Московский городской психолого-педагогический университет

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Кафедра клинической психологии

**Курсовая работа**

**на тему: Нарушение познавательных функций у детей, больных эпилепсией**

Москва 2009

**Введение**

Данная курсовая работа посвящена исследованию проблемы нарушения познавательных функций у детей, больных эпилепсией.

Актуальность данной темы связана с тем, что в настоящее время эпилепсия - самая распространенное и серьезное нарушение деятельности мозга, которое встречается во всех странах. Этому заболеванию подвержены люди всех возрастов, от младенцев до пожилых. Европейская декларация по эпилепсии обращает внимание, что «более всего от не выявления и недостаточного лечения страдают дети, подростки и пожилые».

Эпилепсия у детей одна из наиболее актуальных проблем. В настоящее время в России около 80% новорожденных имеют более или менее серьезные нарушения центральной нервной системы. Многие из них имеют тяжелую форму нарушений. Кроме того, около 2% детей до двух лет уже имеют по крайней мере один эпилептический припадок (Гусев Е.И., Бурд Г.С., 1994).

/3 случаев заболеваемости эпилепсией приходятся именно на детский возраст. В большинстве случаев дебют эпилепсии приходится на возраст до 16 лет. Больные эпилепсией, у которых заболевание проявилось в раннем возрасте развиваются уже в условиях болезни, в отличие от людей, которые уже сформировались к моменту начала заболевания. Это отражается и на развитии высших психических функций ребенка, больного эпилепсией. Именно в связи с этим необходимо комплексное медико-психологическое обследование для оценки когнитивного дефицита. Психические нарушения у детей в количественном и качественном отношении многообразны, как и эпилепсия.

Частота нарушений познавательных функций у детей очень велика. Эти нарушения могут быть связаны не только с самой болезнью, но и являться результатом неадекватной терапии.

Нарушения познавательных функций, вызванные эпилепсией, могут иметь ярко выраженный характер и сильно отличать детей, страдающих этим заболеванием от здоровых. Часто дети с этим диагнозом не могут учиться среди своих сверстников, не успевают за ними. Часто по этой причине они становятся изгоями, их отвергают. Однако подобные нарушения не справедливо вызывают подобную реакция, ведь среди великих людей были больные эпилепсией. Самые известные из которых Данте, Ван Гог и Достоевский.

Знать особенности мышления, восприятия, памяти и других когнитивных функций у эпилептиков важно в связи с тем, чтобы понимать их особенности и соответственно обращаться к ним, учитывая особенности их болезни. Например, К. Леонгард в книге «Акцентуированные личности» описывает эпилептоидную психопатию, проявления которой схожи с нарушениями личности у больного эпилепсией. Леонгард указывает, что «сходство проявлений эпилептоидной психопатии с изменениями характера эпилептического порядка проявляется еще и в тяжеловесности мышления». Естественно, что быстро мыслящий человек может раздражаться на подобную «тяжеловесность» мышления, однако, если он понимает особенности своего собеседника, ему будет проще с ним взаимодействовать.

Что касается психологической науки в целом, для нее эта тема крайне важна. Прежде всего, определение нарушения познавательных функций у больных эпилепсией дает большие возможности для изучения связи психических функций с определенным участком коры головного мозга. Показывается связь функции с конкретным полушарием или как она распределена между полушариями. Фокус, сделанный на детях, помогает понять, как развиваются высшие психические функции и их нарушения в онтогенезе. Эта тема помогает описать, каковы возможные последствия нарушения разных структур мозга.

Особенно знания особенностей познавательных процессов важны для психологов-практиков, для того, чтобы выработать правильный способ взаимодействия с подобными клиентами. Эпилептики часто обращаются к психологам в связи с проблемами депрессии, одиночества, и практику необходимо знать, на основе чего произрастают проблемы пациентов и по возможности предсказать возможные модели поведения таких больных, а также их личностные особенности. Но в первую очередь психологам практикам необходимо знание о нарушениях познавательных функций у детей, больных эпилепсией, для того, чтобы разработать правильную программу обучения, учитывающую все особенности таких больных. Также для практики важна возможность на основе теоретических исследований взаимосвязи психической функции и участка мозга анализировать нарушения мозга в связи с нарушением психики.

Тема исследования: Нарушение познавательных функций у детей, больных эпилепсией.

Цель исследования: Рассмотреть литературу по этой теме и узнать основные особенности когнитивных нарушений у детей с эпилепсией.

Задачи исследования:

. Получить общую информацию об эпилепсии как болезни.

. Описать основные нарушения познавательных функций у детей, больных эпилепсией.

Объект исследования: Литература по теме «нарушение познавательных функций у детей, больных эпилепсией»

Предмет исследования: Нарушения познавательных функций при эпилепсии у детей

**Глава 1. Общие представления об эпилепсии**

Прежде, чем начать говорить о когнитивных нарушениях у детей с эпилепсией, необходимо описать саму болезнь, ее виды, как она меняет личность больного.

**1.1 Медицинское описание болезни**

Эпилепсия - болезнь, которая существует уже давно. В разные века было разное отношение к ней. Чаще всего она ассоциировалась со вселением в тело человека злых духов или дьяволов. Даже в Евангелии есть упоминание об эпилепсии: «…дух овладевает его телом, он терзает его, и тогда он падает, изнемогая, испуская пену изо рта, крепко стискивает зубы…» (Евангелие от св. Марка и св. Луки)

Одновременно с тем эпилепсия рассматривалась и как болезнь святых. По мнению христианских теологов, некоторые отрывки Корана свидетельствуют о том, что Магомет страдал от припадков эпилептического характера. Приступы его болезни сопровождались отсутствием реакции на окружающее, храпом, потливостью, заведением глаз, конвульсивными движениями губ. Также предполагается наличие этой болезни у св. Иоанна и св. Валентина.

Само собой, в настоящее время эта болезнь уже воспринимается не как мистическая, о ней многое известно.

Эпилепсия - это полиэтиологическая болезнь, которая проявляется пароксизмальными расстройствами сознания и судорогами (Справочник невропатолога поликлиники, 1988). Это хроническое заболевание головного мозга, которое характеризуется многократными непровоцированными повторяющимися приступами, при которых происходит нарушение двигательных, вегетативных, мыслительных, чувствительных или психических функций, что связано с возникновением чрезмерных нейронных разрядов в коре мозга (Петрухин А., 2004).

Термин «полиэтиологическое заболевание» означает, что оно может быть вызвано многими причинами. Если это заболевание носит первичный (врожденный) характер, то речь идет об эпилептической болезни. Также существуют симптоматическая эпилепсия и эпилептиформный синдром, которые, в отличие от эпилептической болезни, вызваны появлением в мозгу очага патологической импульсации, например, опухоли, рубца, спайки, гематомы и т.д. Когда речь идет об эпилептических припадках, как о моносиндроме, то перед врачом предстает эпилептиформный синдром. Если же припадочные состояния, вызванные травмой, входят в ряд симптомов другой болезни, можно говорить о симптоматической эпилепсии.

В основе развития эпилепсии лежит взаимодействие двух основных факторов: эпилептического очага и судорожной готовности мозга.

Эпилептические припадки чаще всего бывают спровоцированы следующими причинами: психическими переживаниями, приемом алкоголя, мельканием яркого света, инфекциями, а также многими другими факторами. Нередко судороги возникают у детей, больных различными инфекциями, сопровождающимися повышением температуры тела. Они бывают единичными, и после снижения температуры тела нередко пропадают совсем.

В детском возрасте очень часто встречается так называемая височная эпилепсия. Существуют предположения, что она связана с особенностями процесса рождения ребенка: во время родов при продвижении головки плода по родовым путям матери смещаются медиобазальные отделы височной доли головного мозга в отверстие мозжечкового намета и здесь травмируются. Впоследствии в поврежденном участке мозга разрастается глиозная ткань, в которой происходит формирование эпилептического очага.

