

Привалова Н. М., Бовт Ю. В., Сухоруков В. В., Забродіна Л. П.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Особливості емоційних розладів при хронічній інсомнії у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією та у хворих на розсіяний склероз

Порушення емоційних процесів зумовлюють зниження якості життя, порушення працездатності, зниження соціальної активності та адаптації хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) та хворих на розсіяний склероз (РС), що потребує чіткого виявлення та патогенетичної характеристики емоційних розладів в структурі відповідних клінічних синдромів з метою ефективної цілеспрямованої терапевтичної корекції. Ці порушення є гетерогенними як в клінічному, так і в патогенетичному значенні, оскільки визначаються не тільки характером та локалізацією початкового патологічного процесу, а і динамікою подальшого його розвитку, з залученням різних мозкових систем (зокрема вищих регуляторних систем мозку), тобто зумовлені структурою загального нейропсихологічного синдрому, в межах якого формуються емоційні порушення.

Мета дослідження: визначити особливості емоційних розладів при хронічній інсомнії у хворих з ДЕ та у хворих на РС. Обстежено 25 хворих з ремітивним перебігом РС (РРС), 23 хворих з прогресивним перебігом РС (ПРС) та 26 хворих з ДЕ. Всі обстежені хворі мали симптоми первинної хронічної інсомнії. Дослідження емоційних розладів у пацієнтів включало насамперед диференційовану оцінку неврозоподібної симптоматики за допомогою опитувальників SCL-90-R та Бека.

Аналіз результатів за даними SCL-90-R довів, що у хворих з ДЕ та у хворих з ПРС нормативні показники перевищені за шкалою соматизації, що відображає дистрес, спричинений великою кількістю соматичних симптомів (норма $0,51 \pm 0,51$; ДЕ $1,43 \pm 0,68$; РРС $0,80 \pm 0,73$; ПРС $1,45 \pm 0,80$), за шкалою обсесивно-компульсивних розладів, що в цьому випадку відображає потребу уповільнення роботи для запобігання помилок, труднощі зосередження, потребу все перевіряти, наявність мнестичних розладів (норма $0,64 \pm 0,49$; ДЕ $1,10 \pm 0,72$; РРС $0,68 \pm 0,53$; ПРС $1,57 \pm 0,83$), тривожності (норма $0,49 \pm 0,49$; ДЕ $0,98 \pm 0,76$; РРС $0,42 \pm 0,31$; ПРС $0,99 \pm 0,78$), фобічної тривожності (норма $0,22 \pm 0,36$; ДЕ $0,60 \pm 0,53$; РРС $0,22 \pm 0,21$; ПРС $0,77 \pm 0,64$) та за загальним індексом важкості (норма $0,51 \pm 0,39$; ДЕ $0,91 \pm 0,61$; РРС $0,45 \pm 0,29$; ПРС $0,97 \pm 0,56$). Крім того, у хворих з ПРС були вище за норму показники за шкалою депресії, а саме наявність симптомів дисфорії та афекту, як-от ознаки відсутності інтересу до життя, браку мотивації та втрати життєвої енергії, почуття безнадій-

ності та інші когнітивні та соматичні кореляти депресії (норма $0,62 \pm 0,52$; ДЕ $0,93 \pm 0,63$; РРС $0,52 \pm 0,58$; ПРС $1,25 \pm 0,75$) та загальним індексом наявного симптоматичного дистресу (норма $1,31 \pm 0,32$; ДЕ $1,58 \pm 0,39$; РРС $1,20 \pm 0,28$; ПРС $1,69 \pm 0,49$).

Оцінка рівня депресивності хворих за даними опитувальника Бека показала, що у хворих з ДЕ та ПРС показники шкали соматизації були вищі за норму (норма $1,58 \pm 1,82$; ДЕ $7,21 \pm 4,10$; РРС $2,46 \pm 2,11$; ПРС $6,48 \pm 4,37$); крім того у хворих з ПРС показник когнітивно-афективної шкали також дещо перевищував норму (норма $4,16 \pm 3,47$; ДЕ $6,75 \pm 4,65$; РРС $3,47 \pm 2,83$; ПРС $7,45 \pm 5,11$), внаслідок чого загальний показник депресії досягав критичного рівня (норма $5,74 \pm 4,56$; ДЕ $14,04 \pm 6,92$; РРС $5,93 \pm 4,56$; ПРС $13,91 \pm 7,57$).

Показники когнітивної та афективної самооцінки власного стану були в межах норми у хворих всіх досліджуваних клінічних груп з дещо нижчою оцінкою самопочуття (ДЕ $3,94$; РРС $5,19$; ПРС $4,42$) та активності (ДЕ $4,03$; РРС $5,30$; ПРС $4,38$) у хворих з ДЕ та ПРС.

Отже, емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів або емоційного реагування при достатній збереженості адекватного сприйняття емоційної інформації та критичного ставлення до свого емоційного дефекту і з ознаками компенсаторної поведінки визначалися у більшості досліджених хворих, що зумовлено не тільки характером та локалізацією патологічного процесу, але і процесами аналізу та оцінки стану здоров'я та його подальшої динаміки, його впливу на працездатність та загальну якість життя. Крім того, отримані дані свідчать про наявність виразніших емоційних порушень у хворих з ДЕ та ПРС, що здебільшого корелювало зі ступенем важкості загальної клінічної симптоматики та проявами інсомнії. Розлади всіх типів емоційних проявів, включно з порушеннями емоційно-особистісних властивостей, можуть бути притаманні деяким хворим всіх клінічних груп через грубіші порушення процесів аналізу значущої інформації (зокрема власного емоційного стану та причин, що його викликали), порушень процесів програмування та регулювання будь-якої діяльності. У цих випадках емоційні розлади депресивного характеру можуть мірою нівелюватися, водночас значнішими стають поведінкові розлади (наприклад, домінування імпульсивних реакцій замість орієнтації на досягнення значущих поведінкових цілей).