П.Н. Власов, А.В. Червяков
МГМСУ

Значение феномена дежа вю у здоровых

VALUE OF THE PHENOMENON OF DEJA VU IN HEALTHY EXAMINEES
P.N. Vlasov, A.V. Chervyakov
Moscow State University of Medicine and Dentistry
The purpose of the investigation was to study the clinical value of the deja vu phenomenon in healthy examinees as it may occur in healthy individuals, on the one hand, and is a symptom of a number of psychoneurological diseases, on the other. One hundred and twenty-nine subjects, mean age 25,2±4,4 years, were examined. All the examinees were questioned by the original questionnaire developed by the authors, which was to reveal the characteristics of the phenomenon, and the Cambridge depersonalization questionnaire; standard electroencephalography was also performed. The deja vu phenomenon was detected in 97% of the respondents. In healthy individuals, the phenomenon was most common at the age of 21—25 years; 52,2% experienced deja vu several times a year; 64,5% of the respondents reported the 10-sec state; 85% did not associate the occurrence of the phenomenon with any provoking factor; 66% perceived deja vu with a positive emotional tinge, and only 4% of the respondents were afraid of the onset of this phenomenon. These criteria may be used to rule out pathological deja vu.
Key words: *deja vu, derealization, healthy examinees, Cambridge depersonalization questionnaire.*
Pavel Nikolayevich Vlasov: ***vpn_neuro@mail.ru***

Введение. Ощущение дежа вю (ДВ) знакомо многим. По данным ряда крупных исследований, этот феномен в популяции регистрируется у 30—96% населения [1, 2]. В дословном переводе с французского языка deja vu означает «уже виденное» и определяется как расстройство психической деятельности, связанное с восприятием окружающей действительности, при котором незнакомая, совершенно новая обстановка кажется знакомой, уже когда-то виденной. Одно из первых научных описаний ДВ относится к последней четверти XIX в. и принадлежит Джексону, который описал этот симптом у пациентов, больных эпилепсией со «сноподобными состояниями» [3].

У здоровых лиц ДВ впервые появляется в 6—7-летнем возрасте [1]. Чаще регистрируется у молодых людей при переутомлении, болезни, длительном стрессе, депривации сна, употреблении психоактивных веществ [2]. Согласно общепризнанной классификации ДВ входит в понятие дереализации, проявляющейся как расстройство восприятия окружающей действительности: прежде знакомые явления и предметы кажутся измененными, неестественными, нереальными. Помимо ДВ, к дереализационным расстройствам относятся дежа векю (deja vecu — «уже пережитое»); дежа эпруве (deja eprouve — «уже испытанное»); дежа антендю (deja entendu — «уже слышанное»); жаме вю (jamais vu — «никогда не виденное») [4].

На сегодняшний день известно, что ДВ встречается не только у здоровых людей, но и служит симптомом ряда психоневрологических заболеваний, таких как височная эпилепсия (ВЭ), шизофрения, депрессия, синдром Шарля Бонне. ДВ появляется при различных нарушениях сна и иногда бывает ранним диагностическим признаком в клинике объемных образовании головного мозга [2, 5—8].

При ВЭ феномен ДВ особенно часто встречается во время амигдало-гиппокампальных (медиобазальных, лимбических) приступов и часто сопровождается ощущениями парестезий в конечностях, головокружением, тошнотой и др., а также характеризуется интенсивной эмоциональной окраской, чаще чувством страха. Состояние ДВ часто является иктальным проявлением, т.е. расстройством, входящим в структуру эпилептического припадка, изолированным проявлением эпилепсии либо развивающимся непосредственно после припадка [5].

Механизмы развития ДВ и структуры, участвующие в этом, сходны как у пациентов с патологией нервной системы, так и у здоровых. Морфологическими, нейрофизиологическими и нейровизуализационными методами были выявлены 4 основные структуры мозга, участвующие в формировании ДВ: миндалевидное тело, верхняя височная извилина, парагиппокампальная извилина, гиппокамп [1, 9]. Сформулировано много теорий образования ДВ, но основная идея заключается в нарушении процессов памяти и перцепции [10]. Особое значение в патогенезе ДВ имеет вопрос о функциональной межполушарной асимметрии. На сегодняшний день полагают, что в образовании ДВ играют роль преимущественно структуры правого полушария [11—13].