Все эпилептические припадки делят на две основные группы: генерализованные и очаговые.

Далее следует описать припадки и как они классифицируются. Классификация эпилептических припадков («Справочник невропатолога поликлиники», 1988):

Большие судорожные припадки. Этот вид припадков является наиболее часто встречающимся проявлением эпилепсии. Большие судорожные припадки в своем развитии проходят четыре фазы: предвестников, ауры, судорог и постприпадочного состояния.

Предвестниками судорожного припадка могут быть головные боли, которые либо появляющиеся, либо усиливающиеся, вспыльчивость, раздражительность или, напротив, безразличие к окружающему, ощущение общего недомогания, ухудшение работоспособности, нечеткость в мыслях и другие. Однако существуют случаи, когда припадкам не предшествуют предвестники.

Аура - кратковременное, исчисляемое секундами, ощущение или переживание при ясном сознании, которое больной помнит впоследствии. Аура наблюдается перед утратой сознания и судорогами. Своеобразие проявления ауры находится в зависимости от локализации эпилептогенного очага. Самые частые по встречаемости - сенситивные ауры.

Сенситивная аура проявляется ощущением боли, холода, онемения в какой-либо части тела у больных с эпилептогенными очагами в области постцентральных извилин и верхних теменных долек.

Сенсорные ауры возникают, у больных, эпилептогенный очаг в мозгу которых расположен в области центров обоняния, вкуса, слуха и зрения. Среди них различают обонятельные и вкусовые ауры, зрительные, слуховые и вестибулярные, а также моторные ауры. Обонятельные и вкусовые ауры (ощущение запаха или вкуса) - у больных с очагами в области гиппокампа, зрительные ауры - ощущение яркого света, образов, ведение предметов в увеличенном (макропсия) или уменьшенном (микропсия) виде - с очагами в затылочной доле мозга. Слуховые и вестибулярные ауры (ощущение звука или головокружение) - с очагами в височных долях мозга; моторная аура (какое-либо стереотипное движение) - у больных с очагами в двигательной зоне коры. Чаще всего при моторной ауре больной выкрикивает одни и те же слова, ходит по кругу, начинает бежать, совершает одни и те же стереотипные движения.

При психической ауре у больного возникает особое состояние сознания или он переживает что-то радостное, приятное или устрашающее. Один из примеров психологической ауры описывал Ф.М. Достоевский: «На несколько мгновений я испытываю такое счастье, которое невозможно в обыкновенном состоянии, и о котором не имеют понятия другие люди.. Я чувствую полную гармонию в себе и во всем мире и это чувство так сильно и сладко, что за несколько секунд такого блаженства можно отдать десять лет жизни, пожалуй, всю жизнь.»

Вегетативная аура вызывает у больного различные ощущения из внутренних органов (кишечника, желудка и др.): сердцебиения, позывы к мочеиспусканию и дефекации, ощущение голода и другие.

У больных с локализацией очага в лобной доле ауры не наблюдается.

Вслед за аурой идут тонические судороги больного. Нередко они начинаются внезапно, с громкого крика больного, теряющего сознание и падающего там, где его застает припадок.

Вначале лицо больного бледнеет, затем становится синюшным. Зрачки расширяются, на свет не реагируют. Челюсти сжаты. Дыхания нет. Этот приступ продолжается в течение нескольких секунд, самое большее - полминуты.

Вслед за тоническими судорогами наступают клонические. Дыхание больного восстанавливается, становится шумным и хриплым. Изо рта выделяется пенистая слюна, подчас окрашенная кровью в связи с прикусом языка. Исчезает цианоз лица (посинение). Начинается судорожное сокращение всех мышц тела, что вызывает толчкообразные движения туловища, головы и конечностей. Часто во время припадка случаются непроизвольные мочеиспускания. Клонические судороги длятся в течение 2-5 минут и затем постепенно прекращаются.

После клонических судорог наступает фаза сопора или сна. Затем больной приходит в сознание полностью, либо некоторое время его сознание остается спутанным: больной плохо ориентируется в окружающей его обстановке. Придя в себя, человек ничего не помнит о случившемся. Он чувствует общую слабость, разбитость, головную боль и боль в ушибленном или поврежденном во время припадка месте.

Малые припадки проявляются кратковременными (в несколько секунд) расстройством сознания. Больной внезапно замолкает, не отвечает на вопросы, задаваемые ему, глаза становятся неподвижными, кожа лица бледнеет. В этот момент останавливается течение его мыслей. У наблюдателя создается впечатление, что он задумался. С окончанием приступа, больной продолжает разговор или работу.

Абсансы - это кратковременные (длящиеся буквально в течение нескольких секунд) выключения сознания, сопровождающиеся застыванием в определенной позе. Кожа лица при этом краснеет или бледнеет.

Миоклонические припадки - это приступообразные подергивания мышц в области лица, конечностей или туловища.

При акинетических приступах происходит внезапное развитие гипотонии мышц (пониженного мышесного тонуса) и, как следствие, падение больного. Нарушения сознания при акинетических приступах чаще всего не встречается.

Гипертонические приступы характеризуются внезапным повышением тонуса мышц шеи, конечностей и туловища. Встречаются преимущественно у детей. У детей младше 3 лет они иногда могут заканчиваться движением вперед (пропульсивный припадок), движение назад встречается у детей, старше 5 лет (ретропульсивный припадок). У детей в возрасте 5-10 лет возможна пикнолепсия: кратковременная потеря сознания и сочетанные движения глазных яблок, головы и туловища. Иногда возникают вращательные пароксизмы - манежные движения и топтание на месте.

Очаговые (фокальные) припадки. Среди них выделяются двигательные и чувствительные.

Двигательные. Джексоновские припадки характеризуются приступами тонических и клонических судорог в какой-либо группе мышц (лица, руки, ноги). Такие судороги иногда могут распространяются на соседние группы мышц и трансформироваться в общий судорожный припадок с потерей сознания.

Кожевниковские припадки - постоянные клонические судороги в определенной группе мышц, которые временами сменяются общим судорожным припадком. Как правило, кожевниковские припадки наблюдаются у пациентов, переболевших клещевым энцефалитом. Наличие таких судорог является свидетельством изменений в двигательной зоне коры больших полушарий мозга.

Адверсивные припадки проявляются в приступообразном непроизвольном повороте головы и глаз в сторону, противоположную патологическому очагу в мозге. Они возникают при раздражении адверсивных полей коры больших полушарий мозга (в коре лобной или передневисочной области).

Оперкулярные припадки - приступы жевательных, глотательных или сосательных движений - отмечаются у больных с патологическим процессом в оперкулярной области (покрышка островка большого мозга).

Чувствительные припадки. Припадки при височной эпилепсии, выражающиеся обонятельными, вкусовыми, слуховыми или зрительными аурами, которые сопровождаются изменениями эмоционально-психической сферы: переживанием чего-то близкого, родного, уже виденного или пережитого, дереализацией, деперсонализацией, фобиями, тревожной мнительностью, головокружением, кратковременными расстройствами сознания и другими.

Психические эквиваленты эпилепсии отличаются от описанных выше приступов пароксизмальными изменениями психики без судорожных подергиваний. Иногда определяется сумеречное сознание, при котором больной автоматически совершает сложные двигательные акты и действия, не осмысливая их цели. Иногда он возбужден и агрессивен. Человек в таком состоянии может сесть в поезд и уехать далеко от дома, оказавшись в незнакомом ему месте.

Эпилептическим автоматизмам присущи внезапные расстройства сознания. Судорог не бывает. Больной теряет контакт с окружающим, не отвечает на вопросы, проделывает какие-то, подчас бессмысленные, действия (куда-то идет, снимает с себя одежду или др.). После того, как придет в себя, не может ничего вспомнить о случившемся.

Вегетативно-висцеральные припадки проявляются приступообразными болями в области сердца, изменениями артериального давления расстройствами функций желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, нарушениями сердечного ритма, полидипсией, полиурией и другими, которые типичны для патологических процессов в гипоталамической области.

