

Феномен дежа вю при фокальной эпилепсии

Киссин М.Я.¹, Гогуадзе Т.М.¹, Яковлева Ю.А.²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

Обзорная статья

Резюме: В работе рассматриваются особенности феномена дежа вю при фокальной эпилепсии. В статье представлены основные структурно-анатомические, клинично-психопатологические особенности данного феномена. Описан вклад зарубежных и отечественных авторов в изучение проблемы. Материал и методы: проведен анализ русско- и англоязычных статей в научных базах с 1905 по 2022 гг. Отбор научных первоисточников для анализа проводился в российской базе данных eLibrary, английской — PubMed, так же в открытых источниках. Материалы с отсутствием полного текста и/или из источников с неясным статусом рецензирования исключались из анализа. Для поиска сформировали следующие поисковые запросы: «фокальная эпилепсия», «феномен дежа вю», «дежа вю при эпилепсии», «феномен уже виденного». Для поиска в англоязычной базе сформированы запросы: «deja vu experience», «deja vu in epilepsy», «deja vu in neurology», «focal epilepsy». Всего проанализировано 112 источников. Число исследований в финальном анализе составило 39 источников (34%). Результаты: отражена диагностическая значимость феномена «уже виденного» при эпилепсии. Подчеркнут интерес авторов к изучению анатомических особенностей данного феномена. В развитии дежа вю при эпилепсии принимают участие различные образования головного мозга, среди которых медиальные отделы правой височной области, структуры лимбической системы являются главенствующим звеном. Подчеркнута связь феномена «уже виденного» с аффективными нарушениями. Представлены данные о характерных признаках «уже виденного» при фокальной эпилепсии, а именно, их пароксизмальный характер, наличие очага эпилептиформной активности на ЭЭГ, его локализация, латерализация. Заключение: на сегодняшний день особенности дежа вю при эпилепсии остаются малоизученными, данная тема освещена в российских и зарубежных источниках недостаточно. Исследования дежа вю преимущественно посвящены анатомическим, нейробиологическим и патофизиологическим особенностям данного феномена. Отсутствуют основные психопатологические характеристики дежа вю при эпилепсии, данные о прогностической значимости.

Ключевые слова: эпилепсия, фокальная эпилепсия, височная эпилепсия, дежа вю при фокальной эпилепсии, феномен «уже виденного».

Информация об авторах:

Киссин Михаил Яковлевич — e-mail: kissin.m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4186-5911>

Гогуадзе Теа Мерабовна* — e-mail: goguadaze-teona@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0866-1527>

Яковлева Юлия Александровна — e-mail: yua.08@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

Как цитировать: Киссин М.Я., Гогуадзе Т.М., Яковлева Ю.А. Феномен дежа вю при фокальной эпилепсии, обзор литературы. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:4-1:34-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-940>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

The phenomenon of déjà vu in focal epilepsy, literature review

Mikhail Yu. Kissin¹, Tea M. Gogvadze¹, Yulia A. Yakovleva²

¹I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Review article

Summary. Introduction: The paper examines the features of the phenomenon of déjà vu in focal epilepsy. The article presents the main anatomical, clinical and psychopathological features of this phenomenon. Material and methods: the analysis of Russian and English-language articles in scientific databases from 1905 to 2022 was carried out. The selection of scientific primary sources for analysis was carried out in the Russian eLibrary, the English PubMed, as well as in open sources. The following search queries were generated for the search: «déjà vu phenomenon», «déjà vu in epilepsy», «phenomenon of what has already been seen». To search in the English-language database, the queries are formed: «déjà vu experience», «déjà vu in epilepsy», «déjà vu in neurology». A total of 112 sources were studied, in the final analysis remained 39 sources (34%).

Results: various brain formations take part in the development of déjà vu in epilepsy, among which the medial sections of the right temporal region, the structures of the limbic system. The connection of the phenomenon of «already seen» with affective disorders is emphasized. The data on the characteristic signs of «already seen» in focal epilepsy are presented, namely, their paroxysmal nature, the presence of a focus of epileptiform activity on the EEG, its localization, lateralization. Conclusion: to date, déjà vu in epilepsy is not sufficiently covered in Russian and foreign sources. Research is mainly devoted to the anatomical, pathophysiological features of this phenomenon. There are no basic psychopathological characteristics of déjà vu in epilepsy, data on prognostic significance.

Key words: epilepsy, epileptic psychosis, mental disorders, schizophrenia, cerebral dysfunction

Information about the authors:

Mikhail Yu. Kissin — e-mail: kissin.m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4186-5911>

Tea M. Gogvadze* — e-mail: gogvadze-teona@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0866-1527>

Yulia A. Yakovleva — e-mail: yya.08@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9647-7628>

To cite this article: Kissin MYu, Gogvadze TM, Yakovleva YuA. The phenomenon of déjà vu in focal epilepsy, literature review. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:4-1:34-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-940>. (In Russ.)

Conflict of interests: authors declare no conflict of interests.

Эпилепсия — хроническое состояние мозга, которое характеризуется устойчивой предрасположенностью вызывать эпилептические приступы и нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния [9]. Феномен дежа вю (франц. «уже виденное») — это ощущение, при котором незнакомая, совершенно новая обстановка, на мгновение или краткий промежуток времени кажется знакомой, уже когда-то виденной. Дежа вю встречается как у здоровых людей, так может быть важным, а иногда и единственным проявлением ряда психических и неврологических заболеваний: эпилепсии, депрессии, шизофрении, объемных образований головного мозга, мигрени, синдрома Шарля Бонне [2, 13]. Несмотря на то, что вопрос о переживаниях «уже виденного» в течение многих лет обсуждается в психопатологии, сущность этих состояний до сих пор недостаточно ясна. Можно согласиться, что эта проблема исчерпала себя уровнем знаний конца XIX и начала XX в., что отразилось в разнообразии обозначений данного феномена «уже виденного», начиная с его первого описания [27].

Цель: изучить фактические данные о клинико-психопатологических особенностях феномена

дежа вю у больных фокальной эпилепсией. Данные страдают методологическими ограничениями ввиду малой изученности темы.

