

## Lėtinė, į šizofreniją panaši psichozė sergant epilepsija: klinikinis atvejis

---

**A. Šiurkutė\***

**M. Karnickas\*\***

**J. Lengvenienė\*\***

*\*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika*

*\*\*Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė*

**Santrauka.** Ryšys tarp epilepsijos ir į šizofreniją panašios psichozės yra sudėtingas klausimas, tai – šimtmečio trukmės tyrimų objektas. Įvairių autorių duomenimis, psichozių paplitimas tarp sergančiųjų epilepsija siekia net 7–10 %. Epilepsinių ir šizofrenijos psichozių diferencinė diagnostika yra labai sunki, reikalaujanti išsamios psichopatologinės analizės, ligos dinamikos, asmenybės struktūros pakitimų įvertinimo.

Mes pateikiame nedažnai pasitaikantį lėtinės interiktalinės (tarpprieupolinės) psichozės klinikinį atvejį. Aptariame šiuolaikinį požiūrį į epilepsinių psichozių epidemiologiją, klasifikaciją, diferencinę diagnostiką ir gydymą.

**Raktažodžiai:** epilepsija, šizofrenija, preiktalinė, iktalinė, postiktalinė, interiktalinė, į šizofreniją panašios psichozės, vaistai nuo psichozės, elektros impulsų terapija.

Neurologijos seminarai 2013; 17(55): 64–69

---

### IVADAS

Epilepsijos ir šizofrenijos derinio problema pradėta nagrinėti dar XIX a. pabaigoje. Šiuo klausimu nuomonės buvo įvairios: vieni mokslininkai teigė, kad ligonis gali sirgti epilepsija ir šizofrenija, kiti abejojo tokia derinio galimybe [1]. Meduna rašė apie biologinį antagonizmą tarp šizofrenijos ir epilepsijos, tuo paremdamas elektros impulsų terapijos (EIT) veiksmingumą, tuo tarpu vėlesniuose darbuose E. Slater ir A. W. Beard rašė apie agonizmą tarp epilepsijos ir psichozės [2]. Plačiau cituojamame E. Slater ir bendraautorių 1963 m. straipsnyje epilepsija sergantiems pacientams konstatuojamos interiktalinės psichozės su pirmo rango, pagal K. Schneider, simptomais, kaip antai kliesdinis suvokimas, poveikio kliesdėsiams, dialogo ir (arba) komentuojamų „balsai“. J. Lange ir A. Bostroem 1939 m. rašė, kad retai pasitaiko atvejų, kai negalima atskirti, ar tai „epilepsija su šizofreniniais ekvivalentais, ar šizofrenija su priepuoliais“ [3]. Šiuolaikinis požiūris į epilepsines psichozes, psichozių kliniką, sergant epilepsija, yra aprašytas ir Lietuvos mokslinėje literatūroje, akcentuojant psichiatrų ir neurologų bendradarbiavimo svarbą [4].

Šiuolaikinėse epileptologinėse klinikose psichozės nustatomos 4–10 % sergančiųjų epilepsija [5, 6]. Stipriausias ryšys tarp epilepsijos ir psichozės nustatytas sergant smilkininės skilties epilepsija. Nurodoma, kad rizikos veiksniai išsivystyti psichozei yra ankstyva ir sunki epilepsijos eiga, bloga traukulių kontrolė, įvairaus pobūdžio traukulių priepuoliai, sąmonės praradimo lydimi traukuliai [2]. Dabar vieni autoriai epilepsines psichozes skirsto į epizodines ir nuolatinės (lėtinės), kiti – pagal psichozių pasireiškimo laiką epilepsinių priepuolių atžvilgiu [7].

Iktalinės (priepuolio) psichozės yra traukulinio aktyvumo išraiška. Jos trunka minutėmis iki valandų, sudaro apie 20 % visų epilepsinių psichozių ir primena delyrą [2]. Preiktalinės (psichozės iki priepuolio) prasideda prieš priepuolį ir pasireiškia prodromu ar aura. Prodromo psichoziniai simptomai gali trukti keletą dienų ar savaitių, o aura – keletą sekundžių prieš traukulius ir faktiškai įsilieti į priepuolį. Joms būdinga sutrikusi sąmonė, sudėtingi motoriniai ar elgesio sutrikimai (oraliniai automatizmai, mutizmas, stereotipiniai rankų judesiai), lydimi amnezijos. EEG fiksuojamos difuzinės per abu smegenų pusrutulius išplitusios teta ir delta bangos, palaipsniui išnykstančios atsi-  
stantant sąmonei [2].

Postiktalinės (psichozės po priepuolio) būna dažniausiai, apie 50 % visų epilepsinių psichozių. Postiktalinės psichozės paprastai pasireiškia praėjus 24–48 valandų trukmės „šviesiam“ intervalui (tačiau gali būti net iki 1 savaitės). Dažniausiai jos pasireiškia po epilepsinės būklės ar keleto traukulių serijos. Psichozių struktūra gali būti įvairi, lydi dramatiškai pasikeitęs, save žalojantis ar agresyvus el-

---

**Adresas:**

*Aldona Šiurkutė*

*Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė*

*Parko g. 15, LT-11205 Vilnius*

*Tel. (8 5) 2672800, el. paštas a.siurkute@rvpl.lt*

gesys. Paprastai trunka kelias dienas. Dauguma atvejų psichozės epizodo metu nustatoma EEG pakitimų. Daug autorių postiktalines psichozes sieja su smilkininės skilties epilepsija [2, 8].

