

УДК616.853

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Гостюк И.М.², Федоровская И.В.², Побережная Н.В.¹

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: эпилептическая энцефалопатия, скрытая эпилепсия, психические расстройства при эпилепсии

В рамках скрытой эпилепсии описываются самые разнообразные психические нарушения [1]. Данная патология в настоящее время продолжает оставаться недостаточно изученной и диагностируется как различные категории V главы МКБ-10. Отмечена причинная роль эпилептиформной ЭЭГ-активности, при отсутствии пароксизмов, в развитии широкого спектра пси-

хопатологических проявлений, что может рассматриваться как эпилептическая энцефалопатия, при которой «эпилептиформные нарушения приводят к прогрессирующей мозговой дисфункции» [2].

Цель исследования заключалась в описании психических расстройств при непароксизмальной эпилепсии (эпилептической энцефалопатии).

Материал и методы исследования

Клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое, электроэнцефалографическое исследование 3 больных с психическими расстрой-

ствами при непароксизмальной эпилепсии (в последнем случае отмечен единичный большой судорожный приступ на фоне отмены ламотриджина).

Результаты исследования и их обсуждение

Больная П., 21 год, не работает. Росла и развивалась нормально. Окончила школу с золотой медалью. Пять лет назад после стресса возникло чувство тоски и одиночества. Замечала подозрительного мужчину «с глазами неестественного цвета», который ходил за ней («Наверное, хотел познакомиться»). Считала, что в новом классе обижавшие её заболели тяжелой патологией, могли умереть. Просила мать не заставлять её посещать школу, после отказа порезала себе кожу на руке. Четыре года назад, якобы, слышала голос знакомого: «Не иди сегодня в школу», «Сдерживай себя», «Смирись», «Бедненькая девочка». Уточняет: «Был ли этот голос? Не знаю. Тогда то ли стол шатало, предметы расплывались». Два с половиной года назад, живя в районе, подвергавшемся артобстрелам, испытывала тревогу, но успешно сдала выпускные экзамены. Поступила в вуз в другом городе. Крайне тяжело переносила свою новую жизнь. Якобы слышала мужской голос, «указывавший, что делать, предупреждавший об опасности». В сумерках «углом глаза» видела людей и животных, «растворявшихся» при внимательном рассмотрении. В общежитии «мерещились тараканы,

которые ползли из кухни по соседству; казалось, что в еде что-то не то – она на вкус не такая, не так естся: я с тех пор и не могу нормально есть». Была уставшей, тревожной. Прекратила учёбу, дома впервые обратилась к психиатру, госпитализирована в психоневрологическое отделение. Отмечалось сниженное настроение. Рассказывала об обижавших её: «Я не Бог, их Бог наказывал: сами «дурканули» и себе навредили. Одна девочка надо мной издевалась, а потом над ней так издевались, что она себе вены порезала – не как я, а сильно: долго в реанимации лежала». Была демонстративной. Выписана в удовлетворительном состоянии с заключительным диагнозом «Расстройство адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции у личности с наличием преморбидной акцентуации мозаичного типа (F 43.22)». Через 2 недели вновь поступила в психоневрологическое отделение с жалобами на тревогу, страх («Боюсь смотреть людям в глаза, так как опасюсь зрительного контакта, ведь могу при взгляде заразить человека своей болезнью»), подавленное настроение, раздражительность, головокружение, чувства «комка» в горле, нехватки воздуха,

