

## Хронические шизофреноподобные психозы при эпилепсии

М.В. УСЮКИНА, С.В. КОРНИЛОВА, А.С. ШАМАНАЕВ, Т.А. ШАХБАЗИ

### Chronic schizophrenia-like psychoses in epilepsy

M.V. USYUKINA, S.V. KORNILOVA, A.S. SHAMANAEV, T.A. SHAKHBAZI

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава, Москва

Рассмотрены клинические особенности интериктальных хронических эпилептических психозов, которые наблюдались у 58 больных. Предложена систематика шизофреноподобных психозов при эпилепсии. Описаны галлюцинозы, бредовые, депрессивные, маниакальные и кататонические психотические состояния. При обсуждении вопроса о взаимосвязи шизофрении и эпилепсии сделан вывод, что основное значение в принятии окончательного суждения о диагностической принадлежности психоза имеет характер изменений личности.

**Ключевые слова:** эпилепсия, психические расстройства, шизофреноподобные психозы, расстройства личности.

Clinical peculiarities of interictal chronic epileptic psychoses were studied in 58 patients. The authors suggested a systematic of schizophrenia-like psychoses in epilepsy. Hallucinoses, paranoid, depressive, manic and catatonic psychotic states were described. The relationship between schizophrenia and epilepsy was discussed. It has been concluded that the character of personality changes plays a central role in the diagnostic of epileptic psychosis.

**Key words:** epilepsy, psychiatric disorders, schizophrenia-like psychoses, personality disorders.

Согласно эпидемиологическим исследованиям среди наблюдаемых психиатрами больных эпилепсией, у 50% диагностируется деменция и более чем у 60% — психозы [9]. По данным С.А. Громова и соавт. [5], число больных с психическими нарушениями постоянно растет, достигая в последние годы 75%. Подобной точки зрения придерживаются и Т. Onuma и соавт. [42], которые, обследовав 285 больных эпилепсией, у 124 констатировали параноидные расстройства, у 32 — шизофреноподобные психозы, причем у каждого третьего психотические эпизоды отмечались повторно. В то же время Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин [15] показали, что количество больных с транзиторными нарушениями психической деятельности (сумеречные расстройства сознания и эпилептические психозы) в течение 35 лет не изменилось, оставшись на уровне 1—2,5% среди больных эпилепсией с психическими расстройствами в интериктальном периоде.

К факторам риска возникновения психозов большинство авторов относят раннее начало эпилептического процесса, сосудистое или инфекционное поражение головного мозга, локализацию эпилептического очага, фармакорезистентную эпилепсию, побочные действия некоторых противосудорожных препаратов.

С. Feltz-Cornelis, A. Aldenkamp и соавт. [29], проведя эпидемиологическое исследование в Институте психического здоровья в Нидерландах, подчеркнули, что в происхождении эпилептических психозов первостепенное значение имеет локализация очага в левой височной и лобной долях, тяжелая и трудноизлечимая эпилепсия, сосудистое или инфекционное поражение головного мозга, прием некоторых противосудорожных препаратов, а также последствия височной лобэктомии. К факторам риска возникновения психозов при эпилепсии, по данным О. Devinsky и соавт. [26, 27], относятся наличие энцефалита в анамнезе и билатеральные эпилептические признаки на ЭЭГ в интериктальном пери-

оде, особенно если они регистрируются после серии генерализованных тонико-клонических припадков.

Однако и в отношении патогенетических механизмов шизофреноподобных психозов данные оказываются неоднозначными. Так, Н. Gastaut и соавт. [31], А.Л. Максутова [12], А. Kanner и J. Nieto [39], S. Thompson [49], M. Goldstein, C. Harden [32], G. Shukla и соавт. [46] считают, что шизофреноподобные психозы при эпилепсии чаще возникают при очаге в височной доле. Из 170 больных височной эпилепсией G. de Araújo Filho и V. Rosa [25] психические расстройства выявили у 85, в том числе у 15,8% — психозы, у 14,1% — тревожные расстройства. Между тем S. Nadkarni и соавт. [41] подчеркивают, что психотические расстройства при эпилепсии нельзя связывать только с височной эпилепсией. В. Taneli [48] считает, что психоз может возникать не только при поражении медиальных и глубоких отделов височных, но и лобных долей головного мозга. М. Ito и соавт. [36] диагностировали постиктальный психоз при локализации очага в лобной и височной областях головного мозга. Y. Hirashima и соавт. [34] описали 7-летнюю девочку, у которой в течение дня отмечались серийные приступы с последующим развитием бреда. При нейровизуальном обследовании у нее были выявлены изменения в левой передней фронтальной зоне.

