать следующее:

Показатели	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенное
Сознание	Выключено	Аффективно сужено
Падение	«Как подкошенный»	Аккуратное
Зрачки	Не реагируют на свет	Реагируют
Длительность	4-5 мин	30 и более минут
Время возникновения	В любое время суток	В присутствии людей
Повреждения	Прикус языка, упускание мочи	Нет
Движения	Фазные	Выразительные, размашистые

4. Постиктальные психические расстройства

Они развиваются после серии тонико-клонических припадков, а иногда и сложных парциальных припадков. Характерен светлый промежуток от нескольких часов до нескольких дней. Постиктальные аффективные расстройства включают депрессивные состояния, тревожные расстройства, сопровождающиеся компульсивными суицидальными мыслями.

К диагностическим критериям постиктальных психозов относятся начало психоза – в течение недели после окончания последнего эпилептического приступа; продолжительность психоза от 1 дня до 3 месяцев, сознание спутано; дезориентация больного, возможен делирий и/или, наоборот, на фоне сохранного сознания развиваются нарушения восприятия, параноид, аффективные расстройства. Постиктальные психозы могут развиваться довольно быстро (в течение нескольких часов) после прекращения эпилептического приступа и восстановления сознания; однако в большинстве случаев через 1- 2 дня после прекращения фокального приступа с вторичной генерализацией или серии приступов. На первый план выступают явления острого чувственного бреда, достигающего до степени инсценировки с манихейским бредом и явлениями двойников. Содержание бредовых переживаний определяется характером доминирующего аффекта. Идеи преследования и воздействия не носят стойкого завершенного характера, а мимолетны, отрывочны. По мере дальнейшего развития острого постиктального психоза все большее значение приобретают бредовые синдромы ложного узнавания, иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация, переходящая в онейроидный синдром. Длительность острых постиктальных психозов – от нескольких дней до 3-х месяцев.

5. Психические нарушения в межприступном периоде (интериктальные)

наиболее полно представлены в МКБ-10.

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.62) - астенический синдром, который характеризуется эмоциональной лабильностью, слабостью, гиперсенситивностью, головокружениями, снижением моторной активности, быстрой утомляемостью, раздражительностью, нарушениями концентрации внимания, слезливостью.

Легкое когнитивное расстройство (F06.72) - трудности запоминания и воспроизведения нового материала, в формулировке общих и абстрактных идей, в поиске слов; в поведении некоторая растерянность и аффект недоумения.

Органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией (F06.3)

Аффективные расстройства в виде депрессии встречаются наиболее часто. Основными проявлениями при эпилепсии являются тревога, тоска, чувство бесцельности и бесперспективности существования, нередко идеи малоценности, самообвинения, самоуничтожения, суицидальные мысли.

Различают большую депрессию и атипичный депрессивный синдром (малая или лаврированная депрессия). Последняя характеризуется периодами пониженного настроения с относительно мягкими проявлениями в когнитивной и эмоциональной сферах. Превалирующая черта – ангедония, т.е. неспособность испытывать удовольствие. Большая депрессия, по некоторым данным, встречается у 90% больных эпилепсией со сложными парциальными приступами у большинства больных депрессивная симптоматика сопровождается выраженным астеническим синдромом. Нередко депрессивные состояния носят психогенный характер в связи с осознанием больными наличия у них тяжелого заболевания, страхом перед возможным возникновением припадков на работе, в школе, возможностью получения серьезного увечья и совершения немотивированного действия во время пароксизмального состояния. Сама постановка диагноза эпилепсии и необходимость постоянного медикаментозного лечения, неправильное представление об эпилепсии как о неизлечимой болезни, ощущение вины перед родственниками приводит к формированию у больных тяжелых депрессивных состояний с суицидальными тенденциями и действиями.

Органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией (F06.4)

Наряду с депрессией тревожные расстройства – частое явление при эпилепсии. Включает собственно тревогу, панические атаки и фобическую симптоматику. В отличие от тревожных форм неврозов, при которых тревога в конечном счете теряет связь с вызвавшей ее психогенией и становится сама по себе самоподдерживающим фактором, тревожные нарушения при эпилепсии связаны с эпилепсией как болезнью. Если тревожные расстройства при неврозе проявляются в виде манифестных состояний ожидания, то тревога у больных эпилепсией, как правило, сочетается со страхом перед непредсказуемым припадком, а также вытекающими из заболевания стигматизацией и психосоциальными трудностями.