«шлема» на голове, онемения рук и ног при волнении. Требовала к себе повышенного внимания. Отмечала: «Дома под окном постоянно поёт стриж, будто пролетает сквозь мою голову, влияет на меня», «Когда человек начинает двигаться, возникает ощущение, будто он двигается в моей голове», «Люди проходят через меня, от этого мне плохо», «Когда пишу – будто через себя, и оно вылетает», «Когда на меня кричат, то чувствую, как от меня отлетают кусочки». Ощущала боль, когда пели птицы или по коридору шел человек. Не принимала пищу: «Когда начинаю есть, что-то останавливает, вижу всё в белой дымке, потом в тарелке появляется образ дедушки, чувствую это душой и эмоциями, а его я есть не могу», «Когда кто-то ест рядом – будто по голове ходит». Утверждала: «Мои руки – это мои ноги». Испытывала страх, плакала из-за своего состояния, изобразив его в виде пустого круга в груди: «Душа ушла в сознание, образовав шлем», «По рукам и ногам – черные потоки». Якобы слышала голоса «Бога и Дьявола», оклики по имени: «Это, когда было совсем плохо, и меня «заворачивало». Я не помнила, что вокруг меня происходило». Потирала лицо, поправляла волосы: «Собираю себя: чувствую, что расслаиваюсь». Переведена в общепсихиатрическое отделение, где высказывала суицидальные мысли, однако тут же уверяла, что завершать суицид не собирается. Отмечает: «Первые дня три ничего не помнила, вспоминаю только обрывками: хотелось куда-то бежать, что-то делать с этим состоянием». После выписки поступила на заочное отделение другого вуза, где и продолжает учиться. Через 3 недели, на фоне терапии галоперидола деканоатом, вновь находилась в психоневрологическом отделении. При поступлении жаловалась на плохой сон, головную боль в виде «шлема», слабость, раздражительность, тревогу, внутреннее напряжение, неусидчивость, сниженное настроение, плаксивость («Все хотят обидеть») и то, что она называла «зацикленностью»: «Хочу вышивать, но ощущение, что тогда часть себя пришью», «Когда кто-то волосы поправляет, меня как бы выбрасывает на него», «Если со щелчком надевают колпачок на шариковую ручку, появляется ощущение, что я под колпачком», «Кто-то при мне пишет – кажется, что пишут по мне», «Хлопают дверь – хлопают по мне», «Кто-то при мне ест – кажется, что поедают меня», «Мама сидит за компьютером, тянет ленту новостей – и меня как будто тянет», «Если кто-то идет по асфальту, то должен идти по той трещине, по которой

прошла я». Всё прекращается по исчезновении внешнего раздражителя. В беседе контакт был продуктивен; стремилась отвечать максимально точно, произвести этим благоприятное впечатление. Спокойно говорила о «зацикленности». Вспоминала, что ощущала на голове птицу («Это сразу происходит на соннапаксе»): «Как крышкой с клювом накрыта голова. Потом я начала бояться голубей и вообще птиц». Отмечала, что ранее чувствовала, как её руки и ноги стали единым целым, из-за чего не могла стоять, ходить. Наличие когда-либо отчетливых слуховых галлюцинаций упорно отрицала: «Не помню. Я и сейчас не всё осознаю – как будто во сне». Мышление – последовательное, логичное. Память клинически не изменена. Интеллект высокий. Фон настроения ровный. Соматически: дистально на внутренней стороне левого предплечья – небольшой поперечный линейный рубец (следствие пореза). Неврологически – без патологии. При экспериментально-психологическом исследовании устанавливала связь событий логических цепочек, находила простые и сложные аналогии, поясняла смысл пословиц, строила обобщения по существенным признакам. В пробе Эббингауза правильно вставила все слова. Пояснила верно все 10 метафор. Память и внимание – не нарушены. Выявлены лёгкая депрессия ситуативного или невротического генеза, высокая реактивная и личностная тревожность. Тест Люшера: УТ1=1, УТ2=2. Тест СМЛ: 36“8142·957–0/ F-K=10. ЭЭГ: Выраженная патологическая активность, исходящая из коры лобно-височной области правого полушария на фоне умеренных общемозговых изменений биоэлектрической активности головного мозга. Диагностировано диссоциативное (конверсионное) расстройство в виде психосенсорных рефлекторных нарушений восприятия (F 44.88). На фоне назначения карбамазепина (600 мг/сут.) отчетливо уменьшилась интенсивность «зацикленности», исчезли плаксивость, внутреннее напряжение и неусидчивость. В дальнейшем нерегулярно принимала карбамазепин, сохранялись истерические стигмы реагирования, проявления «зацикленности». Таким образом, у данной больной клинически выделяется то, что может быть обозначено как рефлекторные галлюцинации, интенсификация которых достигает степени выраженного психотического состояния, с нарушением сознания и амнезией [3]. Течение заболевания сопровождалось периодическим возникновением бредового восприятия, бредоподобных (сверхценных) проявлений (в том чис-

