# Введение

Данная работа посвящена описанию клинических основ эпилептического слабоумия.

Целью данной работы является описание клинических признаков эпилептического слабоумия, как формы патологии интеллектуальной сферы.

В задачи работы, таким образом, входит описание интеллекта, как свойства личности, описание возникновения деменции и органических составляющих ее, описание и демонстрация на примерах нарушения психических функций, составляющих интеллектуальную сферу.

Актуальность данной работы автор видит в необходимости качественного изучения основ патопсихологии, детального изучения каждого нарушения, с целью повышения своего профессионализма в сфере работы с людьми. Кроме того, как будет в дальнейшем показано в нашей работе, эпилептическое слабоумие является еще важнейшим фактором для диагностики истинной эпилепсии, в отличие от симптоматической.

Работа состоит из двух основных частей, данного введения и заключения. Первая часть работы посвящена детальному описанию эпилептического слабоумия, его признаков, органической основы, особенностей формирования. Во второй, практической части работы содержатся иллюстрации феноменов, описанных в теоретической части, основанные на высказываниях больных-эпилептиков из врачебной практики.

эпилептический слабоумие больной диагностика

**1.** Особенности эпилептического слабоумия

Слабоумие разные психопатологи трактуют различно. Одни под слабоумием понимают те случаи, при которых обнаруживается расстройство интеллекта, то есть слабоумие рассматривают, не в качестве синдрома, а в качестве симптома: расстройства интеллектуальных функций. При этом считается, что интеллектуальные функции могут расстраиваться изолированно. Другие под слабоумием понимают общее изменение психической деятельности, характеризующееся негативными симптомами и выражающееся в снижении всех сторон психической деятельности: при слабоумии страдает не только познание, суждение, не только память, но и аффективная сфера, деятельность больных, страдает вся личность. Личность больного при слабоумии изменяется, утрачивает свою индивидуальность. При такой трактовке – при слабоумии страдают все проявления личности как целое – понятие слабоумия приобретает очень широкие границы.

Слабоумие – глубокий малообратимый дефект психики, проявляющийся слабостью интеллекта, утратой ранее приобретенных знаний и (или) затруднением в приобретении новых, бедностью психики в целом, изменением поведения. Различают слабоумие врожденное (олигофрения) и приобретенное (деменция) – результат изменений мозга при различных заболеваниях (атеросклероз сосудов мозга, эпилепсия и др.).

Интеллект (лат. Intellectus – разумение, понимание, постижение) – комплексное понятие, объединяющее способность человека к мыслительной деятельности, рациональному познанию, способность развития оригинальных самостоятельных глубоких суждений, умозаключений, к критике и самокритике, адаптироваться к новым ситуациям.

Интеллект как познавательная деятельность человека включает и уже приобретенный опыт, знания и способность к дальнейшему его приобретению и применению на практике.

Предпосылками интеллекта являются такие психические функции как память, внимание, речь, ясность сознания, степень утомляемости, восприятие, запас знаний и навыков, способность к логическому мышлению, абстрагированию и комбинаторике.

В клинике эпилепсии выделяют три ряда симптомов: эпилептические изменения характера, личности и эпилептическую деменцию. Деградация характера и деменция составляют интерпароксизмальный эпилептический синдром, который в нозологически специфическом отношении представляет значительно больший интерес, чем эпилептические припадки.

Степень выраженности эпилептического слабоумия определяет течение заболевания. Принято считать, что эпилептическое слабоумие развивается при неблагоприятном течении болезни.

Эпилептическое слабоумие относят к псевдопаралитическому синдрому патологии интеллекта. Этот синдром является возникающим при различных соматически обусловленных психических болезнях сочетанием психических и неврологических расстройств, характерных для прогрессивного паралича. Основными клиническими характеристиками синдрома являются: снижение или полное отсутствие критики к себе и окружающим; глубокое нарушение уровня суждений; мнестические расстройства преимущественно на события настоящего и недавнего прошлого; внушаемость, повышение влечений, неряшливость, элементы регресса поведения; аффект определяется тупой эйфорией, раздражительностью в сочетании с выраженной инконтиненцией; неврологические расстройства.