Несмотря на полуторавековую историю изучения данного феномена, многие аспекты, главным образом патофизиология ДВ, изучены недостаточно. Парадокс заключается в том, что ДВ является одновременно и условно нормальным феноменом, и проявлением патологии. В связи с этим очень важным представляется отграничение патологического ДВ от нормального, а также их дифференцирование. В настоящем исследовании основное внимание было уделено характеристикам феномена ДВ.

Цель исследования — определение распространенности и особенностей феномена ДВ в группе здоровых испытуемых. Ставились следующие задачи: охарактеризовать ДВ у здоровых (частота, длительность, эмоциональный фон и др.), апробировать методики для изучения феномена ДВ, сопоставить характеристики ДВ у здоровых и пациентов с ВЭ.

Материал и методы. Общую группу составили 129 человек (42% мужчин, 58% женщин; средний возраст 25,2±4,4 года — от 11 до 70 лет). У всех испытуемых в анамнезе исключались пароксизмальные проявления различного генеза (синкопальные состояния, вегетатив-

Опросник для выявления характеристик ДВ

1. Ваш пол:
Мужской
Женский
2. Ваш возраст
3. Ваша ведущая рука:
А. Правая
Б. Левая
В. Одинаково хорошо владею обеими руками (амбидекстр)
4. Ощущали ли вы когда-нибудь дежа вю?
А. Да
Б. Нет
5. В каком возрасте Вы впервые испытали дежа вю?
6. Как часто Вы испытываете дежа вю?
А. Несколько раз в день
Б. 1—2 раза в неделю
В. 1—2 раза в месяц
Г. Несколько раз в год
Д. Ощутил 1—2 раза в жизни
Е. Никогда не ощущал
7. Как долго Вы испытываете дежа вю, когда оно происходит?
А. 1—2 секунды
Б. 5—10 секунд
В. 20—30 секунд
Г. 0,5—1 минута
Д. Несколько минут
8. С какой ситуацией наиболее часто Вы связываете появление дежа вю?
А. Появляется спонтанно
Б. Появляется во время сильной усталости
В. Появляется во время длительного насильственного отказа от сна
Г. Связано с приемом алкоголя
Д. Другое
9. Как наиболее точно Вы могли бы охарактеризовать свое состояние при дежа вю?
А. «Уже виденное»
Б. «Уже слышанное»
В. «Уже пережитое, испытанное»
Г. Три предыдущих варианта одновременно
Д. «Никогда не виденное»
Е. Другое
10. Какие чувства (назовите, пожалуйста, 2—3 чувства), сопровождают у Вас состояние дежа вю?
11. Какие эмоции сопровождают у Вас ощущение дежа вю?
А. Положительные (эйфория, интерес, расслабленность)
Б. Отрицательные (страх, злость, дурнота, дезориентация)
В. Не вызывает никаких эмоций
12. Боитесь ли Вы наступления дежа вю?
А. Да
Б. Нет
В. Затрудняюсь ответить
13. Страдаете ли Вы каким-либо хроническим заболеванием из нижеприведенных?
А. Эпилепсия
Б. Шизофрения
В. Алкоголизм
Г. Наркомания
Д. Другое

ные пароксизмы, психогенные, эпилептические, фебрильные припадки и др.) на протяжении всей жизни. Всем испытуемым был предложен опросник для выявления характеристик ДВ.

По опроснику выявлялись такие характеристики ДВ, как частота и длительность феномена, эмоции, сопровождающие ДВ и др. Из 129 респондентов 20 опрашивались по Кембриджскому деперсонализационному опроснику; также проведена стандартная электроэнцефалография для исключения эпилептиформной активности. При статистической обработке использовались методы параметрической и непараметрической статистики (метод доверительных интервалов, критерий Манна—Уитни, корреляция Спирмена, $p \leq 0{,}05$).

Результаты исследования. После обработки анкет оказалось, что 97% всех опрошенных хотя бы раз в жизни испытывали ДВ. Такие данные с большой долей вероятности свидетельствуют в пользу того, что ДВ изначально не патологический симптом. В то же время в литературе нет объяс-

нений, почему встречаются здоровые люди, которые ни разу не испытывали ДВ.