Материал и методы: проведен анализ русско- и англоязычных статей в научных базах, по ключевым словам, в период с 1905 по 2022 гг. Отбор научных первоисточников для анализа проводился в российской базе данных eLibrary, английской — PubMed, а также в открытых источниках. Использовались только полнотекстовые публикации. Материалы с отсутствием полного текста и/или из источников с неясным статусом рецензирования исключались из анализа. Для поиска сформировали следующие поисковые запросы: «фокальная эпилепсия», «феномен дежа вю», «дежа вю при эпилепсии», «феномен уже виденного». Для поиска в англоязычной базе сформированы запросы: «déjà vu experience», «déjà vu in epilepsy», «déjà vu in neurology», «focal epilepsy». Всего проанализировано 112 источников. Число исследований в финальном анализе составило 39 источников (34%). Основные причины, послужившие исключению 77 (66%) проанализированных статей: феномен дежа вю рассматривался не в структуре эпилепсии или же упоминание дежа вю было мимолетным; разбор клинических слу-

чаев пациентов, переживающих дежа вю при различных заболеваниях, таких как шизофрения, биполярное аффективное расстройство или же при синкопальных состояниях.

Результаты и обсуждение. Происхождение феномена дежа вю

Некоторые исследователи объясняли происхождение феномена «уже виденного» идентификацией настоящих и прошлых переживаний, благодаря чему прошлые события, чем-то напоминая настоящие, неправильно с ними отождествляются на основании частичного сходства. Эти явления рассматривали среди нарушений памяти (парамнезий) — идентифицированные парамнезии, редуликативные парамнезии, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, галлюцинаторные воспоминания, двухколейность переживаний, феномен вращения, вспышка пережитого, «flash-back» и т.д. [4,6].

Вместе с тем, более поздние исследования отвергают теории, привлекающие старые воспоминания для объяснения происхождения феномена «уже виденного» и причисляют эти переживания к расстройствам, при которых страдает функция настоящего [11], и связывают редуликативную парамнезию с нарушением чувства знакомости, которое, играет важную роль в механизмах памяти и узнавания. Эти исследования объясняют «уже виденное» нарушением активности в акте восприятия, которое приводит к потере чувства реальности в настоящем, что дает основание рассматривать этот синдром в структуре деперсонализации-дереализации. [27].

Наиболее существенными аргументами против отнесения «уже виденного» к расстройствам памяти и включения его в деперсонализационный синдром являются следующие. Во-первых, объектом «уже виденного» являются, как правило, заведомо новые события, которых не могло быть в прошлом. Во-вторых, фотографический характер «уже виденного» невозможно объяснить с точки зрения отождествления новой перцепции с каким-то похожим на нее воспоминанием. Наконец, «воспоминание» при «уже виденном» никогда не бывает локализовано в какой-то определенной точке прошлого, оно относится к неопределенному прошлому, прошлому вообще [6, 7, 27].

Другие исследователи подчеркивали, что научное обоснование синдром «уже виденного» получил лишь тогда, когда его стали относить к деперсонализации и категорически возражали против сближения феномена «уже виденного» с редуликативной парамнезией Пика, рассматривая явление «уже виденного» в структуре деперсонализационно-дереализационного синдрома как расстройство сознания «Я», поскольку симптомы «чуждости» и «уже виденного» невозможно отделить друг от друга, так как они относятся к однородной группе симптомов нарушения восприятия реальности [4, 29]. Все эти исследователи

в качестве главного механизма «уже виденного» выделяли неспособность актуализировать настоящее, которое, в связи с этим, проецировалось в прошлое. Таким образом, «суть уже виденного, в большей степени отрицание настоящего, чем утверждение прошлого, в результате чего происходит нарушение функции реального» (цитировано по P. Janet, 1905) [27].

Структурно-анатомические особенности феномена дежа вю при эпилепсии

Необходимо упомянуть о диагностическом значении феномена «уже виденного» при эпилепсии. Дежа вю в виде ауры встречается у 10% пациентов с височной эпилепсией. Хорошо известно, что часть пациентов, испытывает дежа вю в начале фокальных приступов, как предвестник, то есть иктальное дежа вю [14, 25, 31]. Несмотря на то, что в литературе можно встретить точки зрения, согласно которым явления «уже виденного» обусловлены патологией иных мозговых образований (теменно-затылочная область), подавляющее большинство исследователей признает в той или иной степени типичность данного феномена для поражения височных отделов мозга, преимущественно в правой гемисфере [16, 17, 21]. По мнению большинства авторов важнейшие образования мозга, связанные с генерацией дежа вю, относятся к структурам медиальных височных отделов [15, 16, 20]. J. Bancaud (1994) определил круг образований, участвующих в генерации дежа вю, это в первую очередь структуры лимбической системы: миндалевидное тело, верхняя височная извилина, гиппокамп и парагиппокампальная извилина. [16]. Особое значение для выявления региона, ответственного за вовлечение в генерацию дежа вю играют исследования со стимуляцией отдельных областей мозга. Выявлено, что типичное дежа вю возникает при стимуляции энторинальной коры и не наблюдается при стимуляции гиппокампа и миндалевидного тела [18, 19]. Касательно анатомической структуры дежа вю, при исследовании морфологии головного мозга у здоровых при наличии и отсутствии данного симптома, были выявлены различия в количестве серого вещества в некоторых участках головного мозга у исследуемых групп, со значительно меньшим количеством серого вещества у группы с наличием дежа вю, сопровождаемой обратной корреляцией между количеством серого вещества в этих участках и частотой дежа вю. [21]. Участки включали билатеральные мезотемпоральные области максимально в гиппокампе и парагиппокампальной извилине, инсулярной области (островок Рейля), верхней височной борозде, базальном ганглии и таламусе. Выявлено, что у пациентов с эпилепсией при локализации изолированного эпилептического фокуса в ринальной коре (включавшей периринальную, постринальную, энторинальную) фиксировались только простые ощущения уже пережитого, без визуальных симптомов и галлюцинаций [39].