Interiktalinės (tarpprieuolinės) psichozės atsiranda esant aiškiai sąmonei, jų psychopatologinė struktūra yra panaši į šizofrenijos psichozes ir iškyla sunki diferencinė diagnostika. Dar reikia paminėti ir alternuojančias (angl. *alternating*) psichozes, kurios pasireškia nuslopinus traukulinių aktyvumą ir susinormalizavus EEG (taip vadinamas forsutos normalizacijos fenomenas, angl. *forced normalization*) [3, 4]. Tarpprieuolinės psichozės sudaro apie 20 % visų epilepsinių psichozių. Jos dar skirstomos į trumpalaikes ir lėtines (panašias į šizofreniją). Trumpalaikės interiktalinės psichozės (angl. *brief interictal psychosis*) iš-tinka tarp epilepsijos priepuolių, trunka nuo kelių dienų iki savaitės, jas sunku atskirti nuo postiktalinių, o kliniškai reiškiasi haliucinacijomis, kliesdais, afektiniais sutrikimais. Lėtinės (angl. *chronic interictal psychosis*) pasitaiko tik 0,4–1 % atvejų. Tokia lėtinė epilepsinė psichozė labai primena šizofrenijos kliniką (angl. *schizophrenia-like psychosis*). Taigi mes ir pateikiame retai pasitaikantį lėtines interiktalines, į šizofreniją panašios psichozės atvejį, kuris gali sukelti ir prieštaringų vertinimų.

## KLINIKINIO ATVEJO ISTORIJA

52 metų pacientė gimė ir augo kaime, dviejų vaikų šeimoje. Pacientė baigė vidurinę mokyklą, Finansų-kredito technikumą, dirbo buhalterė. Nuo 1980 m. nedirbo dėl ligos. Ištekėjo 20 metų, su 33 metų dukra visai nebendravo, ligonė buvo įsitikinusi, kad dukra organizuoja jos persekiojimą. Su vyru seniai išsiskyrusi. Gyveno su motina.

Iš ją ambulatoriškai gydančio gydytojo sužinota, kad pirmą kartą buvo atvežta iš mokyklos, kai mokėsi 8 klasėje, po *grand mal* tipo priepuolio. Ambulatorinėje kortelėje užfiksuota, kad priepuoliai yra nuo 3 metų, bet tikslesnių duomenų nepavyko nustatyti. Nuo 8 klasės reguliariai lankėsi pas gydytoją, vartojo Sereiskio miltelius, fenobarbitalį. Baigusi mokyklą išvyko gyventi ir dirbti į Vilnių, o 2009 m. vėl sugrįžo į gimtąjį rajono miestą dėl „persekiotojo“ Vilniuje.

Pirmą kartą Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL) gydyta 1983 m. (24 metų). Ligos istorijoje rašoma, kad du kartus gydyta neurologijos skyriuje nuo epilepsijos. Į RVPL atvežta iš darbo po epilepsijos priepuolio. Konstatuota disforinė būseną, skundėsi galvos skausmais, svaigimu, silpnumu, „varstymu smegenyse“, rankų ir kojų tirpimu. Psichinės būklės aprašyme nurodyta, kad pacientė tvarkinga, mandagi, orientacija nesutrikusi. Kalba noriai, verkia, kad pateko į psichiatrijos ligoninę. Mąstymas aplinkybiškas, į klausimus atsakinėja labai smulkmeniškai, meilikaujančiai, vartoja mažybinis žodžius, susirūpinusi sveikata, hipochondriška. Skyriuje konstatuota, kad greitai supykstanti, įžeidi, prašė kuo greičiau išrašyti. Gydyta fenobarbitaliu, karbamazepinu.

Antra hospitalizacija buvo RVPL 1992 m. (33 metų). Pažymima, kad būna dažni epilepsijos priepuoliai naktimis ir dieną. Skyriuje buvo konfliktiška, besistengianti įsiteikti, aplinkybiško mąstymo. Stacionare stebėti epilepsijos priepuoliai: trumpai prarasdavo sąmonę, būdavo traukuliai veide ir rankose. Po jų būdavo sutrikusi, nustebusi dairydavosi, klausdavo, kas jai buvo, pusvalandį užmigdavo, o pabudusi būdavo dirgli, skūsdavosi galvos skausmais.

1998 m. pacientė, būdama savo motinos ir brolio namuose, broliui smogė virtuviniu peiliu tris kartus į krūtinę, pilvą, padarydama sunkų, pavojingą gyvybei kūno sužalojimą dėl kiauryminio durtinio-pjautinio pilvo ertmės pažeidimo. Buvo atlikta stacionarinė teismo psichiatrijos ekspertizė. Brolis papasakojo, kad, jam grįžus į namus, sesuo ėmė kaltinti, kad dar nesuvežti runkeliai, liepė atnešti kibirą vandens iš šulinio. Broliui atsakius tai padaryti, ji pradėjo grasinti. Žinodamas, kad po tokių grasinimų sesuo pradeda muštis, atsikėlė iš lovos ir jau jam stovint tarpduryje, sesuo dūrė peiliu į kaklą, po to į šoną ir į pilvą. Tik motina atitraukė seserį nuo jo. Teismo medicinos specialisto išvadoje nurodyta, kad sužalojimas kvalifikuojamas kaip sunkus, pavojingas gyvybei. Liudytojų kaimynių parodymais, teisiemoji ir anksčiau jau buvo labai konfliktiška.