Оценивали также частоту появления ДВ (рис. 1). Более чем половина респондентов (52,2%) отмечали появление симптома «несколько раз в год». Данный показатель достоверно превосходил остальные (p=0,009). Второй по частоте ответ «1—2 раза в жизни» составил 22,2%. Частота появления ДВ зависит от возраста опрашиваемых.

Для оценки динамики частоты ДВ в зависимости от возраста испытуемых ответы на пункт 6 опросника были ранжированы. Ответ А (максимальная частота ДВ) соответствовал 5 баллам, ответ Д (минимальная частота) — 1 баллу. Исходя из этого подсчитывали коэффициент K, равный среднему значению баллов по каждой возрастной группе. При определении достоверных максимальных показателей частоты ДВ использовали критерий Манна—Уитни. Были выявлены возрастные периоды: 21—25 лет, 31—35 лет и 46—50 лет, когда ДВ появляется наиболее часто (рис. 2). Сходная возрастная динамика появления ДВ ранее отмечалась в работах Брауна [1].

На рис. 3 отражена длительность ДВ. Испытуемые одинаково часто отмечали (p<0,05) длительность состояния 1—2 с (26,2%) и 5—10 с (38,3%). Таким образом, у 64,5% здоровых респондентов длительность ДВ не превышала 10 с, что достоверно отличалось от частоты других ответов (от 20 с до нескольких минут; p=0,01).

У подавляющего числа респондентов (85,0±6,0%) ДВ возникало, но могло проявляться при сильной усталости (8,4±5,1%), депривации сна (2,8±1,0%) и приеме алкоголя (1,9±0,8%; рис. 4).

Что касается эмоциональной окраски ДВ и страха перед его наступлением, показано, что у здоровых людей в 66% случаев ДВ вызывает положительные эмоции и лишь 4% респондентов боятся появления этого феномена (p⩽0,05; рис. 5, 6). Наиболее часто ДВ вызывало отрицательные эмоции у лиц с измененной моторной асимметрией, левшей и амбидекстров (r=0,247, p=0,01).

По данным анализа результатов Кембриджского деперсонализа-

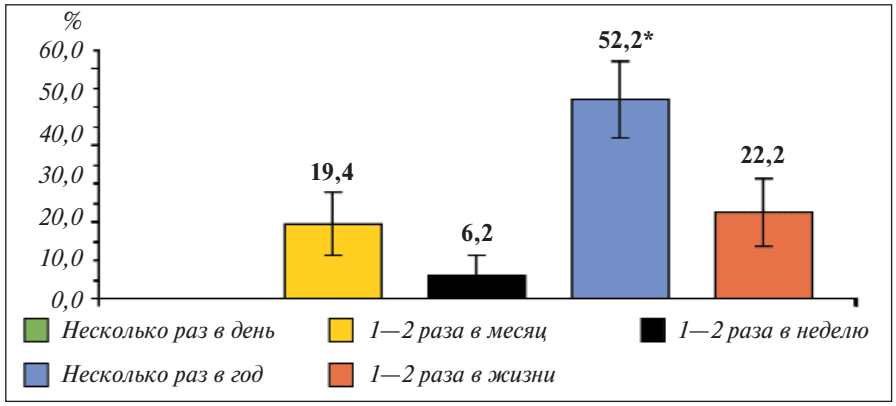

Рис. 1. *Частота появления ДВ у здоровых. Метод доверительных интервалов; *p⩽0,05*

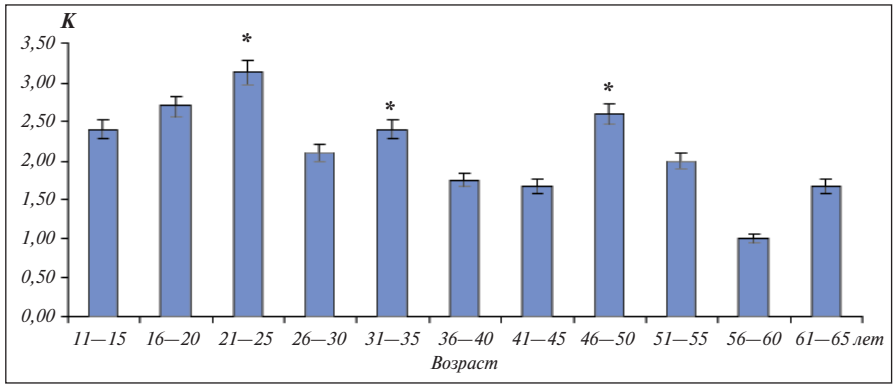

Рис. 2. *Возрастная динамика ДВ. По оси абсцисс — возрастные периоды, по оси ординат — условный коэффициент К, отражающий суммарную частоту ДВ в данном возрастном периоде; *p⩽0,05, критерий Манна—Уитни*