Нейробиология феномена дежа вю

Приступы при височной эпилепсии, которые сопровождаются дежа вю, чаще всего возникают в медиальных участках височных долей [7, 14, 15, 17, 24, 25, 39]. Доказательства, указывающие на роль медиальных височных долей при дежа вю, также были получены в исследованиях, в которых хирургически имплантированные глубинные электроды использовались для стимуляции височно-долевых структур, для планирования лечения. В частности, реминисценции, некоторыми из которых является дежа вю, были вызваны стимуляцией энторинальной коры [6]. Установлено, что данные результаты совпадают с результатами нейровизуализации — пациенты с дежа вю демонстрировали гипометаболизм в пери/энторинальной коре, и, некоторые, в высшей височной извилине. [26]. Дальнейшие доказательства вовлечения ринальной коры предоставлены исследованием ПЭТ/КТ, который выявил связь между иктальным дежа вю и интериктальным гипометаболизмом в данной структуре [15, 26]. Исследования с использованием интракортикальной ЭЭГ и стимуляцией выявили, что аура при височной эпилепсии — патологическое дежа вю. Наблюдения P. Gloor (1982) показывают, что дежа вю вызывалось у пациентов за счет стимуляции лимбических структур (амигдала, гиппокамп, парагиппокамп). [25]. Однако, более поздние исследования указывают на то, что ни одна изолированная структура не отвечает за генерацию дежа вю [18]. Хотя дежа вю у здоровых лиц и у пациентов с эпилепсией феноменологически схожи, они связаны с разными нейроанатомическими субстратами. [38] В отличие от дежа вю у здоровых людей, иктальное дежа вю может быть связано со структурными аномалиями в определенных областях коры головного мозга. [21, 23].

Различные авторы обращают внимание на частоту височных очагов при эпилепсии с психозами [12]. Ряд авторов, в том числе E. A. Rodin, R. N. De Long (1957), F. Stater (1963) проводят параллель между шизофренией и психозами при эпилепсии с локализацией в височной доле мозга [12]. В то же время, для формирования психических расстройств недостаточно существования лишь локального эпилептического очага, необходимо также вовлечение в патологический процесс подкорковых структур мозга. Вот почему на клиническую картину психических припадков оказывает влияние не только локализация эпилептического очага, но и вся система патофизиологических связей, образующихся между мозговыми образованиями, вовлеченными в патологический процесс [6].

Обнаруженные изменения биопотенциалов в медиобазальных образованиях височных отделов мозга дает основание предположить, что структуры лимбической системы, также как и корковые отделы головного мозга принимают участие в развитии заболевания и формирования дежа вю при них [16, 21].

Если патологический процесс остановить не удастся, то наступает эпилептизация головно-

го мозга с формированием пароксизмальных и перманентных психических расстройств, важную роль в генезе которых играет лимбико-ретикулярный комплекс, участвующий как в обеспечении интегральной деятельности мозга, так и в формировании патогенетических механизмов развития приступов [7]. Таким образом, височные образования, находящиеся в состоянии ирритации, могут оказывать сдерживающее влияние на стволовые и подкорковые отделы мозга, участвующих не только в формировании генерализованных припадков, но и приступов дежа вю у пациентов с «височной» эпилепсией.

Латерализация феномена дежа вю

Как известно, наибольшую частоту пароксизмов «уже виденного» находили при поражении правой гемисферы мозга [6,31]. Серьезный вклад в развитие учения о локализации и латерализации симптома «уже виденного» внесли исследователи Монреальского неврологического института, которые экспериментально подтвердили данные о латерализации «уже виденного» [31], вызывая этот феномен с помощью электрических стимуляций височной доли и обнаружили значительные корреляции пароксизмов «уже виденного» с правосторонним височным очагом и недоминантной гемисферой (соотношение заинтересованности недоминантного и доминантного полушария 9:1) [31].

Исследования, проведенные авторами, позволили сделать вывод, что состояния «уже виденного» вызываются эпилептическим разрядом в коре височной области, преимущественно правой. Они находили такое совпадение во всех проведенных наблюдениях. Им ни разу не удавалось при этих состояниях определить эпилептический очаг в какой-либо другой области мозга, кроме височной. В то же время указывая, что чувство «уже виденного» возникает при раздражении нейронов, составляющих субстрат памяти, исследователи подчеркивали, что эти нейроны существуют в каждой височной доле, так как проведенные ими попытки удаления одной из височных долей не приводили к исчезновению синдрома «уже виденного» [7].

Более поздние исследования подтвердили данные о преимущественной правосторонней височной локализации очага у больных с пароксизмами «уже виденного» [21,24].

Однако, соотношение между субдоминантным и доминантным полушарием уже не выглядит таким впечатляющим — 3,2:1, 1,7:1 [5]. Одни авторы обнаружили лишь в 3-х из 13 случаев больных с явлением «уже виденного» поражение доминантной гемисферы. Они считали это обстоятельство «почти чистым доказательством» связи «уже виденного» с фокусом поражения в субдоминантной гемисфере. В то же время они не получили достаточного преобладания поражения правой гемисферы (9 больных) по сравнению с левосторонним височным очагом (4 больных), что объясняли не-

которым процентом леворукости у наблюдаемых пациентов.

Другие исследователи сделали вывод о диагностическом значении феномена «уже виденного» при эпилепсии не только в смысле локализации (височной), но и латерализации эпилептогенного очага в субдоминантной гемисфере и даже основывали на этом оперативное вмешательство. В подтверждение правильности своих предположений они анализировали результаты операции у пациентов с пароксизмами «уже виденного». При ней после резекции недоминантной височной доли у всех 10 больных приступы исчезли, в то время как при хирургическом вмешательстве на доминантной височной доле у 2-х из 5 оперированных больных облегчения не наступило [5].

Авторы, относящие явление «уже виденного» к височно-долевой дисфункции, придерживались точки зрения, что этот феномен возникает вследствие нарушения передачи информации от недоминантного полушария к доминантному, в то время как обе гемисферы получают одинаковую информацию об окружающем мире, а также указывали на сочетание пароксизмов «уже виденного» с оптико-вестибулярными нарушениями при височной эпилепсии у 23,5% больных [5].