Teismo psichiatrijos ekspertizės metu nustatyta, kad pacientė nusikaltimo padarymo metu sirgo ir šiuo metu serga lėtine progresuojančia psichikos liga – demencija su ryškiais asmenybės ir elgesio sutrikimais sergant epilepsija, negalėjo suprasti savo veiksmų ir jų valdyti, rekomenduojamas priverstinis gydymas psichiatrijos ligoninėje sustiprinto režimo sąlygomis.

Kol buvo pervežta į Rokiškio psichiatrijos ligoninę, pacientė 23 dienas buvo hospitalizuota RVPL. Skyriuje buvo pretenzinga, reikalavo išskirtinių sąlygų ir teisių, epizodiškai tapdavo agresyvi, mušdavo ligones. Su personalu buvo pabrėžtinai meili, gera.

Rokiškio psichiatrijos ligoninėje gydyta 2000-02-17–2001-12-11. Psichinės būklės aprašyme nurodyta, kad pacientė tvarkingos išvaizdos, labai stipriai išsivėpinusi, skundžiasi galvos svaigimu, skausmais, traukulių priepuoliais. Anamnezinius duomenis pasakoja gana nuosekliai, dažnai atsiversdama užrašų knygelę, „kurioje viskas surašyta“. Kalbėdama apie jai daromas kaimynų, vyro, brolio skriaudas, labai supyksta, išrausta, labai emociškai, gestikuliuodama rodo, kaip ji buvo skriaudžiama. Kalbėdama apie įvykdytą nusikaltimą iš karto pareiškia, kad neprisimena, bet tuoj ima kaltinti brolių, o ji tik pasipriešino brolio terorui ir yra „nekalta kalta“. Tvirtina, kad nieko nežinanti apie brolio sužalojimą, kadangi tuo metu jai buvęs priepuolis. Vėliau sakė, kad brolis pirmas ją užpuolė, sumušė, praskėlė lūpą, po to buvo priepuolis. Tai, kad ją apkaltino, yra policijos pareigūnų sąmokslas prieš ją, plačiau neaiškina. Kategoriškai neigia savo agresyvių elgesį praeityje, o dabar esanti auka. Mąstymas klampus, sunku pereiti prie kitos temos, nuolat grįžta prie jai aktualių klausimų, kaip visi ją skriaudžia. Nustatyta diagnozė – demencija su ryškiais asmenybės ir elgesio sutrikimais, sergant epilepsija, ir dažniais *grand mal* tipo priepuoliais.

Teismo nutartimi nutraukus priverstinį gydymą, 2001-12-11 pacientė hospitalizuota į RVPL. Skyriuje dažnai konfliktuodavo su personalu, ligonėmis, buvo egocentriška, pretenzinga, smulkmeniška, skųsdavosi, kad ją visi skriaudžia, kad dukra namuose išnaudoja daug vandens, elektros, nurodinėdavo, kokius jai skirti vaistus. Gydyta karbamazepinu – 400 mg/p., fenobarbitaliu – 100 mg/p., klonazepamu – 2 mg/p., buvo švirkščiamas haloperidolio dekanooatas – 50 mg į/r. kas 3 savaites, o atsiradus šalutiniams reiškiniams (ekstrapiramidinei simptomatikai), nutrauktas.

Kitos hospitalizacijos RVPL buvo 2005, 2007 ir 2010 m. Jų metu buvo diagnozuotas organinis klie-desinis (pseudošizofreninis) sutrikimas; organinis asmenybės sutrikimas; epilepsija: židininiai kompleksiniai priepuoliai be (su) antrine generalizacija; demencija sergant epilepsija. Pacientė būdavo hospitalizuojama atvežant GMP, o 2005 m. iš poliklinikos, kur triukšmingai reikalavo išsammaus skrandžio, širdies ištyrimo, pradėjo plūsti gydytojus, kaltino, kad specialiai nekreipia dėmesio, nori „nugydyti ir numarinti“, išsakė agresyvias tendencijas ir planus poliklinikos gydytojams. Hospitalizacijų metu smulkmeniškai dėstydamas savo negalavimus, skųsdavosi blogu šeimos gydytojų elgesiu, sveikatos sugadinimu, nemokėjimu diagnozuoti ligų. Piktindavosi, kad gydytojai skyrė ne tuos vaistus, suviduriavusi, išmatose pastebėjusi kraujo. Tvirtino, kad viduriavimas po gydytojo apžiūrėjimo perėjęs į vidurių užkietėjimą. Kreipėsi į Sveikatos apsaugos ministeriją, nes jai tiriant ištempė storąją žarną, jautė storojoje žarnoje įplėšas.