Полиморфные припадки - припадки, сочетающие в себе несколько описанных выше признаков эпилепсии.

Эпилептический статус - состояние, характеризующееся серией припадков, следующих один за другим с интервалом в 10-30 мин. Он продолжается несколько часов, реже - дней. Такое состояние опасно для жизни больного из-за смещения и ущемления ствола мозга вследствие отека головного мозга или нарушения функций сердца и легких.

Для больных эпилепсией характерны изменения электрической активности мозга. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) регистрируются высоковольтные заостренные электрические потенциалы тета-, дельта- и альфа-диапазона, а подчас и более быстрые, 14-16 в 1 сек, пароксизмальные ритмы. Наиболее часто отмечается пароксизмальная активность в ритме 3-4 в I сек. Типичны спайки (пики) и острые волны, а также сочетание спайки с медленной волной («пик-волна»). Если этих изменений нет, то их можно спровоцировать, предложив больному глубоко дышать (чтобы вызвать гипервентиляцию легких) либо смотреть на вспышки яркого света (фотостимуляция).

У маленьких детей повышена судорожная готовность. Поэтому среди них больных эпилепсией больше, чем среди взрослых.

Чаще других у детей встречаются фебрильные припадки - приступы эпилепсии при повышенной температуре тела. У большинства детей они в дальнейшем не повторяются, но иногда бывают первым проявлением эпилепсии. Признак повышенной судорожной готовности - и ночные страхи, которые чаще всего свидетельствуют о невротическом состоянии ребенка.

У детей младше 1 года - 2 лет возможны салаамовы судороги - кивательные движения головы. При этом у них резко изменяется ЭЭГ (определяются одиночные и множественные спайки, острые волны, нерегулярные высоковольтные медленные колебания). По мере роста ребенка отмечается задержка развития его интеллекта.

У больных 2-8 лет бывают полиморфные припадки. Наиболее типичны миоклонические подергивания и пароксизмы мышечной атонии - преходящая потеря мышечного тонуса, вследствие которой ребенок падает. Порой возникают приступы тонических или клонических судорог (синдром Леннокса - Гасто).

Иногда эпилепсия у детей проявляется абдоминальными кризами - приступами болей в животе.

**1.2 Особенности личности больного эпилепсией**

Под влиянием болезни человек может достаточно сильно измениться и вести себя так, что это будет выглядеть странно и непонятно для окружающих. Б.В. Зейгарник описывает ряд исследований, направленных на выявление особенностей личности больных различными заболеваниями, в частности, больных эпилепсией.

В межприпадочном периоде большинство больных эпилепсией нередко ничем не отличаются от здоровых людей. Если же болезнь длится долго, часто изменяются характер и интеллект больного. Согласно исследованиям Н.К. Киященко больные эпилепсией склонны к излишней детализации, чрезмерной морализации, к гипертрофированным оценочным суждениям - "отец обязан поучать сына". У них обнаруживаются педантизм, злобность, слащавость, склонность к агрессии, отмечается перегруженность речи ненужными подробностями (эпилептический характер). У тяжелых больных снижается память, мышление замедляется, иногда развивается слабоумие.

Еще одно исследование было проведено А. Карстен (1927) и И.М. Соловьевым-Элпидинским (1933) с помощью методики "исследования психического пресыщения", в которой необходимо было в течение долгого времени выполнять одно монотонном задание. Результаты этого исследования показали, что страдающие эпилепсией, в отличие от здоровых людей, которые в скором времени уставали от монотонной работы и начинали ее варьировать, могут длительное время выдерживать подобное монотонное занятие, практически не варьируя его. Зейгарник пишет: «Мы имели возможность наблюдать больного, который выполнял монотонное задание, чертил черточки в течение 1 ч 20 мин, не обнаруживая тенденции к вариации.» (Зейгарник, 1986)

Спустя 20-30 минут испытуемым предлагалась новая инструкция: "Это монотонное задание вам было предложено для того, чтобы исследовать вашу выдержку. Продолжайте, если хотите, вашу работу". В этом случае, опять же, люди, больные эпилепсией, отличались в своей реакции. Если для здоровых эта инструкция меняла смысл всей работы, то у больных эпилепсией подобного переосмысления не наступало.

В.В. Костикова отметила, что у больных эпилепсией при адекватной оценке пароксизмальных состояний, нарушена критичность к состоянию психических функций.

Еще один факт изменения личности - это нарушение опосредования и саморегуляции у таких больных.

Б.В. Зейгарник пишет, что ребенка-эпилептика, которого постигли изменения личности, характеризует сочетание трех качеств: «брутальности, угодливости и педантичности». (Зейгарник, 1986) Она приводит возможную причину формирования подобного характера.

В начальной стадии болезни, как отмечает автор, названные выше качества появляются в связи с необходимостью компенсации первичных дефектов. Эксперименты показали, что только при помощи тщательного и последовательного выполнения всех элементов стоящего перед ним задания больной может правильно его выполнить.

Тщательное выполнение отдельных звеньев задания требует от больного эпилепсией в ходе болезни все большего внимания, пока, наконец, не становится главным в его работе.

Происходит перенесение мотива из широкой деятельности на исполнение вспомогательного действия.

Н.К. Калитой был проведен эксперимент, в котором больных эпилепсией просили найти отличия в двух картинках (методика на уровень притязаний). Больные вместо того, чтобы быстро выполнить задание, задерживались подолгу на каждой паре картинок, находя мельчайшие различия, на которые не обращали внимания здоровые испытуемые. Таким образом, уровень притязаний не формировался. Это связано не с отсутствием уровня притязаний у данных больных как такового, а с тем, что для них центром внимания становилось выполнение заданий, а не выявление уровня притязаний.

«Таким образом, при эпилепсии происходит компенсация первичных дефектов, приводящая нередко к нарушению опосредованности», - делает вывод Б.В. Зейгарник (1986).

Таким образом, вопреки представлениям, эпилепсия оказывается куда более сложным заболеванием, которое имеет множество форм и проявлений. В данном случае важнее всего различать, что же является причиной эпилепсии, и о чем идет речь - о эпилептической болезни ли, о эпилептиформном синдроме ли или о симптоматической эпилепсии. Это необходимо определить как врачам, так и психологу, который столкнулся с ребенком, больным эпилепсией, ведь крайне важно знать, в каких условиях развивался и ребенок и, как следствие, его психические функции. Развитие болезни в раннем возрасте ведет за собой изменения личности. Как было сказано выше, ребенок, страдающий эпилепсией являет собой смесь «брутальности, угодливости и педантичности». Все особенности такого ребенка необходимо учитывать при взаимодействии с ним, а уж тем более при его обучении. Несомненно, психологу, который будет работать с человеком, который с детства подвержен эпилептическим припадкам, необходимо иметь общие представления об эпилепсии.

**Глава 2. Особенности нейропсихологии детского возраста**

Все описанные в предыдущей главе изменения личности, как правило, свойственны больным, у которых дебют болезни начался в детском возрасте, так как его психические функции развивались в условиях болезни. К тому же, чем на более ранний возраст приходится дебют, тем более ярко проявляются изменения.

Микадзе Ю.В. приводит сгруппированные Л.О. Бадаляном причины, приводящие к патологическим состояниям. Это перинатальные поражения нервной системы (инфекции, повреждения вследствие акушерских манипуляций, средовые воздействия в виде экологических факторов), наследственные заболевания нервной системы, инфекционной заболевание нервной системы, черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга и эпилепсия. Разнообразие этих факторов можно в целом разделить на врожденные и средовые факторы органического и неорганического происхождения.

