

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Эпилепсия занимает в структуре неврологических расстройств третье место, а психических заболеваний — четвертое место. Существует много противоречий, связанных с разработкой психиатрических аспектов заболевания, в основном они касаются причин возникновения нарушений психики и изменений личности при эпилепсии. Известно, что связь органического и психиатрического у больных эпилепсией всегда преломляется эндогенными структурами. На основании собственного многолетнего опыта работы в стационаре представлен анализ некоторых психических нарушений, которые наблюдались у детей с фокальными формами эпилепсии.

L. Troitskaya

FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE OF CHILDREN-EPILEPTICS

Epilepsy takes the third place in the structure of neurological deficits and the fourth one in the structure of mental illnesses. There are many contradictions connected with elaboration of psychiatric aspects of the illness; generally, they touch upon the causes of mind deficit and personal changes under epilepsy. The connection of organic and psychiatric aspects among epileptics is known to be refracted by endogenous structures. Basing on her own long-term work experience, the author of the article analyses some psychic disturbances of children with focal forms of epilepsy.

Изменения эмоционального состояния детей больных эпилепсией проявляются с раннего возраста, так как эмоции представляют собой сложные психологические образования, включенные во все виды психической деятельности и базирующиеся на различных потребностях. Одной из важнейших характеристик эмоций является их взаимосвязь с познавательной деятельностью. В любой познавательной деятельности (гностической, мнестической, интеллектуальной и других) эмоции являются мотивирующим, побудительным компонентом, а также контролирующим и регулирующим ее протекания в соответствии с потребностями и задачами, на которые эмоции направлены.

Современная нейропсихология рассматривает эмоциональные явления как сложные системные образования, на которые распространяются все положения о мозговой организации высших психических процессов, разработанные А. Р. Лурия и его школой.

Эмоции как системные образования комплексны, многомерны, обладают многими параметрами и характеристиками (знак, модальность, интенсивность, длительность, степень осознанности, произвольности и др.).

По критерию длительности эмоциональных явлений выделяют: *эмоциональный фон* (или эмоциональное состояние) и *эмоциональное реагирование*. Эти две категории эмоциональных явлений подчиняются различным закономерностям.

Эмоциональные состояния

Они отражают глобальное отношение человека к окружающей действительности, к себе самому и связаны с его личностными характерологическими особенностями.

Эмоциональное реагирование

Это кратковременный эмоциональный ответ на то или иное воздействие, имеющий ситуационный характер.

Значимыми параметрами эмоций являются их знак и интенсивность. Положительные и отрицательные эмоции всегда имеют определенную интенсивность.

Важнейшим аспектом эмоциональных состояний является их **осознание и самооценка**. Осознание собственных эмоций (их когнитивная самооценка) выполняет не только функцию регуляции деятельности и поведения в целом, но и саморегуляцию, направленную на коррекцию собственных личностных качеств. Осознание эмоций непосредственно связано с возможностью произвольной регуляции.

Клинический опыт показывает, что эмоциональные состояния в патологии могут отличаться от нормальных реакций более высокой интенсивностью, длительностью, низкой осознанностью, циклическим характером протекания и тому подобным.

Мозговая организация эмоциональных процессов

Эмоциональные процессы имеют сложную мозговую организацию. По данным различных авторов они представляют собой совокупность корково-подкорковых взаимодействий. К ней относится лимбическая система с отделами новой коры (медиобазальные отделы лобной и височной коры), коры с эволюционно более старыми формациями (межуточной, старой и древней корой), с гиппокампом, с миндалевидным ядром, подкорковыми узлами больших полушарий, подбугровой областью и гипофизом, зрительным бугром, с сетчатой формацией стволовых отделов мозга. Эти морфологические структуры обеспечивают протекание эмоциональных процессов.

Нейропсихологические и психофизиологические исследования показали преимущественную связь левого полушария головного мозга человека с положительными эмоциями, а правого — с отрицательными. Нарушение адекватной оценки своего состояния, преобладание положительных эмоций отмечено при поражении медиальных отделов правой лобной доли. А при поражении левой лобной доли больной драматизирует оценку своего состояния, усиливает фиксацию на своих отрицательных переживаниях.