Nuo 2007 m. akcentuodavo, kad kaimynai pradėjo specialiai triukšmauti, nebegalėdavo pailsėti, dėl ko Vilniuje pakeitė kelias gyvenamąsias vietas. Vėliau su motina persikėlė gyventi į kitą miestą, bet ir čia pakeitė kelis butus. Dukros užsakymu visur ją persekiodavo vienas jaunuolis. Persekiojamas atsikeldavo gyventi jos kaimynystėje. Pacientė kreipdavosi ir rajono policijos komisariato viešosios tvarkos skyrių, skųsdamasi, kad visus metus naktimis su motina negali pailsėti, kadangi iš konkretaus virš jų esančio buto „leidžiami dideli šūviai“ į televizorių, išjungiamas jos mobilusis telefonas. Reikalavė bet kuriuo paros laiku atvykti budinčius pareigūnus.

2007 m. konsultuota Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Neurologijos centre. Diagnozė: epilepsija, židininiai kompleksiniai priepuoliai be (su) antrine generalizacija. EEG aprašyme nurodyta, kad būdravimo metu registruojamas nereguliarus silpniau moduluotas alfa foninis aktyvumas be tarpusrutulinės asimetrijos su ne-gausiomis teta bangomis temporaliai. Hiperventiliacijos mėginio metu pagausėjo teta aktyvumo. Tipiškas epilepsiforminis aktyvumas neregistruojamas. Išvada: nedideli bioelektrinio aktyvumo pakitimai be tarpusrutulinės asimetrijos, be tipiško epilepsiforminio aktyvumo. Rekomenduotas gydymas lamotriginu – 200 mg/p., okskarbamazepinu – 1200 mg/p. Tačiau pacientė savo nuožiūra vartojo lamotrigino – 200 mg/p. ir Depakine chrono – 1000 mg/p.

2010 m. hospitalizacijos metu pacientė skundėsi, kad ją žudo jaunuolis elektromagnetinėmis bangomis. Jis turi specialią vaizdo kamerą, klausymosi aparatūrą ir ją su motina seka, visur mato, stebi. Jis sukelia spazmus žarnyne, kraujavimus iš šlapimo pūslės. Tai vyksta tarpininkaujant jos dukrai. Pacientė girdi to žmogaus balsą, sklindantį iš lubų. Tas jaunuolis elektromagnetinėmis bangomis sukelia jai alpimus po 4–5 kartus per dieną, mėlynės, pilvo spazmus, makšties dirginimą, išangės ir makšties įplėšas, įrašo pacientės telefono skambučius, visame bute prislėpė „blakčių“, veikia ir buitinę techniką, televizorių, radiją. Pacientė persikraustė gyventi į kitą butą, bet persekiojimas tęsiasi. Visur kreipėsi, suprato, kad ir gydytojas, ir meras yra sąjungininkai, nori atimti iš jos butą. Skyriuje stebėti epilepsijos priepuoliai. Pacientė aiškino, kad tokie priepuoliai vyksta persekiotojo užsakymu, jis ją prijungia prie programos, kartais ir po kelis kartus per dieną sukelia tokius priepuolius. Programa esanti „pajungta“ penkeriems metams. Pacientė buvo gydoma karbamazepinu – 600 mg/p., vėliau lamotriginu – 200 mg/p., klonazepamu – 2 mg/p., zulklopentiksoliu – iki 25 mg/p., bet atsiradus kojų drebbėjimui, buvo nutrauktas ir gydyta kvetiapienu.

Paskutinė hospitalizacija RVPL buvo 2011 m. sausio-kovo mėn. (57 d.). Jos metu pacientė buvo stebima ir gydoma straipsnio autorių. Nustatyta diagnozė: organinis klie-desinis (pseudošizofreninis) sutrikimas; organinis asmenybės sutrikimas; epilepsija: židininiai kompleksiniai priepuoliai be (su) antrine generalizacija; lengvas kognityvinis sutrikimas. Atvyko psichiatro siuntimu, skundėsi, kad ją persekioja kaimynas, veikia elektromagnetinėmis srovėmis, stebi vaizdo kameromis, naktimis, kas valandą žadina įvairiais garsais, po nakties atsiranda mėlynės, sukelia pilvo spazmus, svaigulį. Pacientė buvo įsitikinusi, kad dukra organizuoja persekiojimą norėdama pasisavinti jos turtą. Tas kaimynas gyvena vienu aukštu aukščiau, įrašo jos telefono skambučius, visame bute yra paslėptų kamerų, ją nuolat stebi. Dažnai girdi pokštelėjimus į langą, televizorių, lovos kraštą. Kartą per savaitę atjunginėja sąmonę, yra buvęs, kad iš eilės net 4 kartus, dėl to negalinti miegoti. Pastebėjo, kad lauke ar svečiuose nieko panašaus nebūna. Vartoja lamiktalio 200 mg/p. ir klonazepamo 2 mg/p.