Психические функции детей и их отклонения следует рассматривать в связи с состоянием формирующихся речевой и перцептивной сфер ребенка. Это связано с тем, что эти сферы латерализуются по доминантности в левом и правом полушариях. К тому же, формирование перцептивной сферы связано с афферентной составляющей функциональных систем организма, а речь как высшая регуляция психической деятельности - с эфферентной. (Микадзе, 2008)

Э.Г. Симерницкая одна из первых в отечественной нейропсихологии провела обследование детей нейропсихологическими методами, которое было ориентировано на развитие этих двух сфер. В результате на материале 300 исследований была установлена функциональная неравнозначность различных мозговых структур для проявления различных психических функций.

**2.1 Особенности исследования речевых функций**

На силу и характер речевых расстройств в детском возрасте куда больше, чем во взрослом, действуют факторы длительности и характера поражения. Непосредственно после повреждения или при процессах, развивающихся очень быстро, речевые нарушения проявляются особенно отчетливо. При противоположном - медленно развивающемся - течении болезни обычно эти нарушения становятся практически незаметными. Это одна из основных причин существования устойчивого мнения о том, что речевые расстройства отсутствуют в детском возрасте.

Однако в медицинской литературе часто указывается, что речь может нарушаться при любом расположении патологического очага, если рассматриваются ранние поражения мозга. Например, у детей чаще, чем у взрослых, встречаются нарушения речи при нарушениях правого полушария.

В этом случае нарушение психических функций связано с проблемой межполушарной асимметрии. При развитии одно полушарие становится ведущим для некоторых функций. При сформированной доминантности, которая наблюдается у взрослых, при поражении правого или левого полушария появляются характерные симптомы, у детей же при поражении одного полушария симптомы другие. Это может быть связано с тем, что у детей существует особая функциональная система, которая проявляется в симптоматике нарушения речи и которая затем заменится на взрослую. Эти системы опираются на работу разных мозговых зон. Для детского возраста характерна система, связанная с правым полушарием, а для взрослого - преимущественно связанная с левым полушарием.

Второй вариант, что это связано с симптоматикой, которая отражает работу не до конца сформированных звеньев и связей между ними будущей стационарной системы. В таком случае специфика симптоматики связана со спецификой работы несформированного звена и его несформированных связей.

В результате нейроморфологических исследований было показано, что асимметричная представленность района р1апит 1етрот1е, находящегося за извилиной Гешля, который принимает участие в переработке речевой информации, ярко проявилась и у детей, а не только у взрослых. Дж. Вадой с сотрудниками была обнаружена асимметрия в этом районе у младенцев в 90 % случаев, между лобно-оперкулярными зонами - у 29-недельного плода.

Многие клинические данные указывают на то, что ранние нарушения работы левого и правого полушарий по разному проявляются в отношении речевой функции. Левосторонние нарушения чаще сопровождаются речевыми нарушениями, но понять это можно лишь учитывая специфику речи ребенка, а не с точки зрения взрослой патологии. Также было показано, что ранние левосторонние нарушения являются причиной задержки речевого развития.

Если речь ребенка уже начала нормально развиваться, то особенно ярко видна связь левого полушария с речью. Левое полушарие также доминирует у детей с 5-7-летнего возраста при решении вербальных задач (при воспроизведении моноурального предъявления с 6-7 лет, после дихотического - после 4 лет). Согласно данным многих авторов асимметрия проявляется отчетливо к 3 годам.

У детей около года также обнаружилось при восприятии речи функциональное предпочтение левого полушария. Эти данные соответствуют концепции запрограммированной латерализации (Kinsbourne М., 1975), согласно которой специализация левого полушария по речи проявляется уже при рождении, не подвергаясь последующим изменениям.

Речевые расстройства у детей нестойки и им свойственно быстрое обратное развитие. Восстановление носит спонтанный характер и может длиться от нескольких дней до двух лет. Симерницкая Э. Г. отмечала, что речь у большинства детей может восстановиться до такой степени, что они смогут учиться в обычной школе.

В случае, когда левое полушарие не способно взять на себя функцию речи, существуют факты, подтверждающие возможность перехода этой функции под контроль правого полушария. Например, при длительной активность очага эпилепсии при устойчивых формах эпилепсии может привести к перестройке функциональных связей между речевыми зонами у детей.

Скорее всего, за частичную сохранность речи у детей с левосторонними повреждениями отвечает пластичность мозга, которая имеет огромные возможности в раннем возрасте. Однако с возрастом она теряет свои возможности, и дети, которым удалили левое полушарие в более старшем возрасте, не теряя способности к устной речи, начинают допускать грамматические ошибки и хуже понимать речь (Блум Ф., 1988).

Из этого можно сделать вывод, что с передачей функции в другое полушарие формируется другая функциональная система, которая не соответствует той, которая предполагалась при нормальном развитии мозга. Эта система и по своим возможностям не обязательно будет адекватна исходной.

Время, в течение которого возможна передача функций из одного полушария в другое, очень невелико. По данным разных авторов, такое перемещение ограничивается возрастом от 5 до 10 лет.

Несмотря на отличия теорий, рассматривающих онтогенез доминантности полушарий по речи, большинство из них утверждают, что у детей правое полушарие более значимо в речевых процессах, чем у взрослых.

Чтобы выявить роль правого полушария в обеспечении речи у взрослых и детей, необходимо качественно проанализировать расстройства, которые сопровождают повреждение, иначе невозможно понять, в результате чего возникли нарушения. Нарушения ли это именно правого полушария, а не повреждения вторичных структур другого полушария, или это связано с аномалией доминантности полушарий. Э.Г. Симерницкая (1985) указывает на то, что в большинстве исследований отсутствуют указания на характер нарушений речевой функции при повреждении правого полушария и нет обоснований правомерности их соотнесения с афазиями у взрослых.

Результат овладения речью - формы поведения, опосредствованные речью, и выход на уровень организации высших психических функций. Именно этот произвольный и сознательный уровень организации речевых функций, а не факт осуществления речи, обеспечивается деятельностью ведущего по речи полушария. Если речь не организована в систему логических кодов, то она не настолько доступна для произвольной и сознательной регуляции. Поэтому такая речь контролируется не левым, а правым полушарием. Поскольку именно детской речи свойственны неосознанность и непроизвольность, то естественно предположить, что именно поэтому детская речь контролируется в основном правым полушарием. Произвольность и осознанность речи и являются основным критерием созревания речи. Осознанность представлений и элементах речи и речи в целом формируют в течение длительного времени. Согласно данным литературы, в течение дошкольного возраста они проходят очень сложный путь. А зачастую образуются только к школьному возрасту.

Таким образом, Ю.В. Микадзе делает вывод: «Изучение специфики, отличительных особенностей проявления речевых расстройств при органических повреждениях мозга в детском возрасте их различий у детей и взрослых является одной из важнейших задач современной клинической нейропсихологии детского возраста» (Микадзе, 2008).

**2.2 Особенности исследования перцептивных процессов**

Зарубежные исследования рассматривают межполушарную организацию перцептивных процессов с точки зрения двух различных концепций. Эти концепции называются концепция материальной специфичности (Милнер 1968) и концепции специфичности механизмов переработки информации каждым полушарием. Последняя теория выросла из исследований расщепленного мозга, начатых М. Газзанигой и Р. Сперри (Газзанига, 1970).

Первая концепция утверждает связь левого полушария с переработкой вербального материала, которая не зависит от модальности поступления этого материала. Правое же полушарие имеет ориентацию на стимульный материал перцептивной природы.

Вторая теория утверждает, что левое и правое полушарие по-разному перерабатывают перцептивную информацию, не ориентируясь на то, представлен вербальный или невербальный материал. Левое полушарие обеспечивает последовательные во времени синтезы, тогда как правое - симульные пространственные синтезы. И вербальная и невербальная информация может нуждаться в любом из этих двух способов обработки. Поэтому доминантность полушария для разных психических функций определяется тем, какой способ обработки требуется для поступившей информации.