ле, страха заражения при зрительном контакте), психосенсорных расстройств (нарушений сенсорного синтеза) в виде аутометаморфозий, а также появлением зрительных, вкусовых, тактильных галлюцинаций и феноменов, напоминающих слуховые галлюцинации. Ухудшения состояния сопровождались усталостью, тревожностью, депрессией с суицидальными мыслями, раздражительностью. В целом, для П. характерны истерические личностные черты, психопатоподобное поведение. У больной хорошая социальная адаптация, высокий интеллект, отсутствует верифицированная органическая неврологическая патология при выраженной патологической ЭЭГ-активности в лобно-височной области. Галоперидол не только был неэффективен, но и усилил рефлекторные галлюцинации, а соннапакс индуцировал тактильные галлюцинации; карбамазепин же отчетливо улучшил состояние.

Больная Т., 20 лет, не работает. Родилась в асфиксии, отставала в развитии, отмечался ночной энурез, иногда говорит во сне. У отца вспыльчивый характер. Живёт с мачехой и отцом, который «не только ко мне, но и ко всем придирается». С матерью поддерживает тесные отношения. В школу пошла в 7 лет, училась удовлетворительно. По окончании школы не работала. В 9–10-летнем возрасте начала бояться старинных икон в её доме: «Смотрели на меня живыми глазами, и это могло вызвать болезнь и, возможно, смерть матери». Изображения не двигались, не изменялись. Встречаясь с ними взглядом и испытывая мучительные навязчивые мысли о смерти матери, стучала по деревянным предметам, развязывала и завязывала шнурки обуви, что, как будто, приносило облегчение. В 14 лет в течение года отмечалось повышение температуры тела до 38–39°C. Выздоровела неожиданно – после однократного посещения «бабки». Постепенно связанные со страхом икон проявления исчезли, трансформировавшись в «наслоившиеся на них» феномены при взгляде в зеркало. Для их устранения, начиная с 16-летнего возраста, «принимала какие-то психостимуляторы» (сейчас их не принимает, ей «помогает валидол»), а позднее – «курила травку с помощью бульбулятора», что облегчало состояние. Бросила курение, и приступы участились, что заставило обратиться к психиатрам. Предъявляла жалобы на то, что, подходя к зеркалу, видела изменяющимся собственное лицо: «Не лицо, а рожа: оно раздувается, один глаз расширяется, потом всё становится как было и опять повто-