Pirmą gydymo stacionare dieną ištiko priepuolis – eidama koridoriumi pro slaugytojos postą, sucypė, slaugytoja ją krįtantį sučiupo. Galva buvo atlošta, raumenys įtempti. Truko keliolika sekundžių, kelias minutes buvo dezorientuota, sumišusi. Per pirmas tris dienas buvo trys panašūs priepuoliai. Pacientė buvo įsitikinusi, kad tai persekiotojo darbas. Kartą užėjus į palatą rasta sėdinti, išblyškusi, nereagavo į klausimus, virpančiomis rankomis vis lietė savo drabužius, nesuvokiančiu žvilgsniu dairėsi į šalis. Šiek tiek pasišlapino į kelnes. Po 2 minučių ėmė klausinėti, kas jai nutiko, ar jai buvo bloga, nieko neatsimenanti. Panašūs priepuoliai pasikartojo dar po kelių dienų. Pacientė tvirtino, kad ir čia ją surado persekiotojas. Nuolat skundėsi, kad girdi virš palatos bildešį, įsitikinusi, kad tai daro jos persekiotojas arba jo draugai, kurie įsitaishė ligoninėje ir pradėjo ją veikti. Naktimis jie leisdavo garsus, trukdė mie-

goti. Srovėmis sukeldavo skausmus ir mėlynės ant blauzdų. Žiūrėdama į lubas sakydavo, „ar baigsi mane kankinti“. Bijoję dėl gyvybės, kad persekiotojas jau viską suplanavęs ir neužilgo ją visai „atjungs“. Naktimis išeidavo iš palatos dejuodama, verkdamas, kad žmogžudys sukėlė jos skausmą, gerklės uždegimą, žiūrėdama į lubas sakydavo, kad jis viską mato, „pajungė programą“. Persekiotojas ją veikė ir taip, kad maistas jai kristų ant rūbų, rodydavo dėmes.

Skyriuje noriai bendravo su pacientėmis, kalbos tempas buvo greitas, pasakodavo smulkmeniškai. Pacientė visada būdavo tvarkingai apsirengusi, laikydavosi higienos, rūpindavosi savo gerove, papasakojo, kad namuose susitvarko buityje, tvarkingai pati moka už komunalines paslaugas, teisingai orientuojasi buitinėse situacijose. Rašė su gramatikos klaidomis. MMSE – 24 balai. Skyriuje buvo egocentriška, ižėidi, ypač susijaudindavo neatsižvelgus į jos reikalavimus. Bendraudama su gydytojais būdavo įsisteikianti, vartodavo mažybinius žodžius. Skundėsi, kad slaugytojos į ją keistai žiūri, aprašinėja jos elgesį kaip sutrikusį, kad diagnozė nustatoma pagal slaugytojų duomenis.

Atlikti tyrimai. Bendras kraujo, šlapimo tyrimai – normalūs. Cholesterolio kiekis kraujo serume – 5,77 mmol/l, gliukozės – 4,62 mmol/l. EKG – be patologinių pakitimų. Akių dugno tyrimas: optinio nervo disko ribos aiškios, rožinės spalvos, arterijos ryškiai spazmuotos, venos normalios, tinklainėje uždegiminio proceso židinių nėra.

EEG išvada. Bendriniai galvos smegenų bioelektrinio aktyvumo pakitimai nedideli. Vyrauja vidutinės amplitudės, gana reguliarus, 9 sv/s alfa aktyvumas su beta aktyvumo priemaiša. Erdvinis aktyvumo išsidėstymas išreikštas gerai. Kaktinėse srityse stebimas beta aktyvumo perteklius – galima vaistų įtaka. Reakcija į ritminę šviesos stimuliaciją išreikšta vidutiniškai. Židininės patologijos ir specifinių epileptiforminio aktyvumo elementų nestebėta. Po gilaus kvėpavimo mėginio išryškėja vidurinių struktūrų disfunkcijos požymiai.

P300 potencialo tyrimas. P300 bangos latencija – normalios ribose (324 ms). P300 bangos amplitudė (7 mkV) sumažėjusi. Išvada: P300 bangos amplitudės sumažėjimas būdingas aktyvaus dėmesio sukaupti sutrikimui.

Galvos kompiuterinė tomografija. Atlikta aksialiniais 3 mm storio pjūviais lygiagrečiai orbitomeatalinei linijai bazės projekcijoje ir 5 mm storio pjūviais skliauto projekcijoje. Taikytas intraveninis kontrastavimas Ultravist 300 50,0 ml. Galvos smegenyse abiejuose pusrutuliuose (frontotemporookcipitaliai) žievėje ir baltojoje medžiagoje stebimi difuziniai iki 9 mm dydžio kalcinatai be perifokalinės edemos (12 kalcinaty); patologinio kontrasto kaupimo židinių nematyti. Vidurio linijos struktūros nedislokuotos. Bazinės cisternos laisvos. 4-asis skilvelis vidurio linijoje, nedeformuotas, 3-iasis skilvelis vidurio linijoje, 0,7 cm pločio. Šoniniai skilveliai vidutinio dydžio, simetriški, nedeformuoti. HI 53 mm. Konveksitaliniai subarachnoidiniai tarpai praplėti, daugiau frontaliai. Nedaug praplitusios smegenėlių vagos. Patologinių kaulų pakitimų nematyti. Išvada: liekamieji poinfekciniai pakitimai (kalcinatai) gal-

vos smegenyse, saikingi galvos smegenų degeneraciniai pakitimai, ryškesni frontaliai, išorinė ir I laipsnio vidinė hidrocefalija.

Nustačius neaiškios kilmės kalcinatus galvos smegenyse, atliktas išmatų ir serologinis tyrimas dėl cisticercokozės – jie buvo neigiami.