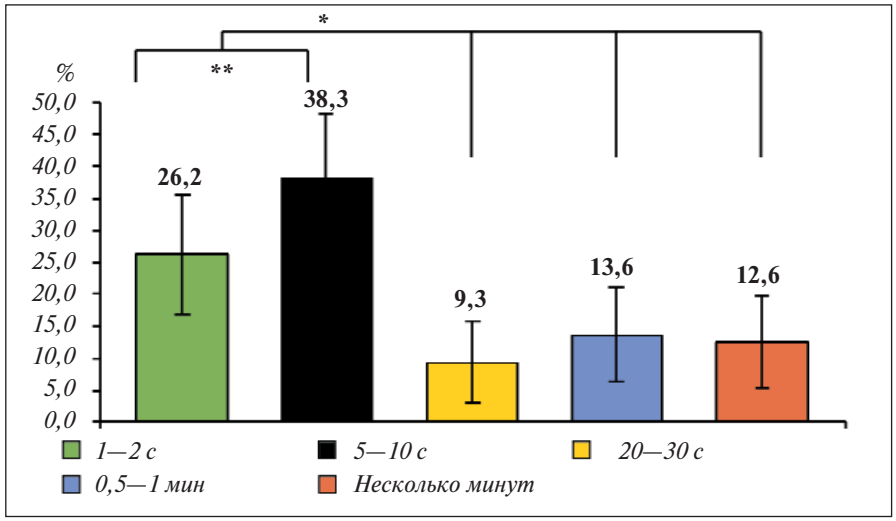

Рис. 3. *Длительность ДВ у здоровых. Метод доверительных интервалов; *p⩽0,01, **p⩾0,05*

