

О. К. Напрєєнко¹, д-р мед. наук, проф., В. О. Процик¹, О. А. Двірський²,
Н. В. Шклярєвська³, К. В. Хоменко³

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ),

² Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (м. Сімферополь),

³ Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1 (м. Київ)

ШИЗОФРЕНІЯ ЧИ ЕПІЛЕПТИЧНИЙ ШИЗОФРЕНОПОДІБНИЙ ПСИХОЗ? ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Обговорюється питання співвідношення епілепсії та шизофренії, диференціальної діагностики епілептичних психозів з шизофреноподібною симптоматикою та шизофренії, систематики і лікування епілептичних психозів. Наводиться клінічний приклад хворого з ініціальним шизофреноподібним психозом, з наступним приєднанням генералізованих судомних нападів та повторним поліморфним психотичним нападом, формуванням змін особистості за епілептичним типом, зниженням соціальної адаптації. Надається значення ранній діагностиці ініціальних епілептичних психозів та необхідності лікування протиепілептичними препаратами на початковому етапі захворювання.

Ключові слова: шизофренія, епілепсія, шизофреноподібні розлади, епілептичні психози.

Різні погляди на систематику психічних розладів яскраво відобразились в дискусії про взаємовідношення двох психозів — шизофренії та епілепсії. До цього часу серед спеціалістів дискутуються питання: чи можлива комбінація шизофренії та епілепсії у того ж самого хворого; як таке сполучення відображається на клінічних проявах; чи впливає послідовність появи симптомів шизофренії та епілепсії на особливості клінічної картини; чи є спільні біологічні механізми в генезі шизофренії та епілепсії. Проблема залишається актуальною у зв'язку з нечіткістю критеріїв диференціальної діагностики між шизофреноподібними епілептичними психозами та шизофренією в клінічній практиці; недосконалістю класифікації епілептичних психозів та епілептичних нападів — в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) епілепсія не входить до розділу психічних та поведінкових розладів [1]; неоднозначністю підходів до лікування шизофреноподібних психозів при епілепсії.

Епілепсія відома з джерел, що дійшли до нас з Давнього Єгипту, Давньої Греції та Давнього Риму. Гіппократ (V століття до н. е.) написав трактат «Про священну хворобу». Клавдій Гален ще в I столітті нашої ери розрізняв ідіопатичну та симптоматичну епілепсію. Сам термін «епілепсія» вперше зустрічається в працях Авіценни [2, 3]. Вчення про шизофренію, на відміну від епілепсії, сформувалося лише на початку XX століття і пов'язане з іменами Е. Крепеліна та Е. Блейлера [2—5]. З кінця XIX століття продовжується безперервна дискусія про взаємозв'язок шизофренії та епілепсії. Е. Крепелін підкреслював, що обидва захворювання можуть виникати у одного пацієнта незалежно [4]. П. Б. Ганнушкін вважав, що епілептичні напади можуть спостерігатися при найрізноманітніших душевних захворюваннях [6]. Сполучення шизофренії та епілепсії Т. Д. Гейер назвав «шизоепілепсією» у 1936 році [7]. В. С. Поздняков, вивчаючи взаємозв'язок епілептичного та шизофренічного

процесів, зауважував, що «в тих рідкісних випадках, коли в мозку хворих на шизофренію виникає стійке епілептичне вогнище, відбувається трансформація клінічної картини захворювання від типової для шизофренії через *шизоепілепсію* до епілепсії з рисами атиповості». За автором, «у всіх хворих на шизофренію, яка ускладнилась епілептичним процесом, останній став домінуючим в картині хвороби» [8].

А. О. Двірський, допускаючи можливість приєднання шизофренічного процесу до епілепсії, відмічав, що вірогідність виникнення пароксизмальних розладів при шизофренії невелика, але можлива. При сполученні епілепсії та шизофренії закономірно спостерігається епілептичне забарвлення шизофренічної симптоматики і навпаки. А. О. Двірський запропонував клініко-генетичну концепцію сполучення цих ендогенних психозів, відстоюючи право на існування термінів «*шизоепілепсія*» та «*епішизофренія*», та дійшов висновку, що існує певний антагонізм шизофренії по відношенню до епілепсії, але не інакше [9]. За твердженням А. О. Двірського фактор спадкової обтяженості шизофренією спричиняє модифікуючий вплив на клінічні прояви епілепсії [10].

Торкаючись проблеми «екзогенних чи симптоматичних шизофреній», поняття «кола шизофренії», автори німецького фундаментального керівництва з клінічної психіатрії стверджують, що шизофреноподібні — тимчасові чи стійкі — стани при епілепсії носять органічний характер і з шизофреніями нічого спільного не мають [11]. Навіть, якщо психоз відповідає критеріям шизофренічного процесу, але він асоційований з епілепсією, за D. Blumer, такий розлад не може бути ідентифікований як шизофренія [12]. Розглядаючи можливість сполучення шизофренії та епілепсії, А. І. Болдирєв дійшов висновку, що доказом симптоматичного характеру шизофреноподібних психозів може бути ефективність антиконвульсантів при їх лікуванні, а також той факт, що після редукції шизофреноподібної симптоматики в клінічній картині проявляються характерні для епілепсії зміни особистості та зниження інтелекту. Автор вважає, що психози з шизофреноподібною симптоматикою у хворих на епілепсію нема підстав розглядати як комбінацію двох захворювань [13].

В поглядах на діагностику та класифікацію шизофренії та епілепсії простежується певна динаміка. Діагностичні критерії епілепсії розширились, що відображено в МКХ-10 [1]. Діагностичне поле шизофренії, навпаки, звузилось, оскільки деякі синдроми, що вважались притаманними лише шизофренії, описані також при інших розладах.