Эпилептические психозы

С учетом наличия или отсутствия признаков измененного сознания большинство психиатров различают: а) острые психозы, включающие непароксизмальные психотические состояния с помрачением сознания (эпилептический онейроид и сумеречные состояния сознания); б) острые психотические состояния без помрачения сознания (аффективные, галлюцинаторные, паранойяльные и галлюцинаторно-параноидные), а также в) хронические эпилептические психозы с полиморфной психотической симптоматикой, которые в литературе последних десятилетий обозначаются как хронические шизофреноподобные.

К эпилептическим психозам целесообразно относить только те психотические расстройства, которые возникают в межприступном периоде, не носят пароксизмального характера, не отвечают всем основным свойствам пароксизмальных расстройств. При острых психозах непароксизмального характера отмечается неполная амнезия сумеречного помрачения сознания и ступенчатое его прояснение. Острые эпилептические психозы с картиной онейроида возникают достаточно редко. При этом больные вспоминают содержание своих переживаний, но полностью амнезируют окружающую обстановку, очень мало, а часто почти ничего не могут воспроизвести из тех событий, которые происходили в реальном мире во время помрачения сознания. Характерны иллюзии, слуховые и зрительные галлюцинации устрашающего характера, окрашенные в яркие насыщенные тона, явления острого чувственного бреда фантастического содержания. Фантазирование носит “какой-то автоматический характер”, все окружающее изменяется, происходит как во сне, “как будто происходит какая-то фотосъемка” с больным в главной роли. Аффективные реакции

проявляются быстро сменяющимися состояниями экстаза, восторга и через какие-то минуты - страхом, гневом, злобностью, агрессией.

Систематику интериктальных эпилептических психозов целесообразно производить по синдромальной структуре согласно МКБ-10, что облегчает тактику лечения.

При наличии эпилептического психоза в форме **галлюциноза (F06.02)** отмечаются яркие зрительные, слуховые галлюцинации в виде окликов по имени, непонятного гула, звуков, голосов, нередко осуждающего и императивного характера; реже - обонятельные, тактильные галлюцинации. Отличительной особенностью галлюцинаций является их конкретный, однообразный характер; на фоне ясного сознания в ряде случаев выявлялась бредовая трактовка галлюцинаций при отсутствии доминирующих бредовых расстройств.

Для диагностики бредового (шизофреноподобного) расстройства в связи с эпилепсией (F06.12) необходимо наличие бреда, ясного сознания, в единичных случаях - галлюцинаций. При наличии паранойяльного психоза отмечаются несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания). Бредовые идеи монотематические, обыденные, конкретные, без тенденции к систематизации. При галлюцинаторно-параноидном психозе выявляются бредовые идеи преследования, воздействия, величия с параноидным восприятием и интерпретацией окружающего. Бредовые идеи конкретны по содержанию, наглядны, однообразны, отрывочны; отмечаются истинные зрительные и слуховые галлюцинации, иногда религиозного содержания. Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризуется яркостью, чувственной окрашенностью. Парафренный психоз подразумевает наличие псевдогаллюцинаций, симптома открытости мыслей и других явлений психического автоматизма с чувством овладения. Характерным признаком является грандиозность бредовых идей, ригидность мыслительных процессов, лабильность эмоциональных реакций, что отличает эпилептические психозы от психотических расстройств иной этиологии.

При депрессивном психотическом расстройстве в связи с эпилепсией (F06.322) отмечаются суточные колебания настроения с усилением тревожно-депрессивного настроения утром, неусидчивость, двигательное беспокойство на фоне выраженной астении; периоды пониженного настроения, сопровождающиеся тоской, суицидальными мыслями, идеями самообвинения, малоценности. **При диагностике психотического маниакального расстройства в связи с эпилепсией (F06.302)** констатируются периоды "подъема, повышенной энергии, прилива сил", эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, брутальностью; у ряда больных выявляются непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам. Отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов являлось значительное присутствие дисфорических компонентов в структуре как депрессивных, так и маниакальных психозов.

Кататонические психозы при эпилепсии (F06.12) возникают относительно редко. В клинической картине преобладают субступорозные состояния с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявляются пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхоталией, ответами «мимо».

