

М.Ш.ДЖАМАНТАЕВА¹, Н.Н.ЛОГАЧЕВА², М.В.МУХАМАДИЕВА³, Л.Е.ЛИ³, А.В.ТОКАРЕВА³

¹-КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии

²-Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии

³-Казахстанско-российский медицинский университет, резиденты кафедры психиатрии, наркологии, общей и медицинской психологии, педагогики и коммуникативных навыков с курсом неврологии

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫЕ ПСИХОЗЫ, СИСТЕМАТИКА, КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В работе представлен аналитический обзор литературы, посвященный изучению эпилептических шизофреноподобных психозов, их систематике, феноменологии, клинике, а также дифференциально-диагностическим признакам психозов при эпилепсии.

Ключевые слова: эпилептические шизофреноподобные психозы, систематика, клиника, дифференциальная диагностика.

Общая заболеваемость эпилепсией в развитых странах, по данным ВОЗ, составляет около 50 случаев на 100.000 населения (WHO, 2014). В развивающихся странах этот показатель выше - от 100 до 190/100000. (не учитываются фебрильные судороги и единичные припадки). Социальные последствия и высокая степень инвалидизации эпилепсии приводит к огромным экономическим издержкам. К примеру, в Европейском регионе ВОЗ эти издержки оцениваются в 20 млрд. евро в год. В Казахстане на конец 2013 года на диспансерном учете состояло более 25 тыс. человек, страдающих эпилепсией.

Согласно эпидемиологическим исследованиям среди наблюдаемых психиатрами больных эпилепсией психозы диагностируются более чем у 60% [1].

Факторами риска возникновения психозов, по мнению ряда авторов [2,3,4,5,6,7,8], являются: 1. раннее начало эпилептического процесса, 2. сосудистое или инфекционное поражение головного мозга, 3.наличие энцефалита в анамнезе, 4.последствия височной лобэктомии, 5.локализация эпилептического очага в височной и лобной долях, 6. фармакорезистентная эпилепсия, 7.побочные действия некоторых противосудорожных препаратов.

J. Vruens [9] отметил определенную корреляцию между развитием хронического психоза и типом эпилепсии. Для «первично генерализованной эпилепсии» типичны острые психозы со спутанностью, а хронические психозы нехарактерны. Психозы с затяжным течением возникают у лиц, страдающих типичной височной эпилепсией или височной эпилепсией с определенными изменениями ЭЭГ в противоположном полушарии мозга («билатерально-синхронный островолновой комплекс»).

Вопрос о взаимосвязи шизофрении и эпилепсии обсуждается с конца XIX века. Е. Краепелин [10]подчеркивал, что оба заболевания могут возникнуть у одного пациента независимо и иметь различный морфологический субстрат. Различные авторы обозначают эти состояния как «эпилептическая шизофрения», «психотическая эпилепсия», «эпилептическое шизофреническое расстройство» [11,12].

Встречаются случаи смешанных состояний, когда картину болезни трудно объяснить одним процессом, интимно переплетаются между собой шизофренические и эпилептические симптомы и встает вопрос о комбинации двух процессов. В связи с этим ставится вопрос о существовании так называемой «шизоэпилепсии» [13,14].

Феноменологически хронические психозы при эпилепсии имеют сходство с шизофренией: не существует ни одного симптома или синдрома шизофрении, который не мог бы встречаться у больных эпилепсией. При эпилептических психозах, так же как при шизофрении, отмечаются продуктивные психопатологические синдромы: бредовые (паранойальные, галлюцинаторно-параноидные, парафренические), галлюцинаторные, кататонические, онейроидные [15, 16, 17, 18, 19]. Для них характерны симптом открытости мыслей, слуховые галлюцинации, идеи преследования и воздействия, признаки бредового восприятия. Сходство с шизофренией при этом, как отмечено, «поразительно», и если бы не судорожные припадки, то вряд ли можно было бы говорить об эпилепсии [16,17,18].

В.Н. Фаворина [15] подчеркивала, что в отдаленные периоды течения эпилепсии обнаруживается сходство ее клиники с тяжелыми конечными состояниями шизофрении, т.е. имеет место сходство не только позитивных, но и негативных расстройств (так называемые состояния эквивалентности: к схожим результатам могут приводить различные предшествующие расстройства).