На сьогодні існує багато класифікацій епілепсії. Найбільш прийнятними є такі: Міжнародна класифікація протиепілептичної Ліги (1989) та МКХ-10. За Міжнародною класифікацією протиепілептичної Ліги

епілепсії поділяють з огляду на два критерії — осередок ураження (фокальні та генералізовані) та етіологію (ідіопатичні, симптоматичні та криптогенні) [14]. Однак, як вказують О. З. Голубков, О. К. Напрєєнко, така градація не є досконалою, адже в динаміці хвороби можуть змінюватися як локалізація ураження, так і клінічна структура нападів [15].

В МКХ-10 епілепсія не входить у клас V — «Психічні та поведінкові розлади». Вона віднесена до класу VI — «Хвороби нервової системи»: G40 — епілепсія, G41 — епілептичний статус. Епілептичні психічні розлади відображені в МКХ-10 в рубриці «Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади» — F 0. Зокрема, «Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад внаслідок епілепсії» — F 06.23; «Органічний розлад особистості у зв'язку з епілепсією» — F 07.03; «Деменція при епілепсії» — F 02.8 [1].

Проте, специфіка психопатології при епілепсії у цих класифікаціях відображена недостатньо, тому доцільно приділити їй належну увагу.

Присутність тих чи інших психічних розладів відображена в діагностичних критеріях епілепсії: спадкова обтяженість епілепсією чи іншими психічними розладами або органічне ураження головного мозку внаслідок перенесених черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, перинатальної патології, порушення обміну речовин, інтоксикацій, судинних захворювань мозку тощо, що призводять до розвитку епілептичної хвороби; епілептичні напади, механізм розвитку яких пов'язаний з гіперсинхронними нейронними розрядами; психози на фоні потьмареної та непотьмареної свідомості; афективні розлади, переважно у формі дисфорій; формування стійких порушень психіки (специфічні зміни особистості); прогредієнтність перебігу (зміна одних типів нападів на інші, поява епілептичних психозів, формування специфічних змін особистості та епілептичної деменції); характерні для епілепсії зміни на електроенцефалограмі, відсутність ознак грубоорганічного ураження головного мозку [13, 14, 16].

В фундаментальних керівництвах з психіатрії за редакцією А. В. Снежневського (1983) та А. С. Тіганова (1999) описані психотичні розлади при скроневій епілепсії та прихованій (психічній) епілепсії. Епілептичні психози поділяються на гострі та хронічні. Гострі в свою чергу на гострі епілептичні психози з потьмаренням свідомості (присмерковий розлад, епілептичний онейроїд) та без потьмарення свідомості (гострі параноїди — «маячення сприйняття» за К. Jaspers та гострі афективні психози). Хронічні епілептичні психози включають паранояльні, галюцинаторно-параноїдні, парафренні та кататонічні [17, 18].

Дослідження психозів при епілепсії викладено в монографії Б. А. Казаковцева, який запропонував таку їх класифікацію за тривалістю та типом перебігу: 1. Транзиторні (гострий початок, швидке закінчення, тривалість від декількох годин до декількох днів — афективні розлади, тривога з ідеями стосунку, отруєння, переслідування, галюцинаторно-маячні стани, люцидна кататонія, онейроїдна кататонія, сутінкові стани, делірій). 2. Нападоподібні психози (більш розтягнутий початок і закінчення, тривалість від декількох тижнів до декількох місяців — афективні, афективно-маячні, маячні, кататонічно-параноїдні, кататонічні напади). 3. Хронічні

(афективно-маячні, афективно-маячні зі схильністю до систематизації маячних ідей, афективно-маячні з галюцинаторними розладами, афективно-маячні з кататонічними розладами, кататонічні з афективно-маячними компонентами [19].

Серед епілептичних психозів з розладами свідомості О. З. Голубков, О. К. Напрєєнко (2001) виокремлюють такі: а) *епілептичний делірій* (з розладом предметної орієнтації, з яскравими зоровими галюцинаціями, маренням переслідування, страхом, гнівом і відповідною поведінкою); б) *епілептичний онейроїд* (з розладом переважно предметного орієнтування, фантастичними за змістом зоровими галюцинаціями та ілюзіями, збудженням або ступором); в) *епілептичний ступор* (з руховою загальмованістю на тлі сутінкового розладу, галюцинаціями та маяченням). До психопатологічних пароксизмів із зміненою свідомістю або сноподібним станом з фантастичними переживаннями дереалізації й деперсоналізації належать і так звані апперцептивні ілюзії (ілюзії ніколи не пережитого та вже пережитого, не бачені та вже бачені). Автори виокремлюють такі гострі психози без розладів свідомості: а) *епілептичний параноїд* (маячення переслідування, ілюзії та галюцинації); б) *епілептична депресія* (з тривогою, ажитацією, ідеями самозвинувачення); в) *епілептична манія* (ейфоричне або екстатичне тло, ідеї переоцінки особистості). До хронічних епілептичних шизофреноподібних психозів відносять паранояльний, параноїдний, галюцинаторно-параноїдний та кататонічний [15].

В літературі, присвяченій психозам при епілепсії, вживаються терміни — «шизофреноподібні психози», «шизоепілепсія», «симптоматична шизофренія» [20]. В дискусії про «симптоматичну шизофренію» зазначається, що при одночасному виникненні симптомів шизофренії та органічного ураження центральної нервової системи стан зазвичай розглядається як органічний мозковий синдром. До органічних уражень головного мозку, що можуть продукувати вторинний шизофренічний синдром, М. Гельдер, Д. Гет, Р. Мейо відносять в першу чергу *скроневу епілепсію* [21].