Органические расстройства личности в связи с эпилепсией (F07.02)

Диагностическая категория органического расстройства личности охватывает спектр психопатологических состояний различной глубины и тяжести, соответствующих в большинстве случаев взрывному и эйфорическому вариантам психоорганического синдрома, и включает, согласно МКБ-10:

1. Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

2. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии;

3. Когнитивные нарушения;

4. Расстройства мышления – выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость, гиперграфия;

5. Расстройства влечений.

При органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии выделяется совокупность условно специфических патохарактерологических особенностей в форме застойности и полярности аффекта, выражающихся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности, - с другой. Эти особенности аффекта выражаются в таких типичных для больных эпилепсией личностных особенностях, как эгоцентризм, злопамятность, мстительность, злобность, брутальность. По мере прогрессирования заболевания больные все более утрачивают гибкость, подвижность, становятся мелочными, своенравными, властными, иногда - приторно учтивыми, слащавыми, угодливыми, льстивыми, но при этом эгоцентричными. Причем части больным свойственно сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливости, подобострастия – к другим лицам, что подтверждает одну из основных особенностей эпилептического характера – полярность. Религиозность проявляется и в необычайной поглощенности моральными и этическими проблемами, что можно объяснить не столько самой болезнью, сколько фанатической приверженностью больных той системе взглядов, в которой они воспитывались. Подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм проявляется в виде скрупулезной любви к порядку, дисциплине, мелочам. У части больных отмечается гиперсоциальность в виде чрезвычайной прилежности, основательности, добросовестности, а также чрезмерное стремление к правдолюбию и справедливости; склонность к банальным и назидательным поручениям. Обращает на себя внимание отсутствие чувства юмора (непонимание шуток, анекдотов, подчеркнутая серьезность).

В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение к ним окружающих, а также на осознание болезни и связанных с ней дефектов. В связи с этим в характере отмечаются такие не свойственные больным ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверчивого отношения окружающих к себе, сензитивность, подозрительность, тревожность, ипохондричность, чувство ущербности, ипохондрические переживания. Обращает на себя внимание в большинстве случаев внешний вид больных: аккуратность в одежде, контрастность в моторике, плохая переключаемость движений, медлительность и тяжеловесность. Речь – обстоятельная, многословная, полна несуществующих деталей. Отсутствует способность отделить главное от второстепенного. Переход от одного круга представлений к другому затруднен. Словарный запас беден (олигофазия), характерна склонность повторять сказанное (персеверация), употребление шаблонных оборотов, уменьшительноласкательных суффиксов, определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный»). Наиболее значимыми для установления эпилептической природы психических нарушений являются отмечающиеся у больных эпилепсией типичные изменения личности и дефицитарные нарушения мышления.

Изменения личности у больных эпилепсией проявляются двумя полюсами расстройств – эксплозивно-эпилептоидным с паранойяльными чертами (аффективная взрывчатость, импульсивность, злопамятность, склонность к гневливо-злобным реакциям, подозрительность, недовольство окружающим) и дефензивным (педантичность, аккуратность, следование традиционным взглядам, религиозность) и психастеническими (тревожность, ипохондричность, сенситивность, мнительность) проявлениями.

Нарушения мышления характеризуются инертностью, тугоподвижностью, ригидностью, замедлением темпа мыслительных процессов, преобладанием эгоцентрического, персеверативного, нагляднообразного мышления

Деменция в связи с эпилепсией (F02.8x2) характеризуется прогрессирующим снижением памяти, возникновением иных когнитивных нарушений (апраксии, афазии и т.д.), поведенческих и психотических расстройств, нарушением социальной и профессиональной адаптации. Согласно МКБ-10 (F02.8x2), диагностические критерии деменции включают:

- расстройства памяти как вербальной, так и невербальной;
- расстройства других когнитивных функций – способности к выработке суждений, мышлению (планированию, организации своих действий) и переработке информации;
- нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания;
- наличие по меньшей мере одного из следующих признаков: эмоциональной лабильности, раздражительности, апатии, асоциального поведения.

