

В. И. Сухоруков, д-р мед. наук, проф., зав. отд. нейропсихокибернетики ГУ «ИНПН АМН Украины», Н. Н. Привалова, ст. науч. сотрудн. отдела нейропсихокибернетики, И. А. Сербиненко, вед. науч. сотрудн. отдела нейропсихокибернетики
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
 (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Было показано, что для части больных энцефалопатиями с эмоциональными расстройствами характерны нарушения произвольной регуляции психической деятельности и поведения, обусловленные дисфункцией высших регуляторных систем мозга: расстройства анализа и синтеза значимой внутренней и внешней информации, снижение целенаправленности деятельности, нарушения критичности. Наличие этих нарушений может несколько нивелировать расстройства тревожно-депрессивного характера, но усиливает поведенческую дезадаптацию больных.

Ключевые слова: энцефалопатии, эмоциональные расстройства, произвольная регуляция психической деятельности и поведения

Предметом множества нейропсихологических исследований было изучение структуры и динамики синдромов нарушений высших психических функций (ВПФ), характерных для энцефалопатий разного генеза. Было показано, что у больных энцефалопатиями сосудистого и инфекционно-аллергического генеза на начальных стадиях формирования патологического процесса имеются значительные дефекты динамических параметров деятельности в сочетании с модально-неспецифическими расстройствами памяти и внимания, эмоциональными расстройствами при отсутствии, как правило, нарушений произвольной регуляции, тогда как у больных энцефалопатиями травматического генеза могут определяться также нарушения функций корковых регуляторных систем мозга [1—4 и др.]. Динамические нарушения ВПФ вследствие энцефалопатии обусловлены не только изменением интеграции неспецифических систем мозга разного уровня, но и изменением характера их взаимодействия с корковыми регуляторными системами, взаимодействия корковых систем, которые обеспечивают как баланс активирующих и тормозных процессов в коре головного мозга, так и произвольную регуляцию психической деятельности и поведения [5—7 и др.].

Эмоциональные расстройства у больных энцефалопатиями чаще всего возникают вследствие вовлечения в патологический процесс медиобазальных отделов височной коры как правого, так и левого полушария и проявляются в виде приступов тревоги, страха с вегетовисцеральными расстройствами, чаще — на фоне тревожной депрессии, растерянности, проявлений агрессии и враждебности [8 и др.]. Но неясным остается вопрос о роли в процессах синдромагенеза этих нарушений высших регуляторных систем мозга, которые в большой степени определяют качество процессов анализа и синтеза внутренней и внешней информации (в том числе и эмоционально окрашенной), принятие решений и поведения. Исходя из этого, целью нашей работы было изучить характер и динамику эмоциональных

расстройств у больных энцефалопатиями разного генеза в зависимости от особенностей синдрома нарушений ВПФ у этих больных.

Для реализации задач исследования был использован комплекс сенсibilизированных проб для изучения структуры нарушений ВПФ [9]. Для уточнения характера и степени тяжести эмоциональных расстройств были использованы опросник наличия психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и опросник Бека [10]. Для изучения поведенческих стереотипов был использован метод Розенцвейга. Математическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS.

Объектом исследования были 48 больных энцефалопатиями разного генеза, в синдромокомплексе которых наблюдались эмоциональные расстройства: больных с энцефалопатией гипертонического генеза — 10 человек, атеросклеротического генеза — 5, травматического генеза — 7, дисметаболического генеза — 2 человека, смешанного генеза — 24 человека. Возраст больных — от 25 до 68 лет. Клиническая картина заболевания включала разные симптомокомплексы: сенсомоторную недостаточность, вестибуло-атактические нарушения, разные варианты пароксизмов, в том числе эпилептические, экстрапирамидные дисфункции, проявления ликворно-венозной дисциркуляции. Клинический синдромокомплекс в каждом конкретном случае включал симптоматику выпадения (дефицита) тех или других церебральных функций, или симптоматику иритативного процесса, или, чаще всего, различные варианты сочетания этих проявлений. Анализ клинических и анамнестических данных показал, что эмоциональные расстройства у всех больных формировались в структуре патогенеза основного заболевания и соответствовали категории F 06. по МКБ-10. В зависимости от особенностей нейропсихологического синдрома (главным образом — характера нарушений произвольной регуляции психической деятельности) все больные были поделены на 2 группы; в 1-ю группу включены 19, во 2-ю — 29 человек.