В численних публікаціях останніх років [22—26] обговорюються перііктальні, іктальні та інтеріктальні психози в залежності від часу їх появи по відношенню до нападів. Перііктальні психози включають преіктальні, що передують нападу та фактично переходять в нього, та постіктальні, що виникають після нападу. Іктальні психози фактично є психічним еквівалентом простики та складних пароксизмів. Інтеріктальні психози виникають на фоні ясної свідомості через деякий час після завершення нападів. В клінічній картині цих психозів при епілепсії на перший план виступають симптоми 1-го рангу за Шнайдером, притаманні шизофренічному процесу, що зумовлює діагностичні труднощі [26]. При інтеріктальних психозах К. Kanemoto [22] описує слухові галюцинації, відкритість думок, маячні ідеї переслідування та впливу, маячне сприйняття, що при відсутності нападів дозволило б діагностувати параноїдну шизофренію. Клінічна картина епілептичних психозів здебільшого окреслена *позитивними* синдромами: галюцинаторними, галюцинаторно-параноїдними, паранояльними, парафренними, кататонічними [23, 24]. Для епілептичних шизофреноподібних психозів не характерна притаманна шизофренії *негативна* симптоматика — зниження

енергетичного потенціалу, аутизм, дисоціація психічних процесів. Натомість, при епілепсії спостерігаються специфічні зміни особистості, що складаються з трьох компонентів: емоційні, поведінкові та когнітивні розлади. На ранніх етапах переважають емоційно-поведінкові компоненти, на пізніх — поведінкові та когнітивні (інтелектуально-мнестичні) складові. В разі несприятливого перебігу епілепсії до афективних розладів (афективна грузькість, експлозивність, імпульсивність), змін особистості (егоцентризм, педантизм, іпохондричність) приєднуються специфічні порушення інтелектуально-мнестичних функцій (сповільненість, погана рухливість, грузькість мислення, торпідність, схильність до деталізації, амнестична олігофазія, зниження пам'яті) [12, 13, 27]. Найшвидше характерологічні зміни формуються при скроневої епілепсії з ініціальними психічними нападами з продуктивною психопатологічною симптоматикою та наступним приєднанням судомних нападів. Майже у 25 % таких пацієнтів в динаміці з'являються затяжні пароксизмальні психічні розлади. Приєднання великих судомних нападів та епізодичних психотичних станів до ініціальних психічних нападів означає несприятливий варіант перебігу процесу з тенденцією до формування епілептичної деменції [28, 29]. Основою для формування епілептичних змін особистості та специфічних когнітивних порушень при скроневої епілепсії вважається первинне чи вторинне ураження головного мозку у формі локально-регіональної та дифузної енцефалопатії. Перевага локально-регіональних вогнищевих змін, що зумовлюють розряди в головному мозку, в сполученні з дифузними енцефалопатичними порушеннями, зумовлюють розвиток переважно транзиторних постіктальних та інтеріктальних психозів, тоді як переважання стійкої дифузної енцефалопатії в порівнянні з розрядною епіактивністю сприяє розвитку інтеріктальних затяжних та хронічних психозів за умови скроневої форми епілепсії [30, 31].

На сучасному етапі діагноз епілепсії повинен бути клініко-електро-анатомічним. Необхідно мати повний опис нападів медиками або родичами, клінічне обстеження, електроенцефалографічне підтвердження, проведення методів нейровізуалізації. Фокальні кортикальні дисплазії верифікуються при використанні комп'ютерної томографії (КТ) в 5 %, магнітно-резонансної томографії (МРТ) — в 80 %, позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) — до 100 % випадків. Але усе ж такі клінічні критерії залишається основним. Слід надавати перевагу клінічним проявам психічних нападів, а не даним електроенцефалографії (ЕЕГ), тому що епілептичні психічні напади можуть супроводжуватись фокальною або генералізованою епілептогенною активністю, але в деяких випадках клінічні напади не відображаються на електроенцефалограмі [29].

В численних публікаціях автори торкаються особливостей перебігу зазначених психозів. На відміну від шизофренії шизофреноподібні епілептичні психози з транзиторним перебігом так чи інакше пов'язані з епілептичними судомними пароксизмами, які частіше передують психозу. При шизофренії ритм загострень більш «індивідуалізований». Сприятливий та середній тип прогредієнтності вважають більш притаманним шизофренії (якщо проводити порівняння з рекурентною шизофренією), тоді, як несприятливий перебіг,

значну прогредієнтність та швидке наростання дефекту відзначають при епілепсії з психічними нападами [12, 19, 27, 29].

Щодо лікування хворих з епілептичними психозами існують такі рекомендації: 1) оптимізація терапії антиконвульсантами (виключення барбітуратів) з наданням переваги монотерапії карбамазепіном, вальпроатами, ламікталом; 2) інтермітуюче, а при затяжних і хронічних психозах регулярне симптоматичне лікування з огляду на основний психопатологічний синдром (антипсихотики, антидепресанти та ін.); 3) соціо- та психотерапія. При іктальних та постіктальних психозах рекомендоване застосування різних форм введення діазепаму або хлорпромазину (знижують поріг судомної готовності) на початкових етапах нападу. Принциповою умовою профілактики зазначених психотичних розладів вважається забезпечення стійкої ремісії переважно шляхом безперервної монофармакотерапії [14].

Епілепсія, що дебютує психічними нападами, часто обумовлює діагностичні труднощі в медичній практиці, особливо в диференціальній діагностиці шизофреноподібних епілептичних психозів з шизофренією. Питання ранньої діагностики, диференціальної діагностики та особливостей динаміки цієї форми епілепсії недостатньо вивчені, незважаючи на те, що вони мають важливе значення як для проведення ранньої профілактичної терапії, так і реадaptaційних заходів.

Нижче наводимо історію хвороби пацієнта, у якого гострий шизофреноподібний психотичний розлад спочатку був віднесений до шизофренічної групи, а при наступному загостренні — до органічного розладу внаслідок епілепсії.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, катamnестичний, електроенцефалографічний, магнітно-резонансна томографія.