Pilvo organų echoskopijos išvada. Kepenys – 138,8 mm, echogeniškumas nedaug padidėjęs, skurdokas kraujagyslių piešinys, sumažėjęs echolaidumas. Kasos galvutės diametras – 19,0 mm, echogeniškumas padidėjęs, netolygus. Išvada – echoskopiskai yra neryškūs kepenų riebėjimo, lėtinio kasos pažeidimo požymiai.

Psichologinio tyrimo išvada. Pacientė smulkmeniškai kalba apie savo išgyvenimus. Užduotis atlieka gana noriai, jaudinasi dėl galimų klaidų. Intelektas bendras įvertinimas – 71 balas: verbaliniai sugebėjimai – 74 balai, konstrukciniai – 68, kas rodo intelektinių galimybių mažėjimą. Atskiros funkcijos siekia defektinį lygį: ypač blogas priežasties-pasekmės ryšių nustatymas, visumos iš detalių suvokimas, menkos įsiminimo ir naujų psichomotorinių įgūdžių susidarymo galimybės. Tiriamosios darbo tempas lėtas, apsunkintas dėmesio paskirstymas. Trumpalaikės fiksinės atminties apimtis maža – 5 objektai, operacinės – tik 3 objektai. Mąstymas gana skurdus, sulėtėjęs, aplinkybiškas, klampus, gali atlikti tik nesudėtingus konkretaus pobūdžio sprendimus.

Gydymas – tęstas Depakine chrono 1000 mg/p., valproinės rūgšties koncentracija nustatyta 373 mol/l, lamotriginu – 150 mg/p., klonazepamu – 2 mg/p. Psichozinei simptomatikai šalinti buvo skiriama haloperidolio 5 mg/p. lašiniu infuziniu būdu į veną 9 dienas, kartu skiriamas geriamas olanzapinas – 10 mg per dieną. Haloperidolį blogai toleravo, atsirado rankų tremoras, todėl buvo nutrauktas ir toliau gydoma olanzapinu. Tačiau šis buvo visai neveiksmingas, tęsėsi minėta intensyvi psichopatologija. Gydytojų konsiliumas nutarė, pacientei sutikus, taikyti EIT (elektros impulsų terapiją). Iš viso buvo atliktos 6 procedūros, deka, tik dvi su pakankamu atsaku – 41 ir 57 sek. Pasiiektas minimalus terapinis veiksmingumas: pagerėjo miegas, sumažėjo įtampa, kludiesių intensyvumas. Toliau gydymo pacientė kategoriškai ir raštu atsisakė, motyvuodama, kad reikia rūpintis namuose viena palikta motina. Išrašius iš ligoninės rekomenduojamos epileptologijos konsultacijos nenuvyko.

Dar gydyta 2012-01-11–2012-02-27 Respublikinės Kauno ligoninės padalinyje Marių ligoninėje. Čia buvo gydyta klopazinu – 200 mg/p., lamotriginu – 150 mg/p. Konstatuota, kad, išnykus psichozinei simptomatikai, išrašyta į namus, tačiau iš rajono psichiatro sužinota, kad grįžus išsakyti esant visą buvusią psichopatologiją.

Iš PSC gydytojo sužinota, kad pacientė 2012 m. gegužės mėnesį susirgo apendicitu, vėlavai kreipėsi į gydytojus, 2012-05-28 buvo operuota ir 2012-06-10 mirė. Patologinės anatomijos autopsijos išvadoje pagrindine liga nurodytas ūminis gangreninis perforuotas apendicitas su retroperitoniniu abscesu, mirties priežastis – plautinio kamieno ir plaučių arterijų trombembolija.

## APTARIMAS IR DISKUSIJA

Pacientės psichinėje būklėje konstatuojama lėtinė haliucinacinė kliedesinė psichozė, kurios struktūroje vyrauja santykio, persekiojimo, poveikio, hipochondriniai, nuostolio kliedesiai su gausiais, intensyviais senestopatiniiais psichiniais automatizmais ir kartu pasireiškiančiomis elementariomis klausos haliucinacijomis. Ši psichozė tęsėsi 7 metus (nuo 2005 m., kaip pacientei buvo 46 metai). Apie 10 metų pacientė buvo hipochondriška, įvairių specialybių internistų reikalavė tyrimų, konfliktuodavo, kad jie specialiai nekreipia dėmesio į jos somatinius sutrikimus, nori jai pakenkti. 2005 m. hospitalizacijos metu nustatomi hipochondrinio turinio kliedesiai. Po dvejų metų atsirado persekiojimo kliedesys, dėl ko pacientė keitė gyvenamąsias vietas. Interpretacinio persekiojimo, nuostolio kliedesiai plėtėsi, be konkretaus kaimyno į kliedesių sistemą įtraukė savo dukrą, merą, gydytojus. Psychopatologija tapo sudėtingesnė, intensyvesnė, progresavo, atsirado nuolatiniai poveikio, kankinantys senestopatiniai automatizmai, pacientė išvystė kveruliantinę veiklą, rašydama skundus į įvairias teisėsaugos institucijas. Taigi, vertinant vien pozityvią psychopatologiją, jos progresavimą, tektų galvoti apie šizofreniją, bet ir epilepsinių psichozių metu gali išsivystyti bet kokia šizofrenijai būdinga simptomatika.

