<http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2618-8783-2019-4-1-93-96>

УДК 616.853:364.04

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Токарева Н.Г., Дормидонтова Т.В., Дормидонтов М.Ю.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Российская Федерация

Аннотация. Расстройства сознания при эпилепсии многообразны и могут проявляться в виде сумеречного расстройства (с нарушением разных видов ориентировки), делирия (органического мозгового расстройства с нарушением сознания), онейроида (качественного нарушения сознания с развернутыми картинками фантастических переживаний), ступора (двигательного расстройства с полной обездвиженностью), особого состояния (глубокого нарушения сознания), трансамбулаторного автоматизма и сомнамбулизма. Клинико-психологический анализ нарушений сознания при эпилепсии определяет возможности оптимизации лечебно-реабилитационной помощи больным эпилепсией.

Ключевые слова: эпилепсия, сознание, самосознание, расстройства сознания.

Сознание изучается большой совокупностью наук (философией, антропологией, социологией, психологией, педагогикой, физиологией), в силу чего нет единой трактовки термина «сознание». Медицина, психиатрия в частности, традиционно противопоставляет расстройства сознания его ясности. Ясное сознание в медицине означает способность человека ориентироваться в месте, времени, внешней среде, своей личности [1].

В клинической картине эпилепсии психические расстройства представлены патологией различных сфер психики: когнитивными нарушениями, эмоционально-волевыми расстройствами [2-4]. В данной работе мы рассмотрим основные виды нарушений сознания при эпилепсии.

Сумеречное расстройство сознания часто проявляется у больных эпилепсией. Проявляется нарушением ориентировки в месте, времени, обстановке. Окружающая действительность искажается, воспринимается в фрагментарном виде. Это проявляется в страхе, злобе, агрессивности, необоснованном стремлении куда-то бежать. У больных можно отметить иллюзии, галлюцинации, бред. После приступа можно наблюдать амнезию периода нарушенного сознания.

Изначально под термином «делирий» понимали расстройство мышления, но с начала XIX века его стали понимать, как органическое мозговое расстройство с нарушением сознания и связанными с этим симптомами. Делирий называли стереотипным проявлением острого мозгового нарушения. Выделяли различные «экзогенные реакции», по-другому особые синдромы, которые вызываются под влиянием определенных веществ или под влиянием экстрацеребральных заболеваний. Данными реакциями являлись делирий, галлюциноз, эпилептическое возбуждение, сумеречное состояние, аменция или синдром спутанного сознания. В начале XX века эпилептическое возбуждение, сумеречное состояние и аменция были

исключены из списка «экзогенных реакций», а делирий и галлюциноз в настоящее время относятся к состояниям, которые могут возникнуть как из-за церебральных, так и из-за экстрацеребральных расстройств.

Делирий развивается в 3 стадии. Первая стадия проявляется повышенным настроением, крайней разговорчивостью, непоседливостью, гиперестезией, расстройством сна. При этом хорошее настроение нестойко. Оно периодически сменяется тревогой, ожиданием беды, раздражительностью, капризностью, обидчивостью. На больных накатывают яркие воспоминания, которые могут касаться и недавнего и далекого прошлого. Яркие образные представления и выраженная разговорчивость больных сопровождают эти воспоминания. Речь больных при этом непоследовательна и бессвязна. Картина первой стадии в значительной степени дополняется повышенной истошаемостью и гиперестезией, непереносимостью яркого света, громких звуков, резких запахов. Всё вышеперечисленное нарастает к вечеру. Для таких больных характерно расстройство сна – яркие сновидения, имеющие неприятное содержание, разбитость и усталость после пробуждения, бессонница.

Вторая стадия развития делирия представляет собой преобладание иллюзорных расстройств – парейдолий: фантастические образы разнообразного характера виднеются им в узорах на ковре, обоях, трещинах на стене, они могут быть как неподвижными, так и динамичными, как черно-белыми, так и цветными. При этом на высоте парейдолий реальный предмет полностью поглощается воображаемым образом. Лабильность аффекта нарастает, наблюдается усиление гиперестезии, проявляется светобоязнь. Для этой стадии характерно возникновение периодических непродолжительных светлых промежутков, которые проявляются правильной оценкой окружающего, осознанием болезни, исчезновением иллюзорных расстройств, нарушением сна: сон поверхностный, реальность путается с устрашающими сновидениями, появляются гипнагогические галлюцинации.