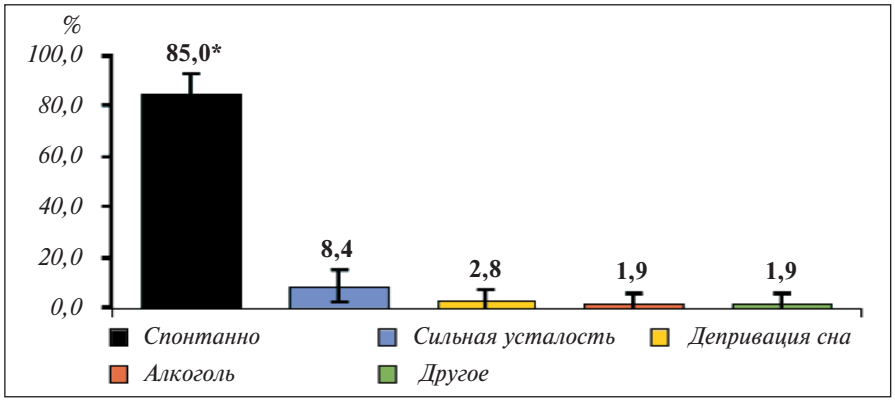

Рис. 4. *Ситуация ДВ у здоровых.*
*Метод доверительных интервалов; *p⩽0,05*

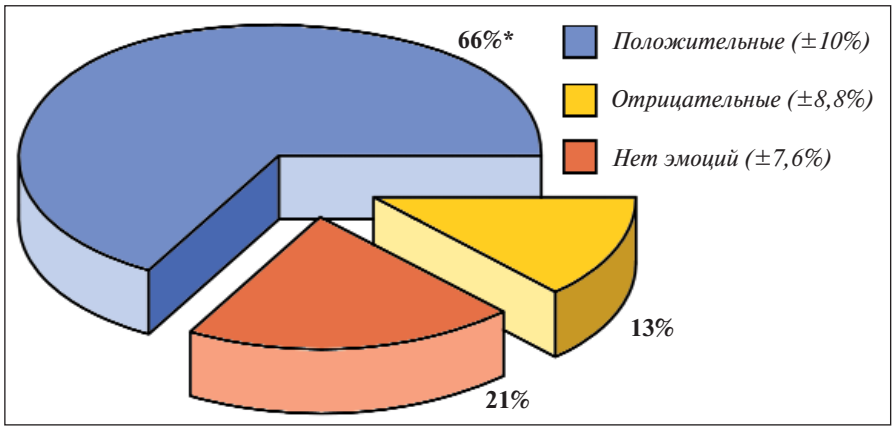

Рис. 5. *Эмоции при ДВ у здоровых.*
*Метод доверительных интервалов; *p⩽0,05*

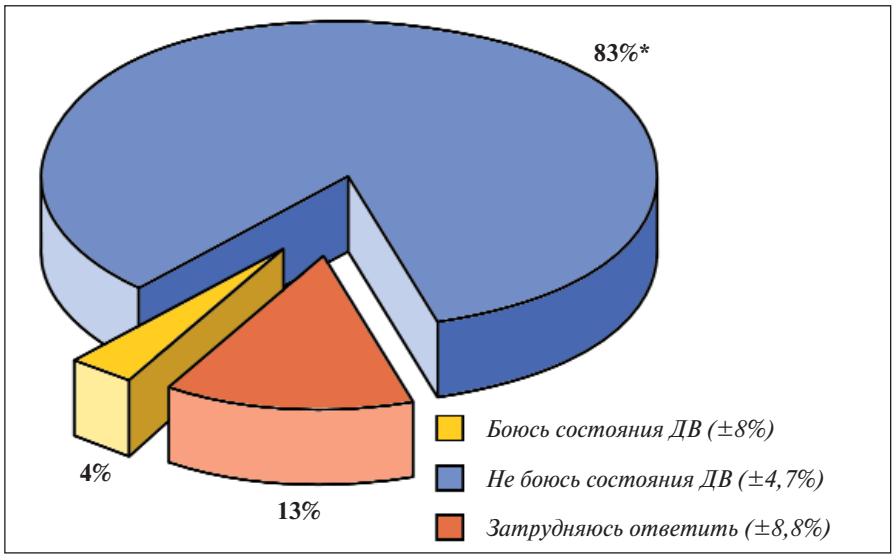

Рис. 6. *Страх перед наступлением ДВ у здоровых.*
*Метод доверительных интервалов; *p⩽0,05*

ционного опросника, выявлены симптомы, появляющиеся у здоровых. Например: «Бывают моменты, когда я совсем не испуган и не расстроен в ситуациях, в которых обычно сильно пугаюсь и (или) нервничаю»; «Мои любимые занятия не доставляют мне удовольствия»; «Мне кажется, что я не могу нарисовать некоторые вещи в своем воображении, например лица друзей и родственников или знакомые мне места» и др. Их длительность не превышала «нескольких секунд», а частота оценивалась как «редко» или «очень редко». Средний балл по данному опроснику для здоровых равен 28,60±4,89 из 290 возможных.

Обсуждение. В таблице приведено сравнение полученных результатов (колонка 1) с данными литературы, характеризующими здоровых и пациентов с ВЭ. Стоит отметить, что, несмотря на столь широкое распространение (97%), ДВ у здоровых является чрезвычайно редким симптомом («несколько раз в год»). Напротив, у пациентов с ВЭ такой зависимости нет и частота ДВ, как правило, соответствует частоте припадков. Возрастные пики частоты ДВ у взрослых психологи объясняют наличием критических периодов в психологическом развитии индивида и учащением стрессов [6]. Длительность ДВ в норме не превышает 10 с, при ВЭ и других патологических состояниях она может достигать нескольких десятков минут [8]. Выявленная корреляционная зависимость между длительностью и боязнью ДВ с индивидуальным профилем асимметрии у испытуемых может подтверждать теорию о неодинаковом вовлечении полушарий в генерацию феномена [12].

Если у большинства здоровых ДВ вызывает положительные эмоции (удовольствие, интерес) и не характеризуется страхом, то, по данным литературы, патологическое ДВ сопровождается резко отрицательными эмоциями и, как правило, пациенты боятся его наступления. Некоторые пациенты описывают свое состояние при ДВ «как самый страшный фильм ужасов, который им приходилось видеть» [8].