Нейропсихологическое обследование больных показало снижение скорости выполнения даже простых интеллектуальных программ (табл. 1). Снижение произвольного внимания у больных обеих групп показывает большое количество допущенных ими ошибок (эти нарушения более значительны у больных 1 группы). Инструкция произвольного ускорения приводит к уменьшению времени выполнения работы, но качество ее при этом существенно не улучшается, а даже ухудшается у большого количества пациентов (особенно 1 группы), что является свидетельством недостаточности высших регуляторных систем мозга, активность которых может в значительной мере компенсировать астенические нарушения.

Таблиця 1
Результати виконання больними інтелектуальних програм в обычному режимі і з произвольним прискоренням

Показатели	1 група	2 група
Время выполнения задания в обычном режиме (секунд)	1348,31	1036,33
Время выполнения задания в ускоренном режиме (секунд)	975,42	668,83
Количество ошибок при выполнении задания в обычном режиме	56,46*	26,33*
Количество ошибок при выполнении задания в ускоренном режиме	58,08*	27,17*

Здесь и далее: * — межгрупповые значимые различия

У всех обследованных лиц определялись мнестические нарушения той или иной степени тяжести (табл. 2, 3). К ним относятся, прежде всего, снижение

прочности вербальных следов, повышенная их тормозимость в условиях интерференции, снижение объема слуховой памяти. Кроме того, для всех больных было характерно снижение уровня регуляции и контроля вербальной памяти, которое проявлялось прежде всего большим количеством нарушений избирательности воспроизведения (побочных ассоциаций, контаминаций), наличием повторных названий одних и тех же слов, «инертных» нарушений порядка при воспроизведении слухо-речевых стимулов. Все эти нарушения были менее выражены у больных 2 группы, у которых, кроме того, все названные выше расстройства могли быть компенсированы при условии использования активных стратегий запоминания слов или при запоминании организованного по смыслу материала, тогда как у больных 1 группы такая компенсация в полном объеме отсутствовала (см. табл. 3). Нарушения зрительной памяти у всех больных менее значительны, хотя несколько более выражены у больных 1 группы (см. табл. 2).

Таблиця 2

Характеристики памяти больних

Показатели	1 группа	2 группа
Снижение объема вербальной памяти (в баллах)	4,4*	2,7*
Тормозимость слуховых стимулов (в баллах)	3,26	2,22
Снижение прочности вербальной памяти (в баллах)	53,47*	35,39*
Количество нарушений заданного порядка при воспроизведении вербальных стимулов	1,84	2,11
Оценка уровня регуляции и контроля вербальной памяти (в баллах)	19,9*	10,6*
Количество побочных ассоциаций при воспроизведении вербальных стимулов	17,3*	8,28*
Количество повторных названий слов при воспроизведении слухо-речевых стимулов	1,58	2,24
Снижение объема зрительной памяти (в баллах)	2,22	1,44
Количество ошибочных воспроизведений конфигурации зрительных стимулов	2,63	1,44
Снижение прочности зрительных следов (в баллах)	1,61	1,27
Оценка уровня регуляции и контроля зрительной памяти (в баллах)	0,88	1,3

Таблиця 3
Показатели опосредованной памяти больних

Показатели	1 группа	2 группа
Количество правильно названных слов: при непосредственном воспроизведении при отсроченном воспроизведении	5* 4*	17* 7*

Кроме того, у большинства обследованных больных были выявлены нарушения активной ориентировочно-исследовательской деятельности (табл. 4). Так, при решении даже простой арифметической задачи вместо анализа ее условия больные 1 группы совершали импульсивные действия с числами или использовали

Таблиця 4
Характеристики интеллектуальных процессов больних

Показатели	1 группа	2 группа
Оценка решения арифметических задач (в баллах)	0*	1*
Количество правильных ответов при активном подборе аналогий	6*	17*
Время выполнения задания на серийный счет (секунд)	93*	59*
Количество ошибок при выполнении задания на серийный счет	2*	1*

инертные шаблоны действий. Большинство больных 2 группы или использовали адекватный способ решения задачи, или хотя бы могли подобрать правильный ответ, адекватный заданным условиям. Все дефекты произвольной регуляции интеллектуальной деятельности становились еще более выразительными при необходимости выполнения активного подбора аналогий: все обследованные больные делают ошибки, но если у больных 2 группы эти ошибки обусловлены нарушениями контроля за деятельностью (вследствие нестойкости внимания), то больные 1 группы совсем неспособны выполнить активный выбор в соответствии с заданной программой, актуализируя вместо этого инертный стереотип или совершая импульсивные действия; правильные ответы у них имеют случайный характер.