Классификация психозов при эпилепсии.

Единой классификации психозов при эпилепсии нет. Одну из первых попыток систематизации эпилептических психозов предпринял в 1838 г. Е. Esquirol. Он выделил острые и хронические эпилептические психозы.

Крафт-Эбинг (1897) выделял скоротечные (острые) приступы, затяжные или повторно рецидивирующие эквиваленты эпилепсии, а также хронические эпилептические психозы [20] .

В последующих классификациях авторы выделяли психозы не только по типу течения, но и по преобладающей симптоматике: психозы с кататонией, бредом, галлюцинозом, депрессивными и маниакальными синдромами [21,22,23].

Б.А. Казаковцев [1] выделил транзиторные, приступообразные и хронические формы эпилептических психозов. Транзиторные эпилептические психозы отличаются острым началом и окончанием, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, могут проявляться в виде депрессии, мании, ипохондрических состояний, состояний тревоги с идеями отношения, отравления, преследования, галлюцинаторно-бредовых состояний, люцидных кататонических расстройств, кататонии с онейроидом, сумеречных расстройств сознания, делирия.

Приступообразные эпилептические психозы имеют более растянутое начало и окончание, продолжительность от нескольких недель до нескольких месяцев и могут быть представлены как аффективными, так и аффективно-бредовыми, бредовыми, кататонно-бредовыми и кататоническими приступами.

К хроническим эпилептическим психозам отнесены аффективно-бредовые состояния с преобладанием сверхценных идей, галлюцинаторными включениями, состояния с преимущественно сутяжным бредом в сочетании с проявлениями вторичной кататонии, кататонические состояния с аффективно-бредовыми включениями.

Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин[24] разделяют эпилептические психозы на острые и хронические шизофреноподобные.

В зависимости от времени появления по отношению к припадкам выделяют интериктальные психозы. Они возникают на фоне ясного сознания, спустя длительное время после прекращения припадков. В клинической картине на первый план выступают симптомы 1-го ранга, характерные для шизофренического процесса, что вызывает наибольшие диагностические проблемы. Интериктальные психозы могут принимать затяжное и даже хроническое течение. Постиктальные психозы возникают сразу после судорог, они представляют разнообразные по содержанию психотические состояния в виде кратковременных эпизодов расстройства сознания с ауто- и гетероагрессией . Периктальные психозы включают преиктальные, возникающие непосредственно перед припадком и фактически переходящие в него, и постиктальные[7,8,14,17,25].

В МКБ-10 эпилепсия представлена в разделе G («Болезни нервной системы») и F («Психические и поведенческие расстройства»).

Упомянуты «шизофреноподобный психоз при эпилепсии» (F06.2) и «эпилептический психоз БДУ» (F06.8). В адаптированном варианте МКБ-10 для использования в Российской Федерации (1998) сделана попытка более развернуто представить свойственные эпилепсии психопатологические синдромы и в частности шизофреноподобные расстройства. Однако в МКБ-10 значение эпилепсии низводится до одного из многих этиологических факторов наравне с травмой головы или нейроинфекцией. В

связи с этим специфика эпилептических психических расстройств не получает должного отражения, не учитываются структурно-динамические особенности психозов при эпилепсии.

В мировой литературе сохраняется тенденция разрабатывать в большей мере неврологические, нежели психиатрические разделы клиники эпилепсии. Подобный подход оправдан на начальных стадиях болезни, при усложнении ее клинической картины вследствие прогрессивного течения, когда приходится анализировать не только статику многообразных психических расстройств, но и динамику, требуется иной подход.

При разработке критериев клинического и социального прогноза учитываются в основном пароксизмальные состояния и так называемые широко и неясно трактуемые «изменения личности». Психопатологические расстройства при эпилепсии в большинстве случаев ограничиваются всеобъемлющим термином «шизофреноподобные», в то время как взаимосвязь продолжительности психоза с его структурой по существу остается мало исследованной.