Отечественная концепция доминантности полушарий при перцептивных процессах (А.Р. Лурия, 1979) исходит из предположения о том, что каждой полушарие вносит свой специфический вклад. Для каждой психической функции существует доминантная роль одного из полушарий, однако другое полушарие также влияет на ее осуществление. Поскольку нарушение перцептивных процессов проявляются при поражении не только правого полушария, но и левого, данные нейропсихологии максимально согласуются с отечественной концепцией.

Как и взрослых, у детей нарушения перцептивных процессов проявляются в большей степени при повреждении правого полушария. При этом разные части правого полушария играют разную роль при обеспечении процесса перцепции. В случаях поражения теменной доли в основном проявляются нарушения пространственного представления. При поражении височной доли же нарушается запоминание невербального материала.

При поражение мозга у детей достаточно сильно и выраженно нарушаются перцептивные процессы. Кроме того, чаще всего они превосходят отчетливость аналогичных повреждений у взрослых. Самое яркое доказательство тому при определении локализации звука, восприятии зашумленных фигур, при кроссмодальном переносе от слуха к зрению. В случае ранних повреждений в последствие наблюдаются трудности пространственной ориентации и ошибки при копировании.

Уже в дошкольном возрасте очевидна роль правого полушария в процессе восприятия. Такая специализация наблюдается и раньше, согласно ряду нейрофизиологических исследований нарушения речи, даже в младенчестве. Однако в силу возрастной специфики, клинических данных по этому поводу не имеется.

Таким образом, наблюдаются яркие отличия нейропсихологии детского от возраста от взрослой. Это проявляется в различном распределении функций в полушариях на разном этапе. В исследованиях Э.Г. Симерницкой было установлено, что нейропсихологическая симптоматика во взрослом и детском возрасте четко различается: прежде всего это относится к симптоматике поражения левого полушария мозга. В таких случаях у детей до 6-7 лет нарушения речевых процессов проявляются значительно менее отчетливо, чем у взрослых, причем наиболее уязвимыми в детском возрасте являются вербально-мнестические функции. Роль левого полушария в обеспечении речевых функций в онтогенезе возрастает. Разные синдромы возникают у детей и у взрослых также и при поражении правого полушария. У детей нарушения перцептивных (прежде всего, пространственных) функций в этих случаях выступают более отчетливо, чем у взрослых. Поражение гипоталамо-диэнцефальных структур у детей приводит к отчетливым нарушениям и вербально-мнестических, и перцептивных функций, что связано со спецификой межполушарного взаимодействия в детском возрасте (несформированность межполушарного взаимодействия).

**Глава 3. Когнитивные нарушения у детей, больных эпилепсией**

эпилепсия память нарушение ребенок

Особая ситуация развития психических функций у детей, страдающих эпилепсией определяет не только черты его характера, внешнее проявление его через поведение и т.д., но откладывает отпечаток и на особенности восприятия, мышления, памяти.

Исследование и описание нарушений познавательных функций у детей, больных эпилепсией, было проведено многими учеными, которые получили значимые результаты, свидетельствующие об отклонении от нормы когнитивных функций таких детей.

Ю.В. Микадзе выделяет следующие причины развития изменений психики при эпилепсии:

. Органическое поражение мозга, обуславливающие очаговые и системные, связанные с перестройкой работы мозга) дисфункции, ведущие к общим изменениям психики и личности;

. Ранний возраст манифестации заболевания, приводящий к измененному развитию несформировавшейся психики;

. Стрессовые факторы, сопровождающие наличие эпилептических припадков и ведущие к развитию депрессии, тревожности;

. Действие противосудорожной терапии на эмоциональную, интеллектуальную и когнитивную сферу ребенка.

В 65% случаев начала заболевания до 6 месяцев наблюдаются интеллектуальные нарушения, в 49% случаев с началом в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, в 34% случаев от 2 до 4 лет и в 12% случаев от 7 до 15 лет (Микадзе Ю.В., 2008, с. 144)

Надо заметить, что в некоторых случаях развивается эпилептическая деменция, в результате которой ребенок вовсе не поддается обучению. Дети же, больные эпилепсией, с сохранным интеллектом, могут обучаться по программе общеобразовательной школы. Однако следует учитывать возможность припадка, а также неуживчивый характер подобных больных. При явном снижении интеллекта и проявлениях ярко выраженных изменениях характера, следует обучать таких детей дома или в специальных школах.

Для эффективного обучения детей, страдающих эпилепсией, необходимо направить их чрезмерную аккуратность, педантизм, склонность к стереотипии и настойчивость в нужное русло. Занятия для таких детей должны быть не слишком разнообразными, не должны сильно и резко различаться по содержанию и оформлению. Преобладание наглядно-образного мышления у таких детей предполагает подачу материала в наглядной форме. «В центре внимания педагога-дефектолога должна находиться коррекция таких патологических черт, как злобность, агрессивность, жадность и т.д. Доброе, ласковое, внимательное отношение к этим детям является залогом успеха коррекционно-педагогических мероприятий» (Бадалян Л.О., 1987).

Отказ от выполнения работы, негативизм, упрямство и озлобленность не следует преодолевать путем приказаний ребенку. Лучше переключить к их на тот вид деятельности, с которым ребенок справляется успешно. Их следует привлекать к общественно-полезной работе, однако необходимо регулировать их стремление командовать другими.

**3.1 Патопсихологическое исследование нарушения познавательных функций у взрослых, больных эпилепсией**

Судя по данным второй главы, в связи с особенностями детского мозга невозможно автоматически переносить данные о нарушениях познавательных функций у взрослых, больных эпилепсией, на детей, страдающих этим заболеванием. Однако некоторые патопсихологические исследования, проводившиеся в школе Б.В. Зейгарник, дают представление о нарушениях, в целом свойственных страдающим этим заболеванием. К тому же, в рамках именно этой школы проводились исследования, направленные на нарушения мышления у таких больных. Поскольку отличия нейропсихологии детей и взрослых в основном связаны с восприятием и речью, на примере взрослых исследований можно рассматривать нарушения у детей.

**3.1.1 Нарушение мотивационного компонента восприятия**

Б.В Зейгарник описывая нарушения восприятия у больных эпилепсией, рассматривает нарушение мотивационного компонента их восприятия. Для описания этих нарушений был проведен эксперимент. Трем группам испытуемых, здоровым, больным эпилепсией и больным шизофренией, предлагался ряд карточек, некоторые из которых были сюжетные, а некоторые достаточно абстрактные. И давалось 3 вида инструкций: «А» - просто описать сюжет изображенного на карточке, «Б» - описать сюжет, учитывая, что проверяют их воображение, «В» - испытуемых просили описать картинку, но при этом предупреждали, что изучают их умственные способности. Больные эпилепсией реагировали на изменение инструкции отлично от здоровых людей, полностью меняя структуру своей деятельности при смене инструкции.

На основе результатов исследования поведения испытуемых при трех различных вариантах инструкции, Б.В. Зейгарник делает вывод о том, что вслед за изменением мотивации следует изменение структуры деятельности, вследствие чего, в свою очередь, изменяется содержание и место процесса восприятия. При введении мотивов, образующих смысл, появляется новая мотивационная структура, различная по своим проявлениям в норме и патологии. В данном случае больные эпилепсией демонстрировали крайне серьезное отношение к новой инструкции, что изменяло степень активности их восприятия.

**3.1.2 Нарушение опосредствованной памяти у больных эпилепсией**

В ходе исследования Л.В. Петренко, проведенного на больных эпилепсией, было выявлено нарушение опосредствованной памяти у таких больных. Исследование было приведено на 2 группах, в одну из которых входили больные эпилептической болезнью и больные симптоматической эпилепсией, а во вторую группу входили больные с локальными поражениями мозга. Использовалась методика непосредственного заучивания слов и методика опосредованного запоминания (А.Н. Леонтьев и А.Р. Лурия). В результате исследования было выявлено ухудшение эффективности опосредствованного запоминания по сравнению с непосредственным запоминанием у больных эпилепсией. В разных группах наблюдались разные степени нарушения. У больных симптоматической эпилепсией наблюдалась низкая эффективность при использовании опосредствующего материала, тогда как у больных эпилептической болезнью опосредствование вовсе мешало успешности запоминания.