Патологические эмоциональные состояния при различных заболеваниях распространяются преимущественно на одну (реже на обе) эмоциональные системы. Отрицательные эмоциональные состояния характеризуются высокой интенсивностью и длительностью основных отрицательных базальных эмоций: горя, печали (депрессии), страха, гнева (агрессия). Положительные эмоциональные состоя-

ния выражаются в интенсивной неадекватности радости (эйфория, мания). Возможна спонтанная циклическая смена отрицательных и положительных эмоциональных состояний.

В настоящее время установлено, что у многих больных со сложными парциальными приступами снижены метаболические процессы в лобно-височных областях в межприступный период. Предполагается, что некоторые поведенческие нарушения могут быть результатом снижения функциональной активности в этих областях, возможно связанного с усилением тормозных механизмов или истощением энергетических запасов нейронов. Гибель нейронов также ассоциируется с гипометаболизмом. Если гипометаболизм коррелирует с функциональной гипоактивностью, то изменение поведения в межприступный период может быть результатом структурных нарушений на микро- и макроуровне. Например, E. Broomfield и соавторы определили, что депрессия у пациентов со сложными парциальными приступами может коррелировать со снижением метаболизма в лобных долях. Исследователи считают, что аффективные нарушения обусловлены также функциональной гиперактивностью лимбической системы и, возможно, с селективными нарушениями в тормозных нейронах. Такой двусторонний метаболический дефект иногда отмечается при локализации очага эпилептогенной активности в височной доле. Гипометаболизм при сложных парциальных приступах обычно является ипсилатеральным по отношению к эпилептогенному очагу.

При эпилептическом статусе происходит эскалация метаболических расстройств, которые проявляются уже через 5–20 минут после начала поддерживающей эпилептической активности. В силу этого ЭС рассматривается как состояние, ведущее к повреждению мозга, которое в последующем может прогрессировать. Митохондриальное отравление приводит к тому, что через 1–2 часа начинается изменение генной экспрессии (С. Г. Ворсанова).

Сопоставляя различные формы эпилепсии, можно только предположить, что при доброкачественной эпилепсии распространение эпилептического возбуждения происходит по нейронным сетям, обеспечивающим сложные физиологические поведенческие акты.

Безусловно, заболевание эпилепсии приводит к недостаточности мозговых структур. А. И. Болдырева и соавторы считают, что при дебюте эпилепсии временное расстройство настроения является результатом функциональных нарушений, а длительность течения заболевания приводит к стойким эмоционально-личностным нарушениям вследствие органического поражения ЦНС.

В литературе можно встретить ряд работ, которые выходят за рамки рассмотрения только клинической обусловленности психических изменений при эпилепсии. В них психические особенности больных эпилепсией соотносят с демографическими, социальными и психологическими факторами.

Другие исследователи рассматривают аффективные нарушения при эпилепсии как отражение степени прогрессивности болезненного процесса и, главным образом, возрастного этапа, в котором началось заболевание. Подтверждаются наблюдения клиницистов начала текущего столетия, что менее глубокие изменения интеллекта и редкость эпилептической деменции имеют место у больных с поздним началом заболевания.

Важность изучения социально-психологических проблем при эпилепсии подчеркивается и в работах зарубежных авторов, исследовавших взаимосвязь между ухудшением состояния больного и наличием социально-психологических трудностей. Рассматривая вопрос о становлении личности ребенка, болеющего эпилепсией, к числу основных факторов авторы относят характеристики личности родителей, взаимоотношения между ними и ребенком, особенности социального окружения.

В проведенном нами исследовании анализ эмоциональных состояний у детей с эпилепсией (223 ребенка в возрасте 11–15 лет) в клинических условиях осуществлялся мето-

дам наблюдения (описание клинической феноменологии) и явился основанием для постановки диагноза. Кроме того, оценка поведенческих и личностных особенностей детей с эпилепсией была проведена в контексте проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия.