До настоящего времени остается нерешенным вопрос о причинах эпилептического слабоумия. Далеко не всегда можно установить соответствие между давностью заболевания и степенью выраженности эпилептического слабоумия. По некоторым наблюдениям, эпилептическое слабоумие возникает примерно при десятилетней давности заболевания, после 200 судорожных припадков. По Витке, слабоумие у эпилептиков возникает после 100 припадков. Шнейдер считал, что причиной слабоумия являются не столько припадки, как происходящая при них травматизация головного мозга. Однако наблюдаются случаи эпилепсии, протекающей с абсансами, то есть без падения и травмирования головного мозга, клиническая картина которых характеризуется деменцией.

Можно думать, что известную роль в происхождении эпилептического слабоумия играют нарушения обмена веществ в клетках коры головного мозга, возникающие в связи с эпилептическим припадком. В частности, для эпилептического припадка и послеприпадочных состояний характерны явления гипоксии центральной нервной системы. Это подтверждается данными наших оксигемометрических исследований, проводившихся в течение электросудорожного припадка у больных шизофренией. У всех больных соответственно динамике оксигемометрических показателей можно было выделить три стадии в изменении содержания оксигемоглобина в крови. Первая стадия характеризовалась относительно медленным снижением кривой содержания оксигемоглобина в артериальной крови – до 76–84% (при условном исходном уровне 96%). Ее длительность (35–40 с) соответствовала продолжительности тонических и клонических судорог. Во второй стадии с прекращением судорог резко уменьшалось содержание оксигемоглобина в крови, предел снижения не установлен, так как минимальное деление шкалы использованного нами оксигемометра соответствовало лишь 60%. Эта стадия острой артериальной гипоксемии длится 5–10 с. Третья стадия – стадия длительной артериальной гипоксемии. На всем протяжении состояния оглушенности и послеприпадочного сна регистрировалось пониженное содержание кислорода в артериальной крови – в среднем 78–85%.

Оксигемометрические показатели, отражающие степень насыщения кислородом артериальной крови, в определенной степени свидетельствуют и об уровне окислительных процессов в тканях, в частности в головном мозге. Если отдельные припадки интенсифицируют течение окислительно-восстановительных процессов в тканях головного мозга (с этим связывается положительный лечебный эффект электросудорожных припадков), то при частом их повторении возможно стойкое снижение уровня окислительно-восстановительных процессов. Не исключено возникновение гипоксии в центральной нервной системе и при атипичных эпилептических припадках и их эквивалентах.

В формировании эпилептического слабоумия существенную роль играет преморбидный интеллектуальный уровень. Слабоумие оказывается более значительным и быстрее прогрессирует у больных с невысоким интеллектуальным уровнем до заболевания, особенно в тех случаях, когда эпилептический процесс наслаивается на олигофрению или органическое поражение головного мозга. В то же время у больных с преморбидно высоким интеллектом слабоумие выявляется в меньшей степени, позже и лучше компенсируется. Это же относится и к эпилептическим изменениям характера – чем выше был интеллект заболевшего эпилепсией, тем меньше проявляются у него отрицательные и неприятные качества характера.

Известна и роль возраста больного при начале заболевания в формировании эпилептического слабоумия. Обычно указывается, что чем раньше проявилась эпилепсия, тем более выражено слабоумие. Однако при начале заболевания в возрасте до 3–4 лет у детей могут отсутствовать типичные для эпилепсии изменения интеллектуальной деятельности и характера, и в клинической картине на первый план выступают симптомы грубой органической церебральной патологии – двигательное беспокойство, общая расторможенность, неустойчивость внимания, раздражительная слабость, повышенная психическая утомляемость.

Одним из основных симптомов эпилептического слабоумия является замедление темпа психических процессов, нередко сочетающееся с общей брадикинезией, которое мы легко определяли в экспериментально-психологическом исследовании, например, с помощью таблиц Шульте. При этом отмечается не только замедленный темп сенсомоторных реакций, но и их равномерность: на каждую таблицу затрачивается примерно одинаковое время, отсутствует повышенная истощаемость психической деятельности.

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности основных нервных процессов, инертность психической деятельности. Эти особенности легко обнаруживаются в пробах на переключение: при попеременном прибавлении к заданному числу двух других, при попеременном подборе к заданным словам антонимов и синонимов, одушевленных и неодушевленных предметов (методика Лебединского).