Хворий П., 21 рік, чоловік. Двічі був госпіталізований у Київську міську клінічну психоневрологічну лікарню № 1 (КМКПНЛ № 1). Вперше лікувався стаціонарно, з 19.05.10 по 28.05.10, з діагнозом: Гострий шизофреноподібний психотичний розлад без зв'язку з гострим стресом. Параноїдний синдром. F 23.20. Вдруге — з 01.02.11 по 01.03.11, з діагнозом: Гострий шизофреноподібний психотичний розлад органічного походження внаслідок епілепсії. F 06.23.

З анамнезу: Старший брат пацієнта лікувався у зв'язку з шизофреноподібним розладом (F 23.2). Народився третім з 5-ти дітей в сім'ї віруючих (п'ятидесятники). Відмічено обвиття пуповиною, асфіксію в пологах. Закінчив школу з успішністю нижче середнього рівня, ПТУ за спеціальністю автослюсар, працював на станції технічного обслуговування (СТО), на протязі року до захворювання займався лакофарбовими роботами. В анамнезі гострі респіраторні захворювання. За характером спокійний, слухняний, дотримується соціальних норм та сімейних релігійних традицій. Спілкування обмежене колом сім'ї та віруючих. На роботі характеризується ретельним виконавцем.

Психічний стан вперше змінився навесні 2010 року, коли пацієнт став задумливим, різким, наперекір батькам купив комп'ютер, мало спав, з'явилися зауваження на роботі. На початку травня потрапив в аварію. Зі слів пацієнта, перебуваючи за кермом, «відключився»; як трапилася аварія не пам'ятає; опритомнівши, з'ясував, що вдарився обличчям об кермо, мали місце носова кровотеча, запаморочення, головний біль. Після оформлення дорожньо-транспортної

пригоди (ДТП) самостійно приїхав додому на власній машині. Декілька днів по тому продовжував ходити на роботу, але самопочуття погіршувалось, турбував головний біль, був невпевненим, дратівливим, робив помилки, зіпсував автомобіль замовника. Зі слів пацієнта «щось незвичне відбувалося з головою», було відчуття, що «мозок відділяється від голови». Перед госпіталізацією дві ночі не спав, поводився дивно. Зі слів батьків не впізнавав рідних, був розсіяним, загальмованим, «застигав», не відповідав на запитання. Намагання батьків зробити йому комп'ютерну томографію голови в діагностичному центрі виявились марними: чинив опір, виконував неадекватні дії, стереотипно кланявся, повторював фразу «є життя вічне, є світ потойбічний». В діагностичний центр було викликано спеціалізовану психіатричну бригаду (СПБ). Під час госпіталізації в психіатричній стаціонар (19.05.10 р.) спостерігалась кататоноподібна симптоматика, пацієнт був мучливим, негативістичним, з порушенням орієнтування. Обставин госпіталізації не розумів.

Психічний стан у відділенні: Контакт непродуктивний. На запитання відповідає після паузи, часто замовкає, перепитує лікаря, відповідає не по суті запитання. Розгублений, дезорієнтований. Після пояснення, що він у лікарні, говорить: «так це означає, що є потойбічне життя». Емоційно неадекватний. Мислення аморфне, паралогічне. Критика відсутня. При наступному спілкуванні розповів, що відчував себе учасником суду над власною душею, «йшла війна двох протидіючих сил (Бога та диявола) за його душу», бачив картину «судилища», себе, директора СТО, який доповідав характеристику перед судом, чув молитви, голоси, «поряд молилась мати». Вважає, що «порятували» його молитви. Реальні події того періоду не пам'ятає. В подальшому спостерігались маячні ідеї впливу, відчуття вторгнення в його думки, керування думками. В стаціонарі отримувал зипрексу, сонапакс, сибазон. В процесі лікування спостерігалась позитивна динаміка: редукція продуктивної психопатологічної симптоматики, упорядковані поведінки, вирівнювання емоційного фону. Але критика до перенесеного стану подвійна, нема усвідомлення хворобливого характеру переживань. 28.05.10 р. (через 10 днів) виписаний на прохання батьків з рекомендаціями продовжити лікування амбулаторно. Рекомендація лікаря не виконував.

21.06.10 р. у пацієнта вперше було зареєстровано судомний напад, 06.07.10 р. — повторний генералізований судомний напад, у зв'язку з чим пацієнт був госпіталізований в неврологічне відділення Центральної районної лікарні № 5, де його обстежували 3 дні, та був виписаний з рекомендацією приймати карбамазепін 600 мг/доб. Лікування пацієнт не приймав, тому що батьки поклалися на молитви. При цьому стан був нестабільний, судомні напади з прикусом язика спостерігались 1—3 рази на місяць. Стан різко погіршився у січні 2011 року, коли у пацієнта частота судомних нападів збільшилась до 6 разів на місяць, останній мав місце 28.01.11 р.

Психічний стан гостро змінився 31.01.2011 р. Вночі не спав, безперервно ходив по квартирі, став збудженим, м'яв руками живіт, глибоко дихав, зітхав, вигинався, дмухав до розеток. Став дратівливим, злим по відношенню до батьків, не впізнавав їх. В день госпіталізації проявляв агресію до батька, плюнув на матір, почав бити кулаками в стіну. 01.02.2011 р. батьки викликали СПБ, пацієнта госпіталізували в МКПНЛ № 1. Пам'ятав людей, котрі за ним приїхали, відчував неприємний запах від співробітників СПБ, не розумів, що його госпіталізують у лікарню, вважав, що кудись везуть з поганими намірами.