Вместе с тем разделение больных по группам (корковая — височная и подкорково — стволовая) является, в известной мере, условным, поскольку кортикальное или субкортикальное функциональное доминирование эпилептического очага определяется на фоне выраженных генерализованных нарушений, что свидетельствует о тесной взаимосвязи локальных нарушений с общемозговыми [6,22,31]. Вот почему для формирования, а также для клинического выявления приступов «уже виденного» у пациентов с эпилепсией недостаточно наличия только локального эпилептического очага, но необходимо и вовлечение в патологический процесс подкорковых структур мозга. Изучение функциональных взаимосвязей медиобазальных структур височных долей со стволовыми образованиями позволило бы установить, зависят ли припадки дежа вю от возникновения пароксизмальной активности в тех или иных стволовых отделах с последующим их распространением на медиобазальные структуры височных долей, или первичная активность появляется в височных образованиях, а затем распространяется на стволовые структуры [6].

Таким образом, в развитии дежа вю при эпилепсии принимают участие различные мозговые образования, среди которых височная область и, прежде всего, ее глубинные отделы, является главенствующим звеном [15,16, 21, 28].

Особые состояния сознания

Как правило, явления «уже виденного» при эпилепсии наблюдаются в структуре особых состояний сознания [4]. Известно, что первое употребление термина «особые состояния» (Ausnahmezustande) принадлежит Н. Gruhle

(1922). Что понималось, как легкие сумеречные состояния с нарушением аффекта, галлюцинационно-бредовыми переживаниями, но без последующей амнезии, т.е. сознание изменяется, но не затемняется, как при сумеречных состояниях. Согласно этой позиции, различие между особыми и сумеречными состояниями лишь количественное, т.е. при особых состояниях происходит меньшая степень расстройства сознания, в связи с чем и не развивается амнезия.

Те же расстройства, но под другим названием (Dreamystates), изучались у больных эпилепсией с так называемой интеллектуальной аурой [34]. «Сновидные состояния» описывались как «внезапное возникновение в сознании образов, не связанных с реальной ситуацией, странность, нереальность, ощущение измененности восприятия окружающего, отсутствие амнезии после завершения приступа, а также наличие иллюзий, вкусовых и обонятельных галлюцинаций, насильственных воспоминаний» (цитировано по М.Я. Киссин 2001) [8].

В тоже время современное понимание «особых состояний сознания» связано с концепцией М.О. Гуревича (1936), которая в качестве главного признака «особых состояний» выделяет «лакунарный характер нарушений сознания», в отличие от генерализованного характера при сумеречных состояниях. Лакунарность эта выражается не только в отсутствии амнезии, но и в том, что по окончании приступа пациенты критически относятся к пережитому во время особых состояний и, как правило, не приходят к бредовой интерпретации [5,8].

Главными симптомами «особых состояний сознания» рассматриваются психосенсорные расстройства, в которые включаются деперсонализация, дереализация, феномен дежа вю, метаморфозии, пространственные расстройства в виде симптома поворота окружающего на 90° и 180°, оптиковестибулярные нарушения [1,20]. В то же время М.О. Гуревич (1936) не признавал возможность сочетания психосенсорных расстройств со зрительными, слуховыми, обонятельными галлюцинациями, а тем более с бредовыми идеями, но в более поздних работах другие авторы включали в группу психосенсорных расстройств вербальные истинные и псевдогаллюцинации, перцепторные обманы ориентации [4,6].

Психопатология феномена дежа вю

Исследователи, изучавшие дежа вю у больных эпилепсией, указывали, что как правило, феномен «уже виденного» выражался в чувстве знакомости, тождестве, повторяемости впечатлений, возникших в процессе самого восприятия [7, 20]. При этом происходило как бы фотографическое повторение уже бывшей ситуации, появлялось впечатление, что вся обстановка детально повторяется, как будто была сфотографирована в прошлом и перенесена в настоящее. Объектами редуцированных переживаний были самые

разнообразные явления, относящиеся как к воспринимаемой действительности, так и к психической деятельности субъекта (зрительные и слуховые впечатления, запахи, собственные мысли, воспоминания, действия, поступки). Объектом «уже виденного» являлось все, на что устремлялось пассивное внимание больных, чаще всего это что-то новое и необычное, связанное с внезапностью, неожиданностью, перемещением предметов, действием сверхсильного раздражителя. В единичных случаях образование «уже виденного» запаздывало на некоторое время (5–10 мин) после восприятия объекта [6].

В этих случаях феномен формировался не в акте восприятия, а в процессе воспоминания («мнестический феномен «уже виденного»). Недавнее прошлое казалось испытанным когда-то раньше, т.е. превращалось в давно прошедшее по отношению к настоящему. Об отставленности во времени от восприятия переживания «уже виденного» имеются указания в литературе [11]. Обычно вторично переживались не отдельные детали, объекты воспринимаемой ситуации, не только визуальная картина или вербальные ощущения, а вся психологическая обстановка, в которой находился больной (люди, их поступки, слова, собственная речь больного, запахи, и пр.), вызывало чувство знакомости и полной убежденности, что все это когда-то происходило в прошлом, и в этой ситуации он уже находился. Всякий раз центром тяжести описанных состояний являлся сам больной, его мысли, чувства, действия, в связи с этим редупликация переживаний тесно переплеталась с личностью пациента, преломлялась через нее [6,7]. Больные подчеркивали, что не события повторяются, а повторяется их собственное настроение, созвучное какому-то прошлому, редуплицируется эмоциональное состояние, поэтому обстановка кажется уже виденной. Слышанными кажутся не какие-то абстрактные слова, песни, а именно те разговоры, беседы, в которых сам пациент принимал участие. Все это подчеркивает личностный характер переживаний «уже виденного», его тесную связь с деперсонализацией и дереализацией [3, 10], вследствие чего объекты «уже пережитого» воспринимались с характером странности, необычности, особенности, нереальности, безжизненности, чуждости.