Брадикинезия и инертность протекания психических процессов характеризуют мышление эпилептиков – тугоподвижное, вязкое, с затруднениями в отделении основного от второстепенного. Наблюдаемый иногда в клинике достаточно быстрый темп речи больных эпилепсией зависит от стереотипного характера психической деятельности, речь этих больных изобилует шаблонами. Быстрота здесь обусловлена тем, что больные как бы избирают путь наименьшего сопротивления.

Тугоподвижность мышления эпилептиков находит отражение в их произвольной речи, больные «топчутся на месте», не могут отвлечься от второстепенных деталей. Но при этом цель высказывания больным не теряется.

Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо выступают в словесном эксперименте. Об этом свидетельствует увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода, иногда в качестве ответной реакции подбираются прилагательные, обозначающие цвет данного предмета.

Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции).

Нередко характер ответных реакций у больных эпилепсией свидетельствует о затруднениях деавтоматизации на уровне второй сигнальной системы.

Часто в словесном эксперименте встречаются ответы-штампы (например: яблоко – груша, птица – курица). При выраженном слабоумии ответные реакции стереотипны, однообразны – на все слова-раздражители больной может отвечать двумя-тремя словами («хороший» или «плохой», «знаю» или «не знаю»). Нередко словесные реакции отражают лишь отношение больного к предметам, обозначенным словами-раздражителями. Эти особенности ассоциаций являются отражением изменения личности больных, присущего эпилептикам эгоцентризма.

В обычной беседе у больных эпилепсией обнаруживается склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при описании больными сложного рисунка или при пересказе текста. Нередко, описав таким образом рисунок, больной не может уловить все же его содержание. Особенно ярко склонность к детализации проявляется при исследовании с помощью методики установления последовательности событий по серии рисунков. В этих случаях больные с выраженным эпилептическим слабоумием детально, со множеством несущественных подробностей, описывают каждый рисунок, но сопоставить их не могут, так как затрудняются в дифференцировке существенных и второстепенных признаков.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающееся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. При исследовании с помощью методики исключения больные обстоятельно характеризуют каждый из четырех изображенных на рисунке предметов и либо не находят между ними отличия, либо, наоборот, заявляют, что все эти предметы ничего общего между собой не имеют. Так, больные приходят к выводу, что шкаф, кровать, этажерка и комод являются мебелью, и не могут найти отличительного признака, позволяющего объединить виды мебели, служащие для хранения каких-либо предметов. Разглядывая картинку с изображением очков, часов, весов и термометра, больной дает им детальную характеристику и утверждает, что не видит между ними ничего общего.

Больные с эпилепсией классифицируют предметы по конкретно-ситуационному признаку. Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких однородных групп, например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, предметы обуви и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с предметами одежды.

При исследовании по методике складывания картинок из отрезков деятельность больных определяется, по выражению А.Н. Бернштейна, непланомерным синтезом. Больные выполняют задание при помощи метода проб и ошибок. Они выбирают обычно более крупный отрезок и к нему поочередно прикладывают все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей эпилептикам педантичностью, тщательно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больные откладывают один из них и примеряют следующий.

Наблюдающееся часто у больных эпилепсией резонерство отличается от резонерства при других заболеваниях. Резонерствующий эпилептик, по выражению «любит делать наставления, поучать, становясь иной раз в роль неприятного, узкого моралиста». Резонерство эпилептиков носит характер своеобразного компенсаторного «рассуждательства». Его особенности проявляются в поучительном, типа сентенций, тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность их и переоценку собственного жизненного опыта. Эти высказывания неглубокие, поверхностные, бедные по содержанию, содержат банальные ассоциации. Резонерские рассуждения эпилептиков всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

У резонерствующих эпилептиков в эксперименте отмечается снижение уровня обобщения и отвлечения, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса. Последнее обстоятельство также придает своеобразный колорит эпилептическому резонерству, в котором сочетаются поучительность суждений с олигофазией» Если при шизофрении в резонерстве выявляется актуализация «слабых» признаков, своеобразное нарушение ассоциативных процессов, разрушение формирующихся в течение жизни психических стереотипов, то при эпилепсии наблюдаются инертность мышления, актуализация малосущественных признаков, непреодолимые шаблоны в мышлении.