Третья стадия – появление зрительных галлюцинаций, чаще сценopodobных. К ним могут присоединяться вербальные галлюцинации, фрагментарный острый чувственный бред. У больного резкое двигательное возбуждение, которое сопровождается страхом и тревогой. Могут быть светлые промежутки с выраженными астеническими расстройствами. Существенное усиление данных расстройств наблюдается к вечеру. На смену им утром приходит непродолжительный сопорозный сон. Развитие делирия заканчивается.

Эпилептический делирий – ярко окрашенные зрительные галлюцинации, сопровождающиеся напряженностью аффекта, страхом, могут быть отрывочные бредовые идеи преследования. Это может быть видение крови, трупов, огня; людей, угрожающих расправой. Больные находятся в крайне возбужденном состоянии, кричат, пытаются спастись бегством. Это состояние заканчивается внезапно, может быть полная или частичная амнезия пережитого. Нередко встречаются религиозно-экстатические видения, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, агрессией. Эпилептический параноид проявляется доминированием ярких чувственных бредовых идей на фоне сумеречного расстройства сознания и дистрофического настроения. Это может быть бред воздействия, преследования, величия, религиозный. Часто – совокупность вышеперечисленных бредовых расстройств. Эпилептический параноид имеет приступообразный характер. Расстройства восприятия, зрительные, обонятельные, реже слуховые галлюцинации сопровождают приступ данного параноида. Могут подключаться обманы чувств, усложняющих картину эпилептического параноида. Данное расстройство иногда чередуется с большими судорожными припадками, а иногда проявляется и без них.

Онейроид (др.-греч. ονειροζ — сновидение) – особый вид качественного нарушения сознания с развернутыми картинками фантастических, похожих на сновидения или псевдогаллюцинации, переживаний, которые переплетаются с реальностью. При этом больной – участник

переживаемой ситуации. Также люди, находящиеся рядом с больным, могут включаться в эту ситуацию. Признаки онейроида – дезориентация в личности, трансформация «Я».

Эпилептический онейроид – редко встречающееся явление в клинике эпилепсии. Он представляет собой внезапный наплыв фантастических галлюцинаторных переживаний. Окружающее воспринимается иллюзорно-фантастически, больные становятся рассеянными, перестают узнавать близких. Нередко эпилептический онейроид бывает религиозного содержания – больные в своих кажущихся событиях представляют себя Богом. При этом расстройстве лицо больного выражает восторг, экстаз, реже гнев и ужас. Характерно отсутствие амнезии на период эпилептического онейроида.

Ступор (от лат. stupor «оцепенение, оглушённость») – вид двигательного расстройства с полной обездвиженностью. Мутизм, ослабленные реакции на раздражение, даже на болевое, дополняют полную обездвиженность. Ступор может быть кататоническим, реактивным, депрессивным, маниакальным. Эпилептический ступор характеризуется явлением мутизма, реакция на окружающее отсутствует, движения скованы. Присоединяются бредовые и галлюцинаторные переживания.

Эпилептический ступор может развиваться после сумеречного помрачения сознания, эпилептического онейроида, глубокой формы дисфории, больших судорожных припадков, реже – спонтанно. Двигательные нарушения при ступоре могут быть различной глубины. Поверхностные – незначительная речевая и двигательная заторможенность, Глубокие – полная обездвиженность с мутизмом, эхолалией, персеверациями, негативизмом и восковой гибкостью. Чаще в послеприпадочных состояниях встречается простая обездвиженность. Продолжительность данного состояния – нескольких часов и дней до нескольких недель. Амнезия после перенесенного ступора может быть как полной, как и частичной.

Особое состояние по клинической картине напоминает сумеречное расстройство сознания. При этом заболевании отсутствует глубокое нарушение сознания и амнестическое расстройство. Растерянность, неясность восприятия окружающего, отсутствие критического отношения к болезненным нарушениям сопровождают данное заболевание. Для данной патологии характерно расстройство восприятия пространства и времени, деперсонализация и дереализация окружающего.

