

*В. І. Сухоруков, д-р мед. наук, проф., зав. відділом нейропсихокібернетики,
Н. М. Привалова, І. А. Сербіненко, пров. наук. співробітники відділу
нейропсихокібернетики
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Було показано, що значні емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів на тлі збереженості процесів емоційного оцінювання зовнішньої та внутрішньої інформації є найбільш виразними у хворих на енцефалопатії зі збереженими процесами довільної регуляції психічної діяльності. У хворих зі значним дефектом довільної регуляції психічної діяльності та поведінки, а також складних форм орієнтовно-дослідницької діяльності домінуючими в структурі синдрому є розлади емоційного реагування і процесу емоційного оцінювання зовнішньої та внутрішньої інформації, тоді як порушення фонових емоційних станів можуть бути менш виразні. Структура і динаміка емоційних порушень визначаються значною мірою ступенем і характером втягнення в патологічний процес чолових відділів кори головного мозку.

Ключові слова: енцефалопатії, емоційні розлади, довільна регуляція психічної діяльності

Розлади емоційних процесів, які зумовлюють зниження якості життя, порушення працездатності, зниження соціальної активності та адаптації у хворих з енцефалопатіями різного ґенезу, потребують чіткого виявлення і патогенетичної характеристики в структурі відповідних клінічних синдромів з метою ефективної цілеспрямованої терапевтичної корекції. Емоційні розлади у хворих з неврологічною патологією частіше за все виникають внаслідок уражень медіобазальних відділів скроневої та чолової кори як правої, так і лівої півкулі, включно з базальними ганґліями, розриву фронто-таламічних, фронто-стріарних, фронто-лімбічних зв'язків у вигляді нападів тривоги, страху з вегето-вісцеральними розладами, частіше — на тлі тривожної депресії, розгубленості, проявів агресії та ворожості [2, 11—17]. Ці емоційні розлади можуть включати порушення всіх типів емоційних проявів: емоційного фону (стану), емоційного реагування та емоційно-особистісних якостей, — та часто супроводжуються значними розладами психічної діяльності та поведінки. При цьому характер емоційних розладів, що виникають у випадках уражень чолових та скроневих відділів мозку, залежить від локалізації патологічного процесу в правій або лівій півкулі. Крім того, емоційні порушення виникають також у випадках уражень дiencephально-лімбічних відділів мозку (частіше у вигляді розладів фонових станів при більшій збереженості критичного ставлення до свого емоційного дефекту) [1—3, 9, 10].

У хворих на енцефалопатії специфіка емоційних розладів, як було показано у наших попередніх дослідженнях [4, 6, 7], визначається не тільки характером та локалізацією початкового патологічного процесу, а і динамікою подальшого його розвитку з залученням різних мозкових систем (особливо вищих регуляторних систем мозку), а також характером загального нейропсихологічного синдрому, в структурі якого формуються емоційні порушення. Було показано, що у групи хворих зі значними порушеннями довільної регуляції психічної діяльності та поведінки (тобто з залученням у патологічний процес чолових відділів кори головного мозку) емоційні розлади тривожно-депресивного характеру можуть деякою мірою нівелюватися, тоді як психічна та соціальна дезадаптація хворих посилюється за рахунок більш грубих порушень процесів аналізу значущої інформації (в тому числі свого емоційного стану та чинників, що його спричинили), порушень процесів

програмування та регулювання будь якої діяльності (наприклад, домінування імпульсивних реакцій замість орієнтації на досягнення значущих поведінкових цілей). Виходячи з цього, метою нашої роботи було докладне вивчення особливостей емоційних розладів в залежності від характеру нейропсихологічного синдрому, в структурі якого вони формуються, у хворих з різними формами енцефалопатій.

Об'єктом дослідження були 55 хворих на енцефалопатії різного ґенезу, 27 чоловіків та 28 жінок, у синдромокомплексі яких спостерігалися емоційні розлади. Вік хворих — від 25 до 68 років. Клінічна картина захворювання включала різні симптомокомплекси: сенсомоторну недостатність, вестибуло-атактичні порушення, різні варіанти пароксизмів (в тому числі епілептичних), екстрапірамідні дисфункції, прояви лікворно-венозної дисциркуляції. Клінічний синдромокомплекс в кожному конкретному випадку включав симптоматику випадіння (дефіциту) тих або інших церебральних функцій, або симптоматику ірраціонального процесу, або, частіше за все, різні варіанти поєднання цих проявів. Емоційні розлади в структурі синдромокомплексу за МКХ-10 відповідали категорії F. 06. Аналіз клінічних та анамнестичних даних показав, що емоційні розлади у всіх хворих формувалися в структурі патогенезу основного захворювання.