Психоэмоциональная составляющая феномена дежа вю

Особо следует подчеркнуть обнаруженное в ряде исследований тесное сплетение эмоциогенных моментов с объектом редулицированных переживаний, что создает впечатление о психологической связи феномена «уже виденного» с аффективным зарядом, его направленностью на те или иные объекты воспринимаемой действительности [2,7]. Это проявляется в том, что уже виденными воспринимаются те события и лица, с которыми у пациента установились отрицательные эмоциональные отношения или которые

были неприятны к моменту возникновения пароксизма («дом уродливой архитектуры, молодой человек с длинными волосами, начальник по работе» и пр.) [7]. Появлялась неприязнь, чувство злобы, ненависти ко всей обстановке, ситуации (а не конкретно к данному лицу или объекту) в сочетании с полной убежденностью, что все это уже переживалось когда-то раньше.

В других наблюдениях, наоборот, эмоциональное расположение к человеку или ситуации являлось, ведущим компонентом в механизме феномена «уже виденного» — «появляется какая-то внутренняя привязанность к объекту восприятия, который вслед за этим переживается уже виденным» [6,7].

Отмеченные особенности образования синдрома «уже виденного» находят свое отражение и в психопатологической структуре изучаемого феномена. Может быть, поэтому ведущим в клинической картине является аффективное обрамление феномена дежа вю, которое характеризуется тоской, суицидальными мыслями, злобностью, чрезвычайно тягостным, почти физическим ощущением неприятности, внутреннего дискомфорта [7, 14]. В таком состоянии больные испытывают страх, ужас, «дикий кошмар», появлялось убеждение, что сходят с ума, чувствуют, что должно произойти что-то непоправимое, не находят себе места. Появляется непреодолимое желание совершить что-то несуразное, противостественное.

В других более редких наблюдениях отмечалось экзальтированно-повышенное настроение, когда пациенты испытывали чувство восторга, блаженства, приятное ощущение во всем теле, напоминающее опьянение. Все это воспринималось с интересом, удивлением, больные старались продлить такие состояния, которые протекали на фоне восторженно-приподнятого настроения с неусидчивостью, болтливостью, фрагментарными идеями переоценки собственной личности [7].

Таким образом, припадки «уже виденного» обнаруживают тесные связи с эпилептическими эмоциональными расстройствами, которые проявляются как аффективное сопровождение феноменов «уже виденного», так и выступают в виде депрессивных и гипоманиакальных эпизодов в рамках дисфорических состояний [7]. В большинстве наблюдений отрицательный аффективный фон со всеми особенностями, присущими эпилептическим дисфориям (аффект гнева, тоски, страха), являлся стержневым симптомом пароксизмально возникающих расстройств из группы «уже виденного» [6,7].

Клинические особенности дежа вю при эпилепсии

Перечисленные качества редулицированных восприятий являлись одним из отличительных признаков, указывающих на болезненный характер переживаний, их отличие от обычных ремиссий и нормального восприятия [6,10]. Эту особенность переживаний из группы «уже виден-

ного» тем более важно подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев они касались круга представлений, отражавших ситуацию, которая действительно имела место (или могла иметь) в прошлом опыте субъекта и даже многократно повторялась.

При появлении пароксизмов «уже виденного» больные мучительно пытались вспомнить, когда они могли видеть то или иное положение вещей, ситуацию, пытаясь сконцентрировать свое внимание на этом воспоминании [7]. Впоследствии, при повторении этих состояний, больные, не находя тождественности переживаемых ощущений в собственной реальной жизни, постепенно склонялись к выводу о том, что все это знакомо им по сновидениям, хотя никогда не удавалось локализовать эти сновидения в определенном временном интервале [6]. Эта уверенность со временем становилась столь сильной, что даже после присоединения билатеральных тонико-клонических приступов, пациенты, формально соглашаясь с врачами, утверждающими, что переживаемые ощущения являются проявлением заболевания, все-таки высказывали сомнения: «А может быть, это действительно когда-то снилось?».

У большинства больных в момент пароксизма имелось полное убеждение в редупликации воспринимаемых событий [30]. В тоже время в некоторых наблюдениях больные, понимая, что все это им только кажется, а в действительности им никогда не приходилось переживать ту или иную ситуацию (вследствие ее необычности, неестественности, нереальности), в то же самое время упорнейшим образом вспоминали, где и когда данное впечатление могло иметь место [7]. Процесс воспоминания продолжался ровно столько, сколько длился сам пароксизм (от нескольких секунд до 2–3 мин). После его завершения больные с достаточной критикой относились к своим пароксизмальным переживаниям [6,8,11].

Вместе с тем, по мере прогрессирования эпилептического процесса, когда в клинической картине заболевания начинали преобладать перманентные идеаторные расстройства в виде вялости и тугоподвижности мышления, резкого снижения памяти на текущие события, на припоминание редулицированных ощущений уходили часы и даже дни. В процессе репродукции нередко всплывали посторонние воспоминания, не относящиеся к данному переживанию и несущие, как правило, такие обстоятельства, которых никогда в их жизни не было. По своей структуре переживания «уже виденного» у таких больных отличались бедностью содержания, простотой конструкции, инертностью, однообразием [7].

Впечатление вторичного переживания относилось ко всей обстановке, в которой находился больной, однако в случаях выраженных эпилептических изменений, особенно в сфере мышления (детализированность, инертность, патологическая обстоятельность) феномен «уже виденного» не отличался свойственной ему целостностью, одновременностью появления всех переживаний,

относящихся к разным анализаторам и разным сферам психической деятельности. [6,7]. Такие больные фиксировали свое внимание на отдельных деталях воспринимаемой ситуации, в связи с чем происходило своеобразное «нанизывание» переживаний, которые сменялись друг другом. Такой распад целостной картины «уже виденного» обусловлен, особенностями идеаторных нарушений у пациентов, кроме того, по мере течения заболевания уменьшались образность, живость, эмоциональная окраска переживаний из группы «уже виденного», пароксизмы становились более короткими, тусклыми, однообразными, а изложение содержания этого переживания было односложным, иногда достигающим степени лишь констатации самого феномена в прошлом опыте больного [6,10].

Существенной особенностью эпилептических расстройств «уже виденного» является их пароксизмальный характер, стереотипность и фотографическая повторяемость на определенном этапе заболевания, при котором каждый следующий пароксизм являлся точной копией предыдущего [2,6,7].