Поведенческие нарушения и эмоциональные расстройства отмечались у 30% детей с различными формами эпилепсии уже в раннем возрасте. Они могли возникать как во время самого приступа, так и в межприступном периоде; при парциальной эпилепсии эти нарушения могли наблюдаться как предвестники приступа. Характер аффективных расстройств в виде тревожности, ассоциированное чувство страха могли возникать в виде ауры простых парциальных приступов, психологической реакции на появление других предвестников приступов (страх перед ожидаемым приступом), а также в постприступном и межприступном периодах в виде панических атак. У 10–15% детей с парциальными эпилептическими приступами аура представлялась в ощущении чувства страха. Наиболее часто тревожность и страх возникали при локализации эпилептиформной активности в переднемедиальных отделах височной доли; у 2% детей очаг эпилептической активности располагался в поясничной извилине. Выраженность ощущений варьировала от легкой нервозности до выраженного чувства ужаса.

Постприступный страх или тревожность у ряда больных наблюдались в течение нескольких часов или дней. Обычно это отмечалось после серии сложных парциальных приступов.

Страх и тревожность в межприступном периоде были присущи детям с парциальными формами эпилепсии с локализацией эпилептогенного очага в лимбической области, также у больных с первично-генерализованной формой эпилепсии. У 3% детей с ювенильной миоклонической эпилепсией наблюдались панические атаки.

Сведения о частоте агрессивного поведения среди больных эпилепсией крайне противоречивы.

В нашем исследовании агрессивное поведение чаще встречалось у мальчиков, чем у девочек. В связи с этим необходимо учитывать факторы риска его появления, которые могут определяться задолго до дебюта приступа. Агрессивное поведение могло быть обусловлено социальными причинами: низким социально-экономическим уровнем, жестоким обращением с ребенком и другими факторами. У 8% наших пациентов агрессивное поведение наблюдалось уже в раннем детстве до дебюта приступов, и было обусловлено органическим повреждением мозга, когнитивными нарушениями и терапией барбитуратами. Агрессию мы могли видеть перед приступом, в момент приступа и межприступном периоде. В продромальном периоде у детей появлялась раздражительность или вербальная агрессия. Во время приступа агрессия наблюдалась крайне редко. Агрессия в межприступный период чаще встречалась у детей с локусом эпииактивности в височных отделах головного мозга. Агрессия также могла возникнуть у детей при развитии постприступного психоза. В основе развития психозов, по мнению ряда авторов, лежат эпилептические нарушения деятельности нейронов в основном в лимбических структурах, связанных с регуляцией эмоций, мотивации, сложных автоматических форм поведения.

Психозы наиболее характерны для позднего подросткового периода или раннего молодого, они наблюдаются при длительном анамнезе парциальных припадков, обычно трудно поддающихся лечению, что, в свою очередь, связано с политерапией, с нарушением режима лечения, несанкционированной его отменой. Потенцирующим психические расстройства фактором является семейное неблагополучие, низкая самооценка, социальная депривация.

По отношению к припадкам психозы условно разделяются на иктальные, постиктальные и интериктальные. Среди обследованных детей-подростков только у 6 пациентов мы наблюдали остро развивающийся

психоз с тяжелым нарушением поведения и когнитивными расстройствами. Руслан Т., 15 лет, с огнестрельным ранением в голову, житель Чечни. Диагноз: посттравматическая эпилепсия с комплексными парциальными припадками с психическими симптомами и автоматизмами с височно-долевой медиобазальной локализацией фокуса. Наблюдался в отделении эпилептологии (зав. отд. С. Айвазян) ЦНПП в течение 3 лет. У юноши имелись эпизоды спутанности сознания, зрительные и слуховые галлюцинации, нарушения когнитивных функций, утрата приобретенных школьных знаний: аграмматизмы, акалькулия, нарушения памяти. В развитой фазе наблюдалось выраженное аффективное сопровождение, с отсутствием критики своего состояния.

Татьяна И., 16 лет, из Рязани, неоднократно поступала в клинику с диагнозом: идиопатическая парциальная височно-долевая эпилепсия и эпилептический психоз, характеризующийся неукротимым опасным поведением бегства и агрессии. Она постоянно убегала из дома, была дезориентирована во времени, месте и обстановке. Она на три дня пропала в Москве из клиники. На события, происходившие во время психоза, — частичная или полная амнезия.