Б.В. Зейгарник приводит пример подобного нарушения. «Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?" Этот больной затрудняется придумать рисунок для запоминания слова "разлука". "По-разному, можно разлучаться: можно с любимой; или сын уходит из дома, или просто друзья расстаются. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Он пытается нарисовать кровать, но тут же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит". Тогда больной решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает"». (Зейгарник Б.В,, 1986, с. 120)

Таким образом, опосредствование ухудшало процесс запоминания. В данном случае это было напрямую связано с особенностями личности и деятельности больного, с невозможностью отвлечься от деталей, свойственных конкретной ситуации и с невозможностью обобщенного понимания.

**3.1.3 Нарушение мотивационного компонента памяти**

У больных эпилепсией наблюдалось нарушение мнестической деятельности опосредованного и не опосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания и динамики мнестического процесса. Нарушения же мотивационного компонента памяти практически не было обнаружено, если учитывать результат эксперимента Зейгарник (отношение запоминания незаконченных действий к законченным при эпилепсии - 1,8 - было практически равно такому отношению в норме - 1,9). Однако такое значение коэффициента вызывается другими причинами, чем в норме. Испытуемые не могут перейти к новому заданию, пока не выполнили предыдущего. Их природа заставляет их думать о невыполненном задании, пока они не будут иметь возможность его завершить. Для того, чтобы даже по просьбе экспериментатора оторваться от прерванной работы, им требуется намного больше времени, чем в норме.

**3.1.4 Нарушение мышления**

Мышление, являясь обобщенным и опосредствованным отражением окружающего мира, практически проявляется в виде усвоения и дальнейшего использования знаний. При этом суть мышления не простое накопление фактов, а синтез, обобщение и отвлечение, которые предполагают применение новых интеллектуальных операций.

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся форм патологии когнитивных функций при психической болезни. Многим психическим расстройствам сопутствуют определенные нарушения мышления, на которые могут ориентироваться психиатры при постановке диагноза.

На данный момент в психологии существует огромное количество теорий, пытающихся объяснить человеческое мышление. Авторы множества теорий пытаются уподобит человеческое мышление компьютерному, чем умаляют сложность его природы, не рассматривая его как нечто необычное, возможное лишь в рамках человеческой деятельности, как оно рассматривалось в советской психологической школе (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, П.Я. Гальперин, С.Л. Рубинштейн).

Снижение уровня обобщения. Снижение уровня обобщения - это такое явление, при котором в суждениях больных преобладают непосредственные представления о предметах и явлениях. Больной вместо оперирования общими признаками, имеет тенденцию к установлению конкретных связей между предметами, т.е. он понимает все именно в том виде, в каком это сказано, не перенося конкретных случаев на более общие. При нарушении уровня обобщения наблюдается невозможность выделения главного признака объекта.

Такой вид мышления наиболее типичен для детей, больных эпилепсией. Их склонность к чрезмерной детализации и неумение отвлечься от конкретики проявляются в их мышлении.

Зейгарник, описывая ряд исследований нарушений мышления, описывает и нарушение уровня обобщения у больных эпилепсией. Такие нарушения встречались 86% обследуемых при исследовании с помощью методики классификации. Операция классификации, которая в своей основе содержит умение выделять основное свойство предмета и способность отвлекаться от других конкретных свойств предметов, оказывается крайне сложной для больного, и они прибегают в этом случае к конкретно-ситуационному обоснованию групп. Прежде всего, описано снижение способности классифицировать предметы по какому-либо признаку. При сильном нарушении задача классификации становится невозможной для больного ребенка. Для людей, больных эпилепсией, все предметы настолько разные, что они не могут быть объединены (например, больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: "Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?"). В лучших случаях больные создают множество мелких групп, в которые входят очень близко конкретно связанные предметы (тетрадка и ручка, стол и стул). Часто встречается объединение на фоне какого-либо выдуманного сюжета, когда больной начинает рассказывать что-то по поводу предметов, но не классифицирует их. Это называется конкретно-ситуационное решение. Примером может служить следующий случай: «одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую - тетрадь, перо, карандаш; третью-замок, ключ, шкаф; четвертую-галстук, перчатки, нитки и иголки и т.д. При этом испытуемый объясняет: "Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш..."» (Зейгарник Б.В., 1986, с. 132).

При использовании методики на исключение лишнего также в большом количестве случаев (78% случаев) наблюдалось конкретно-ситуационное решение задачи. «При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один - естественного (солнца), больные часто выделяют в качестве лишнего предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас она уже не нужна, "даже в самых глухих местностях проводится электричество". Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу» (Зейгарник Б.В., 1986, с. 134).

Таким образом, в результате проведения нескольких методик (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), было установлено снижение уровня обобщения у больных эпилепсией.

На больных эпилепсией также был проведен ассоциативный эксперимент. Необобщенный характер их мышления обнаруживался и при построении ассоциативных связей. В трети случаев ответная реакция отсутствовала. Больные не понимали требования отвечать любым словом. Для них оно носило слишком условный характер ("Стол есть стол, что же мне говорить?"). В другой трети случаев в ответах больных отражали функцию или признак предмета ("хлеб - есть"; "воздух - чистый"). В 11,4% случаев больные называли синоним предъявленного слова. Лишь 21% ответов можно было классифицировать как адекватные.

Инертность мышления. Для мышления больных эпилепсией характерна его инертность. В этом случае больные не могут переключаться с деятельности на деятельность, менять способы ее выполнения, изменять ход рассуждений.

Для таких больных свойственно нарушении работоспособности. Они иногда могут работать, однако во время работы часто случаются срывы. Происходит потеря прежней квалификации. К тому же, они способны выполнять только такой вид работы, который связан с приобретением и последующим использованием новых знаний. Качество продукции их умственной деятельности невысокое, а темп работы низкий.

В результате экспериментальных исследований была показана замедленность их интеллектуальных процессов. Если детям больным эпилепсией, а также взрослым, у которых дебют пришелся на детский возраст, даже удается классифицировать предметы по определенному признаку, то они начинают ошибаться, если им нужно изменить способ решения задачи. Изменение условий лишает их возможности осуществлять продуктивную мыслительную деятельность (Зейгарник Б.В., 1986).

Тугоподвижность мыслительного процесса больных приводила к тому, что они не могли выполнить элементарного задания, если оно требовало от них переключения. Это было выявлено при предъявлении всех методик (составление пиктограмм, метод запоминания по А.Н. Леонтьеву, исключение объектов, определении понятий и т.д.).

Зейгарник пишет, что именно эта особенность мышления приводила нарушению опосредствования. «Процесс сортировки, классификации, требующий оттормаживания одних элементов, сопоставления с другими, т.е. известной гибкости оперирования, переключения, для них затруднен» (Зейгарник Б.В., 1986, с. 169).

Больные могут указывать на принцип, по которому можно объединить 3 объекта (диван, стол и стул - все мебель), но не может отказаться от своего решения о том, что лампа настольная, поэтому должна стоять на столе, что мешает ему принять верное решение и выбрать лампу как лишний объект. Таким образом, конкретные связи, установленные благодаря прошлому опыту, определяют весь ход дальнейших суждений больного, инертно доминируя при мышлении.

Подобная инертность мышления заставляет больных не упускать ни единой детали, подробности, совершенно лишая их возможности обобщения. Отсюда и возникает специфическое эпилептическое резонерство. Оно проявляется в излишней детализации, обстоятельности («вязкость» мышления).

Примером может служить следующее описание шкафа больным эпилепсией: «Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу - платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней не помещается буфет или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа - большое пустое пространство, а налево - 4 полки; там и посуда и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб пахнет нафталином - это порошок от моли. Опять же бывают шкафы книжные, они не столь глубоки. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы встраиваются в стены, но все равно - это шкаф"» (Зейгарник Б.В., 1986, с. 169).