Для реалізації завдань дослідження був використаний комплекс сенсibilізованих проб для вивчення структури порушень вищих психічних функцій, який дозволяє діагностувати навіть доклінічні форми розладів мнестичних та емоційних процесів хворих [5]. Методичний комплекс, призначений для дослідження особливостей емоційної сфери, передбачав вивчення таких параметрів емоційного стану та емоційного реагування як самооцінка емоцій, що переживаються, та поточного стану, здатність до класифікації та ранжування стимулів, що виражають базальні емоції, різні за знаком та інтенсивністю [10]. Крім того, для уточнення характеру та ступеня важкості емоційних розладів був використаний опитувальник наявності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), спеціально вивчався рівень депресії за допомогою опитувальника Бека [8].

В залежності від особливостей нейропсихологічного синдрому (головним чином — характеру порушень довільної регуляції психічної діяльності) всі хворі були поділені на 3 групи; до 1 групи досліджених належали 19 осіб, до 2 — 17 осіб, до 3 — 19 пацієнтів.

Під час нейропсихологічного обстеження у всіх хворих були виявлені астеничні прояви (зниження темпу реалізації всіх вищих психічних функцій, нестійкість уваги, мнестичні порушення по типу зниження обсягу та підвищення гальмуєності слідів слухо-мовної пам'яті в умовах інтерференції, зниження рівня контролю слухо-мовної пам'яті, яке проявлялося порушеннями вибірності відтворення, наявністю повторних називань одних і тих самих слів, «інертних» порушень порядку стимулів. При цьому виявлені розлади вищих психічних функцій у хворих 2 групи можуть бути компенсованими в умовах посилення довільної регуляції психічної діяльності: довільного прискорення роботи, використання активних стратегій запам'ятовування слів, у пацієнтів 3 групи така компенсація у повному обсязі відсутня, а для хворих 1 групи у більшості випадків неможлива. Крім того, у хворих 1 групи значні порушення довільної регуляції психічних процесів проявлялися також розладами активної орієнтовно-дослідницької діяльності, що призводило до порушення вирішення задач, активного підбору аналогій. Пацієнти 3 групи можуть вирішувати арифметичні задачі, але в умовах хоча б мінімальної допомоги, можуть виконувати активний підбір аналогій, але внаслідок нестійкості регуляції роблять імпульсивні помилки; опосередкування при запам'ятовуванні у них не підвищує істотно ефективність мнестичної діяльності. Таким чином, у хворих 2 групи порушення регуляції діяльності були визначені тільки в ланці контролю за її виконанням, у хворих 1 групи виявлялися значні порушення програмування та регулювання у вигляді проявів імпульсивності або інертності, у хворих 3 групи визначалися порушення програмування та регулювання діяльності, які могли бути скомпенсовані при використанні допоміжних засобів організації діяльності. Результати дослідження можуть свідчити про наявність у хворих 1 групи значних порушень функцій чоло-скроневих відділів кори головного мозку, тоді як у хворих 2 і 3 груп домінують порушення функцій дієнцефально-стовбурових, медіобазальних скроневих відділів мозку, у пацієнтів 3 групи — з «вторинною» зацікавленістю чоло-базальних відділів, збереженість функцій яких залежить від ступеня патологічного впливу на їх функціональний стан інших систем.

Аналіз емоційних розладів у досліджених хворих показав, що у пацієнтів 1 групи відсутня цілісна уява про хворобу, частина значущих симптомів ігнорується, активні скарги обмежені із-за дефіциту у сфері вербалізації і категоризації симптомів, що свідчить про порушення внутрішньої картини хвороби, які могли досягати ступеня анозогнозії. Адекватне ставлення до ситуації дослідження та зацікавленість його результатами також відсутні, хворі є недостатньо критичними, тому помилки під час виконання завдань їх не хвилюють, оскільки причинами цих помилок вони вважають дію зовнішніх чинників (на відміну від пацієнтів 2 і 3 групи).