ряется». Данные приступы сопровождались выраженной тревогой, мыслями о самоубийстве: несколько раз брала нож, чтобы нанести себе удар. Если не смотрела в зеркало, эти явления не возникали. Вне приступов настроение также было сниженным, испытывала постоянную тревогу: «Сильно нервничаю. Ничего не интересно. Ничего не хочу. Жить не хочу». Повторяла, что ей нужно «или сделать пластическую операцию, или убить себя». Объективно была внешне привлекательной. Беседовала охотно, стремясь произвести благоприятное впечатление. При углублённом расспросе вспоминала, что один раз заметила, как ваза, стоящая на столе, «постепенно с него сползает», а идя по улице, видела змею («она была как большой чёрный червяк») – испугавшись, отвернулась, а, обернувшись, ничего не обнаружила («наверное, ничего и не было»). Также сообщала о «звучащих мыслях», с уточнением: «То ли это был мой собственный внутренний голос, то ли чужой голос внутри меня; я думаю, что эти мысли мог кто-то услышать, настолько они были громкими». Отрицала наличие ощущения внешнего воздействия как в связи с данными мыслями, так и в целом. Рассказывая о своей болезни, иногда плакала, затем успокаивалась и продолжала по существу отвечать на вопросы. Старалась давать максимально точные ответы при тестировании. Вначале полностью справлялась с заданиями, правильно исключая лишние по смыслу пословицы, понятия. Далее, при сравнении понятий, отвечала всё хуже, с трудом, например, находя различие между коровой и лошастью, лишь после наводящих вопросов вспоминая о рогах; оправдывалась, говоря об усиливавшейся усталости. В конце, отсчитывая от «100 по 7», смогла сделать это только один раз: дойдя до «93», отказалась вычитать дальше, раздражалась: несколько злобно-гневливое и агрессивное состояние напоминало дисфорию. После разрешения прекратить счёт раздражение уменьшилось, спокойно закончила беседу. Сомато-неврологически – без патологии. При экспериментально-психологическом исследовании выявлено ослабление мнестических функций: неравномерное, ассоциативное воспроизведение со снижением функций сохранения и преобладанием забывания (кривая запоминания 10 слов: 5,7,7,9 – 4); инертное мышление с расплывчатыми суждениями, обобщением как по случайным, так и по существенным признакам. Пословицы объясняла верно. Тест Люшера: УТ1=3, УТ2=3. Тест СМИЛ: 28*137460*9–5 (выраженный стресс, дезадаптация личности с пре-

обладанием тревожно-возбудимых индивидуалистических особенностей, склонностью к истерическому реагированию; высокий уровень тревоги и депрессивное настроение с выраженным напряжением). ЭЭГ: Регуляторные изменения фоновой ЭЭГ. Нестабильность уровня функционального состояния коры головного мозга. Гипервентиляция усиливает дезорганизацию в лобно-височных отведениях. МРТ головного мозга: Очаговая и объемная патология головного мозга не выявлены. S-образная извитость левой внутренней сонной артерии с петлеобразованием. Осмотр невропатолога: наличие церебральной ангиодистонии с признаками пароксизмальной активности в лобно-височных отведениях. Диагностировано шизотипическое расстройство с наличием эпизодических квази-психотических нарушений (F21). С учётом наличия пароксизмальной активности на ЭЭГ назначен ламотриджин (100 мг/сут.). Психическое состояние значительно улучшилось. В дальнейшем нерегулярно принимала ламотриджин (100-150 мг/сут.), неоднократно лечилась в психоневрологическом дневном стационаре. Жаловалась на злость, ненависть к окружающим, больше к отцу, поскольку он «пренебрежительно относился» к ней и к другим людям. Отмечались раздражительность, вспыльчивость, нарушение внимания, эмоциональное напряжение, аггравация, обидчивость в отношении близких, длительное ухудшение сна. В настоящее время проживает в гражданском браке. Таким образом, заболевание, характеризующееся эпизодическими квази-психотическими нарушениями [4], дебютировало бредовым восприятием, бредоподобными проявлениями (страхом смерти вследствие «взгляда икон», с компульсиями), трансформировавшимися в парейдолические приступы (типа рефлекторных парциальных эпилепсий) с дисморфофобией, тревогой, депрессией, суицидальными идеями. Отмечались эпизодические зрительные галлюцинации, парейдолии и феномены типа слуховых галлюцинаций. Церебральная органическая патология не выявлена, несмотря на анамнестические данные в пользу её возможного наличия. Выявлены ослабление мнестических функций, тревожно-возбудимые, с тенденцией к дисфориям, индивидуалистические особенности личности, склонность к истерическому реагированию. Отец имеет вспыльчивый характер. Отмечены также пароксизмальная ЭЭГ-активность в лобно-височных отведениях, эффективность ламотриджина.