При проведении ассоциативного эксперимента с инструкцией отвечать словом, противоположным по значению, была выявлена тенденция давать «запаздывающие» ответы, при которых испытуемый отвечал после предъявления следующего слова на предыдущее. «Например, ответив на слово "пение" словом "молчание", больной на следующее слово "колесо" отвечает словом "тишина"» (Зейгарник Б.В., 1986, с. 170).

Подобные "запаздывающие" ответы представляют собой существенное отклонение от протекания ассоциативного процесса в норме. Это является свидетельством того, актуальный раздражитель имеет для подобных больных меньшее сигнальное значение, чем следовой. Слово-ответ на слово раздражитель в данном случае - не единственная возникающая ассоциация. Но, согласно инструкции, больной должен реагировать одним словом - первым, пришедшим на ум. При этом происходит затормаживание остальных пришедших на ум связей. В связи с инертностью мышления, подобные больные сохраняют в памяти прошлые ассоциации.

**3.2 Нейропсихологические исследования нарушения познавательных функций у детей, больных эпилепсией**

В рамках нейропсихологической школы было проведено множество исследований особенной познавательной деятельности детей, страдающих эпилепсией. Нейропсихологии выделили множество нарушений познавательных функций у таких детей. На первый план выходили нарушения памяти.

**3.2.1 Нарушения восприятия**

Важно при обучении таких детей знать особенности их восприятия. Согласно А.Н. Леонтьеву, восприятие формируется в связи с усложнением психики и необходимостью ориентации в окружающей субъекта среды. Вот почему этот компонент является столь важным. Прежде всего, восприятие субъекта может быть классифицировано в соответствии с модальностями - зрительное, слуховое, тактильное, вкусовое и обонятельное. С.Л. Рубинштейн утверждает, что восприятие человека всегда зависит от направленности его личности и является обобщенным. Таким образом, можно сказать, что восприятию свойственны такие качества, как обобщенность и мотивированность.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что восприятие может нарушаться по разным направлениям. Оно зависит от особенностей личности воспринимающего человека. Нарушения могут проявляться в затрудненности распознавания, искажениях содержаний восприятия, ложных узнаваниях, обманах чувств, а также искажении мотивационной стороны восприятия.

Нарушение зрительного и пространственного восприятия. В Московском НИИ психиатрии Росздрава Троицкой Л.А. был проведено исследование, выявившее особенности восприятия у детей, больных эпилепсией. Результаты исследования показали, что в случае расположения очага активности в теменно-затылочных отделах мозга, наблюдается зрительно-пространственное кодирование предъявляемого материала, распад внутренних пространственных схем и нарушение операций с логико-грамматическими структурами. Также наблюдается нарушение счетных операций, которые тесно связаны с пространственными представлениями.

При расположении очага эпилептиформной активности в теменных отделах мозга возникали трудности опознания цифр и букв, «написанных» на коже - «тактильная алексия».

У больных с очагом в височной и теменной областях наблюдались трудности при выполнении графических проб и оптико-пространственных операций. У них вызывало затруднение определение времени на циферблате часов, на котором не были указаны цифры, понимание карт, схем и чертежей. Также имелись проблемы в написании и распознавании букв (симптом зеркального копирования).

При расположении очага эпиактивности в затылочных отделах мозга при рассмотрении перечеркнутых и перевернутых фигур возникали трудности зрительного восприятия и отображения пространственных признаков предмета.

Еще один симптом нарушения зрительного восприятия у детей, больных эпилепсией, выявили при локализации очага в задних отделах мозга с левосторонней латерализацией. В данном случае дети при рисовании игнорировали часть пространства (чаще всего левую), особенно при поступлении большого объема зрительной информации (Троицкая Л.А., 2007).

Аскоченская Т.Ю. отмечает, что на ранних стадиях заболевания у детей отмечается нарушение пространственных представлений. Дефекты проявлялись во всех классах пространственных представлений: представлений о системе координат, топологических и проективных. При развитии заболевания ошибки в пространственных представлениях чаще всего страдали у детей с правосторонней эпилепсией и эпилепсией срединных структур мозга. Для начальных стадий левосторонней эпилепсии не были свойственны ошибки в перцептивно-пространственной сфере.

Однако длительное течение болезни приводило к сильным нарушениям в этой сфере во всех случаях. Даже при развитии левосторонней эпилепсии, для начальных стадий которой не было свойственны нарушения пространственных представлений, появлялись грубые ошибки.

Таким образом, наблюдается заметное отклонение восприятия детей, больных эпилепсией, от нормы. Они склонны не только делать ошибки при распознании стимулов внешнего мира (например, букв и цифр), что может затруднять им адаптацию в повседневной жизни. Кроме всего наблюдается зависимость типа нарушений от локализации эпилептического очага.

**3.2.2 Нарушение памяти**

Еще одна познавательная функция, нарушение которой наблюдается у больных разными формами эпилепсии это - память. Мнестические расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся синдромов. Они более детально изучены психологами, и, по сути, проблема расстройства мнестических функций стоит, и всегда стояла в центре патопсихологических и психиатрических исследований. По мнению Сеченова, память способствует человеку не только и не столько в воспроизведении запечатленного, сколько помогает в его дальнейшей деятельности: переработке того материала, который был воспринят субъектом, и в классификации и сортировке образов. При таком понимании памяти, становится очевидным, что она лежит в основе процесса психического и умственного развития, что и делает проблему памяти столь актуальной для исследователей.

Часто у детей, больных эпилепсией, встречается скотомизация памяти - выпадение из памяти всего, что связано с психотравмирующими ситуциями.

При припадках височной эпилепсии часто встречается такое нарушение памяти, как jamais prevu - знакомое, привычное для человека воспринимается как никогда ранее не виденное, не слышанное и не ощущавшееся. При этом пациенты еще обращают внимание на неожиданность всего происходящего.

Также, как и нарушение восприятия, нарушение памяти может проходить по разным направлениям. Согласно Б.В. Зейгарник, патология памяти может изучаться по следующим направлениям: 1. Изучение мнестической деятельности опосредованного и не опосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания; 2. Изучение вопроса о динамике мнестического процесса; 3. Изучение вопроса о мотивационном компоненте памяти.

Однако в случае амнезии картина является столь спутанной, что зачастую бывает сложно определить, какой именно компонент памяти был нарушен в данном конкретном случае.

На тесную связь нарушений памяти с нарушениями восприятия указывает Л.А. Троицкая: «нарушения памяти носили вторичный характер и были тесно связаны с первичными гностическими расстройствами» (Троицкая Л.А., 2007).

Нарушение непосредственной слухоречевой памяти в зависимости от локализации очага эпилепсии. Прежде всего была исследована слухоречевая память у детей, больных эпилепсией. Этот вид нарушения памяти наиболее часто встречается при эпилепсии. Нарушение слухоречевой памяти у детей с эпилепсией связаны с нарушением речи. У таких детей были выявлены 6 основных типов нарушения речи: задержка речевого развития, общее недоразвитие речи, нарушение фонетико-фонематического слуха, сенсомоторная афазия, дизартрия, связанная с миоклонией языка, а также нарушение слухоречевой памяти.

Расстройства слухоречевой памяти при эпилепсии проявляется на ранних стадиях заболевания. У детей, страдающих эпилепсией, были замечены следующие ухудшения вербально-мнестической функции: уменьшение объема памяти, тормозимость следов при гомогенной (вводится помеха для запоминания, которой, в данном случае, является само запоминание другого материала) и гетерогенной (помехой служит не мнестическая деятельность, а, например, чтение или счет в уме) интерференции, недостаточность слухоречевого гнозиса, дефекты контроля и регуляции, нарушение воспроизведения заданной последовательности стимулов и парафазии.

На ранних этапах заболевания при любой локализации очага эпилептической активности (в срединных структурах головного мозга, в левом полушарии, в правом полушарии) наблюдаются нарушения слухоречевой памяти.