•для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

Нарушения мышления представлены изменением темпа, последовательности процесса, логическими особенностями его построения (замедленностью, конкретностью, обстоятельностью, ригидностью, вязкостью, резонерством). Резонерство, особенно у больных с легкой деменцией, отличалось поучительным тоном, при поверхностных, бедных по содержанию, приуроченных к конкретной ситуации высказываниях. Прогрессирующая олигофазия (оскудение словарного запаса) становится более выраженной по мере утяжеления деменции. Расстройство функции внимания у больных эпилепсией проявляется снижением способности к поддержанию и концентрации внимания, что особенно наглядно проявляется при выполнении соответствующих тестов. Нарушения памяти, как правило, могут быть обусловлены не только ее прямым поражением, но и влиянием других психопатологических расстройств (внимания, настроения, возможностью осмысления, происходящего вокруг и т.д.). По мере утяжеления деменции мнестические нарушения нарастают. Значительное снижение памяти как на недавние, так и на отдаленные события сопровождается выраженной инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Прослеживается нивелирование индивидуальных личностных черт. Характерным является обеднение эмоциональных реакций, безразличие к окружающему, ослабление побуждения с появлением назойливости, монотонности. Характерны брадикинезия, олигофазия. Эмоционально-волевые расстройства проявляются импульсивностью, раздражительностью, двигательной расторможенностью, бестактностью, болтливостью. Для достоверности диагноза перечисленные признаки должны наблюдаться в течение по меньшей мере 6 месяцев; при более коротком наблюдении диагноз может быть предположительным.

III. Диагностика

Анамнез заболевания должен быть получен как из рассказов самих пациентов, так и из свидетельств членов семьи. Крайне важно иметь подтверждения правильности слов пациента. Необходимо получить детальные сведения о приступах (их картину, продолжительность и прочие характеристики), медицинский и социальный анамнез, включая факторы, относящиеся к этиологии, сведения о семье и предшествующих периодах жизни (включая рождение и раннее развитие), а также информацию обо всех получаемых и полученных видах лечения.

При клиническом исследовании, прежде всего, следует обратить внимание на этиологические особенности, распознать сопутствующие неврологические и психические нарушения, определить связанные с приступами те, или иные нарушения и (или) побочные эффекты лекарственной противосудорожной терапии.

Клинико-психопатологическое исследование должно охватывать основные когнитивные сферы: ориентировку в месте, времени, собственной личности, память, праксис, зрительно-пространственные функции, речь, гнозис, интеллект. Во время беседы с пациентом выявляются: А) состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования; Б) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения; В) отношение пациента к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам; Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики лечения. Соматическое и неврологическое обследование пациента, первоначально проводится самим врачом-психиатром

Функциональные методы исследования и консультации специалистов. Для уточнения неврологического или терапевтического диагноза, влияющего на оценку общего состояния и выбора психотропных препаратов необходимо провести ряд дополнительных исследований. Нейровизуальное исследование нацелено на выявление патологического процесса, постановку синдромального и этиологического диагноза, определение прогноза, тактики лечения.

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения, локализацию поражения и внутричерепную гипертензию. ЭЭГ исследования обязательны при исследовании всех видов приступов. В соответствии с общепринятыми правилами необходимо исследовать влияние на ЭЭГ некоторых раздражителей (гипервентиляция и световая стимуляция).

ЭЭГ-мониторинг – поведение пациента может в течение длительного времени записываться на видеопленку одновременно с записью ЭЭГ. Видеозаписи поведения и данные ЭЭГ должны быть совмещены во временном интервале при помощи синхронизированной системы показаний времени или путем одновременной записи на ленте того или другого (видео ЭЭГ).

Компьютерная томография (КТ) проводится дополнительно при наличии в анамнезе указаний на черепно-мозговую травму, для выявления патологических образований в головном мозге (опухоли и кальцификаты).

Ядерно-магнитно-резонансное исследование (ЯМР) – показано всем больным эпилепсией, кроме не вызывающих сомнений случаев идиопатической эпилепсии. Основными показаниями для МРТ являются фармакорезистентные случаи, парциальные припадки.

Реоэнцефалографическое исследование (РЭГ) отражает состояние сосудистой системы мозга.

Консультация окулиста – определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга. Обобщение данных клинического и

дополнительных методов неврологического исследования позволяет вынести топический и нозологический диагнозы поражения головного мозга.

Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование проводится медицинским психологом учреждения (отделения). Экспериментально-психологическое исследование должно дать информацию об индивидуально-психологических особенностях и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

IV. Терапия

Показаниями для амбулаторного лечения являются неврозоподобные синдромы, когнитивные и психопатоподобные расстройства, депрессивные состояния без выраженных психомоторных нарушений и суицидальных тенденций, кратковременные и неглубокие психотические расстройства, пароксизмальные состояния с судорожными проявлениями и бессудорожные.

Показаниями для стационарной помощи являются развитие состояний нарушенного сознания, частых, полиморфных пароксизмальных расстройств, не купирующихся в условиях амбулаторной помощи, острых психотических и аффективных состояний, сопровождающихся ауто- и гетероагрессивными формами поведения, суицидальными намерениями или попытками не купирующихся в амбулаторных условиях, а также для решения диагностических и социальных вопросов. При развитии эпилептических психозов лечение предпочтительно проводить в стационарных условиях. Стационарное лечение проводится больным с деменцией при эпилепсии при появлении состояний спутанности, острых (обострений хронических) психотических и аффективных расстройств, при выраженных нарушениях поведения, а также для решения вопросов нозологической принадлежности деменции (в сложных в диагностическом отношении случаях) и для решения социальных вопросов одиноких больных.

Антиконвульсанты назначаются при установленном диагнозе эпилепсии (клиническая и ЭЭГ-верификация), отсутствии тяжелых соматических и неврологических заболеваний. Противосудорожная терапия (ПСТ) проводится непрерывно (не менее 2-х лет). Проводят регулярный клинический, ЭЭГ-контроль (не реже 1 раза в 6 месяцев), клинические анализы крови, мочи. При купировании припадков и стойкости достигнутой ремиссии (не менее 1 года) можно рассмотреть вопрос о переходе на меньшие дозы препарата с последующим клиническим и ЭЭГ-контролем. При отсутствии или слабом противосудорожном эффекте следует произвести постепенное снижение (в течение не менее 1 месяца) и отмену препарата и начать терапию другим антиконвульсантом, монотерапию которым проводить по тем же принципам. Присоединение второго антиконвульсанта может производиться при достижении максимальных значений суточной дозы ранее назначенным препаратом, при инициальных минимальных дозах второго препарата. Лечение тремя препаратами целесообразно только при неэффективности терапии двумя адекватными препаратами. Отмена препарата должна быть постепенная с обязательным учетом формы эпилепсии и ее прогноза, возможности возобновления припадков, индивидуальных особенностей пациента. Отмену противоэпилептической терапии проводят, как правило, не менее чем через 2-3 года после полного прекращения припадков.

Выбор препарата в зависимости от типа приступов

	Препараты 1-го выбора	Препараты дальнейшего выбора
Парциальные	Карбамазепин Оскарбазепин Вальпроаты	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Генерализованные тоникоклонические	Вальпроаты Карбамазепин	Ламотриджин Оскарбазепин Топирамат Леветирацетам
Абсансы	Вальпроаты Этосуксимид	Ламотриджин Топирамат Леветирацетам
Миоклонические	Вальпроаты Клоназепам	Леветирацетам Топирамат

Принципы терапии психотических расстройств

В случае развития острого психоза с явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, наличием галлюцинаторно-параноидной симптоматики, агрессивностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен, оланзапин, кветиапин), в том числе парентерально. При наличии в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, оланзапин, зуклопентиксол, рисперидон). С осторожностью надо назначать зуклопентиксол, рисперидон, т.к. данные препараты могут вызывать пароксизмальные состояния.

В данных случаях при необходимости назначения данных препаратов можно рассмотреть вопрос об увеличении дозы противосудорожных препаратов. При психозе, сопровождающемся психомоторным возбуждением, бреде, галлюцинациях, тревожно-депрессивной симптоматике, наличии выраженного возбуждения с агрессивностью на фоне участвовавших припадков, дисфорических состояниях, а также больным с разными проявлениями психопатоподобного поведения – галоперидол начиная с 1,5 мг 2-3 раза в сутки, в дальнейшем среднесуточная терапевтическая доза редко превышает 5-10 мг/сутки. В случаях труднокупируемого психомоторного возбуждения следует повысить дозу галоперидола до 20-30 мг в сутки (потенцирует действие антидепрессантов, барбитуратов).