Трансамбулаторный автоматизм сопровождается сумеречным расстройством сознания. У больных не всегда можно обнаружить нарушение психической деятельности. Их поведение упорядоченно, а внешне не отличается от обычного.

Сомнамбулизм (снохождение) часто возникает у детей и подростков. Сумеречное расстройство сознания нередко наступает во время сна. Восприятие окружающего извращается, а завершается этот период амнестическими нарушениями [5].

Заключение. Таким образом, в психиатрической клинике одной из основных задач является определение структуры и степени выраженности психических расстройств, одним из вариантов которых являются нарушения сознания при эпилепсии. Изучение и анализ видов нарушенного сознания при эпилепсии способствует пониманию не только клинко-психологических взаимоотношений, но и определяет возможности оптимизации лечебно-реабилитационной помощи больным эпилепсией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Куликова Л.В. Психология сознания/Сост. и общая редакция - СПб.: Питер, 2001. - 480с.: ил. - (Серия «Хрестоматия по психологии»).

2. Иноземцева В.С., Токарева Н.Г. Показатели социального функционирования больных эпилепсией (по данным Эпилептологического центра Мордовии) // Социальная и клиническая психиатрия, 1998, Т8, №3, С.86-88.
3. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка алекситимии у больных эпилепсией подросткового возраста // Детская и подростковая реабилитация. 2016. №2(27). С.29-31.
4. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка эмоциональных расстройств у больных эпилепсией. // Здоровье и образование в XXI веке. 2016.Т.18, №2., С.214-216.
5. МаксUTOва Э.Л. Принципы и формы реабилитации больных с психическими нарушениями. Пособие для врачей / Э.Л. МаксUTOва, Е.В. Железнова, Т.А. Рогачева [и др.]. - М., 1997.-23с.

DISORDERS OF CONSCIOUSNESS IN EPILEPSY: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECT

Tokareva N. G., Dormidontova T. V., Dormidontov M. Yu.

National research Mordovia state university, Saransk, Russian Federation

Annotation. Disorders of consciousness in epilepsy are diverse and can manifest themselves in the form of twilight disorder (with a violation of different types of orientation), delirium (organic brain disorder with a violation of consciousness), oneyroid (qualitative impairment of consciousness with detailed pictures of fantastic experiences), stupor (motor disorder with complete immobilization), a special condition (deep impairment of consciousness), transambulator automatism and somnambulism. Clinical and psychological analysis of disorders of consciousness in epilepsy determines the possibility of optimizing treatment and rehabilitation of patients with epilepsy.

Key words: epilepsy, consciousness, self-consciousness, disorder of consciousness.

REFERENCES

1. Kulikova L.V. Psixologiya soznaniya/Sost.i obshhaya redakciya - SPb.: Piter,2001. - 480s.: il. - (Seriya «Xrestomatiya po psixologii»).
2. Inozemceva V.S., Tokareva N.G. Pokazateli social`nogo funkcionirovaniya bol`ny`x e`pilepsiej (po dannym`m E`pileptologicheskogo centra Mordovii) // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya, 1998, T8, №3, p.86-88.
3. Tokareva N.G., Zheleznova E.V. Kliniko-psixologicheskaya ocenka aleksitimii u bol`ny`x e`pilepsiej podrostkovogo vozrasta // Detskaya i podrostkovaya reabilitaciya. 2016. №2(27). p.29-31.
4. Tokareva N.G., Zheleznova E.V. Kliniko-psixologicheskaya ocenka e`mocional`ny`x rasstrojstv u bol`ny`x e`pilepsiej. // Zdorov`e i obrazovanie v XXI veke. 2016.T.18, №2., p.214-216.
5. Maksutova E`.L. Principy` i formy` reabilitacii bol`ny`x s psixicheskimi narusheniyami. Posobie dlya vrachej / E`.L. Maksutova, E.V. Zheleznova, T.A. Rogacheva [i dr.]. - M., 1997.-23p.