При динамическом наблюдении за детьми с эпилепсией были отмечены индивидуальные особенности характера, развившиеся вследствие болезни (длительности и тяжести течения), социального окружения, степени адаптации.

Неспецифическая психопатологическая симптоматика нередко сочеталась с очаговым поражением головного мозга и с соответствующими неврологическими и психическими расстройствами. У детей с легким течением заболевания был установлен ведущий синдром — психоорганический (органический, энцефалопатический) — состояние достаточно стабильной психической слабости, выражающееся в повышенной истощаемости, эмоциональной лабильности, неустойчивости произвольного внимания и других проявлениях астении.

Важной характерологической особенностью детей с эпилепсией является инфантилизм. Психическая незрелость этой группы детей проявлялась в виде повышенной внушаемости, подозрительности, боязливости и недоверчивого отношения к новым лицам и обстоятельствам, неустойчивости интересов и отвлекаемость. В поведении некоторых больных отсутствовали последовательность и целеустремленность. Отмечалась низкая толерантность к физическим нагрузкам и стрессовым ситуациям.

В группе детей с более тяжелым и длительным течением заболевания имелись психопатоподобные расстройства, грубые нарушения мнестических и интеллектуальных процессов, нарастающая психическая беспомощность вплоть до слабоумия.

При соотнесении этих расстройств с соответствующими мозговыми структурами была определена топическая локализация этого синдрома (с ранжированием по вкладу мозговых зон, инициирующих соответствующие симптомы).

Сопоставление результатов обследования у детей в каждой из групп позволило выявить параметры, характеризующие состояние тех звеньев эмоциональной сферы, которые дефицитарны.

У детей с фокусом эпилептической активности *левой лобной области* наблюдались расстройства поведения в виде повышенной возбудимости, раздражительности, наличием невротических реакций и аффективных взрывов с приступами гневливости, завершающиеся слезливостью и беспомощностью, апатией и безразличием; снижением критического отношения к себе. У детей с нормальным умственным развитием гиперактивность была следствием нарушения произвольной регуляции деятельности, отсутствием контроля и самоконтроля, т. е. выпадения регуляторного компонента эмоций.

При поражении *правой лобной области* эмоциональный фон настроения этих детей был повышен, наблюдалась прямодушная восторженность, эйфория. У детей с за-

держкой психического и умственного развития — дисфория, эпизодические немотивированные состояния в виде смешливости, нечувствительности к объективной реальности, отсутствию самоконтроля. При локализации эпилептиформной активности в *височных отделах* в облике детей появлялась неряшливость и дурашливость. Кроме того, у детей этой группы присутствовали страхи, (боязнь темноты, передвижения на транспорте, в лифте и другие).

При локализации эпилептиформной активности в *задних отделах* головного мозга эмоциональный фон настроений детей был *амбивалентным*. В какой-то момент жизни (временной отрезок: в течение часа или суток) у детей наблюдалась «озадаченное» выражение лица с развитием «растерянности». Затем они «впадали» в задумчивое состояние, погружаясь «в себя». А в другой момент они становились возбудимыми, расторможенными, неуправляемыми.

Нами было выделено два типа психопатического развития личности у детей с фокусом эпилептической активности в лобно-височных областях мозга: аффективно-неустойчивый и психастенический.

Для аффективно-неустойчивых психопатических детей с эпилепсией было характерно: раздражительность, гневливость, агрессивность в эмоциональных реакциях, действиях, речевых высказываниях. Наличие стереотипов (сосание пальцев, карандашей, кусание ногтей).

Психастенические дети отличались повышенной застенчивостью, обидчивостью, впечатлительностью, у них было развито формальное чувство долга.

В ходе динамического наблюдения за детьми отмеченные эмоциональные расстройства и особенности поведения могут быть следствием не только эпилептического процесса, так как на формирование и развитие личности ребенка оказывают значительное влияние наследственные и социальные факторы (воспитание, образование, семья).