Эпилептическое слабоумие находит свое отражение в специфических симптомах расстройств речи – в замедлении ее темпа, употреблении уменьшительных слов и речевых штампов, в олигофазии. Иногда в речи слабоумных эпилептиков отмечается витиеватость, стремление приукрасить речь, склонность к примитивному рифмованию.

С.С. Мнухин выделял следующие условия, способствующие образованию постоянной олигофазии: большую частоту эпилептических припадков; преобладание в картине болезни проявлений «психической» эпилепсии; длительное существование после припадков состояний нарушенного сознания, в частности оглушенности; своеобразную, присущую эпилепсии, форму психического распада.

Исследования речи больных эпилепсией показали, что в проявлении олигофазии большое значение имеет степень конкретности раздражителей речевого анализатора, направленность речевых реакций. «В связи с этим, – пишет В.М. Блейхер, – мы использовали серию методик, отличающихся различной выраженностью этих свойств (называние изображенных на рисунке предметов, подбор слов противоположного значения, попеременное называние пар одушевленных и неодушевленных предметов, произвольное называние 50 слов). Было установлено, что общая прогрессирующая олигофазия больше выражена при абстрактных, менее направленных раздражителях речевой области».

В ряде случаев, когда внешне олигофазию было трудно уловить, так как предметы и их изображения на рисунке больные называли удовлетворительно, она четко выявлялась при подборе слов противоположного значения, в пробе на чередование и т.д. Поэтому для установления наличия или отсутствия общей прогрессирующей олигофазии нельзя ограничиваться показом больному предметов и просьбой назвать их. С этой целью необходимо произвести специальное экспериментально-психологическое исследование с помощью упомянутой серии методик.

Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Ослабление памяти является непременным признаком эпилептического слабоумия. Клинические наблюдения и экспериментально-психологические исследования, проведенные В.М. Блейхером, свидетельствуют о характерном для истинной эпилепсии параллелизме между степенью выраженности слабоумия и ослаблением памяти. Это положение имеет практическое значение, поскольку исследование памяти позволяет врачу объективно судить о глубине психического дефекта.

Особенно четко динамика снижения мнестической функции выступает при исследовании памяти эпилептиков с помощью психометрического метода Векслера. Раньше всего недостаточность памяти проявляется при выполнении заданий, включающих элементы деавтоматизации. Показательна и длительная сохранность у больных эпилепсией ассоциативной памяти Заметные нарушения ее свидетельствуют о глубоком слабоумии.

Характерна динамика ослабления различных сторон памяти. Вначале нарушается произвольная репродукция – концентрация внимания на воспроизведении в памяти какого-либо слова лишь ухудшает репродукцию. На последующих этапах обнаруживаются уже расстройства удержания и запоминания. В такой же последовательности нарушается память и при церебральном атеросклерозе, протекающем без инсульта. Это дает основания полагать, что отмеченная динамика присуща болезням с медленно прогрессирующими мнестическими расстройствами.

При эпилепсии в структуре психического дефекта тесно переплетаются явления интеллектуального снижения и аффективно-личностные изменения. Эгоцентрическая аффективно-личностная направленность процессов мышления придает эпилептическому слабоумию особые черты, позволяющие определить его как концентрическое, т.е. характеризующееся сужением интересов больного на своей личности.

Эпилептическая пропорция выражается в сочетании вязкости со взрывчатостью, умилительности и слащавости со злобностью. Эти компоненты представлены у разных больных не одинаково, нередко преобладает один из них. Развитию характерологических изменений эпилептика в известной мере способствует специфика его взаимоотношений со средой: с одной стороны, это попытки самоутверждения, жажда признания, с другой – сознание своей неполноценности.

В результате исследования с помощью метода уровня притязаний В.М. Блейхер получил данные о соответствии степени выраженности эпилептического слабоумия и личностных изменений Эпилептическое слабоумие проявляется выраженными нарушениями самооценки, из-за которых больной в ситуации эксперимента не учитывает результатов, успешных или неуспешных, выполнения предыдущих заданий. Частота ригидного типа уровня притязаний у слабоумных эпилептиков позволяет думать, что в его формировании играют роль два фактора: интеллектуальная недостаточность, которая становится предпосылкой не совсем адекватной критической оценки больным своих возможностей, и характерологические изменения, являющиеся отражением инертной установки.