Больные 2 группы более дифференцированно и точно воспринимали значение эмоциональной информации. У больных 1 группы отсутствовало целостное представление о болезни, часть значимых симптомов игнорировалась, активные жалобы были обеднены из-за дефицита в сфере вербализации и категоризации симптомов. Адекватное отношение к ситуации обследования и заинтересованность его результатами отсутствовали, больные недостаточно критичны, поэтому причинами ошибок при выполнении заданий считали действие внешних факторов (в отличие от пациентов 2 группы).

Результаты исследования эмоциональных расстройств у больных приведены в таблицах 5 и 6. Анализ данных таблицы 5 показывает, что у больных 1 группы нормативные показатели превышены по шкалам соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, тревожности, фобической тревожности (что отражает наличие стойкой реакции страха), враждебности (наличие мыслей, чувств и действий, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости: агрессии, раздражительности, гнева) и по общему количеству симптомов, общему индексу тяжести и общему индексу наличного симптоматического дистресса. В то же время по шкалам, которые отражают наличие межличностной сензитивности, депрессии, паранойяльных симптомов, психотизма, значимое превышение нормативных показателей отсутствовало. У больных 2 группы, кроме превышения нормативов по показателям тех же шкал, что и у больных 1 группы, определены также высокие баллы по шкалам межличностной сензитивности (наличие чувств личностной неадекватности, неполноценности, самоосуждения, заметного дискомфорта в процессе межличностного общения), депрессии (наличие симптомов дисфории и аффекта, таких как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации и утрата жизненной энергии, чувство безнадежности и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии), психотизма. Однако межгрупповые значимые различия по всем шкалам этого теста отсутствуют.

Таблица 5

Характеристика психопатологической симптоматики больных по данным опросника SCL-90-R

Показатели	Норма	1 группа	2 группа
Соматизация	0,51	1,62	1,77
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,64	1,45	1,4
Межличностная сензитивность	0,67	0,95	1,35
Депрессивность	0,62	0,98	1,41
Тревожность	0,49	1,38	1,6
Враждебность	0,57	1,15	0,94
Фобическая тревожность	0,22	0,71	1,11
Паранойяльные симптомы	0,55	0,85	0,66
Психотизм	0,34	0,54	0,80
Общий индекс тяжести	0,51	1,09	1,08
Общее количество симптомов	33	58,27	63,1
Индекс наличного симптоматического дистресса	1,31	1,65	1,78

Таблица 6

Оценка уровня депрессивности больных (по данным опросника Бека)

Показатели	Норма	1 группа	2 группа
Показатели когнитивно-аффективной субшкалы	4,16	6,27	11,0
Показатели субшкалы соматизации	1,58	6,55*	11,0*
Индекс депрессивности по Беку	5,74	12,85*	23,0*

Оценка уровня депрессивности по данным опросника Бека показала, что у больных 1 группы показатели когнитивно-аффективной шкалы близки к норме, хотя

несколько превышает норматив показатель соматизации и общий уровень депрессии (см. табл. 6). В то же время у больных 2 группы общий показатель депрессии доходит до критического уровня из-за того, что у них, кроме превышения нормы по шкале соматизации, выявлены высокие баллы по когнитивно-аффективной шкале (эти показатели достоверно выше у больных 2 группы по сравнению с больными 1 группы).

Анализ стереотипов эмоционального реагирования по данным теста Розенцвейга показал, что у больных обеих групп наблюдается большее, чем в норме, количество реакций экстрапунитивного направления (эмоциональной фиксации на препятствии, внешней агрессии и реакций, связанных с активным привлечением других людей к решению возникших конфликтных ситуаций). При этом количество попыток самостоятельного решить проблему или позитивно переосмыслить фрустрирующую ситуацию незначительно (и только у больных 2 группы), а у больных 1 группы попытки разрешить проблему часто имели характер импульсивного действия. Низкая стрессоустойчивость пациентов обеих групп приводит к уменьшению в целом количества реакций, направленных на решение проблемы, и увеличению числа неадаптивных реакций фиксации на препятствии, самозащиты в условиях нарастания эмоционального напряжения. Таким образом, более зрелые формы поведения, которые свидетельствуют об адаптированности человека, наблюдались только у больных 2 группы. Реакции отреагирования эмоций не приводят к реальному разрешению сложной жизненной ситуации, хотя в некоторых случаях могут существенно снизить уровень тревожности личности. В то же время реакции эмоциональной фиксации на препятствии, избегания и реакции аутоагрессии не только не решают проблему, но и ухудшают эмоциональное состояние больного.