В свете современных требований необходима многоосевая классификация эпилепсии, как и при всяком хроническом заболевании, с возможностью постановки более развернутого диагноза. Это отвечало бы условиям не только многомерного диагноза, но и прогноза, и способствовала бы установлению так называемых биопсихосоциальных корреляций.

Клиника шизофреноподобных психозов при эпилепсии.

Было установлено, что в большинстве случаев развитие психоза начинается спустя несколько лет после появления первых признаков эпилептической болезни [25,15]

Диапазон психических расстройств при эпилепсии, как отметил А. В. Снежневский, находится между клиническим полиморфизмом при органических психозах и круга синдромов при шизофрении [26] .

Эпилептический психоз в форме галлюциноза (по МКБ-10 рубрика — 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. У. Рун и соавт.[27] подчеркивали, что характерной чертой эпилептических психозов является наличие полиморфных галлюцинаций, S. Fiseković и L. Burnazović.[28]— слуховых галлюцинаций.

Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией (F06.12) - характерен бред при наличии ясного сознания, в единичных случаях — галлюцинации. При **паранойальном психозе** отмечаются несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания). В отличие от психозов при шизофрении бредовые идеи монотематические, обыденные, конкретные, без тенденции к систематизации. Наиболее отчетливо паранойальный синдром формируется при наличии у больных таких специфических эпилептических изменений личности, как недоверчивость, эгоцентризм, тревожность, ипохондричность.

Острый эпилептический параноид К числу преходящих психозов, протекающих с помрачением сознания, также относится *острый эпилептический параноид*, который диагностируется в тех случаях, когда на фоне измененного состояния сознания на первое место выступают бредовые идеи преследования, величия, ревности, отношения, воздействия.

Острый параноид нередко оказывается тесно связанным с измененным восприятием окружающих лиц, когда больной принимает хорошо знакомых ему лиц за незнакомых, считает их врагами, и, защищаясь, нападает на них. В тех случаях, когда глубина расстройства сознания бывает менее выражена, больные обнаруживают правильную ориентировку в собственной личности, иногда — в окружающей обстановке, и тогда амнезия носит частичный характер: сохраняются воспоминания о наиболее ярко окрашенных симптомах.

Отсутствие психопатологических расстройств типа галлюцинаций, более постепенное развертывание психотического приступа, протекающего с явлениями психического автоматизма, сенестопатиями, психосенсорными расстройствами и относительно систематизированными бредовыми идеями, характерно для острого эпилептического параноида. Острые эпилептические параноиды продолжаются в среднем от нескольких дней до 1—2 недель.

При галлюцинозно-параноидном психозе выявляются бредовые идеи преследования, воздействия, величия с параноидным восприятием и интерпретацией окружающего. В отличие от шизофренических бредовых идей они конкретные по содержанию, наглядные, однообразные, отрывочные; с истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями, иногда религиозного содержания. Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризуется яркостью, чувственной окрашенностью. Изучение синдрома Кандинского-Клерамбо в структуре эпилептических психозов способствовало преодолению ошибочного представления о нозоспецифичности, шизофреническом характере синдрома психического автоматизма [29].

Исследования М. Г. Гулямова [30] показали, что психопатологические феномены синдрома психического автоматизма могут наблюдаться в клинической картине самых разнообразных вариантов эпилептических психозов, протекающих как с помрачением сознания (онейроидные и особые состояния сознания), так и на фоне формально ясного сознания (дисфории, параноиды, транзиторные и затяжные галлюцинозы). Синдром психического автоматизма приобретает определенные психопатологические особенности, в зависимости от того, в рамках каких конкретных форм эпилептических психозов он возникает. При преходящих эпилептических психозах синдром Кандинского отличается фрагментарностью. При эпилептическом параноиде отмечаются явления ассоциативного автоматизма, при галлюцинозе — ассоциативного и кинестетического автоматизма, при дисфориях с положительной эмоциональной окраской — ассоциативного автоматизма активного варианта синдрома Кандинского.