Большая Ш., 35 лет, не работает. Родилась в

погной семье младшим желанным ребенком из двоих детей (брат на 15 лет старше). Отец был крайне вспыльчивым. Росла «очень общительной», в удовлетворительных условиях. В школу пошла вовремя, отношения с учителями и ровесниками были равными, с родителями – периодически конфликтными. Окончила 10 классов. Поступив в университет, «стала более уверенной, раскованной», легко «заводила отношения» с другими людьми, доверительно общалась с матерью. В 18 лет заметила, что «все люди вокруг в черном, все плачут – наверное, это указывало на смерть, возможно, – что я умру», забыла дату рождения матери, хотя ранее такого не было. Обратилась к целительнице для «снятия порчи». Заявляла, что «все неестественно накрашены», что «слышала крики котов». Консультирована психиатром, «который сказал, что у меня такой характер». Принимала новопацит, пираретам. Состояние нормализовалось. По окончании университета получила специальность маркетолога, поступила кредитным работником в банк, рассчиталась из-за низкой зарплаты. Работала секретарем, уволилась из-за конфликта: «Начальнице не понравился мой тон». Уйдя с работы в 23 года, отдыхала в Египте (поездку оплатила мать), где развилось состояние, о котором может вспомнить, что «проснулась утром, а в номере разбросаны вещи, в области переносицы – синяк, в ванной – окровавленное полотенце и разбитый стакан для зубных щёток», «соседка спала и ничего не слышала». Из поездки вернулась в возбужденном состоянии, не поздоровавшись с матерью, кричала, что та её «заставляет изучать французский язык, хочет выдать замуж». Агрессивное поведение по отношению к матери периодически повторялось. Не работала. Все попытки матери договориться о трудоустройстве Ш. были безуспешными: она приходила на новую работу и конфликтовала. В 24 года осмотрена психиатром – заявляла, что «ей надо обязательно пойти в другую школу и получить диплом о среднем образовании», что «была на вечеринке», где ей, якобы, «угрожали расправой и заставляли пить кровь, есть варенье, которое, возможно, было из человеческих органов», угрозы связывались с тем, что она «встречается с каким-то молодым человеком одной из подруг». Была манерной, эмоционально неадекватной, сексуально расторможенной. Лечилась солианом (400 мг/сут.), состояние нормализовалось. После обращения к знахарю прием препарата прекратила, стала раздражительной, конфликтной. Продолжила терапию солианом

ном, после очередного замечания подруги («Какой ты стала пышкой!») оборвала лечение. Вновь стала конфликтной, вспыльчивой. Был назначен rispoleпт-конста, но оставалась вспыльчивой, конфликтной по отношению к матери, дома громко слушала музыку, много танцевала. Периодически заявляла: «Это не моё лицо, а маска». Выбросила все школьные фотографии, свои вещи, ощущала воздействие какой-то силы, которая её «тянула, из-за чего испытывала страхи, был неустойчивый сон». Диагностировано органическое диссоциативное расстройство в виде пролонгированных сумеречных состояний с продуктивными проявлениями. Отказавшись от приёма медикаментов, «не могла найти подходящую работу», была вспыльчивой, раздражительной, конфликтной, крайне агрессивной по отношению к матери, била её, утверждая: «Она называет меня дурой, всё отдаст какой-то Наташе, которая выросла красавицей». Принимала мебикар, сонапакс, аминазин, винпоцетин, что не приносило улучшения. В 25 лет лечилась в психоневрологическом отделении с диагнозом органического диссоциативного расстройства. На вопросы отвечала односложно, была манерной, демонстративной, во время беседы периодически – раздражительной, несдержанной. Фон настроения колебался. Требовала, чтобы ей «быстро назначили лечение», так как не могла заснуть. Неправильное поведение дома и конфликты с матерью отрицала. Экспериментально-психологически: снижение процес сов запоминания и сохранения информации, неустойчивость внимания (кривая запоминания 10 слов: 5,7,6,7,8–5; таблицы Шульте(с): 53, 45, 50, 65, 58); нормальный темп мышления, высокий уровень обобщения и абстрагирования (методики исключения лишнего, толкования пословиц); напряженность, причины которой не осознавались, эгоцентрическая сосредоточенность на своих проблемах, потребность в ярких эмоциональных переживаниях, раскрепощенность поведения, высокая самооценка, стремление к доминированию (тест Люшера: УТ1=3, УТ2=4); тест СМИЛ: 8*1''3462'5790/ F-K=11 (сосредоточенность на своеобразных соматических жалобах без эмоциональной захваченности; индивидуалистичность высказываний и поведения непредсказуема; истероидное поведение со склонностью к «самовзвинчиванию» в конфликтных ситуациях). ЭЭГ: Легкая патологическая активность, исходящая из коры височной области левого полушария (единичные тэта-волны также в лобно-височных отведениях слева), на фоне нормаль-