Типология эпилептического слабоумия разработана недостаточно. Описанная в настоящем разделе типичная картина эпилептического слабоумия может быть охарактеризована как простое эпилептическое слабоумие. В зависимости от преобладания в клинической картине простого эпилептического слабоумия тех или иных симптомов можно говорить о различных его вариантах.

Характерные для эпилепсии прогредиентные признаки изменения личности и слабоумие в межприступный период являются решающими факторами в диагностики истинной эпилепсии.

# 2. Примеры из практики

Больной О. по опорным словам – «дом, лампа, огонь» составил следующий рассказ:

«Мы получили новую квартиру, переехали в пятиэтажный дом. Жене комната не понравилась, так как не было электрической лампы, и мне пришлось бежать вечером в магазин покупать лампу. Яркий свет озарил нашу новую комнату. Я пошел в кухню поставить чай. Когда засверкал яркий огонь на газовой плите, я поставил чайник и вернулся к себе в комнату».

Пример иллюстрирует эгоцентризм, являющийся следствием личностных изменений при эпилептическом слабоумии.

Другой пример показывает склонность больного в обстоятельности, чрезмерной детализации. Больной П. описывает каждую картину в том порядке, как она лежит: «Это мальчик на дереве. А под деревом собаки или волки. Сколько их? Один, два, три. Он испугался, видимо, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась и из нее высыпались книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее, снега. Это зима – снег всюду, беленький. Волки могут стащить его за шарфик. А на этой же картинке тоже какой-то мальчик идет через лес. Тут тоже зима. Видите – снежок беленький. Он даже не в лесу, а на опушке, И сумку несет. Он тоже школьного возраста. Вот только трудно сказать – утро или вечер. Скорее всего утро, так как школьники обычно утром идут в школу, а вечером дома готовят уроки. А на этой картинке двое взрослых и ребенок. Один взрослый держит ребенка на руках, подсаживает его на дерево, а другой – держит ружье, как будто целится».

Еще один пример содержит, помимо склонности к обстоятельности и детализации, многократные персеверации, вязкость мышления и характерные для речи эпилептиков использования уменьшительно-ласкательных суффиксов. Больной обращается к доктору:

«Доктор, угостите, пожалуйста, папиросочкой. Мне вчера маменька принесла папиросочки, хорошенькие такие папиросочки. Вот и нянечка сказала: теперь у тебя есть папиросочки, хорошенькие такие папиросочки, маменька принесла, теперь тебе будет что курить. А больной из соседней палаты ночью взял и выкурил мои папиросочки, хорошенькие такие папиросочки. Я утром встал, хотел покурить папиросочки, хорошенькие такие папиросочки, которые мне маменька вчера принесла, а больной-то все их и выкурил и теперь мне курить нечего. Доктор, угостите меня папиросочкой, а завтра маменька принесет мне папиросочки, хорошенькие такие папиросочки, я вам и отдам».

# Заключение

В заключении хотелось бы подвести итоги нашего рассмотрения эпилептического слабоумия.

Следуя обозначенным во введении задачам, мы описали интеллектуальную сферу человека, как психический феномен и входящие в него психические функции. Описали слабоумие вообще, как явление, особенности его при эпилепсии, а также органическую основу нарушения интеллекта при эпилепсии. Проследили какие нарушения происходят с каждой психической функцией при эпилептическом слабоумии и во второй, практической части работы проиллюстрировали некоторые из них примерами из практики. Кроме того, в теоретической части были описаны нарушения личностной, в частности, мотивационной сферы при данном нарушении интеллекта.

Таким образом, цель работы – описание клинических признаков эпилептического слабоумия как нарушения интеллектуальной сферы, была достигнута.

# Список литературы

1. Блейхер В.М. Клиника приобретенного слабоумия. – Киев: Здоров'я, 1976. – 151 с.
2. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. - М.: Медицина, 1971. – 367 с
3. Золотухина О.Н., Кондаков В.С. Художественная психопатология. Изд-во «Удмуртский университет», Ижевск, 2000 г.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – 2-е изд, стереотипное, М., Академия 2003 г.
5. Снежневский А.В. Общая психопатология. – Спб., 2004 г. – 190 с.