Обращает на себя внимание частое включение в структуру пароксизма «уже виденного» вегетативных, висцеральных и эпигастральных проявлений, которые характеризовались ощущением движения чего-то жидкого или газообразного вверх из нижних отделов живота и растекающихся по всему телу. Когда волна достигала головы, появлялось ощущение знакомости окружающей обстановки, которое пронизывало все тело. [7,10]. Как правило, описанные расстройства предшествовали судорожному компоненту эпилептического припадка, т.е. являлись аурой последнего. Пациенты чувствовали себя в период пароксизма как бы в другом измерении, появлялась скованность, оцепенение, они застывали на месте, слышали обращенные к ним слова, однако их смысл до них доходил с трудом, сами говорить они не могли, так как «не было сил ответить». Взгляд становился неподвижным, устремленным в одну точку, наблюдались непроизвольные глотательные движения.

Пациенты в эти минуты были полностью сосредоточены на переживаниях «уже виденного», не в состоянии оторвать взгляда от объекта этих переживаний. Сравнивали это с чтением очень интересной книги, когда никакая сила не может заставить оторваться от нее. В то же время больные отмечали способность реагировать на окружающее, однако были настолько поглощены своими переживаниями, что «никакие мысли, рассуждения в голову не лезли». Вместе с тем они всеми силами старались не обратить на себя внимание окружающих, хотя продолжали тщетно вспоминать, когда и где испытывали данное переживание или видели данную ситуацию [7,10].

Несмотря на то, что такие пароксизмы внешне были весьма близки по своей структуре к абсансам и фокальным приступам с нарушением осознанности, как правило, они протекали незаметно

для окружающих и не сопровождалась выключением сознания даже на короткое время [8]. После завершения пароксизма больные чувствовали слабость, усталость, сонливость, а иногда и потерю трудоспособности, т.е. состояние близкое к тому, которое бывает после генерализованного судорожного припадка. Значительно реже после окончания припадка «уже виденного» пациенты отмечали легкость и свободу (как будто освободились от какой-то тяжести) [7].

В большинстве случаев амнезии как на характер субъективных переживаний, так и на поведение во время пароксизма не наступало, однако в некоторых наблюдениях исчезало из памяти содержание редуцированных переживаний. Оставался только их аффективный компонент — «что-то кошмарное, ужасное и неприятное». Все это позволяет считать, что феномен «уже виденного» наблюдается в структуре «особых состояний сознания» [4,8]. Большинство больных сразу же после появления пароксизма «уже виденного» (который продолжался от долей секунды до 2–3 мин) с нетерпением ждали его завершения и самостоятельно не пытались от него избавиться. В ряде случаев усилием воли удавалось купировать развитие пароксизма. С целью отогнать ощущения «уже пережитого» больные делали глубокие вздохи, закусывали губу, зажимали уши и нос (при явлениях «уже виденного», «уже слышанного», а также при восприятии знакомых запахов) [7]. Особенно часто пациенты прибегали к этим приемам, когда феномены из группы «уже виденного» наблюдались в структуре предвестников судорожных припадков с целью предотвратить их генерализацию. На этом и последующих этапах заболевания, при прогрессировании эпилептического процесса, такие попытки успеха не приносили [6, 7, 10].

В тех редких наблюдениях, когда явления «уже виденного» носили приятный для больных характер и сопровождалось ощущением блаженства, пациенты подчеркивали свои возможности в регулировании длительности пароксизмов. По-

гружаясь в воспоминания, они способны были удлинять эти состояния и, сосредоточиваясь на чем-то постороннем, обрывали их [7].

Таким образом, по результатам анализа литературы о феномене «уже виденного» при эпилепсии, были обнаружены следующие особенности:

- в развитии пароксизмальных психических расстройств при эпилепсии принимают участие различные мозговые образования, среди которых медиальные отделы правой височной области, структуры лимбической системы (миндалевидное тело, верхняя височная извилина, гиппокамп и парагиппокампальная извилина) являются главенствующим звеном;
- существенной особенностью эпилептических приступов «уже виденного» является их пароксизмальный характер, наличие очага эпилептиформной активности на ЭЭГ, стереотипность, при котором каждый следующий пароксизм являлся точной копией предыдущего.
- пациенты с дежа вю при эпилепсии чаще сообщали о сопутствующей дереализации, чувстве страха, головных болях, абдоминальных аурах и тошноте;
- в формировании и клиническом оформлении явлений из группы «уже виденного» ведущая роль принадлежит аффективным нарушениям, в связи с чем пароксизмы «уже виденного» обнаруживают некоторую связь с эпилептическими дисфорическими состояниями;
- переживания «уже виденного» при эпилепсии носят глобальный характер, неразрывно сплетены с личностью и психическим состоянием больных;
- прогрессивность течения эпилептического процесса приводит к видоизменению структуры феномена «уже виденного», обеднению содержания переживания, изменению продолжительности пароксизмов,

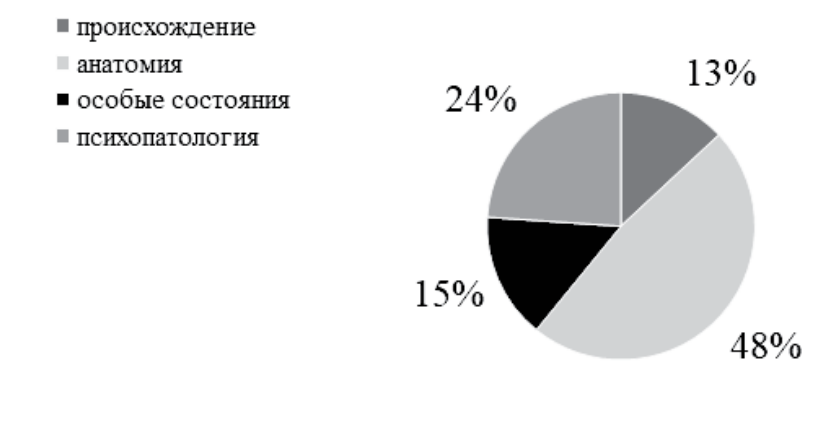


Рис. 1. Особенности проанализированных работ
Fig. No. 1. Features of the analyzed works