Психічний стан у відділенні: Пацієнт орієнтований, напружений, дратівливий, імпульсивний. До питань ставиться насторожено. Під час зустрічі з батьком у пацієнта розвинувся

стан психомоторного збудження, агресії, повідомив, що від їжі, яку приніс батько, йде неприємний запах, запідозрив, що його хочуть отруїти. Пояснив, що вдома, «зрозумів», що це не його батьки, а підставні, розізлився, що його «розігрують», «обманюють», «щось утаюють», «відвертаються» від нього. Виникли дивні відчуття в тілі, а саме в ділянці живота, здавалось, що його тіло змінюється, заявляв, що «жир на животі перетворюється на золото», та, що він «весь стає золотим», перетворюється на «золотого хлопчика», навіть бачив як «золото блищить». Живіт масажував, щоб полегшити «преробіток жиру у золото». Робив це настільки інтенсивно, що довгий час зберігались множинні петехіальні крововиливи на передній черевній стінці. Відчував дивний запах, гадав, що його «пускають» через розетку. На виході з психотичного стану відмічалася легка екзальтація, розгальмованість, нав'язливість, багатомовність але в той же час монотонність, непродуктивність, застрягання. Мислення надмірно деталізоване, загальмоване. Критика поверхнева. Лікування приймає добровільно.

Патопсихологічний висновок: в ситуації обстеження в бєсїду вступає з охотою, детально розповідає про себе. Мова з надмірною деталізацією, недостатньо граматично структурована. Відмічається тенденція досліджуваного демонструвати визнання соціальних норм, догматичну прихильність до сімейних релігійних принципів. Словарний запас обмежений, використовує вербальні штампи, що прийняті у його сім'ї, а також слова паразити: «ну, це, як це». Емоційний фон нестійкий. На уточнюючі коментарі, інструкції експериментатора легко дратується, стає напруженим, пояснює це тим, що йому здається, що його «вважають хворим», «мені здається, що Ви насміхаєтесь наді мною». Відмічається егоцентризм настанов (підкреслене протиставлення оточенню своїх сімейних цінностей).

Мотиваційний компонент задовільний. Критика до свого стану часткова. Суперечливі чи непослідовні висловлювання, помилкові рішення корегуються важко. Демонструє інтелектуальну малоємкість: говорить, що ніколи не чув такої приказки, ніколи таке йому не зустрічалося, «тут все заплутано...».

Темп простих сенсомоторних реакцій уповільнений, з ознаками виснажливості за гіпостенічним типом. Крива виснажливості: 1:27, 1:00, 1:22, 1:34, 1:37. Активна увага характеризується недостатньою стійкістю, утрудненою вибірковою та перемиканням. Обсяг пасивної уваги звужений.

Мнестична функція знижена, крива запам'ятовування: 5, 4, 8, 7, 7, 7 рет. — 6 слів, однак завдання на асоціативні запам'ятовування виконує з більш високими показниками (в піктограмах по малюнках відтворює 9 слів, в завданнях на запам'ятовування речень за допомогою експериментатора відтворює фрази в уповільненому темпі, але повністю.)

Мислення надмірно деталізоване. Процеси мислення тугорухомі. При виконанні методики класифікації понять склав 20 груп замість потрібних 3—4: окрему групу склали лебеді та риби, оскільки «плавають у воді», окремо півень — «він не літає та не плаває, хоча він птах, але ходить по землі»; і т. п. Виявляючи схильність до надмірної деталізації, має труднощі у підборі узагальнюючих слів. Судження мають характер деталізованого резонерства. У поясненні прислів'їв спостерігається конкретність мислення. Ускладнені процеси аналізу — синтезу, селекції інформації.

При інтерпретації коміксів Бідструпа гумористичний підтекст не виділяє, переносить зміст оповідання, цілісний сюжет передати не може. Уривчасто перераховує та інтерпретує видиме кожної картинки та не синтезує в цілісну історію, показуючи застрягання на окремих деталях, зниження цілеспрямованості мислення. Інколи відмовляється виконувати завдання, пояснюючи це релігійними канонами

сім'ї: на прохання скласти розповідь по картинках коміксу Бідструпа «Перевтілення», де зображений чоловік, що випиває, відповідає: «в моїй родині такого ніколи немає, в моїй родині так не прийнято, я не буду це пояснювати...»

Звичні аналогії проводить з помилками. Асоціативний процес недостатньо адекватний: піктограми примітивні, хаотично розташовані, з множинними стереотипами людських фігур, атрибутивні, конкретні.

Проявляє емоційну нестабільність при зіткненні з незнайомою ситуацією чи завданням. Емоційний підтекст в малюнках ТАТ (тематичний апперцептивний тест) виділяє слабо, відчуває складнощі в розпізнаванні емоційних станів. Самооцінка нестабільна, недостатньо критична.

При дослідженні індивідуально-особистісних особливостей за методикою ММРІ повного варіанту цікавився: чи можуть його близькі допомогти йому заповнити тест, оскільки потрібно перечитувати кожне твердження по 4—5 разів. Профіль виявився недостовірним, показники всіх трьох шкал достовірності були вище допустимих ($L = 86$, $F = 90$, $K = 85$ Т. б.). Це може бути пов'язано зі зниженою працездатністю, швидкою втомлюваністю та труднощами у вірному розумінні тверджень, а також з намаганням показати себе з кращого боку в контексті родинного виховання, заперечуючи в своїй поведінці слабкості, притаманні кожній людині, спеціально чи несвідомо приховуючи психологічні проблеми, емоційне напруження.

Таким чином, на першому плані надмірна деталізованість, в'язкість процесів мислення, недостатність рівня процесів узагальнення, відволікання, зниження мнестичних функцій, труднощі в переключенні уваги, емоційна нестабільність.

Соматичний стан та результати аналізів без патології.

Огляд окуліста: Очне дно в нормі. Неврологічний стан: Залишкові явища органічного ураження головного мозку.

ЕЕГ: На фоновому записі реєструються помірні дифузні зміни з ознаками локальної патології в правих лобно-скроневих ділянках. Іритативні зміни не спостерігаються. При гіпервентиляції — ознаки дисфункції діенцефально-стовбурових структур, відмічається посилення синхронізації коркових ритмів на фоні чого реєструється пароксизмальна активність у вигляді розрядів білатерально-синхронних хвиль.