Затруднения в изучении шизофреноподобных психозов могут быть объяснены отсутствием единой классификации психозов при эпилепсии.

Первую попытку систематизации эпилептических психозов предпринял в 1838 г. Е. Esquirol. Он, а в дальнейшем и другие авторы стали выделять острые и хронические эпилептические психозы. Так, J. Falret [28], P. Samt [45], а позднее W. Janzarik [33] выделяли острые психозы с кататонией, бредом, галлюцинозом, депрессивными и маниакальными синдромами. Наиболее полную классификацию эпилептических психозов предложил Б.А. Казаковцев [9], выделивший транзиторные, приступообразные и

хронические формы эпилептических психозов. Критериями диагностики транзиторных эпилептических психозов являлись их острое начало и быстрое окончание, продолжительность от нескольких часов до нескольких дней. Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин [15] выделяют острые и хронические (шизофреноподобные психозы, «шизоэпилепсия», «симптоматическая шизофрения») эпилептические психозы.

В настоящее время большинство исследователей [10, 11, 20, 22, 30, 38, 40, 46] делят психозы в зависимости от времени их появления по отношению к припадкам, что позволяет говорить о периктальных, иктальных и интериктальных психозах. *Периктальные* психозы включают преиктальные, возникающие непосредственно перед припадком и фактически переходящие в него, и постиктальные, возникающие после припадков. G. Shukla [46] описывал психоз, который предшествовал почти всем обычным эпилептическим приступам и служил своего рода «предупреждением» о последующем развитии самого приступа. Постиктальные психозы, возникающие у 18% больных эпилепсией [39], — разнообразны по содержанию психотических состояний [19, 51]. М. Ито и соавт. [36] рассматривали у мужчин, страдающих эпилепсией (возраст от 38 до 62 лет, продолжительностью болезни от 27 до 44 лет), кратковременные эпизоды агрессивного поведения в структуре постиктального психоза с расстройством сознания с ауто- и гетероагрессией. *Иктальные* психозы, впервые описанные J. Falret [28], являются психическим эквивалентом простых и сложных пароксизмов. *Интериктальные* психозы возникают на фоне ясного сознания, спустя длительное время после прекращения припадков. В клинической картине подобных психозов при эпилепсии на первый план выступают симптомы I-го ранга, характерные для шизофренического процесса, что вызывает наибольшее диагностические проблемы. В отличие от постиктальных интериктальных психозов могут принимать затяжное и даже хроническое течение [11].

С конца XIX века также непрерывно обсуждается вопрос о взаимосвязи шизофрении и эпилепсии, создающей особые трудности диагностики психозов при эпилепсии. Е. Краепелин (1913) неоднократно подчеркивал, что оба заболевания могут возникнуть у одного пациента независимо, иметь различный морфологический субстрат. J. Cummings [24] обозначает эти состояния как «эпилептическая шизофрения», В. Taneli [48] — «психотическая эпилепсия», «эпилептическое шизофреническое расстройство». А.А. Никольская [16] отмечала, что встречаются случаи смешанных состояний, когда картину болезни трудно объяснить одним процессом, случаи, при которых интимно переплетаются между собой шизофренические и эпилептические симптомы и невольно встает вопрос о комбинации двух процессов. Трудность объяснения этих форм, по мнению автора, ставит вопрос о так называемой «шизоэпилепсии». В.Н. Фаворина [17] подчеркивала, что в отдаленные периоды течения эпилепсии обнаруживается сходство ее клиники с тяжелыми конечными состояниями шизофрении. Сходство с шизофренией при этом «поразительно», и если бы не судорожные припадки, то вряд ли можно было бы говорить об эпилепсии. Описывая клиническую картину так называемых интериктальных психозов, К. Капетто [38] подчеркивает, что для них характерны явления воздействия и открытости мыслей, слуховые галлюцинации, идеи преследования и воздействия, признаки бредового восприятия, что при отсутствии припадков позволило бы диагностировать параноидную форму шизофрении. G. Huber [35] подчеркивает, что не существует ни одного симптома или синдрома шизофрении, который не мог бы встречаться у больных эпилепсией. S. Permindar [43] также считает, что феноменологический хронический психоз при эпилепсии имеет сходство с шизофренией.

