

## **Закономірності формування, розвитку та клініко–психопатологічна структура емоційних розладів осіб з хронічною недостатністю мозкового кровообігу**

Проблема мозкової організації емоційної сфери відноситься до малорозроблених проблем психології емоцій. Останнім часом у клінічній практиці прослідковується тенденція до збільшення частки осіб переважно літнього і похилого віку з психоемоційними розладами, які страждають на хронічну прогресуючу форму церебральної недостатності судинної етіології. Провідну роль у формуванні емоційних розладів та когнітивної недостатності при даній патології відіграє ураження підкіркових базальних гангліїв, дієнцефальної ділянки та префронтально-лімбічних зв'язків. Ураження кожної з цих ділянок проявляється особливим нейропсихологічним синдромом. Це створює передумови для розвитку вегетативно-судинних порушень, емоційних розладів і психічної дезадаптації хворих. З'ясування чинників та механізмів, що впливають на розвиток та перебіг психоемоційних порушень в осіб з недостатністю мозкового кровообігу, дозволить своєчасно застосувати патогенетично обґрунтовану превентивну й стабілізуючу терапію, що сприятиме активному довголіттю.

**Ключові слова:** психоемоційні розлади, когнітивна недостатність, психічна дезадаптація, судинна недостатність мозкового кровообігу.

Проблема мозговой организации эмоциональной сферы относится к малоразработанным проблемам психологии эмоций. В последнее время в клинической практике прослеживается тенденция к увеличению доли лиц, преимущественно пожилого и старческого возраста, с психоэмоциональными расстройствами, которые страдают на хроническую прогрессирующую форму церебральной недостаточности сосудистой этиологии. Ведущую роль в формировании эмоциональных расстройств и когнитивной недостаточности при данной патологии играет поражение подкорковых базальных ганглиев, диэнцефальной зоны и префронтально-лимбических связей. Поражение каждого из этих участков проявляется особенным нейропсихологическим синдромом. Это создает предпосылки для развития вегетативно-сосудистых нарушений, эмоциональных расстройств и психической дезадаптации больных. Выяснение факторов и механизмов, которые влияют на развитие и течение психоэмоциональных нарушений у лиц с недостаточностью мозгового кровообращения, позволит своевременно применить патогенетически обоснованную

превентивную и стабилизирующую терапию, которая будет способствовать активному долголетию.

**Ключевые слова:** психоэмоциональные расстройства, когнитивная недостаточность, психическая дезадаптация, сосудистая недостаточность мозгового кровообращения.

За даними багатьох дослідників, психоемоційні порушення є одними з найбільш частих проявів органічних уражень головного мозку. Сьогодні кожна третя людина в світі страждає тією або іншою формою психічної патології. Для економічно розвинених країн Заходу, України та Російської Федерації характерний високий рівень поширеності психоемоційних розладів, питома вага яких складає в економічно розвинених країнах Заходу – 82,8%, в східноєвропейських країнах (зокрема в Україні) – 88,4%, у Російській Федерації – 86,7%, у країнах, що розвиваються – 65,3% [18].

Однією з найважливіших характеристик емоцій є їх зв'язок з пізнавальними (когнітивними) процесами. Відоме положення Л.С. Виготського про єдність “афекту і інтелекту”, а також думка про те, що “без людських емоцій не може бути і людського пізнання”. Проте ця єдність не означає тотожність. І хоча ці феномени не тотожні, емоційні і пізнавальні процеси людини тісно взаємодіють один з одним, що потребує їх подальшого вивчення в комплексі та взаємодії, особливо при органічних ураженнях головного мозку, коли первинно можуть страждати як емоційні, так і когнітивні функції [6].

В.К. Вілюнас обґрунтовує неможливість існування емоцій у відриві від когнітивних процесів таким чином: емоції виконують свої функції, найбільш загальними з яких є оцінка і спонукання; залежно від пізнавального змісту психічного образу вони виділяють цілі в пізнавальному образі і спонукають до відповідної дії. Вчений запропонував класифікацію емоцій за їх пізнавальною складовою – предметом, що дозволяє розглядати будь-який предмет пізнавального процесу-сприйняття, пам'яттю, мисленням – як об'єктом емоційного переживання. Автор вважає, що знання функцій емоцій по відношенню до пізнавального змісту дозволяє підійти до експериментального вивчення емоцій через аналіз пізнавальних процесів. Пізнавальні (когнітивні) процеси, що супроводжуються явним емоційним переживанням, матимуть ряд динамічних відмінностей від тих, що емоційно слабо переживаються. До них відносяться темп, швидкість, продуктивність пізнавальних процесів. Вивчення цих характеристик когнітивних процесів дозволить судити про емоції, їх прояви, про такі характеристики емоцій, як знак (позитивний або негативний) і інтенсивність (сильна, слабка) [5].

У сучасній психології зв'язок між емоційними і когнітивними семантичними явищами вивчається також в рамках психо-семантики. Є переконливі експериментальні дані щодо впливу емоцій на категоріальні семантичні структури. Психосемантичні роботи показали, що афективне збудження призводить до “сплощення семантичного простору”, зменшення його розмірності, зміни рівня категоризації, до переходу від розчленованих понятійних форм категоризації до сплоснених коннотативних форм віддзеркалення. Зміна емоційного стану суб'єкта веде і до актуалізації нових семантичних структур або “семантичних гештальтів” [19].