их зависимости от идеаторных и мнестических нарушений;

Заключение: по результатам анализа литературы выявлена достаточная изученность структурно-анатомических данных дежавю и ограниченность исследований клинико-психопатологических особенностей феномена. 22(48%) проанализированных работ посвящены анатомическим, нейробиологическим особенностям дежавю. В 11(24%) работах рассматривались клинические и психопатологические особенности феномена, из них лишь в 4 х упоминалась связь «уже виденного» с аффективным зарядом. (Рис.1)

Происхождению феномена дежавю отведены 6 работ (13%), тема особых состояний сознания

указана в 7 (14%) источниках. Более подробное изучение феномена дежавю поможет определить диагностические критерии, способствующие повысить уровень выявляемости и своевременной диагностики фокальной эпилепсии, в том числе и структурной этиологии. Ввиду гиподиагностики, приступы по типу дежавю длительное время могут оставаться без внимания, вплоть до момента возникновения развернутых судорожных приступов. Анализ частоты и характера, сопутствующих феномену «уже виденного», аффективных и когнитивных нарушений может способствовать осуществлению комплексного подхода к лечению пациентов с фокальными приступами по типу дежавю.

Литература / References

1. Виккер Я.Л. О нарушении ориентировки в пространственном направлении. Журн. Современная невропатология, психиатрия и психогигиена. 1933;6:23-27.
Vicker YaL. On the violation of orientation in the spatial direction. Zhurn. Sovremennaya nevropatologiya, psichiatriya i psihogigiena. 1933;6:23-27. (in Russ.).
2. Власов П.Н., Червяков А.В. Феномен дежавю в практике невролога: монография. 2-е изд., стер. Москва: ФЛИНТА, 2017.
Vlasov P.N., Chervyakov A.V. Fenomen dezha vuu v praktike nevrologa: monografiya. 2-e izd., ster. Moskva: FLINTA, 2017. (in Russ.).
3. Громов С.А., Киссин М.Я., Якунина О.Н. Эпилепсия. Изменения личности. Лечение. С.: 2006.
Gromov S.A., Kissin M.Ya., Yakunina O.N. Epilepsiya. Izmeneniya lichnosti. Lechenie. S.: 2006. (in Russ.).
4. Гуревич М.О. О психосенсорной форме эпилепсии и об особых состояниях. Труды московской областной конференции по эпилепсии. Под общ. ред. доц. И. А. Бергер. Москва: Гос. изд-во биол. и мед. литературы. 1936;4:5-10.
Gurevich M.O. O psihosensornoj forme epilepsii i ob osobyh sostoyaniyah. Trudy moskovskoj oblastnoj konferencii po epilepsii. Pod obshch. red. doc. I. A. Berger. Moskva: Gos. izd-vo biol. i med. literatury. 1936;4:5-10. (in Russ.).
5. Иванов Э.В., Бейн Б.Н., Бореико В.Б. К вопросу о значении состояний типа «уже виденного» в диагностике височной эпилепсии. Материалы Всесоюзной и 5-й Свердловской конференции невропатологов, психиатров, нейрохирургов. С.: 1970.
Ivanov E.V., Bejn B.N., Borejko V.B. K voprosu o znachenii sostoyanij tipa «uzhe vidennogo» v diagnostike visochnoj epilepsii. Materialy Vsesoyuznoj i 5-j Sverdlovskoj konferencii nevropatologov, psichiatrov, nejrohirurgov. S.: 1970. (in Russ.).
6. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология: руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2011.
Kissin M.Ya. Klinicheskaya epileptologiya: rukovodstvo. Moskva: GEOTAR-Media. 2011. (in Russ.).
7. Киссин М.Я. Структура и динамика непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией Санкт-Петербурга специальность 14.00.18 «Психиатрия» диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. СПб, 2007.
Kissin M.Ya. Struktura i dinamika nepsihoticheskikh psichicheskikh rasstrojstv u bol'nyh epilepsiej Sankt-Peterburga special'nost' 14.00.18 «Psihiatriya» dissertaciya na soiskanie uchenoi stepeni doktora medicinskih nauk. SPb, 2007. (in Russ.).
8. Киссин М.Я. «Особые состояния сознания» у больных эпилепсией. «Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии» к 50-летию Санкт-петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РФ. С.: 2001.
Kissin M.Ya. «Osobyie sostoyaniya soznaniya» u bol'nyh epilepsiej. «Aktual'nye voprosy klinicheskij, social'noj i sudebnoj psichiatrii» k 50-letiyu Sankt-peterburgskoj psichiatricheskoj bol'nicy specializirovannogo tipa s intensivnym nablyudeniem MZ RF. S.: 2001. (in Russ.).
9. Мухин К.Ю. Определение и классификация эпилепсии. Проект Классификации эпилептических приступов 2016 года. Русский журнал детской неврологии. 2017;12(1):8-20.
Mukhin KYu. Definition and classification of epilepsy. Classification of epileptic seizures 2016. Russkij zhurnal detskoj nevrologii. 2017;12(1):8-20. (In Russ.).
10. Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Психические расстройства при эпилепсии. Психиатрия. Национальное руководство. М.: 2020.
Neznanov N.G., Kissin M.Ya. Psichicheskie rasstroistva pri epilepsii. Psichiatriya. Nacionalnoe rukovodstvo. M.: 2020. (in Russ.).
11. Сумбаев И.С. О психопатологии феномена дежавю. Проблемы общей психопатологии. С.: 1946.
Sumbaev I.S. O psihopatologii fenomena dejavu. Problemy obshchej psihopatologii. S.: 1946. (in Russ.).