МРТ: Середні структури мозку не зміщені. Мостомозжечкові кути, селярні, преселярні ділянки, в т. р. ділянка хіазми не змінені. Кортико-медулярна диференціація чітка. Шлуночки мозку не розширені, без деформації. Підпаутинні зони у межах норми. Пневматизація біляносових пазух, сот скроневих кісток не порушена.

Лікування: Сибазон 0,5 %—2,0 в/м, галоприл 5 мг/добу, потім рисет 3 мг/добу, карбамазепін 800 мг/добу, у зв'язку з недостатньою ефективністю — комбінація з вальпрокомом 900 мг/добу, групова та індивідуальна психотерапія.

Виписаний у задовільному стані з рекомендаціями диспансерного спостереження психіатра (епілептолога), продовження лікування амбулаторно — карбамазепін 800 мг/добу, вальпроком 1000 мг/добу (з подальшим переходом на монотерапію).

Таким чином, спадкову обтяженість (шизофреноподібний розлад, віднесений до шизофренічної групи), змінений «ґрунт» (перинатальна патологія, токсичний вплив лаків та фарб, черепно-мозкова травма невістановленої важкості) слід вважати прогностично несприятливими факторами як для перебігу шизофренії, так і епілепсії. Незважаючи на преморбідні особливості у вигляді надмірної слухняності та підкресленої чемності, значної залежності від батьків та релігійних догматичних норм,

поганої успішності в школі, малоємкості та обмеженості, хворий до травня 2010 року був соціально адаптованим, без скарг на стан здоров'я, працював, кермував автомобілем.

Появі психотичних симптомів передували короткий ініціальний період астеничних, загальносоматичних проявів, порушення сну, нестійкості афектів. В подальшому швидко наростала розгубленість, маячний настрій та маячна поведінка. Спостерігались сенестопатії з характером кінестетичних галюцинацій (відчуття, що «мозок відділяється від голови»). На протязі доби розгорнулася клінічна картина гострого афективно-маячного нападу з симптомами чуттєвого маячення, хибними впізнаваннями, маяченням інтерметаморфозу, кататонічними включеннями. Закономірною була кульмінація у вигляді онейроїдно-кататонічної симптоматики зі сновидним потьмаренням свідомості, антагоністичним маяченням, ілюзорно-фантастичними переживаннями релігійного змісту, глибокою деперсоналізацією та дереалізацією, відгородженістю від оточуючого, подальшою амнезією реальних подій та здатністю відтворити свої фантастичні переживання. В стаціонарі пацієнт був емоційно неадекватним, зберігався фон маячного настрою, спостерігались елементи синдрому Кандинського — Клерамбо. На фоні застосування антипсихотиків відбулася досить швидко редукція продуктивної психопатологічної симптоматики без достатньої подальшої критики до перенесеного стану.

Аналізуючи клінічну картину першого шизофреноподібного нападу у нашого хворого, ми прийшли до висновку, що підстав для проведення диференціальної діагностики з епілептичним психозом на той час не було. Психотичний напад, хоч і був швидкоплинним, але простежувались всі стадії розгортання гострого афективно-маячного нападу, характерного для рекурентної шизофренії. Симптомів органічного ураження головного мозку не спостерігалось. Більш детальне обстеження пацієнта не проводилось внаслідок своєрідної позиції батьків пацієнта та їх наполягання на виписці з лікарні.

Таким чином, при першій госпіталізації, на підставі типової клінічної картини афективно-маячного нападу параноїдної шизофренії з рекурентним типом перебігу, психоз віднесений до шизофренічної групи. У зв'язку з тим, що психічний стан тривав менше місяця, діагноз був кваліфікований як «Гострий шизофреноподібний психотичний розлад без зв'язку з гострим стресом. Параноїдний синдром» — F 23.20.

Через три тижні після виписки, на фоні відсутності будь-якого лікування, у нашого хворого зареєстрований перший судомний напад. На протязі подальших семи місяців повторювались судомні напади з втратою свідомості, прикусом язика, амнезією, збільшенням їх частоти до шести на місяць. Хворий до роботи не приступав. Від лікування відмовлялась сім'я за релігійними мотивами, незважаючи на призначення адекватного лікування карбамазепіном. При різкому збільшенні частоти судомних нападів психічний стан змінювався гостро: не спав, наростали психомоторне збудження, афективна нестійкість, тривога, страх, дратівливість, агресивність. На фоні афективних порушень спостерігались психосенсорні розлади. Домінували сенестопатії з характером галюцинаторної трансформації («жир на

животі перетворюється на золото»), соматосенсорні галюцинації («весь стає золотим», перетворюється на «золотого хлопчика»), деперсоналізація, дереалізація. Вищезазначені симптоми переплітались з маячним сприйняттям та маячною інтерпретацією оточуючого, маяченням інтерметаморфозу, хибними впізнаваннями, справжніми нюховими та зоровими галюцинаціями, несистематизованим маяченням персекуторного змісту, несистематизованими та нестійкими маячними ідеями отруєння. На протязі перебування у відділенні спостерігалась афективна нестійкість та полярність: прояви дисфорії змінювались екзальтацією, розгальмованістю, малопродуктивною багатомовністю, докучливістю. Отже, при другій госпіталізації психотичний напад відрізнявся гостротою, полярністю афектів, непотьмарною свідомістю, неструктурованістю, непослідовністю, поліморфізмом та абортівністю, мінливістю та швидкоплинністю, в той же час яскравістю та чуттєвою забарвленістю проявів. Ретроспективна оцінка стану пацієнта, у якому він не справився з керуванням та спричинив аварію, неоднозначна. Аналіз динаміки захворювання, інформація про судомні напади дали можливість зробити припущення, що за кермом пацієнт, ймовірно, переніс епілептичний пароксизм, а амнезія була епізодичною внаслідок перенесеного епілептичного нападу з втратою свідомості.