Результати дослідження емоційних станів хворих наведені у таблицях 1 і 2. Аналіз даних таблиці 1 показує, що у хворих 1 групи нормативні показники перевищені за шкалами соматизації (що відображає дистрес, спричинений тілесною дисфункцією), obsесивно-компульсивних розладів (що в цьому разі відображає компенсаторну реакцію на наявні порушення уваги, пам'яті, труднощі прийняття рішень у вигляді посиленого, розгорнутого контролю за своїми діями та

рішеннями) та за загальним індексом важкості та кількістю симптомів, визнаних значущими. В той же час за шкалами, що відображають наявність міжособистісної сензитивності, тривожності, фобічної тривожності, депресії, ворожості, значуще перевищення нормативних показників відсутнє. У хворих 2 групи, крім перевищення нормативів за тими ж показниками, що і в 1-й групі, визначені також високі бали за шкалами тривожності, фобічної тривожності (що відображає наявність стійкої реакції страху), депресії (наявність симптомів дисфорії та афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, недостатку мотивації і втрати життєвої енергії, почуття безнадійності та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії), психотизму (тяжіння до ізолюваного стилю життя, що на нашу думку, в даному разі можна розцінювати як ознаки компенсаторної поведінки, оскільки надмірні прояви негативних емоцій руйнують міжособистісні стосунки), і за загальним індексом наявного симптоматичного дистресу. У хворих 3 групи відзначається перевищення нормативних показників за шкалами соматизації, obsесивно-компульсивних проявів, тривожності, фобічної тривожності, за загальним індексом важкості та кількістю симптомів, визнаних значущими.

Таким чином, можна зробити висновок про якісні та кількісні відмінності розладів емоційних станів у хворих досліджених груп, серед яких в першу чергу звертає на себе увагу значимо вищий рівень депресії у пацієнтів 2 групи у порівнянні з іншими, підвищений рівень тривожності і фобічної тривожності у пацієнтів 2 і 3 групи (на відміну від 1-ї), а також ознаки поведінки, спрямованої на компенсацію негативних емоційних проявів у міжособистісних стосунках (тяжіння до ізолюваного стилю життя) у пацієнтів 2 групи.

Таблиця 1

Характеристика психопатологічної симптоматики хворих за даними опитувальника SCL-90-R

Показники	Нормативні дані	1 група	2 група	3 група
Соматизація	0,51	1,54	1,26	1,35
Obsесивно-компульсивні розлади	0,64	1,33	1,34	1,27
Міжособистісна сенситивність	0,67	0,86	1,18	0,83
Депресивність	0,62	0,76	1,28	1,10
Тривожність	0,49	1,09	1,47	1,17
Ворожість	0,57	1,04	0,73	0,92
Фобічна тривожність	0,22	0,58	0,78	0,88
Паранойяльні симптоми	0,55	0,83	0,65	0,62
Психотизм	0,34	0,46	0,77	0,40
Загальний індекс важкості	0,51	0,98	1,10	0,98
Загальна кількість симптомів	33	54,38	55,10	54,18
Індекс наявного симптоматичного дистресу	1,31	1,58	1,76	1,56

Оцінка рівня депресивності хворих за даними опитувальника Бека показала, що у хворих 1 групи показники когнітивно-афективної шкали близькі до норми, хоча дещо перевищує норматив показник соматизації та загальний рівень депресії (табл. 2). В той же час у хворих 2 групи загальний показник депресії досягає критичного рівня через те, що в них, крім перевищення норми за шкалою соматизації, виявлені високі бали за когнітивно-афективною шкалою (ці показники достовірно вищі у хворих 2 групи, у порівнянні з хворими 1 групи). У хворих 3 групи показник когнітивно-афективної шкали хоча і вище, ніж у пацієнтів 1 групи, але істотні розбіжності з нормативними значеннями відсутні (на відміну від пацієнтів 2 групи). В той же час показник соматизації у цих хворих істотно перевищує нормативний, як і загальний показник депресії (хоча цей останній дещо нижчий, ніж у пацієнтів 2 групи).

Таблиця 2

Оцінка рівня депресивності хворих (за даними опитувальника Бека)

Показники	Нормативні дані	1 група	2 група	3 група
Показники когнітивно-афективної субшкали	4,16	5,63	8,90	7,55
Показники субшкали соматизації	1,58	6,38	8,40	7,64
Індекс депресивності за Беком	5,74	12,00	17,30	15,18

Результати дослідження особливостей цих емоційних розладів свідчать про найбільшу виразність проявів тривоги, депресії (з акцентом на її когнітивно-афективні компоненти) у хворих 2 групи, дещо менше — у хворих 3 групи, тоді як у хворих 2 групи домінують соматичні прояви депресії. В той же час у хворих 2 групи найбільш виразними є компенсаторні реакції: посилення контролю за діяльністю, власними проявами у міжособистісних стосунках, прийняттям рішень, поведінкою.