ной биоэлектрической активности головного мозга. Осмотр невропатолога: Поражение нервной системы не выявлено. Пролечена ламикталом(100 мг/сут.), ридазинном (75 мг/сут.), отмечено значительное улучшение. Около полугода принимала данные препараты, работала продавцом-консультантом, состояние было удовлетворительным. В 26 лет уехала в Египет, отказавшись перед этим от приема ламиктала и ридазина («Не хотела там показывать, что болею»). Выйдя замуж, 1,5 месяца чувствовала себя хорошо, затем появилось недовольство, что «квартира, в которой жила – маленькая, город – грязный». Со слов, муж начал избивать Ш. по непонятной ей причине. Стала возбужденной. Муж позвонил матери, сказав, что у Ш. появилось неадекватное поведение. По настоянию матери вернулась домой, не хотела готовить, убирать, вела себя неадекватно, нецензурно выражалась, говорила, что любит «другого человека по имени Мотя». Возобновилась агрессия по отношению к матери. Поступила в психоневрологическое отделение, предъявляя жалобы на раздражительность (затем возникли головная боль, беспокойство, волнение, рассеянность). В беседу вступала охотно. Отмечала, что характер у неё спокойный, но «иногда раздражаюсь». На вопросы отвечала односложно. Была манерной, демонстративной, с элементами расторможенности. Периодически в беседе становилась раздражительной, несдержанной, особенно, когда речь заходила о «выяснении отношений» с матерью. Неправильное поведение дома и конфликты с матерью отрицала. Считала, что «необходимо подлечиться после того, как пережила стрессовую ситуацию в Египте». Требовала к себе повышенного внимания. Критика к своему состоянию была формальной. Экспериментально-психологически (при поступлении): ассоциативная расторможенность, стереотипность и расплывчатость ассоциаций, нарушение целенаправленности, непоследовательность, паралогичность и некритичность суждений; пиктограмма: рисунки неадекватны, персеверативны, с атипичским расположением, воспроизведено 1 слово из 10; методика нахождения аналогий: выполнение затруднено; тест СМИЛ: недоверительность результатов (F-K=40), психопатические экспансивно-паранойяльные личностные особенности; тест Люшера: эмоциональная неадекватность, диссоциация переживаний с включениями моральной ипохондрии в виде опасения неадекватности поведения, с психической напряженностью и отчужденностью самосознания,

нарушением целевой и мотивационной структуры деятельности. Сомато-неврологически – без патологии. Диагностировано диссоциативное расстройство, назначены санапакс (60 мг/сут.), трифтазин (30 мг/сут.), азалептин (50 мг/сут.), амитриптилин в/м (40 мг/сут.). Вечером, через 33 часа после поступления в отделение, развился приступ в виде падения, отсутствия сознания, напряжения мышц всего тела, клонических судорог рук, слюнотечения, пены у рта, отсутствия реакции зрачков на свет, длительностью 3 минуты. Затем около 15 минут находилась в оглушенном состоянии, была заторможенной. После приступа: АД 120/80 мм рт. ст., болела голова, долго не могла заснуть. Утром приступ амнезировала, жаловалась на сильную мышечную боль («будто меня побили»). Консультирована невропатологом: «В момент осмотра определяется органическая неврологическая симптоматика. Состояние после эпилептического приступа». Консультирована терапевтом: «Со стороны внутренних органов в момент осмотра патологии не выявлено». Переведена в эпилептологическое отделение психиатрической больницы с диагнозом «эпилептическая энцефалопатия с наличием психотических эпизодов, в том числе, в структуре сумеречных расстройств сознания, единичный приступ *grandmal*, пароксизмы типа простых парциальных с психическими непсихотическими нарушениями (на фоне обрыва лечения ламотриджином) (F06.8)». Большие судорожные приступы в дальнейшем не возникали. Лечилась в эпилептологическом отделении, затем находилась там повторно (в связи с сохранявшимся психопатоподобным поведением). Нерегулярно принимала ламотриджин (100-150 мг/сут.). Конфликтовала с матерью, избивала её, не работала. После смерти матери оформила группу инвалидности, проживает самостоятельно, поддер-