Зарубежные авторы [19, 38, 41, 42, 44] подчеркивают, что при эпилептических психозах, так же как при шизофрении, отмечаются в первую очередь позитивные синдромы: бредовые (паранойальные, галлюцинаторно-параноидные, парафренические), галлюцинаторные, кататонические.

В МКБ-10 в главе «Психические и поведенческие расстройства» упоминаются «шизофреноподобный психоз при эпилепсии» (F06.2) и «эпилептический психоз» (F06.8). В адаптирован-

ном варианте МКБ-10 для использования в Российской Федерации (1998) сделана попытка более развернуто представить собственные эпилепсии психопатологические синдромы и в частности шизофреноподобные расстройства. Однако в МКБ-10 значения эпилепсии низводятся до одного из многих этиологических факторов наравне с травмой головы или нейроинфекцией, причем подразумевается как бы клиническое единообразие психических нарушений независимо от вызвавшей их органической причины. В связи с этим специфика эпилептических психических расстройств не получает должного отражения, не учитываются структурно-динамические особенности психозов при эпилепсии.

В настоящее время некоторые исследователи [7, 8] рассматривают эпилептические психозы в качестве проявлений эпилептических энцефалопатий, при этом описывается широкий спектр психических нарушений и психопатологических синдромов. При этом встречаются диагнозы «шизофрения», «шизоаффективное расстройство», «аффективное расстройство», «тревожно-фобическое расстройство», «расстройство личности и поведения», «умственная отсталость».

Цель настоящего исследования заключалась в систематике и дифференциальной диагностике шизофреноподобных психозов при эпилепсии.

## Материал и методы

Обследовали 160 больных эпилепсией мужчин в возрасте 18–50 лет с длительностью заболевания от 6 до 20 лет.

В работе использовали критерии Международной классификации эпилепсии (1989), эпилептических припадков (1981), диагностические критерии МКБ-10: разделы G («Болезни нервной системы») и F («Психические и поведенческие расстройства»).

Выделяли: 1) острые шизофреноподобные психозы с помрачением сознания (в том числе сумеречные расстройства, эпилептический онейроид, снопоподобные, дисфорические и экстатические состояния); 2) острые психозы без помрачения сознания; 3) хронические эпилептические психозы.

Настоящее сообщение посвящено рассмотрению клинико-динамических особенностей интериктальных хронических эпилептических психозов, наблюдавшихся у 58 больных.

Для статистического анализа полученных данных использовали пакет программ Statistica 5,0.

## Результаты и обсуждение

**Систематика** интериктальных эпилептических психозов производилась в соответствии с их синдромальной структурой.

При наличии эпилептического психоза в форме **галлюциноза** (по МКБ-10 рубрика — F06.02), который отмечался у 12,5% больных, имелись 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. Так, *больной К.* рассказывал, что он слышал всю ночь музыку из подвала, одновременно с этим видел бородатого мужчину, временами слышал, как блеют овцы, какие-то неопределенные звуки, ощущал не-

приятные гнилостные запахи. Описывая свое состояние, он говорил, что слышал голос, который звал его куда-то, шел за ним. Не понимал, что с ним происходит, но противиться голосу не мог, испытывал страх.

У. Руу и соавт. [44] подчеркивали, что характерной чертой эпилептических психозов является наличие полиморфных галлюцинаций, S. Fiseković и L. Burnazović [30] — слуховых галлюцинаций.

Для диагностики *бредового (шизофреноподобного) расстройства* в связи с эпилепсией (F06.12) было необходимо наличие бреда, ясного сознания, в единичных случаях — галлюцинаций.