Таким образом, при нейропсихологическом обследовании у всех больных были выявлены астенические проявления (снижение темпа реализации всех ВПФ, нестойкость произвольного внимания), мнестические нарушения по типу снижения объема и повышения тормозимости следов слухо-речевой памяти в условиях интерференции, снижение уровня контроля слухоречевой памяти, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс всех уровней неспецифической системы мозга, включая медиобазальные отделы коры. Выявленные расстройства у больных 2 группы могли быть скомпенсированными в условиях усиления произвольной регуляции психической деятельности (за счет активации лобных систем), тогда как у пациентов 1 группы такая компенсация отсутствовала. Кроме того, у больных 1 группы выявлялись также расстройства произвольной регуляции активной ориентировочно-исследовательской деятельности, нарушения критичности. Эти данные свидетельствуют о наличии более выраженных нарушений функционирования лобных отделов коры головного мозга у больных 1 группы которое, в свою очередь, приводит к меньшей выраженности эмоциональных расстройств тревожно-депрессивного характера за счет более грубых нарушений процессов анализа значимой информации (в том числе своего эмоционального состояния и вызвавших его причин), нарушений процессов программирования и регулирования любой деятельности, в то время как поведенческие расстройства в виде импульсивных эмоциональных реакций становятся более значительными.

Список літератури

1. Волошин, П. В. и др. Нарушения некоторых психических функций у больных дисциркуляторной энцефалопатией, обусловленной гипертонической болезнью и атеросклерозом // *Врачебное дело*. — 1989, № 7. — С. 77—80.
2. Павлова, Ю. М. Нейропсихологическая диагностика ранней интеллектуальной недостаточности и деменции при дисциркуляторной энцефалопатии / Ю. М. Павлова // «Лурия и психология XXI века». 2-я Международная конференция, посвященная 100-летию со дня рождения А. Р. Лурия: Тезисы сообщений; под ред. Т. В. Ахутиной и др. — Москва, 24—27 сентября 2002 г. — М., 2002. — С. 106.
3. Шестопалова, Л. Ф. Нейропсихология доинсультных форм сосудистых заболеваний головного мозга / Л. Ф. Шестопалова. — Там же. — С. 159.
4. Привалова, Н. Н. Нейропсихологическая оценка динамических характеристик асимметрии процессов регуляции психической деятельности у лиц с минимальной мозговой дисфункцией / Н. Н. Привалова // *Психологический журнал*. — 2001. — Т. 22, № 6. — С. 92—98.
5. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. — М., 1988. — 89 с.
6. Лурия, А. Р. Функции лобных долей мозга / А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — 251 с.
7. Хомская, Е. Д. Мозг и эмоции / Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова. — М.: Изд-во МГУ, 1992. — 180 с.
8. Доброхотова, Т. А. Функциональная асимметрия человека / Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина. — М., 1981.
9. Привалова, Н. Н. Структура и динамика нейропсихологических синдромов у больных с сотрясением головного мозга / Н. Н. Привалова. В кн.: *Нейропсихология сегодня*; под ред. Е. Д. Хомской. — М., 1995. — С. 133—149.
10. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 268 с.

Надійшла до редакції 13.05.2010 р.

*V. I. Sukhorukov, N. M. Pryvalova, I. A. Serbinenko
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)*

Особливості порушень вищих психічних функцій у хворих на енцефалопатії з емоційними розладами

Було показано, що у частини хворих на енцефалопатії з емоційними розладами виявляються порушення довільної регуляції психічної діяльності та поведінки, що зумовлені дисфункцією вищих регуляторних систем мозку: розлади аналізу і синтезу значущої внутрішньої та зовнішньої інформації, зниження цілеспрямованості їх діяльності, порушення критичності. Наявність цих порушень може дещо нівелювати розлади тривожно-депресивного характеру, але посилює поведінкову дезадаптацію хворих.

Ключові слова: енцефалопатії, емоційні розлади, довільна регуляція психічної діяльності та поведінки.

*V. I. Sukhorukov, N. N. Pryvalova, I. A. Serbinenko
State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

Some features of the highest psychical functions impairments at the patients who suffer on encephalopathies with emotional disorders

It was shown that for group of patients who suffer on encephalopathies with emotional disorders the impairments of arbitrary regulation of psychical activity and behaviour conditioned by dysfunction of the highest regulative systems of brain were typical. They were follows: the disorders of analysis and synthesis of significant internal and external information, the deterioration of programming and managing of activity, the disorders of criticism. These impairments may cause decreasing of anxiety and depression but lead to increasing of behaviour disadaptation of patients.

Keywords: encephalopathies, emotional disorders, arbitrary regulation of psychical activity and behaviour.