Таким образом, ДВ встречается у 97% здоровых (наиболее часто в возрасте 21—25 лет) несколько раз в год, длится до 10 с, характеризуется спонтанным возникновением, положительной эмоциональной окраской и отсутствием страха. Данные критерии могут быть использованы для дифференцирования патологического и нормального ДВ.

Отличие характеристик ДВ у здоровых и пациентов с ВЭ

Признак	В норме	В норме согласно данным литературы	При ВЭ согласно данным литературы
Дебют	4—6 лет	6—7 лет [1, 14]	С началом заболевания
Асимметрия	Есть	?	ВЭ в правой доле [11, 12]
Частота	Несколько раз в год	?	Равна частоте припадков
Возрастной пик	21—25 лет; 31—45 лет	Половое созревание [6]	—
Длительность	1—10 с	?	Более 1 мин [8]
Ситуация	Спонтанно	Спонтанно, стресс [2]	Иктальное расстройство [5]
Эмоции	Положительные	Положительные [15]	Отрицательные [7]
Страх перед ДВ	Отсутствует	?	Присутствует [8]

ЛИТЕРАТУРА

1. Brown A.S. A review of the deja vu experience. Psychologic Bull 2003;129:394—413.
2. Sno H.N., Linszen D.H. The deja experience: remembrance of things past? Am J Psychiatry 1990;147:1587–95.
3. Jackson J.H., Colman W.S. Case of epilepsy with tasting movements and «dreamy state»: very small patch of softening in the left uncinate gyrus. Brain 1898;21:580—90.
4. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб.: Питер, 2004.
5. Карлов В.А. Расстройства психики при эпилепсии. Анн неврол 2007;1(2):9—16.
6. Рыбин Д.Н. Ценностно-смысловая детерминация феномена дереализации. Дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2005. РГБ ОД, 61:05—19/364.
7. Richardson T.F., Winokur G. Deja vu in psychiatric and neurosurgical patients. Arch Psychiatry 1967;17:622–5.
8. Warren-Gash C., Zeman A. Deja vu. Practical Neurology 2003;3:106–9.
9. Adachi N., Koutroumanidis M., Elwes R.D.C. et al. Interictal 18 FDG PET Findings in Temporal Lobe Epilepsy With Deja vu. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999;11:380—6.
10. Spatt J. Deja vu: Possible Parahippocampal Mechanisms. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002;14:6–10.
11. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М., 1977.
12. Калинин В.В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика. Попытка нейропсихиатрического подхода. Функциональная межполушарная асимметрия. Под ред. Н.Н. Боголепова, В.Ф. Фокина. М.: Научный мир, 2004;546—70.
13. Bogen J. The other side of the brain II: an oppositional mind. Bull Los Angeles Neurol Soc 1969;32:135—62.
14. Mayer-Gross W. On depersonalization. Br J Med Psychol 1935;15:103—26.
15. Макаров И.В. Деперсонализация. Соц и клин психиатр 1999;9(3):91—5.

В.А. Парфенов, О.В. Абдулина

ММА им. И.М. Сеченова

Вестибулярное головокружение. Опыт применения бетавера

VESTIBULAR VERTIGO. EXPERIENCE IN USING BETAVER

V.A. Parfenov, O.V. Abdulina

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The authors studied the causes of vestibular vertigo was studied in 40 patients (9 men and 31 women aged 29 to 83 years, mean age 58,6 years) admitted to the Neurology Department for this condition and the efficiency of betaver (betahistine) used for treatment. The causes of isolated vestibular vertigo in the patients were benign paroxysmal positional vertigo (n = 21), Meniere's syndrome or peripheral vestibulopathy (n = 9), Meniere's disease (n = 5), vestibular neuronitis (n = 4), and vestibular migraine (n = 1). All the examinees took betaver in a dose of 48 mg/day for 30 days. Betaver treatment resulted in cessation of vertigo in all the patients during their hospital stay (15—25 days, mean 21 days). Improvement could be also associated with natural vertigo regression and with the benefits from the rehabilitation maneuver (in benign paroxysmal positional vertigo) made by the patients under advice of a vestibular exercise physician. It was noted that betaver interacted well with other drugs taken by the patients for concomitant disease and there were no changes in clinical and biochemical blood indices.

Key words: *vestibular vertigo, betaver (betahistine).*

Vladimir Anatolyevich Parfenov: ***vladimirparfenov@mail.ru***