Когнітивна самооцінка власного стану у хворих 2 та 3 групи близька до норми та в цілому об'єктивна. У пацієнтів 1 групи нижче норми оцінки самопочуття та активності (працездатності), тоді як самооцінка настрою наближається до вищої межі норми. Такий дисонанс свідчить про нездатність до адекватної емоційної реакції на наявні проблеми та симптоми. Афективна самооцінка власного стану хворих — у межах норми, хоча у деяких пацієнтів 1 групи тяжіє до крайніх позитивних або негативних значень.

Здатність адекватної кваліфікації емоційних стимулів за знаком та інтенсивністю також була більшою у хворих 2 і 3 групи: вони створювали значуще більшу кількість груп при класифікації емоційно забарвлених стимулів за рахунок більш диференційованого сприймання емоційної інформації. При класифікації та ранжуванні позитивно і негативно забарвлених стимулів, особливо середньої інтенсивності, хворі 1 групи роблять значно більше помилок, ніж всі решта (значущі відмінності — з пацієнтами 2 групи), причому неправильно оцінюють не тільки інтенсивність (головним чином негативних емоцій), а і знак емоції, що свідчить про зниження чутливості до емоційної інформації у цих хворих (табл. 3).

Таблиця 3

Кількість помилок при ідентифікації емоційно-виразних стимулів

Показники	1 група	2 група	3 група
Кількість помилок при класифікації позитивно забарвлених стимулів	1,06	0,40	0,89
Кількість помилок при класифікації нейтральних стимулів	1,59	0,47	1,06
Кількість помилок при класифікації негативно забарвлених стимулів	2,43	1,65	2,14
Кількість помилок при ранжуванні позитивно забарвлених стимулів	0,53	0,80	0,67
Кількість помилок при ранжуванні негативно забарвлених стимулів	1,45	1,20	1,00
Кількість помилок при ранжуванні нейтральних стимулів	0,76	0,73	0,67

Крім того, у хворих 2 групи, у яких відсутні порушення функцій вищих регуляторних систем мозку, практично відсутні значущі кореляції показників, що відображають характеристики різних емоційних проявів: фонових станів, емоційних оцінок, впливу емоційного фактора на когнітивні процеси, — тоді як у хворих 1 та 3 груп сумарна кількість цих кореляцій найбільша (табл. 4). Це може свідчити про те, що у хворих 1 та 3 групи емоційні фонові стани суттєво впливають на перебіг когнітивних процесів, на процеси сприймання емоційно забарвленої інформації, на процеси емоційної оцінки як явищ оточуючої дійсності, так і власних проявів.

Грунтуючись на аналізі результатів дослідження особливостей розладів емоційних процесів у хворих з енцефалопатією різного ґенезу, можна зробити такі висновки.

Таблиця 4
Кількість значущих кореляцій показників, що відображають характеристики різних емоційних проявів

	1 група	2 група	3 група
Кількість значущих кореляційних зв'язків	67	34	60

Емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів є найбільш виразними у хворих з енцефалопатіями зі збереженими процесами довільної регуляції психічної діяльності. При цьому ці хворі адекватно сприймають емоційну інформацію, критично ставляться до своїх емоційних розладів, що є чинником формування компенсаторної поведінки.

У хворих з виразним дефектом довільної регуляції психічної діяльності та поведінки та складних форм орієнтовно-дослідницької діяльності спостерігаються розлади емоційних станів, емоційного реагування та емоційно-чутливої оцінки себе, тобто всіх типів емоційних проявів. При цьому порушення емоційних станів є менш виразними, а домінуючими у структурі синдрому емоційних порушень є розлади емоційного реагування та процесу емоційного оцінювання зовнішньої та внутрішньої інформації.

Структура і динаміка емоційних порушень визначаються великою мірою ступенем та характером участі у патологічному процесі чолових відділів кори головного мозку.

Хворі на енцефалопатію з різною структурою емоційних розладів потребують індивідуальних, принципово різних підходів до їх клінічної корекції (з урахуванням ролі чолових відділів мозку як у формуванні цих порушень, так і в забезпеченні процесів їх компенсації).