живая отношения с братом.

На основании выше описанного можно сделать следующие выводы о психопатологии эпилептической энцефалопатии.

1. Одним из психопатологических феноменов эпилептической энцефалопатии являются рефлекторные галлюцинации.

2. Интенсивность психических расстройств может достигать степени выраженного психотического состояния, с нарушением сознания и амнезией.

3. Течение заболевания сопровождается периодическим возникновением бредового восприятия, бредоподобных (сверхценных) проявлений (в том числе, страха заражения при зрительном контакте, страха смерти вследствие «взгляда икон», идей особого значения, связанных со смертью), аутометаморфозий, зрительных, вкусовых, тактильных галлюцинаций и феноменов, напоминающих слуховые галлюцинации, парейдолий с дисморфофобиями.

4. Ухудшения состояния сопровождаются усталостью, тревогой, депрессией с суицидальными идеациями, раздражительностью.

5. Отмечены истерические личностные черты, эгоцентризм, нелепое, психопатоподобное поведение с тенденцией к дисфориям, наследственная отягощенность в этом отношении, различные уровни социальной адаптации, сохранный или измененный интеллект больных.

6. Отсутствует верифицированная органическая неврологическая патология, присутствует патологическая ЭЭГ-активность в височной (лобно-височной) области.

7. Антипсихотики оказались неэффективными, а в некоторых случаях ухудшали психическое состояние больных, в то время как с помощью антипароксизмальных препаратов удавалось добиться отчетливого улучшения.

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Гостюк И.М.², Федоровская И.В.², Побережная Н.В.¹

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: эпилептическая энцефалопатия, скрытая эпилепсия, психические расстройства при эпилепсии. В рамках скрытой эпилепсии описываются самые разнообразные психические нарушения, которые в настоящее время продолжают оставаться недостаточно изученными и могут рассматриваться как эпилептическая энцефалопатия.

Цель исследования заключалась в описании психических расстройств при непароксизмальной эпилепсии (эпилептической энцефалопатии).

Материал и методы исследования: клинко-психопатологическое, экспериментально-психологическое, электроэнцефалографическое исследование 3 больных с психическими расстройствами при непароксизмальной эпилепсии (в последнем случае отмечен единичный большой судорожный приступ на фоне отмены ламотриджина).

Результаты и их обсуждение. Интенсивность психических расстройств при эпилептической энцефалопатии, одними из которых являются рефлекторные галлюцинации, может достигать степени выраженного психотического состояния, с нарушением сознания и амнезией. Течение заболевания сопровождается периодическим возникновением бредового восприятия, бредоподобных (сверхценных) проявлений (в том числе, страха заражения при зрительном контакте, страха смерти вследствие «взгляда икон»,

связанных со смертью идей особого значения), аутометаморфозий, зрительных, вкусовых, тактильных галлюцинаций и феноменов, напоминающих слуховые галлюцинации, парейдолий с дисморφοфобиями. Ухудшения состояния сопровождаются усталостью, тревогой, депрессией с суицидальными идеями, раздражительностью. Характерны истерические личностные черты, эгоцентризм, нелепое, психопатоподобное поведение с тенденцией к дисфориям, наследственная отягощенность в этом отношении. Возможны различные уровни социальной адаптации, сохраненный или измененный интеллект больных. Отсутствует верифицированная органическая неврологическая патология, присутствует патологическая ЭЭГ-активность в височной (лобно-височной) области. Терапия антипсихотиками была не только неэффективной, но и в некоторых случаях ухудшала психическое состояние больных, в то время как с помощью антипароксизмальных препаратов удавалось добиться отчетливого улучшения.