Reikia pažymėti, kad lėtinės epilepsinės psichozės pasireiškia vėliau nei šizofrenija [9, 10]. Žinoma, kad pacientei epilepsijos priepuolių buvo jau vaikystėje, o 15 metų amžiuje užfiksuota medicinos dokumentuose. Du kartus iki 24 metų gydyta neurologiniuose skyriuose dėl epilepsijos. Priepuoliai ištikdavo tiek dieną, tiek naktį. Epilepsijos priepuoliai kartojosi visą ligos laikotarpį įvairiu dažnumu, tai dokumentuota ligos istorijose. 2007 m. konsultuota VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos Konsultacinėje poliklinikoje Neurologijos centre. Nustatyta epilepsija, židiniai kompleksiniai priepuoliai be (su) antrine generalizacija. Taigi, lėtinė psichozinė simptomatika, kaip ir nurodoma literatūroje, išsivysto maždaug po 10–14 ir daugiau metų susirgus epilepsija, kai jau būna epilepsijai būdingų asmenybės pakitimų [4, 10]. Mūsų nagrinėjamu atveju, jau 24 metų amžiuje pirmos hospitalizacijos metu psichiatrijos stacionare be disforinių būsenų pažymima hipochondriškumas, mąstymo aplinkybiškumas, būdingas mažybinių žodžių vartojimas. Visų hospitalizacijų metu konstatuojami specifiniai epilepsijai būdingi asmenybės pakitimai, kaip antai egocentiškumas, greitas išsižeidimas iki disforinių proveržių, afekto poliariškumas, smulkmeniškumas. Tačiau pacientė visada būdavo tvarkingai apsiengusi, laikydavosi higienos įgūdžių, rūpindavosi savo gerove, su emociniu rūpesčiu kalbėdavo apie namuose paliktą vieną seną motiną. Psichozinė simptomatika buvo nuolatinė, esant aiškiai sąmonei. Po epilepsinių paroksizmų psichozinė simptomatika išlikdavo ta pati. Kaip nurodoma literatūroje, tokiais atvejais nėra specifinio ryšio su priepuoliais [2]. Pažintinių funkcijų sutrikimai kliniškai ir pagal MMSE buvo lengvo kognityvinio sutrikimo lygio. Galima manyti, kad anksčiau nustatyta demencijos diagnozė

buvo priešlaikinė. Remdamiesi epilepsijai būdingais ryškiais asmenybės pakitimais, nuo vaikystės atsiradusiais epilepsijos priepuoliais ir besikartojančiais visą gyvenimą, vėlai manifestavusiais psichoziniais simptomais, sąlygojančiais ryškius elgesio sutrikimus, diagnozavome lėtinę į šizofreniją panašią psichozę sergant epilepsija. Dauguma autorių pabrėžia, kad pagrindinis diferencinis kriterijus nuo šizofrenijos yra skirtingi asmenybės pakitimai [10]. Priešingai nei sergant šizofrenija, nestebima afekto nusikurdymo, išlikusi empatija.

Literatūroje nurodoma, kad interiktalinės psichozės pasireiškia anksti susirgusiems epilepsija asmenims, patyrusiems daugybinius epilepsijos priepuolius, esant rezistentiškumui vaistams, dominuoja haliucinacinis-kliedesinis sindromas, galimi netgi katatonijos simptomai ir iš esmės kliniškai nesiskiria nuo šizofrenijos, tačiau negatyvieji simptomai būna mažiau išreikšti [2, 7]. Pacientams būdingas išsigilėjimas į moralines, idealistines, religines, etines idėjas. Nurodoma, kad epilepsinėms psichozėms būdingi mistinės, religinės tematikos kliedesiai, dažni poveikio, persekiojimo kliedesiai. Būdingesni regos suvokimo sutrikimai, tačiau taip pat dažnos klausos, bendrosios kūno, uoslės, skonio haliucinacijos. Epilepsinės psichozės dažniau pasitaiko pacientams, kuriems būdingi daliniai sudėtingi priepuoliai esant epileptogeniniam židiniui kairiajame pusrutulyje, mediobazalinėje temporalinėje srityje [2, 4]. Mums nepavyko to nustatyti. Atlikus EEG, nestebėta židininės patologijos ir specifinių epileptiforminio aktyvumo elementų, nors kliniškai buvo stebimi epilepsiniai paroksizmai. Vienas procentas epilepsija sergančių pacientų patiria psichozę susinormalizavus elektroencefalogramai. Šis fenomenas dar apibūdinamas kaip alternuojanti psichozė [3, 4].

Deja, mes neišsiaiškinome aptiktų galvos smegenų kompiuterinėje tomografijoje kalcifikatų etiologijos. Serologiniais tyrimais ekskluduota cisticercozė. Patologinė anatominė autopsija atspindi tik pagrindinę mirties priežastį – ūminį gangreninį perforuotą apendicitą su retroperitoniniu abscesu.