За короткий період захворювання сформувалися відчутні зміни особистості та інтелектуально-мнестичних функцій у вигляді ригідності настанов, емоційної нестабільності, застійності та полярності афектів, егоцентризму, недостатньої гнучкості, деталізованості та в'язкості процесів мислення, зниження мнестичних функцій, олігофазії. В той же час відсутні порушення мислення та дефіцитарні симптоми, притаманні шизофренії.

Більшість клініцистів вважають, що переконливих диференціально-діагностичних критеріїв для розмежування епілептичних психозів та психозів аналогічної структури при інших нозологічних формах не існує. Якщо певні психопатологічні відмінності і пропонуються, то диференціально-діагностичне значення таких критеріїв дуже відносно і в діагностиці рекомендують спиратися на зміни особистості [17—19]. Переважна частина випадків епілептичних психозів корелюють з наявністю епілептичного вогнища в правій скроневій ділянці [17—19, 28].

Психопатологічний аналіз клінічної картини та динаміки психозу, результати детального патопсихологічного обстеження, формування дефекту не по шизофренічному, а по епілептичному типу, наявність судомних нападів, пароксизмальна активність на електроенцефалограмі з ознаками локальної патології в правих фронтально-скроневих ділянках дозволяють поставити діагноз епілепсії.

Діагноз за Міжнародною класифікацією протиепілептичної Ліги: Ідіопатична/симптоматична епілепсія внаслідок органічного ураження головного мозку (перинатальна патологія, контакт з токсичними речовинами, черепно-мозкова травма) з правосторонньою фронтально-скроневною локалізацією епілептичного вогнища, несприятливий тип перебігу, з генералізованими тоніко-клонічними нападами середньої частоти (1—6 на місяць), транзиторними шизофреноподібними психозами, помірно вираженими змінами особистості та

інтелектуально-мнестичним зниженням за епілептичним типом. Діагноз за МКХ-10: Гострий шизофреноподібний психотичний розлад органічного походження внаслідок епілепсії. F 06.23.

Таким чином, проблема диференціальної діагностики епілептичних психозів з шизофреноподібною симптоматикою та шизофренії, систематики і лікування епілептичних психозів не втрачає актуальності. Шизофреноподібний психоз, що спостерігався у нашого хворого при маніфестації захворювання, за своїми клінічними проявами нагадував гострий афективно-маячний напад параноїдної рекурентної шизофренії.

Відносно тривалий період захворювання (8 місяців), на протязі якого спостерігались генералізовані судомні напади зі збільшенням частоти, відсутність адекватної терапії призвели до прогресування органічних змін головного мозку. Клінічна картина другого гострого психотичного розладу, що розвинувся після серії генералізованих судомних нападів, відрізнялася за структурою та динамікою (гострота, розмаїття та рудиментарність симптомів, неструктурованість стадій психотичного нападу, мінливість та характер афективних порушень, специфічні зміни особистості), що дозволило відхилити діагноз шизофренії на користь епілептичного транзиторного психозу. Найсуттєвішим критерієм в диференціальній діагностиці епілептичного психозу від шизофренічного слід вважати характер змін особистості та специфічність дефекту. Наявність у нашого хворого характерних змін на електроенцефалограмі, скронево-фронтальна локалізація процесу підтверджують наявність епілепсії з шизофреноподібною симптоматикою.

Критеріями несприятливого перебігу епілептичного процесу у даного хворого слід вважати: молодий вік появи симптомів захворювання, обтяжену спадковість, маніфестацію шизофреноподібним психозом та повторення гострого психотичного стану з характерним патоморфозом, клінічне та електроенцефалографічне підтвердження органічного ураження головного мозку, приєднання генералізованих судомних нападів, швидке формування змін особистості, наявність характерних для епілепсії змін на електроенцефалограмі, скронево-фронтальна локалізація процесу, неадекватність та нерегулярність лікування, висока частота декомпенсацій епілептичного захворювання (госпіталізація), виражене зниження рівня соціальної адаптації.

З метою профілактики розвитку епілептичного дефекту особистості та сприяння соціально-психологічній адаптації хворих доцільна рання діагностика ініціальних епілептичних психозів та лікування протиепілептичними препаратами на початковому етапі.

Список літератури

1. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клінічний посібник / за ред. П. В. Волошина, В. М. Пономаренка, О. К. Напрєєнка, Н. О. Марути [та ін.] — Харків: Аpsic, 2000. — 303 с.
2. Каннабих, Ю. История психиатрии / Ю. Каннабих. — М., 1994. — 516 с.
3. Ходос, Х. Г. Эпилепсия: факты, суждения, выводы / Х. Г. Ходос. — Иркутск, 1989. — 118 с.
4. Крепелин, Э. Учебник психиатрии : пер. с 8-го немецк. перераб. изд. / Э. Крепелин. — М.: Изд-е А. А. Карцева, 1910. — 468 с.
5. Bleuler, E. Руководство по психиатрии / E. Bleuler : пер. с дополн. по посл. 3-му немецк. изд. д-ра А. С. Розенталя. — Берлин: Изд-во т-ва «Врач», 1920. — 538 с.

6. Ганнушкин, П. Б. Об эпилепсии и эпилептоиде / П. Б. Ганнушкин // Труды психиатрической клиники (Девичье поле) — М., 1925. — Вып. 1. — С. 143—148.

7. Гейер Т. А. Проблема шизоэпилепсии (клиника и трудоспособность) / Т. А. Гейер. В кн.: Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них. — М.; Л.: Биомедгиз, 1936. — С. 7—69.

8. Поздняков, В. С. Возможное сочетание шизофрении с эпилепсией / В. С. Поздняков, А. И. Болдырев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Вып. 6. — С. 849—854.

9. Двирский, А. Е. Некоторые клинико-генетические аспекты сочетания эпилепсии и шизофрении / А. Е. Двирский // Там же. — 1983. — Вып. 3. — С. 427 — 430.