При наличии в 12,2% случаев паранойального психоза отмечались несистематизированные бредовые идеи (ревности, отношения, преследования, ущерба, ипохондрического содержания). В отличие от психозов при шизофрении бредовые идеи были монотематическими, обыденными, конкретными, без тенденции к систематизации. Наиболее отчетливо паранойальный синдром формировался при наличии у больных таких специфических эпилептических изменений личности, как недоверчивость, эгоцентризм, тревожность, ипохондричность. В качестве примера можно привести высказывания *больного Р.*, который считал, что его преследуют окружающие, смотрят на него, перемигиваются, шепчутся. Испытывал при этом «животный» страх, тревогу; метался, был убежден, что это соседи хотят от него избавиться, чтобы завладеть жилплощадью.

При галлюцинаторно-паранойальном психозе (16,8%) выявлялись бредовые идеи преследования, воздействия, величия с паранойальным восприятием и интерпретацией окружающего. В отличие от шизофренических бредовых идей они были конкретными по содержанию, наглядными, однообразными, отрывочными; отмечались истинные зрительные и слуховые галлюцинации, иногда религиозного содержания. Психотическая симптоматика при эпилепсии характеризовалась яркостью, чувственной окрашенностью.

Со слов жены *больного А.*, с которой был разведен и не жил, мог позвонить ночью и сказать, что его кто-то преследует, хочет убить. Требовал говорить шепотом, утверждал, что его телефон прослушивается. Говорил, что вокруг какие-то свисты, шумы, шаги. Считал, что кто-то посторонний ходит в соседней комнате. Был возбужден при этом, говорил, что боится всех.

Парафренный психоз (8,2% случаев) подразумевал наличие псевдогаллюцинаций, симптома открытости мыслей и других явлений психического автоматизма с чувством овладения. Характерным признаком являлись грандиозность бредовых идей, ригидность мыслительных процессов, лабильность эмоциональных реакций, что отличает эпилептические психозы от психотических расстройств иной этиологии и согласуется с высказанным еще в 1875 г. утверждением P. Samt, согласно которому основным проявлением эпилептической болезни является сочетание устрашающих переживаний с бредом величия, религиозный бред. Часто в структуру бреда включались мифологические, религиозные, мессианские мотивы, мотивирующие поведение больного. Так, *больной Л.* считал себя святым. Рассказывал, что периодически слышит голос бога, который возлагает на него особую миссию, следит за каждым его движением, обсуждает каждый его поступок.

Многие исследователи [1—4, 13, 17, 23, 28, 33] выделяли при эпилептической болезни паранойальные и галлюцинаторно-паранойальные состояния с ярко-чувственным характером, фантастическими переживаниями, нередко мистического (религиозного) содержания.

Согласно данным, приводимым В.В. Калининым [11], доминирующее в психиатрии на протяжении многих лет представление о том, что эпилептические психозы отличается от психозов при шизофрении большим удельный вес 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* (20,3% случаев) в связи с эпилепсией (F06.322) отмечались суточные колебания настроения с усилением тревожно-депрессивного настроения утром, неусидчивость, двигательное беспокойство на фоне выраженной астении; периоды пониженного настроения, сопровождающиеся тоской, суицидальными мыслями, идеями самообвинения, малоценности.

При диагностике *психотического маниакального расстройства* (3,5% случаев) в связи с эпилепсией (F06.302) констатировались периоды «подъема, повышенной энергии, прилива сил», эйфоричность; сочетание повышенной активности с раздражительностью, брутальностью; у ряда больных выявлялись непреодолимые влечения к алкоголю, бродяжничеству, поджогам, половым эксцессам.

Характерной отличительной особенностью эпилептических аффективных психозов являлось значительное присутствие дисфорических компонентов в структуре как депрессивных, так и маниакальных психозов.

*Кататонические* психозы (2,5% случаев) при эпилепсии (F06.12) возникают относительно редко. В клинической картине преобладали субступорозные состояния с негативизмом или пассивной подчиняемостью, субступор с мутизмом, постоянным стереотипным бормотанием или импульсивным возбуждением. Нередко кататонические расстройства проявлялись пуэрильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолалией, ответами «мимо».