12. Яковлева Ю.А., Киссин М.Я., Попов Ю.В., Пичиков А.А., Сафонова Н.Ю., Гогуадзе Т.М. Динамика представлений о концепции эпилептического психоза. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2021;55(4):113-121.
Yakovleva YuA, Kissin MYa, Popov YuV, Pichikov AA, Safonova NYu, Goguadze TM. Dynamics of ideas about the concept of epileptic psychosis. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva. 2021;55(4):113-121. (In Russ.).
13. Adachi T, Adachi N, Takekawa Y. Déjà vu experiences in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47:389-393.
14. Adachi N, Akanuma N, Ito M. Two forms of déjà vu experiences in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010;18:218-222.
15. Adachi N, Koutroumanidis M, Elwes R, Polkey C, Binnie C, Reynolds E, Barrington S, Maisey M, Panayiotopoulos C. Interictal 18FDG PET findings in temporal lobe epilepsy with déjà vu. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11(3):380-386.
16. Bancaud J, Brunet-Bourgin F, Chauvel P. Anatomical origin of déjà vu and vivid 'memories' in human temporal lobe epilepsy. *Brain*. 1994;117:71-90.
17. Barbeau E, Wendling F, Regis J. Recollection of vivid memories after perirhinal region stimulations: synchronization in the theta range of spatially distributed brain areas. *Neuropsychologia*. 2005;43:1329-1337.
18. Bartolomei F, Barbeau EJ, Nguyen T. Rhinal-hippocampal interactions during déjà vu. *Clin Neurophysiol*. 2012;123:489-495.
19. Bartolomei F, Wendling F, Jean-Pierre V. Seizures of temporal lobe epilepsy: identification of subtypes by coherence analysis using stereo-electro-encephalography. *Clin Neurophysiol*. 1999;110:1741-1754.
20. Bošnjak Pašić M, Horvat Velić E, Fotak L, Pašić H, Srkalović Imširagić A, Milat D, Šarac H, Bjedov S, Petelin Gadže Ž. Many Faces of Déjà Vu: a Narrative Review. *Psychiatr Danub*. 2018;30(1):21-25.
21. Brázdil M, Mareček R, Urbánek T, Kašpárek T, Mikl M, Rektor I, Zeman A. Cortex. Unveiling the mystery of de ja' vu: the structural anatomy of de ja' vu. 2012;48(9):1240-3.
22. Fish DR, Donner D, Picori L, Rozzanigo U. Unusual diagnostic findings in temporal lobe epilepsy: A combined MRI and 18F-dopa case study. *Eur J Radiol Open*. 2020;7:100241.
23. Fish DR, Gloor P, Quesney FL, Olivier A. Clinical responses to electrical brain stimulation of the temporal and frontal lobes in patients with epilepsy. Pathophysiological implications. *Brain*. 1993;116:397-414.
24. Gabr M, Lüders H, Dinner D, Morris H, Wyllie E. Speech manifestations in lateralization of temporal lobe seizures. *Ann Neurol*. 1989;25:82-87.
25. Gloor P, Olivier A, Quesney LF, Andermann E, Horowitz S. The role of the limbic system in experiential phenomena of temporal lobe epilepsy. *Annals of Neurology*. 1998;12(2):129-144.
26. Guedj E, Aubert S, McGonigal A, Mundler O, Bartolomei F. Déjà-vu in temporal lobe epilepsy: metabolic pattern of cortical involvement in patients with normal brain MRI. 2010;48(7):2174-81.
27. Janet P. A propos du Déjà vu. *J. Psychol. Norm. pathol*. 1905:289-294.
28. Kennedy JD, Schuele SU. Neocortical temporal lobe epilepsy. *J Clin Neurophysiol*. 2012;29(5):366-370. <https://doi.org/10.1097/WNP.0b013e31826bd78b>.
29. Labate A, Cerasa A, Mumoli L, Ferlazzo E, Aguglia U, Quattrone A, Gambardella A. Neuro-anatomical differences among epileptic and non-epileptic déjà-vu. *Cortex*. 2015;64:1-7.
30. Martin CB, Mirsattari SM, Pruessner JC, Burneo JG, Hayman-Abello B, Köhler S. Relationship between déjà vu experiences and recognition-memory impairments in temporal-lobe epilepsy. *Memory*. 2021;29(7):884-894.
31. Penfield W, Roberts L. Speech and brain-mechanisms. 1951.
32. Perucca P, Crompton DE, Bellows ST, McIntosh AM, Kalincik T, Newton MR, Vajda FJE, Scheffer IE, Kwan P, O'Brien TJ, Tan KM, Berkovic SF. Familial mesial temporal lobe epilepsy and the borderland of déjà vu. *Ann Neurol*. 2017;82(2):166-176.
33. Peslova E, Marecek R, Shaw DJ, Kaspárek T, Pail M, Brazdil M. Hippocampal involvement in non-pathological déjà vu: Subfield vulnerability rather than temporal lobe epilepsy equivalent. *Brain and Behavior*. 2018;8(7):e00996.
34. Sengoku A, Toichi M, Murai T. Dreamy states and psychoses in temporal lobe epilepsy: mediating role of affect. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;51(1):23-6.
35. Spatt J. Déjà vu: possible parahippocampal mechanisms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14(1):6-10.
36. Toffa DH, Bou Assi E, Pépin C, Martineau L, Robert M, Bouthillier A, Nguyen DK. Déjà-vu evoked by electrical stimulation of the insula. *Epileptic Disord*. 2022;24(3):561-566.
37. Vignal JB, Maillard L, McGonigal A, Chauvel P. The dreamy state: hallucinations of autobiographic memory evoked by temporal lobe stimulations and seizures. *Brain*. 2007;130:88-99.
38. Warren-Gash C, Zeman A. Is there anything distinctive about epileptic déjà vu? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(2):143-7.
39. Wild E. Déjà vu in neurology. *J Neurol*. 2005;252(1):1-7.

Сведения об авторах

Киссин Михаил Яковлевич — д.м.н. профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: kissin.m@yandex.ru

Гогуадзе Теа Мерабовна — аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: goguadaze-teona@rambler.ru;

Яковлева Юлия Александровна — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

E-mail: yua.08@mail.ru

Поступила 13.03.2024

Received 13.03.2024

Принята в печать 20.09.2024

Accepted 20.09.2024

Дата публикации 20.12.2024

Date of publication 20.12.2024