Терапия аффективных расстройств подразумевает применение широкого спектра психотропных препаратов: антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы, антиконвульсанты и основана на структуре ведущего психопатологического синдрома. При лечении аффективных расстройств при эпилепсии необходимо помнить, что многие антиконвульсанты являются нормотимиками. Терапия аффективных расстройств при эпилепсии основана на структуре ведущего психопатологического синдрома: при биполярных аффективных колебаниях, а также смешанном и гневливом аффекте целесообразно применение карбамазепина до 600 мг. в сутки, маниакальные состояния лучше купируются нейролептическими препаратами и производными вальпроевой кислоты, при наличии депрессивного спектра расстройств - антидепрессанты, предпочтительнее селективные ингибиторы обратного захвата серотонина - пароксетин – 20–40 мг/сутки, сертралин – 50–100 мг, феварин 50–100 мг.

При наличии невротоподобной симптоматики (обсессивно-компульсивные, истероформные и др.), тревожные расстройства, расстройства сна показано назначение транквилизаторов: феназепам, диазепам, (не более 2-х недель непрерывно). Для быстрого купирования страха, тревоги, психомоторного возбуждения возможно внутримышечное введение препарата – 0,5-1мл. 0,1% р-ра до 3-7 мл 0,1% р-ра в тяжелых случаях. Для купирования тревоги, психомоторного возбуждения, внутреннего возбуждения, повышенной раздражительности также рекомендуется назначение атаракса (средняя суточная доза 100мг) При назначении бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, клоназепам, нитразепам, клобазам) необходимо помнить о развитии физической зависимости и абстинентного синдрома при отмене. Рекомендуется интермитирующее применение бензодиазепинов и очень медленная отмена.

V. Вывод

Психические расстройства частое, но необязательное проявление эпилепсии. Значительная часть больных с наиболее благоприятными формами болезни наблюдаются у невропатологов. Необходимость в обращении к психиатру возникает у больных с яркими психическими расстройствами в момент пароксизма, с грубыми расстройствами личности и интеллекта, а также с эпилептическими психозами.

Самыми частыми вариантами эпилептических пароксизмов являются генерализованные тонико-клонические судорожные припадки и абсансы, они составляют около 65 %. Но при этом проявления эпилептических припадков крайне полиморфны. Приступные психические расстройства встречаются у пациентов на разных этапах эпилептического процесса. Они представлены простыми парциальными, сложными парциальными и вторично-генерализованными приступами. Клинические проявления простых парциальных приступов включают аффективные, идеаторные, речевые, дисмнестические, сенестопатические, галлюцинаторные феномены, приступы дереализации/деперсонализации, припадки, протекающие по типу «уже виденного», «уже пережитого», «никогда не виденного». Клиника сложных парциальных приступов разнообразна - от элементарных автоматизмов до сложных состояний.

Трудности диагностики возникают при позднем начале заболевания, слабой выраженности изменений личности, а также при отсутствии типичных припадков. Особенно сложна диагностика эпилептических психозов. В ряде случаев необходим дифференциальный диагноз с эндогенными заболеваниями (шизофрения, БАР). Важнейшим методом выявления эпилептиформной активности является ЭЭГ. Однако следует учитывать, что снижение порога судорожной готовности на ЭЭГ может наблюдаться у 5-20% здоровых людей, поэтому метод ЭЭГ предназначен в первую очередь для подтверждения клинического диагноза, анализа эффективности терапии, а также для выявления признаков локального поражения мозга.

От правильно поставленного диагноза зависит дальнейший выбор терапии и прогноз данного заболевания. Учет клинических особенностей проявлений приступных психических расстройств, позволяет осуществлять дифференцированную фармакотерапию и добиваться эффективного контроля над течением эпилептического процесса, что благоприятно влияет на качество жизни пациента.

VI. Список литературы:

1. В.А. Карлов статья «РАССТРОЙСТВА ПСИХИКИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ», Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2014 год.
2. З.И. Кекелидзе, Н.Г. Незнанов «Клинические рекомендации. Диагностика и лечение психических расстройств при эпилепсии», 2015 год.
3. Психиатрия. Национальное руководство под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020 год.
4. Классификатор МКБ-10
5. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология: учебник, 2009
6. Усюкина М.В., Лаврущик М.В. статья « Психические расстройства при эпилепсии в современных классификациях», Российский психиатрический журнал, 2019 год.
7. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник для ВУЗов, -2-е издание, 2009г.