Формирование изменений личности у обследуемых больных шло параллельно развитию заболевания. По мере прогрессирования болезни, эпилептизации мозга и изменения социального функционирования больного степень их выраженности нарастала. Основными чертами психики у обследуемых больных являлись застойность и полярность аффекта, выражающиеся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности, — с другой. Эти особенности аффекта выражались в таких типичных для больных эпилепсией личностных особенностях, как эгоцентризм, злопамятность, мстительность, злобность, брутальность. По мере прогрессирования заболевания больные все более утрачивали гибкость, подвижность, становились мелочными, своенравными, властными, иногда — приторно учтивыми, слащавыми, угодливыми, лстивыми. Причем части больных было свойственно сочетание грубости, агрессивности по отношению к одним и угодливости, подобострастия — к другим лицам, что подтверждает одну из основных особенностей эпилептического характера — полярность. Ре-

лигиозность проявляется и в необычайной поглощенности моральными и этическими проблемами, что можно объяснить не столько самой болезнью, сколько фанатической приверженностью больных той системе взглядов, в которой они воспитывались. В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение к ним окружающих, а также на осознание болезни и связанных с ней дефектов. В связи с этим в характере отмечались такие не свойственные больным ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверчивого отношения окружающих к себе, сенситивность, подозрительность, тревожность, ипохондричность, чувство ущербности, неуверенность в себе, ипохондрические переживания.

С начала XX века большинством психиатров рассматривались дифференциально-диагностические признаки и особенности психозов при эпилепсии.

Ряд авторов [1, 6, 9—11, 14, 21, 23, 50] подчеркивали, что основное отличие большого шизофренического от большого эпилептического — это различие в структуре наступающих у больных по ходу болезни изменений личности, снижения интеллекта, нарушения мышления, что необходимо учитывать при диагностике эпилептических психозов.

W. Janzarik [33], J. Stevens [47], опираясь при дифференциальной диагностике шизофреноподобных психозов на изменения личности, свойственные эпилептической болезни, подчеркивали сравнительно небольшую озабоченность больных эпилепсией бредовыми переживаниями, их способность «дистанцировать» себя от бредовых идей. Большой эпилепсией с шизофреноподобным психозом, как считает J. Bruens [23], остается в нашем общественном мире, как бы он ни сужался вокруг его «Я».

Рассматривая возможность взаимоотношения шизофрении и эпилепсии, А.И. Болдырев [2] пришел к выводу, что доказательством симптоматического характера шизофреноподобных психозов при эпилепсии представляется тот факт, что в настоящее время при лечении больных эпилепсией антиконвульсантами можно добиться существенной или даже полной редукции шизофреноподобной симптоматики, после чего в клинической картине на первый план выступают изменения личности и снижение интеллекта, характерные для эпилепсии, а также нарушения мышления. Это, как считает автор, 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.

И. Kairalla и соавт. [37] сравнивали психозы при эпилепсии (28 больных) и шизофрении (47) и отмечали, что у больных эпилепсией выявлялись явления персеверации (застревания в речи, мышлении, моторике), в то время

как у больных шизофренией — специфические шизофренические нарушения мышления.

Рассматривая структуру шизофреноподобных психозов, Р.Г. Голодец, И.Г. Равкин [3] большое значение придавали обилию сенестопатий и вазо-вегетативных расстройств в отличие от шизофрении, что, как они считали, ведет к формированию параноидного бреда со значительной выраженностью идей воздействия и в особенности ипохондрического бреда. Приводя описание эпилептических психозов и рассматривая вопросы динамики и дифференциальной диагностики эпилепсии с шизофренией, Е.К. Молчанова [13] подчеркивала быстрое нарастание деменции и прогрессивность течения заболевания у больных эпилепсией. Автор также считала, что психотические расстройства при эпилепсии, особенно хронические, наступали с появлением дисфории, повторных сумеречных состояний, нарастающей деменции. Сравнивая психозы при эпилепсии и шизофрении, N. Adachi и соавт. [18] установили, что при эпилепсии психоз развивается позже (средний возраст 30,1 года), чем у пациентов с шизофренией (средний возраст 26,6 года). У пациентов с эпилептическим психозом, по утверждению авторов, не отмечено никакого полового различия при оценке возраста начала указанного состояния, тогда как у больных шизофренией женщин выявлено начало заболевания в более позднем возрасте.