Выводы. Психические расстройства при эпилептической энцефалопатии полиморфны как в качественном отношении, так и в отношении их клинической выраженности. Терапия антипсихотиками была не только неэффективной, но и в некоторых случаях ухудшала психическое состояние больных, в то время как с помощью антипароксизмальных препаратов удавалось добиться отчетливого улучшения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 3 (39). — С. 21-27).

Titievsky S.V.¹, Vojevodina V.S.², Gostiuk I.M.², Fedorovskaja I.V.², Poberezhnaja N.V.¹

PSYCHOPATHOLOGY OF EPILEPTIC ENCEPHALOPATHY

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Donetsk, Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medical-Psychological Center, Donetsk

Key words: epileptic encephalopathy, latent epilepsy, mental disorders in epilepsy.

Within the framework of latent epilepsy, a wide variety of mental disorders are described which, at present, remain insufficiently studied and can be considered as epileptic encephalopathy.

Research purpose is to describe mental disorders in non-paroxysmal epilepsy (epileptic encephalopathy).

Materials and methods: clinico-psychopathological, experimental-psychological, electroencephalographic study of 3 patients with mental disorders in non-paroxysmal epilepsy (in the last case there was a single large seizure attack after lamotrigine withdrawal).

Results and discussion. The intensity of mental disorders in epileptic encephalopathy, one of which is reflex hallucinations, can reach a degree of pronounced psychotic state, with impaired consciousness and amnesia. The course of the disease is accompanied by periodic appearance of delusional perception, delusional (overvalued) manifestations (including fear of infection through eye contact, fear of death due to the "look of icons", ideas of special significance associated with the death), autometamorphopsias, visual, taste, tactile hallucinations and phenomena, similar to auditory hallucinations, pareidolias with dysmorphophobia. Deterioration of state is accompanied by fatigue, anxiety, depression with suicidal ideation, irritability. Hysterical personality traits, egocentrism, ridiculous, psychopathic behavior with a tendency to dysphoria, a hereditary burden in this respect are characteristic and typical. Various levels of social adaptation, the preserved or altered intellect of patients are possible. There is no verified organic neurological pathology, there is pathological EEG activity in the temporal (frontotemporal) region. Antipsychotic therapy was not only ineffective, but in some cases worsened the mental state of patients, while with the help of anti-paroxysmal drugs it was possible to achieve a clear improvement.

Conclusions. Mental disorders in epileptic encephalopathy are polymorphic both qualitatively and in terms of their clinical severity. Antipsychotic therapy was not only ineffective, but in some cases worsened the mental state of patients, while with the help of anti-paroxysmal drugs it was possible to achieve a clear improvement. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 3 (39). — P. 21-27).

Литература

1. Наджаров Р.А. О скрытой эпилепсии / Р.А. Наджаров, Н.Г. Шумский // Психиатрия. – 2006. – №1(19). – С.62-73.

2. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства. Руководство для врачей / Л.Р.Зенков. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 280 с.

3. Титиевский С.В. Рефлекторные галлюцинации при наличии патологической ЭЭГ-активности / С.В. Титиевский, В.С. Воеводина // Актуальные проблемы подростково-

юношеской психиатрии. – Москва: ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», 2015. – С. 210-213.

4. Титиевский С.В. Эпизодические квази-психотические нарушения при наличии пароксизмальной активности на ЭЭГ / С.В. Титиевский, И.М. Гостюк // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии. – Москва: ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», 2015. – С. 214-217.

Поступила в редакцию 19.05.2017