10. Двирский, А. Е. Клинические проявления отягощенной шизофренией эпилепсии / А. Е. Двирский, А. Г. Шевцов // Там же. — 1991. — Вып. 6. — С. 28—30.

11. Клиническая психиатрия / [под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера]. — М., 1967. — 832 с.

12. Blumer, D. Psychiatric aspects of epilepsy / D. Blumer. — Washington, 1984. — 345 p.

13. Болдырев, А. И. Психические особенности больных эпилепсией / А. И. Болдырев. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.

14. Дзяк, Л. А. Эпилепсия: Руководство для врачей / Дзяк Л. А., Зенков Л. Р., Кириченко А. Г. — Киев: Книга плюс, 2001. — 168 с.

15. Голубков, О. З. Епілепсія / О. З. Голубков, О. К. Напрєєнко. В кн.: Психіатрія [за ред. проф. О. К. Напрєєнка]. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 372—394.

16. Зенков, Л. Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии) / Л. Р. Зенков. — Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1996. — 358 с.

17. Руководство по психиатрии [под ред. А. В. Снежковского]. — Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — 544 с.

18. Руководство по психиатрии [под ред. А. В. Тиганова с соавт.]. — Т. 2. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.

19. Казаковцев, Б. Ф. Психические расстройства при эпилепсии / Б. Ф. Казаковцев. — М., 1999. — 416 с.

20. Незнанов, Н. Г. Психические расстройства при эпилепсии / Н. Г. Незнанов, М. Я. Киссин. В кн.: Психиатрия : Национальное руководство. — М., 2009. — С. 637—651.

21. Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гет, Р. Мейо. — Киев, 1997. — 300 с.

22. Kanemoto, K. Postictal psychoses, revised / K. Kanemoto. In: The neuropsychiatry of epilepsy / M. Trimble, B. Schmitz (eds.). — Cambridge, 2002. — P. 117—131.

23. Postictal paranoid-hallucinatory psychosis in cryptogenic epilepsy / [Baum P., Kopf A., Hermann W., Wagner A.] // Psychiat. Prax. — 2007. — P. 249—257.

24. Nodkarni, S. Psychosis in epilepsy patients / Nodkarni S., Arnedo V., Devinsky O. // Epilepsia. — 2007. — P. 17—19.

25. Prolonged preictal psychosis in refractory seizures: A report of three cases / [Shukla G. et al.] // Epilepsy & Behavior. — 2008. — P. 346—349.

26. Калинин, В. В. Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии / В. В. Калинин // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 10 (3). — С. 52—56.

27. Болдырев, А. И. Социальный аспект больных эпилепсией / А. И. Болдырев. — М.: Медицина, 1997. — 208 с.

28. Григорьева, Т. Н. Застыжные шизоформные психозы у больных височной эпилепсией / Т. Н. Григорьева // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 4. — С. 38—43.

29. Гаврилюк, З. Д. Варианты динамики эпилепсии, дебютирующей психическими припадками / Гаврилюк З. Д., Гаврилюк А. З., Огиенко Е. З. // Вісник епілептології. — 2010. — № 2 (33—34). — С. 3—7.

30. Карлов, В. А. Эпилептическая энцефалопатия / В. А. Карлов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2006. — Т. 106, № 2. — С. 23—28.

31. Носов, С. Г. Дифференциальная диагностика эпилептических психозов с шизофреноподобной симптоматикой и шизофрении / С. Г. Носов // Вісник епілептології. — 2010. — № 2 (33—34). — С. 22—39.

Надійшла до редакції 26.08.2011 р.

А. К. Напрєєнко¹, В. О. Процьк¹, А. А. Двирський²,
Н. В. Шклярєвська³, Е. В. Хоменко³

¹ Національний медичний університет
імені А. А. Богомольця МЗ України (з. Київ),

² Кримський державний медичний університет
ім. С. І. Георгієвського (з. Сімферополь),

³ Київська городська клінічна психоневрологічна
больниця № 1 (з. Київ)

Шизофрения или эпилептический шизофреноподобный психоз? Описание клинического случая

Обсуждается проблема соотношения эпилепсии и шизофрении, дифференциальной диагностики эпилептических психозов с шизофреноподобной симптоматикой и шизофрении, систематики и лечения эпилептических психозов. Приводится клинический пример больного с инициальным шизофреноподобным психозом и последующим присоединением генерализованных судорожных припадков, повторным полиморфным психотическим приступом, формированием изменений личности по эпилептическому типу, снижением социальной адаптации. Делается акцент на значении ранней диагностики инициальных эпилептических психозов и необходимости лечения противосудорожными препаратами на начальном этапе заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, эпилепсия, шизофреноподобные расстройства, эпилептические психозы.

А. К. Napryeyenko¹, V. A. Protsyk¹, O. A. Dvirsky²,
N. V. Schklyarevskaya³, K. V. Chomenko³

¹ National Medical University (Kyiv)
named after O. O. Bogomolets (Kyiv),

² Crimean State Medical University
named after S. I. Georgievsky (Simferopol'),

³ Kyiv City psychoneurological Hospital № 1 (Kyiv)

Schizophrenia or epileptic schizophrenia-like psychoses? Clinical case description

The following problems are in a focus of the discussion — the schizophrenia and epilepsy correlation problem; differential diagnosis between the epileptic psychosis with schizophrenia-like symptoms and schizophrenia; epileptic psychosis classification and its treatment. The describing example is a clinical case of the patient suffering from the initial schizophrenia-like psychosis, with further addition of the generalized convulsive attack and repeated polymorphic psychotic episode, formation of the epileptic type personality changing, social adaptation decreasing. It is stressed that the early diagnostic of the initial epileptic psychoses is extremely important as well as the necessity of the treatment with the antiepileptic drugs in the starting stage of the disease.

Key words: schizophrenia, epilepsy, schizophrenia-like disorders, epileptic psychoses.