Автором отмечено, что психопатологические феномены синдрома Кандинского при эпилептических психозах отличаются конкретностью, малой продуктивностью, инертностью и персеверативностью. В содержании слуховых и зрительных галлюцинаций нередко преобладает религиозная тематика с устрашающим содержанием и сопровождается напряженным аффектом страха. Как при преходящих, так и при затяжных психозах слуховые псевдогаллюцинации отличаются однообразием. Зрительные псевдогаллюцинозные образы бывают окрашены в яркие цвета. При затяжных эпилептических галлюцинозах нередко наблюдаются буквенные зрительные псевдогаллюцинации.

Э. Т. Григорьянц [31] описала психопатологические особенности тактильных галлюцинаций, локализирующихся в полости рта и глотки при эпилептических психозах. У больных возникают ощущения инородных тел в ротоглоточной области, таких как волосы, нити, иголки, луковая шелуха, мухи. Переживания больных отличаются малой продуктивностью, бедностью содержания, инертностью, персеверативностью: на всем протяжении психотического состояния больные жалуются на одни и те же инородные тела. Движения, совершаемые больными, имитирующие извлечение инородных тел из полости рта и глотки, также отличаются крайним однообразием, стереотипностью и медлительностью. С появлением ротоглоточных галлюцинаций резко усиливается напряженность, злобность и ярость больных. Запамятованное или сохранение в памяти ротоглоточных галлюцинаций инородного тела при эпилептических психозах зависит от характера помрачения сознания. При эпилептическом онейроиде сохраняются в памяти не только онейроидные переживания, но и имевшие место на высоте онейроида галлюцинации инородного тела в ротоглоточной области.

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. В 1875 г. P. Samt, [22] утверждал, что основным проявлением эпилептической болезни являются сочетание устрашающих переживаний с бредом величия, религиозный бред. Часто в структуру бреда включались мифологические,

религиозные, мессианские мотивы, мотивирующие поведение больного. Больные считают себя святыми, периодически слышат голос бога, который возлагает на них особую миссию, следит за его движением, обсуждает его поступки.

Многие исследователи выделяли при эпилептической болезни параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния с ярковыраженным характером, фантастическими переживаниями, нередко мистического (религиозного) содержания [9,15,23,28,32-35]. Согласно данным, приводимым В.В. Калининым [36], доминирующее в психиатрии на протяжении многих лет представление о том, что эпилептические психозы отличаются от психозов при шизофрении большим удельным весом религиозных переживаний, подверглось пересмотру. Однако этот признак сохраняет свое ориентирующее значение и может учитываться в совокупности с другими как дифференцирующий эпилептические психозы.

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. В. Н. Фаворина в работе, посвященной изучению синдромальной структуры эпилептических расстройств настроения, описала такие разновидности аффективных синдромов, отличавшихся от «типичных»-эпилептических дисфорий, как депрессии с выраженным чувством собственной неполноценности и обостренной реакцией на болезнь; депрессии с заторможенностью, витальной тоской и суицидальными мыслями, напоминавшие депрессивные фазы циркулярного психоза; тревожные, сенестопатические, ипохондрические, истерические депрессии. Продолжительность депрессий была различной: от нескольких дней до нескольких недель и в отдельных случаях до нескольких месяцев. От «типичных» дисфорий эти-состояния отличались отсутствием злобности, придирчивости, агрессии, неуправляемостью поведением. Автор считает, что эти признаки могут указать на иное качество и глубину аффективного расстройства при эпилептической депрессии по сравнению с brutальными эпилептическими дисфориями.

Эпилептические мании (F06.302) наблюдаются значительно реже, чем депрессии. При диагностике **психотического маниакального расстройства** Они проявляются неоднородно: в форме более продолжительных гипоманиакальных эпизодов, близких фазам циркулярного психоза; маниакальных состояний с бредом, наконец, эйфорических, дурашливых маний. констатируются периоды «подъема, повышенной энергии, прилива сил», эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, brutальностью; у ряда больных выявляется непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам. Характерной отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов является 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, эхолоалией, ответами «мимо».

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

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

Авторами, изучавшими особенности эпилептического онейроида [14,37,38,39], установлено, что для него характерно быстрое развитие сновидных галлюцинаторно-бредовых переживаний религиозно-космического содержания на фоне двигательной заторможенности или моторного возбуждения, частичное нарушение ориентировки, внезапный выход из психоза и отсутствие последующей амнезии.