Список літератури

1. Белый, Б. И. Психические нарушения при поражении лобных долей мозга / Б. И. Белый. — М., 1987.
2. Доброхотова, Т. А. Функциональная асимметрия человека / Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина. — М., 1981.
3. Лурия, А. Р. Функции лобных долей мозга / А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — 251 с.
4. Привалова, Н. Н. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций у больных неврозами и с неврозоподобными состояниями на фоне органических заболеваний ЦНС различной этиологии / Н. Н. Привалова // Укр. вісник психоневрології / под ред. П. В. Волошина. — Т. 3, вип. 1. — Харьков, 1995. — С. 283—286.
5. Привалова, Н. Н. Нейропсихологический анализ нарушений эмоционально-личностной сферы у больных с легкой черепно-мозговой травмой / Н. Н. Привалова, Е. Д. Хомская // Нейропсихология сегодня ; под ред. Е. Д. Хомской. — М., 1995. — С. 90—112.

В. И. Сухоруков, Н. Н. Привалова, И. А. Сербиненко
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины» (г. Харьков)

Особенности эмоциональных расстройств у больных энцефалопатиями разного генеза

Было показано, что значительные эмоциональные нарушения в виде расстройств фоновых состояний при сохранности процессов эмоционального оценивания внешней и внутренней информации являются наиболее выраженными у больных энцефалопатией с сохранными процессами произвольной регуляции психической деятельности. У больных с выраженным дефектом произвольной регуляции психической деятельности и поведения, а также сложных форм ориентировочно-исследовательской деятельности доминирующими в структуре синдрома являются расстройства эмоционального реагирования и процесса эмоционального оценивания внешней и внутренней информации, тогда как нарушения фоновых эмоциональных состояний могут быть менее выражены. Структура и динамика эмоциональных нарушений определяются в значительной мере степенью и характером вовлечения в патологический процесс лобных отделов коры головного мозга.

Ключевые слова: энцефалопатии, эмоциональные расстройства, произвольная регуляция психической деятельности.

6. Привалова, Н. М. Особенности неврозоподобной симптоматики у хворих на енцефалопатії / Н. Н. Привалова, І. А. Сербиненко // Тези V національного конгресу патофізіологів України «Сучасні проблеми патофізіології: від молекулярно-генетичних до інтегративних аспектів» // Журнал «Патологія». — 2008. — Т. 5, № 3. — С. 130.

7. Сухоруков, В. И. Особенности нарушенных высших психических функций у больных энцефалопатиями с эмоциональными расстройствами / Сухоруков В. И., Привалова Н. Н., Сербиненко И. А. // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2 (63). — С. 44—47.

8. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 268 с.

9. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 288 с.

10. Хомская, Е. Д. Мозг и эмоции / Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова. — М.: Изд-во МГУ, 1992. — 180 с.

11. Bogousslavsky, J. William Feinberg lecture 2002: emotions, mood, and behavior after stroke / J. Bogousslavsky // Stroke. — 2003; 34: 4: 1046—1050.

12. Mood disorder following cerebrovascular accident [Eastwood M. R., Rifat S. L., Nobbs H. et al.] // Br. J. Psychiat. — 1989; 154: 195—200.

13. The Sunnybrook Stroke Study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome / [Herrmann N., Black S. E., Lawrence J. et al.] // Stroke. — 1998; 29: 618—624.

14. The relationship between risk factor of affective disorder and poststroke depression in hospitalized stroke patients / [Morris P. L. P., Robinson R. G., Raphael B. et al.] // Aust N Ze J. Psychiat. — 1992; 26: 911—924.

15. Narushima, K. A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis / Narushima K., Kosier J. T., Robinson R. G. // J. Neuropsychiat. Clin. NeuroSci. — 2003; 15: 4: 422—430.

16. Post, F. The significance of affective symptoms in old age / F. Post. — London: Oxford university press, 1962.

17. Robinson, R. G. Emotional and psychiatric disorders associated with brain damage, in Advances in Biological Psychiatry / R. G. Robinson. — Ct, JAI Press Inc. 1996; 27—62.

Надійшла до редакції 07.06.2011 р.

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 affective disorders at the patients who suffer on encephalopathies

It was shown that significant disorders of the basic affective states in combination with preserved processes of emotional estimating of internal and external information were typical for patients who suffer on encephalopathies if the arbitrary regulation of psychical activity was intact in them. The disturbances of emotional reacting and processes of emotional estimating were dominating in the structure of syndrome side by side with lesser significant impairments of basic affective states in the patients of this clinical group if defect of the arbitrary regulation of psychical activity was expressed in them. The structure and dynamics of emotional impairments was associated with degree and features of dysfunction of the frontal lobes.

Key words: encephalopathies, emotional disorders, arbitrary regulation of psychical activity.