Таким образом, для дифференциальной диагностики эпилептических и шизофренических психозов, по данным исследования, наиболее значимыми были пароксизмальные состояния в анамнезе, свойственные эпилепсии изменения в аффективной сфере, мышлении, явления интеллектуально-мнестического снижения. Формирование стойкой и в ряде случаев хронической психотической симптоматики происходило при длительном течении эпилептического процесса, наличии специфических эпилептических изменений личности, т.е. продолжительность эпилепсии является важным причинным фактором психоза. Шизофреноподобные психозы наиболее часто напоминали аутохтонно возникающие аффективно-бредовые приступы шизофрении, однако отличались по динамике, сопровождаясь не свойственными шизофрении органическими симптомами. В отличие от пациентов с шизофренией, больные с эпилептическими психозами подробно и откровенно описывали свои переживания, для них было характерно большое участие дисфорических компонентов. При выраженных изменениях личности или эпилептической деменции психопатологическая симптоматика характеризовалась нелепостью (бред величия, реформаторства и т.д.) и витальным оттенком переживаний. Однако основное значение в принятии окончательного суждения о диагностической принадлежности психоза имеет характер изменений личности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. 2-е изд., перераб. и доп. М: Медицина 1984; 288.
2. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. М: Медицина 2000; 383.
3. Голодец Р.Г., Равкин И.Г. Клинические характеристики эпилептических психозов с затяжным течением. Журн невропатол и психиатр 1968; 68: 11: 1651—1654.
4. Голодец Р.Г. Эпилепсия и психическое состояние. Всероссийский съезд психиатров, 7-й: Материалы. М 1990; 12—14.
5. Громов С.А., Липатова Л.В., Незнанов Н.Г. Психические расстройства у больных эпилепсией. В кн.: Эпилепсия. Реабилитация больных, лечение. Ст-Петербург 2008; 153—168.
6. Гулямов М.Г. Эпилептические психозы (Клинико-психопатологическое состояние эпилептических психозов, протекающих с синдромом Кандинского). Душанбе 1971; 183.
7. Зенков Л.Р. и др. Иctalные бессудорожные эпилептические состояния и симптомы. Труды 3-й Восточно-Европейской конференции