Mūsų pacientė buvo gydoma klasikiais vaistais nuo psichozės: haloperidoliu, zuklopentiksoliu. Reikia pažymėti, kad haloperidolis pasižymi mažiausia prokonvulsine rizika, iš klasikinių vaistų nuo psichozės jis yra pats saugiausias [3, 7]. Pacientė minėtus vaistus toleravo blogai, atsirasdavo nepageidaujami ekstrapiramidiniai simptomai. Vaistus nuo epilepsijos pacientė vartodavo savo nužiūra, nepakankamai adekvačiomis terapinėmis dozėmis, nesikreipė rekomenduojamos epileptologo konsultacijos gydymo korekcijai. Vėliau psichozei gydyti buvo skiriamas olanzapinas. Gydymo alternatyvai literatūroje rekomenduojami naujieji, atipiniai vaistai nuo psichozės, kaip antai risperidonas, olanzapinas, kvetiapienas. Mūsų atveju ir gydant olanzapinu psichozinė simptomatika tik minimaliai susilpnėdavo, todėl buvo ryžtasi taikyti elektros impulsų terapiją (EIT), kartu skiriant olanzapino. Literatūroje EIT yra indikuotina lėtinėms, gydymui atsparių tarpriepuolinių ir popriepuolinių psichozių gydymui [4, 11–14]. Mūsų nagrinėjamu atveju atliktos 6 EIT procedūros, deja, tik

dvi su pakankamu atsaku (veikiausiai dėl vaistų nuo traukulių įtakos, kurie nenutraukiami, tik neduodama jų prieš EIT procedūrą). Pasiekus minimalų terapinį poveikį, pacientei raštu atsakius tolimesnio gydymo, teko išrašyti į namus.

Apibendrinant reikia pažymėti, kad šiuolaikiniai tyrimai rodo psichozių padažnėjimą sergant epilepsija, kad afektiniai sutrikimai ir psichozės dažnai yra nediagnozuojami, o pacientai negydomi nuo šių epilepsijos komplikacijų [7]. Nors epilepsija ir šizofrenija yra heterogeniški, „antagonistiški“ susirgimai, bet retos lėtinės interiktinės epilepsinės psichozės fenomenologiškai yra labai panašios į šizofreniją ir tai iliustruoja mūsų pateiktas klinikinis atvejis.

Gauta:  
2012 12 13

Priimta spaudai:  
2013 01 14

#### Literatūra

1. Šurkus J. Apie epilepsijos ir šizofrenijos derinį. Nervų ir psichikos ligos 1965; II: 105–10.
2. Sachdev PS. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy. In: Sachdev PS, Keshavan MS, eds. Secondary schizophrenia. Cambridge University Press, 2010; 79–102.
3. Rothenhäusler HB. Klinik, Diagnostik und Therapie epilepsieassoziiierter depressiver Verstimmungen und Psychosen. Nervenarzt 2006; 77: 1381–91.
4. Plioplys S, Gaviria M, Mullick M. Šiuolaikinis požiūris į epilepsines psichozes. Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija 1999; 1: 11–6.
5. Thomas C, Driessen M, Arolt V. Diagnostik und Behandlung akuter psychoorganischer Syndrome. Nervenarzt 2010; 81: 613–28.
6. Schmitz B. Psychiatrische Aspekte bei Epilepsien. Nervenarzt 2012; 83: 205–8.
7. Krishnamoorthy ES, Reghu R. The psychoses of epilepsy. In: Ettinger AB, Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; 264–71.
8. Morrow EM, Lafayette JM, Bromfield EB, et al. Postictal psychosis: presymptomatic risk factors and the need of further investigation of genetics and pharmacotherapy. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=155577>.
9. Фаворина ВН. О шизофренноподобных хронических эпилептических психозах. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова 1968; 11: 1656–61.
10. Усюкина МВ, Корнилова СВ, Шаманаев АС, Шахбазин ТА. Хронические шизофренноподобные психозы при эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова 2009; 8: 16–20.
11. Shah N, Pande N, Bhat T, et al. Maintenance ECT as therapeutic approach to medication-refractory epilepsy in an adult with mental retardation. J of ECT 2012; 28: 136–40.
12. Trimble MR, Krishnamoorthy ES. The use of ECT in neuropsychiatric disorders. In: Scott AIF, ed. The ECT handbook. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists, 2005; 47–56.
13. Beyer JL, Mankad MV. Patient referral and evaluation. In: Mankad MV, Beyer JL, Weiner RD, Krystal AD. Cincical of electroconvulsive therapy. Washington, London: American Psychiatric Publishing, Inc., 2010; 27–43.
14. Venciūtė-Rausch I, Danilevičiūtė V, Navickas A. Gydymas elektroimpulsine terapija. Neurologijos seminarai 2012; 16(51): 25–32.

A. Šturkutė, M. Karnickas, J. Lengvenienė

#### CHRONIC SCHIZOPHRENIA-LIKE PSYCHOSIS IN PATIENT WITH EPILEPSY: A CLINICAL CASE

##### Summary

The relationship between epilepsy and schizophrenia-like psychosis is a complex issue, it has been discussed through the whole century. Various authors indicate that psychosis among patients with epilepsy is as high as 7–10%. Epileptic psychosis and schizophrenia differential diagnosis is very difficult, requiring detailed analysis of psychopathology, assessment of disease dynamics and change in the structure of personality.

We present infrequently occurring clinical case of chronic interictal psychosis. We discuss the modern approach to epidemiology, classification, differential diagnosis and treatment of epileptic psychosis.

**Keywords:** epilepsy, interictal schizophrenia-like psychosis, antipsychotics, electroconvulsive therapy.