С. Ф. Семенов указывает, что иногда сновидные состояния сочетаются с явлениями оглушенности, растерянности, двигательного автоматизма и больные в таком состоянии производят неосмысленные действия, которые могут стать опасными для окружающих. Автор подчеркивает, что фантастические галлюцинаторно-бредовые сновидные переживания обычно бывают пронизаны характерными для больных эпилепсией агрессивными тенденциями и мотивами.

Р. Г. Гисматулина считает, что онейроидные состояния могут наблюдаться как при тяжелом, так и доброкачественном течении эпилептического процесса.

Дифференциально-диагностические признаки и особенности психозов при эпилепсии.

Разграничения шизофреноподобных психозов эпилептической природы и аналогичных психозов при шизофрении представляют значительные трудности.

Вместе с тем известны определенные закономерности течения эпилептической болезни с развитием шизофреноподобных хронических психозов. Задолго до развернутых галлюцинаторно-параноидных и кататонических состояний вначале в картине сумеречных расстройств, а затем и в кратковременных психотических эпизодах без помрачения сознания развиваются аналогичные психопатологические расстройства, но в рудиментарном, неразвернутом виде. Они становятся как бы «прообразом» хронического психоза, на что обратили внимание Е. К. Молчанова, В. Н. Фаворина, а еще раньше О. Binswanger (1899), E. Kraepelin (1910), M. Sakel (1913). Здесь нельзя не усмотреть известную аналогию с так называемыми транзиторными шубами при шизофрении, проявления которых в значительной степени коррелируют со структурой первого развернутого «манифестного» приступа болезни [40,41,42].

Хронические эпилептические психозы возникают, как уже указывалось, спустя 10-15 лет от начала болезни, причем наибольшая выраженность заболевания приходится в этих случаях, как правило, на юношеский возраст. Клинические проявления эпилепсии при этом крайне полиморфны: наряду с большими и малыми припадками у больных отмечаются изменения настроения и сумеречные состояния различной психопатологической структуры.

Наиболее существенным дифференциально-диагностическим признаком является различие в структуре изменений личности при шизофрении и эпилепсии [1, 6, 9—11, 14, 21, 23, 50].

При лечении больных эпилепсией антиконвульсантами можно добиться существенной или даже полной редукции шизофреноподобной симптоматики, что может явиться доказательством симптоматического характера психоза. Это позволяет говорить о том, что психозы с шизофреноподобной симптоматикой у больных эпилепсией — проявления основного заболевания и нет оснований рассматривать их как комбинацию эпилепсии с шизофренией.

Психотические расстройства при эпилепсии, особенно хронические, наступали с появлением дисфории, повторных сумеречных состояний, нарастающей деменции.

Больные эпилепсией сравнительно редко бывают озабочены бредовыми переживаниями, характерна их способность «дистанцировать» себя от бредовых идей. Большой эпилепсией с шизофреноподобным психозом, остается в нашем общественном мире, как бы он ни сужался вокруг его «Я» [23].

У больных эпилепсией выявлялись явления персеверации (застывания в речи, мышлении, моторике), в то время как у больных шизофренией — специфические шизофренические нарушения мышления.

Обилие сенестопатий и вазо-вегетативных расстройств в отличие от шизофрении, что ведет к формированию параноидного бреда со значительной выраженностью ипохондрического бреда.

Быстрое нарастание деменции и прогрессивность течения заболевания у больных эпилепсией.

Таким образом, для дифференциальной диагностики эпилептических и шизофренических психозов, по данным исследований, наиболее значимыми были:

- 1-пароксизмальные состояния в анамнезе,
- 2-свойственные эпилепсии изменения в аффективной сфере, мышлении, моторике, интеллектуально-мнестическое снижение.
- 3-Формирование стойкой и в ряде случаев хронической психотической симптоматики происходило при длительном течении эпилептического процесса, т.е. продолжительность эпилепсии имела существенное значение
- 4-Шизофреноподобные психозы наиболее часто напоминали аутохтонно возникающие аффективно-бредовые приступы шизофрении, однако отличались по динамике,
- 5- сопровождалась не свойственными шизофренической органическими симптомами.
- 6-В отличие от пациентов с шизофренией, больные с эпилептическими психозами подробно и откровенно описывали свои переживания,
- 7-характерно большое участие дисфорических компонентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. - М.: 1999. - 416 с.
- 2 Feltz-Cornelis C.M., Aldenkamp A.P. et al. Psychosis in epilepsy patients and other chronic medically ill patients and the role of cerebral pathology in the onset of psychosis // A clinical epidemiological study. - Seizure: 2008. - №2. - P. 45-67.
- 3 Devinsky O., Penry J. Epilepsia. - Boston:1993. - 322 p.
- 4 Kanner A.M., Nieto J.C. Depressive disorders in epilepsy // Neurology. - 1999. - №53. - P. 26-32.
- 5 Thompson S.A. Partial seizures presentig as panic attacks. (Clinical Review) // Br Med J. - 2000. - №3. - P. 79-81.
- 6 Goldstein M.A., Harden C.L. Epilepsy and Anxiety // Epilepsy & Behavior. - 2000. - №1. - P. 82-91.
- 7 Shukla G. et al. Prolonged preictal psychosis in refractory seizures: A report of three cases // Epilepsy & Behavior. - 2008. - P. 346-349.
- 8 Ito M., Okazaki M., Onuma T. et al. Subacute postictal aggression in patients with epilepsy // Epilepsy & Behavior. - 2007. - P. 611-614.
- 9 Bruens J.H. Psychoses in epilepsy // The epilepsy Handbook of clinical Neurology. - Amsterdam: 1974. - №15. - P. 593-610.
- 10 Крепелин, Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. - М.: Медиа-Пресс, 1910. - 468 с.
- 11 Cummings J.L. Frontal-subcortical circuits and human behavior // Arch Neurol. - 1993. - №2. - P. 873-880.
- 12 Taneli B. Epileptic phenomena underlying psychiatric disorders schizophrenic disorder, affective and anxiety disorder // Epileptologia. - 2001. - №9: Suppl 1. - P. 18-19.
- 13 Никольская А.А. К вопросу о клинике «шизоэпилепсии» // Невропатология и психиатрия. - М.: 1938. - №9. - P. 69-79.
- 14 Гисматулина Р. Г., К вопросу о шизоэпилепсии // Проблемы клинической и экспериментальной медицины. - Барнаул: 1968. - С. 257-263
- 15 Фаворина В.Н. О шизофреноподобных хронических эпилептических психозах // Журн невропатол и психиат. - 1968. - №68. - P. 1656-1661.
- 16 Kanemoto K., M. Trimble, B. Schmitz (eds.). Postictal psychoses, revised // The neuropsychiatry of epilepsy. - Cambridge: 2002. - №12. - P. 117-131.
- 17 Perminder S. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy // Am J Psychiat. - 1998. - №3. - P. 325-336.
- 18 Huber G. Psychiatrie Lehrbuch fur Studium und Weiterbildung // Schattauer. - 2004. - №3. - P. 780.
- 19 Baum P., Kopf A., Hermann W., Wagner A. Postictal paranoid-hallucinatory psychosis in cryptogenic epilepsy // Psychiatr. - 2007. - №1. - P. 249-257.
- 20 Krafft-Ebing R. Lehrbuch der Psychiatrie. - London:1897. - 271 p.
- 21 Falret J. De l'etat mental des epileptiques // Arch Gen Med. - 1860. - №16. - P. 661-679.
- 22 Samt P. Epileptische Inrreseinsformen // Arch Psychiat Nervenkr. - 1875. - №1. - P. 12-16.
- 23 Janzarik W. Der wahn schizophrener pragung in den osychtischen episoden der epileptiker und die syizophrene wahnwahrnehmung // Fortschr Neurol Psychiat. - 1955. - №23. - P. 533-546.
- 24 Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Психические расстройства при эпилепсии // Психиатрия. Национальное руководство. - М.: 2009. - P. 637-651.
- 25 Nadkarni S., Arnedo V., Devinsky O. Psychosis in epilepsy patients // Epilepsia. - 2007. - P. 17-19.
- 26 Снежневский, А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1960. - Т. 60. - № 1. - С. 91 - 108.
- 27 Ruy Y., Kashima H., Onaya M. An Autopsy case of epilepsy with hallucinations. XI World congress of psychiatry. Abstracts 1999; 2: 168.
- 28 Fiseković S., Burnazović L. Epileptic psychoses — evaluation of clinical aspects // Bosn J Basic Med Sci. - 2007. - №4. - P. 140.
- 29 Хохлов Л.К. О клинических границах и нозологии синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004. - № 2. - С. 97-102.
- 30 Гулямов, М. Г. Эпилептические психозы: клинико-психопатологическое исследование эпилептических психозов, протекающих с синдромом Кандинского. - Душанбе: Ирфон, 1971. - 183 с.
- 31 Григорьянц Э.Т. О специфической нозологической окраске ротоглоточных галлюцинаций инородного тела при эпилептических психозах // Актуальные проблемы клинической психиатрии. - Душанбе: 1971. - №1. - С. 62-76.
- 32 Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. - М: Медицина, 2000. - 383 с.
- 33 Голодец Р.Г. Эпилепсия и психическое состояние // Всероссийский съезд психиатров, 7-й: Материалы. - М 1990. - С. 12-14.
- 34 Молчанова Е.К. Эпилептические психозы. Сообщение 1. Течение и дифференциальный диагноз // Вопросы психиатрии. - М.: 1960. - №4. - P. 70-78.
- 35 Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. — Нижний Новгород: НГМА, 2001. - 279 с.
- 36 Калинин В.В. Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии // Психиат. и психофармакотер. - 2008. - №10. - С. 52-56.
- 37 Перельман А.А. Эпилептические психозы и их клинические особенности // Невропатология и психиатрия. - М.: БИОМЕДГИЗ, 1937. - Т. 6. - Вып. 6. - С. 3-19.
- 38 Семенов С. Ф. Зрительные агнозии и галлюцинации (к проблеме очаговой психопатологии). - Киев: 1965. - 328 с.
- 39 Фрумкин Я. П., Завилянский И. Я. О «принципе соответствия» в диагностике психических заболеваний // Актуальные вопросы психоневрологии. - Киев: Здоров'я, 1964. - №2. - С. 17-20.