- «Эпилепсия и клиническая нейрофизиология» (Украина, Гурзуф 6—10 октября 2000 г.). Ялта 2001; 92.
8. *Зенков Л.Р.* Непароксизмальные эпилептические расстройства. М: МЕДпрессинформ 2007; 280.
9. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии. М 1999; 416.
10. *Калинин В.В. и др.* Психические расстройства при эпилепсии. Пособие для врачей. М 2006; 27.
11. *Калинин В.В.* Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии. Психиатр и психофармакотер 2008; 10: 3: 52—56.
12. *Максимова А.Л.* Психопатология при эпилепсии. Современ психиатр им. П.Б. Ганнушкина 1998; 5: 4—9.
13. *Молчанова Е.К.* Эпилептические психозы. Сообщение 1. Течение и дифференциальный диагноз. В кн.: Вопросы психиатрии. М 1960; 4: 70—78.
14. *Наджаров Р.А., Шумский Н.Г.* О скрытой эпилепсии. Вопросы психиатрии. М 1960; 4: 90—105.
15. *Незнанов Н.Г., Киссин М.Я.* Психические расстройства при эпилепсии. Психиатрия. Национальное руководство. М 2009; 637—651.
16. *Никольская А.А.* К вопросу о клинике «шизоэпилепсии». Невропатология и психиатрия. М 1938; 9: 69—79.
17. *Фаворина В.Н.* О шизофреноподобных хронических эпилептических психозах. Журн невропатол и психиатр 1968; 68: 2: 1656—1661.
18. *Adachi N., Ito M., Onuma T. et al.* Difference in age of onset of psychosis between epilepsy and schizophrenia. Epilepsy Res 2008; 201—206.
19. *Baum P., Kopf A., Hermann W., Wagner A.* Postictal paranoid-hallucinatory psychosis in cryptogenic epilepsy. Psychiatr Prax 2007; 249—257.
20. *Barry et al.* Affective disorders in epilepsy. Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. A. Ettinger, A. Kanner (eds.). LWW, Philadelphia 2001; 45—71.
21. *Blumer D.* Psychiatric aspects of epilepsy. Am Psychiatr 1984; 345.
22. *Blumer D.* Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds.). Cambridge 2002; 107—116.
23. *Bruens J.H.* Psychoses in epilepsy. The epilepsy Handbook of clinical Neurology. Amsterdam 1974; 15: 593—610.
24. *Cummings J.L.* Frontal-subcortical circuits and human behavior. Arch Neurol 1993; 873—880.
25. *De Araújo Filho G.M., Rosa V.P.* Psychiatric comorbidity in epilepsy: A study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. Epilepsy & Behavior 2008; 56—64.
26. *Devinsky O., Penry J.* Epilepsia 1993; 34: 224—250.
27. *Devinsky O.* Cognitive and behavior effects of antiepileptic drugs. Epilepsia 1995; 36: Suppl 2: 46—65.
28. *Falret J.* De l'état mental des épileptiques. Arch Gen Med 1860; 16: 661—679.
29. *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; 45—67.
30. *Fiseković S., Burnazović L.* Epileptic psychoses — evaluation of clinical aspects. Bosn J Basic Med Sci 2007; 140.
31. *Gastaut H.* The psychopathology epileptic seizures. Handbook of Neurophysiology. Washington 1959; 1: 329—363.
32. *Goldstein M.A., Harden C.L.* Epilepsy and Anxiety. Epilepsy & Behavior 2000; 1: 4: 82—91.
33. *Janzarik W.* Der wahn schizophrener prägung in den osychtischen episoden der epileptiker und die syzophrene wahrnehmung. Fortschr Neurol Psychiatr 1955; 23: 533—546.
34. *Hirashima Y., Morimoto M., Nishimura A. et al.* Alternative psychosis and dysgraphia accompanied by forced normalization in a girl with occipital lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior 2008; 481—485.
35. *Huber G.* Psychiatrie Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Schattauer 2004; 780.
36. *Ito M., Okazaki M., Onuma T. et al.* Subacute postictal aggression in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior 2007; 611—614.
37. *Kairalla I.C., Mattos P.E. et al.* Attention in schizophrenia and in epileptic psychosis. Braz J Med Biol Res 2007; 456—463.
38. *Kanemoto K.* Postictal psychoses, revised. The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds.). Cambridge 2002; 117—131.
39. *Kanner A.M., Nieto J.C.* Depressive disorders in epilepsy. Neurology 1999; 53: 5 Suppl 2: 26—32.
40. *Kanner A.M.* Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy. Epilepsia 2004; 45: Suppl 2: 22—27.
41. *Nadkarni S., Arnedo V., Devinsky O.* Psychosis in epilepsy patients. Epilepsia 2007; 17—19.
42. *Onuma T., Adachi N., Hisano T., Uesugi S.* 10-year follow-up study of epilepsy with psychosis. Jpn J Psychiatr Neurol 1991; 45: 360—361.
43. *Perlmutter S.* Schizophrenia-like psychosis and epilepsy. Am J Psychiatr 1998; 155: 3: 325—336.
44. *Ruy Y., Kashima H., Onaya M.* An Autopsy case of epilepsy with hallucinations. XI World congress of psychiatry. Abstracts 1999; 2: 168.
45. *Samt P.* Epileptische Inreinsformen. Arch Psychiatr Nervenkr 1875.
46. *Shukla G. et al.* Prolonged preictal psychosis in refractory seizures: A report of three cases. Epilepsy & Behavior 2008; 346—349.
47. *Stevens J.R.* Psychiatric implications of psychomotor epilepsy. Arch Gen Psychiatr 1988; 14: 461—471.
48. *Taneli B.* Epileptic phenomena underlying psychiatric disorders schizophrenic disorder, affective and anxiety disorder. Epileptologia 2001; 9: Suppl 1: 18—19.
49. *Thompson S.A.* Partial seizures present as panic attacks. (Clinical Review). Br Med J 2000; Issue: 79—81.
50. *Trimble M.* Psychosis and epilepsy. A textbook of epilepsy. London 1982; 275—281.
51. *Trimble M., Freeman A.* An investigation of religiosity and the Gastaut-Geschwind syndrome in patients with temporal lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior 2006; 407—414.