Однако в каждом случае нарушения памяти были по-разному выражены. При поражении срединных структур головного мозга память страдала в наибольшей степени, встречались все виды нарушений. Такие дефекты вербально-мнестических функций как регуляция и контроль слухоречевой памяти, которые проявлялись в персеверациях и побочных ассоциациях, являлись специфичными для ранней стадии подобной локализации очага эпилептической активности.

При локализации очага в правом полушарии прежде всего наблюдались дефекты воспроизведения заданной последовательности стимулов. Также повышалась тормозимость следов в условиях гомогенной интерференции. Сужения объема памяти, тормозимости следов в условиях гетерогенной интерференции, наличия парафазий и дефектов регуляции и контроля практически не было выявлено у подобных больных.

Для больных с очагом в левом полушарии менее всего уязвимыми звеньями являлись воспроизведение заданной последовательности стимулов и дефекты регуляции и контроля. Для такой формы эпилепсии специфично было то, что структура нарушения слухоречевой памяти характеризовалась различной подверженностью нарушениям разных ее звеньев. У таких детей наблюдалось значимое сужение объема памяти, парафазии и повышенная тормозимость следов в условиях гомогенной и гетерогенной интерференции.

Во всех случаях было выявлено, что нарушается тормозимость следов в условиях гомогенной интерференции. Эта реакция является специфической для эпилептического процесса в целом, так как обнаруживается независимо от локализации эпилептического очага (Троицкая Л.А., 2007, Аскоченская Т.Ю., 1990).

При дальнейшем развитии эпилепсии наблюдается заметное ухудшение слухоречевой памяти. Однако в одном случае авторы утверждают, что заметное ухудшение наблюдается только для эпилепсии срединных структур мозга (Троицкая Л.А., 2007, с. 27), а в другом - что заметные ухудшения наблюдаются при развитии как эпилепсии с очагом в срединных структурах мозга, так и при левосторонней эпилепсии (Аскоченская, 1990, с. 9). В случае развития эпилепсии срединных структур наблюдается ухудшение памяти по всем шести параметрам: уменьшение объема памяти, тормозимость следов при гомогенной и гетерогенной интерференции, недостаточность слухоречевого гнозиса, дефекты контроля и регуляции, а также нарушение воспроизведения заданной последовательности стимулов и парафазии (Аскоченская, 1990, с. 10). Согласно Троицкой Л.А., наблюдения изменений в нарушении порядка воспроизведения последовательностей и парафазии были выражены незначительно.

В ходе развития левосторонней эпилепсии наблюдалось качественное изменение структуры самих мнестических функций. Тогда как для начальных этапов течения этой болезни были свойственны значимое сужение объема памяти, парафазии и повышенная тормозимость следов в условиях гомогенной и гетерогенной интерференции, то для дальнейшего течения этого вида заболевания характерно появление дефектов регуляции и контроля, которые развиваются на всем протяжении болезни (Аскоченская, 1990, с. 10).

При развитии правосторонней эпилепсии не наблюдается заметных ухудшений по каким-либо параметрам слухоречевой памяти по сравнению с начальными ее стадиями. Для данной формы эпилепсии специфичным является нарушение воспроизведения заданной последовательности стимулов и повышение тормозимости следов в условиях гомогенной интерференции, степень выраженности которых варьирует не сильно с развитием течения болезни.

Кроме того, было показано, что распознавание эмоционально-просодических характеристик речи методом сравнения и опознания базальных эмоций по голосу отчетливо нарушается при височной фокальной эпилепсии: при поражении передних и медиобазальных отделов височной доли (Троицкая Л.А., 2007).

Таким образом, при рассмотрении проблемы нарушения познавательных функций у детей, больных эпилепсией, обращает на себя внимание сила и разнообразие отклонений. Очень важно при работе с подобными детьми не только знать значение диагноза эпилепсия, но и знать, в каком полушарии располагается очаг эпилептической активности. От расположения очага могут сильно зависеть особенности нарушения познавательных функций.

Большинство познавательных функций, нарушение которых наблюдалось у детей, больных эпилепсией, связаны с особенностями их личности. Например, в особенностях мышления ярко прослеживаются черты чрезмерной педантичности, свойственной людям с эпилепсией. Такая яркая особенность, как эпилептическое резонерство связывается с компенсацией больными эпилепсией их болезни, которая отражает переоценку ими собственной личности. Отсюда и вырастает их любовь к чрезмерной морализации, поучающему тону, демонстрирующим их превосходство, и менторству.

У детей, больных эпилепсией наблюдается нарушение всех видов познавательных функций в достаточно сильной степени. Подобные особенности восприятия, памяти и мышления больных могут быть непонятны здоровым людям и восприниматься неадекватно, как личное оскорбление. В таком случае необходима отдельная работа с детьми, страдающими подобным заболеванием.

**Заключение**

В соответствии с поставленными целями, в первой главе было рассмотрено общее описание эпилептического синдрома и эпилепсии как болезни с разных точек зрения - медицинской и психологической. Это позволило расширить и углубить житейское представление об этой болезни, ограничивающееся только знанием о наличии судорожных припадков, т.е. позволило вывести понимание эпилепсии за рамки просто соматического заболевания. Во второй главе были рассмотрены принципиальные отличия нейропсихологии детского и взрослого возраста. В третьей главе с точек зрения нейропсихологии и патопсихологии были рассмотрены разные виды нарушений познавательных функций у детей, больных эпилепсией, что зачастую помогает различать местонахождение эпилептического очага, а также понимать мотивировку поступков больных эпилепсией. В результате работы над данным рефератом были сделаны следующие выводы:

. Эпилепсия - сложное и неоднозначное явление. Она может либо быть врожденной, либо приобретенной в результате травмы. Причем до сих пор неизвестны причины возникновения генуинной (собственно эпилептической болезни) эпилепсии. Однако эпилепсия заключается не только в припадках, но она меняет всю личность больного, наделяя его эпилептоидным характером.

. Эпилептическая болезнь Эпилепсия уже на ранних этапах вызывает нарушение познавательных функций у детей. Нарушаются восприятие, память и мышление. Развитие эпилепсии приводит к ухудшению познавательных функций.

Дальнейшее исследование по этой теме может вестись по следующим направлениям: более детальное изучение нарушений познавательных функций детей с диагнозом «эпилепсия» и поиск причин таких нарушений, поиск наиболее эффективных программ обучения детей с эпилепсией, которые позволят такому ребенку быть полноценным членом общества, дальнейшая разработка препаратов, предотвращающих как судороги у больного, так и развитие нежелательных отклонений в познавательной сфере.

**Библиография**

1. Аскоченская Т.Ю. Нарушение психических процессов в начальной стадии эпилепсии у детей: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.04. / Т.Ю. Аскоченская. - М., 1990. - 21 с.

. Бадалян О.Л. Возрастные особенности эпилепсии у детей и подростков: автореф. дис. … докт. мед. наук: 14.00.13 / О.Л. Бадалян - М., 2004. - 48 с.

. Бадалян Л.О. Невропатология: Учеб. для студентов. - 2-е изд., перераб. - М.: Просвещение, 1987. - 317 с.

. Дзюба С.В. Состояние когнитивных функций при эпилепсии у детей: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.09: 14.00.13 / С.В. Дзюба - М., 1998. - 25 с.

. Жмуров В.А. Общая психопатология. - Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986 - 280 с.

. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учебное пособие для студ.вузов. - 2-е изд., стеретип. - М.: МГУ, 1986. - 287с.

. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти (нарушение памяти при глубинных поражениях мозга). - М.: Педагогика, 1974. - 192 с..

. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 384 с.

. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. - СПб.: Питер, 2008. - 288 с.

. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. - СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. - 384 с.

. Справочник невропатолога поликлиники / Н.С. Мисюк [и др.]; под ред. Н.С. Мисюка. - Мн.: Беларусь, 1988. - 288 с.