- 40 Концевой, В. А. Транзиторные приступы при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1965. - 20 с.
- 41 Савченко, Л.М. Психопатология и клиника острых кратковременных психических состояний в течение приступообразно-прогредиентной шизофрении: дис. ... канд. мед. наук.- М., 1974. - 189 с.
- 42 Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie // K.Conrad. - Stuttgart: Thieme, 1959. - 165 p.

М.Ш.ЖАМАНТАЕВА, Н.Н. ЛОГАЧЕВА, М.В.МУХАМАДИЕВА, Л.Е.ЛИ, А.В. ТОКАРЕВА
ЭПИЛЕПСИЯЛЫҚ ШИЗОФРЕНИЯҒА ҰҚСАС ПСИХОЗДАР, ЖҮЙЕЛЕУІ, КЛИНИКАСЫ,
ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Түйін: Бұл мақала әдебиет зерттеу жұмысында эпилепсиялық шизофренияға ұқсас психоздарды жүйелеуге арналған, олардың белгілері мен ерекшеліктері, сондай-ақ, феноменологиясы, талдамалы шолу клиникасы, дифференциалды-диагностикалық белгілері анықталған.

Түйінді сөздер: эпилепсиялық шизофренияға ұқсас психоздар, жүйелеу, клиникасы, дифференциалды-диагностикалық белгілері.

M.SH. JAMANTAYEVA, N.N. LOGACHOVA, M.V. MUKHAMADIYEVA, L.E. LEE, A.V. TOKAREVA
EPILEPTIC SCHIZOPHRENIA-LIKE- PSYCHOSES, SYSTEMATIZATION, CLINICAL, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Resume: This paper presents an analytical review of literature devoted to the study of epileptic schizophrenia-like psychoses, their systematization, phenomenology, clinical and differential diagnostic features and characteristics of psychosis in epilepsy

Keywords: epileptic schizophrenia-like- psychoses, systematization, clinical, differential diagnosis