В сучасній літературі накопичений цілий ряд конкретних експериментальних даних про зв'язок емоцій з різними пізнавальними процесами: пам'яттю, сприйняттям і мисленням. Досить чисельні експерименти з вивчення впливу емоцій на запам'ятовування. Ще в ранніх дослідженнях П.Фресса і Ж.Піаже було виявлено, що події, які оцінюються досліджуваними як дуже приємні або дуже неприємні, запам'ятовуються краще, ніж події нейтральні. Навіть безглузді склади у поєднанні з явно привабливими або непривабливими обличчями на фотографіях запам'ятовуються краще, ніж ті ж склади у поєднанні з помірно привабливими (Wisper L.).

Проте в літературі є також і дані, які заперечують залежність пам'яті на емоційні стимули від початкового емоційного стану, хоча вони і нечисленні. Так, Г. Бауер із співавторами не виявив вплив настрою на відтворення позитивних і негативних за емоційним значенням слів, а інші автори спостерігали краще відтворення “емоційних” слів без відмінності по знаку тільки в осіб з наявною депресією.

При вивченні впливу емоцій на інтелектуальні процеси І.А. Васильєв із співавторами виявив, що емоційно насичена діяльність шахіста є ефективнішою, порівняно з емоційно менш насиченою [2]. Якісні дослідження науковців показали, що емоції супроводжують найбільш творчі види розумової діяльності. Штучно викликані позитивні емоції можуть позитивно впливати на рішення завдань: у хорошому настрої випробовувані проявляють більшу завзятість і вирішують більшу кількість завдань, ніж у нейтральному стані.

У жінок при цьому збільшується також швидкість вирішення завдань. На думку С.Л. Рубінштейна, перебіг асоціацій під впливом емоцій змінюється настільки яскраво, що ці зміни можуть бути використані як діагностичний симптом емоційного стану [21]. Свого часу автор асоціативного тесту швейцарський психіатр К. Юнг показав, що при наявності емоційного переживання виникають

нетипові “суб’єктивні” асоціації, тобто змінюється семантика асоціативного процесу. За даними А.Р. Лурія, під впливом емоцій відбувається зміна (частіше сповільнення) нормального для даного індивіда часу асоціативної реакції. Асоціативний експеримент, як відомо, успішно використовується представниками психоаналізу для виявлення витиснених емоцій [15].

Отже, зв’язок з емоційною сферою, знаком та інтенсивністю емоцій виявляється в різних пізнавальних процесах – мнестичних, гностичних, інтелектуальних – та впливає на ефективність, семантичну структуру пізнавальної діяльності і характер її протікання.

Проблема мозкової організації емоційної сфери, що входить в компетенцію нейрофізіології і нейропсихології, також відноситься до малорозроблених проблем психології емоцій. Тут можна виділити як уявлення, котрі витікають з ідей вузького локалізаціонізму, так і уявлення, що спираються на більш комплексне системне трактування проблеми зв’язку мозку з психікою.

Найбільш поширені вузьколокалізаціоністські концепції мозкової організації емоцій. Ці концепції стимулювалися (і стимулюються до цих пір) численними нейрофізіологічними дослідженнями підкіркових мозкових “центрів” емоцій (емоцій люті, страху, тривоги, задоволення і ін.), що проводились як на тваринах, так і на людині [22].

На тваринах методом стимуляції виявлені “центри” емоції страху – в передній частині острівця, в задніх відділах гіпоталамуса, в ділянці покриву, в мигдалеподібному ядрі; “центри” емоції гніву, люті – в ділянці мигдалини, в серединному центрі таламуса; “центри” емоції тривоги – в передньому відділі гіпоталамуса, в ділянці мигдалини, в медіальних ядрах таламуса; “центри” емоцій задоволення – у вентромедіальних ядрах таламуса, у фронтальних ділянках, в зоні перетинки.

На людині були отримані схожі дані по “емоціогенним зонам” [13]. Причому було показано, що емоційні стани, які виникають при електричному подразненні підкіркових структур, знаходяться під контролем свідомості, адекватно оцінюються самою людиною. Всі ці дослідження показали, що методом електростимуляції у людини можна викликати лише невелике число емоцій (гнів, страх, задоволення – за вказівками одних авторів, або ще смуток, огида, інтерес чи увага – за даними інших). Ці емоції отримали назву базальних, або основних емоцій. Передбачається, що решта всіх емоцій є продуктом ускладнення базальних, їх поєднання, умовно-рефлекторного накопичення соціального досвіду.

Дані дослідження, які унаслідували традиції вузького локалізаціонізму, приурочують певні емоції до вузьких ділянок мозку і розглядають підкіркові “центри” емоції як основний мозковий апарат емоційних явищ.

Більш системних позицій дотримуються прихильники існування “емоційного мозку” (або “кола Пейпеца”) як основного мозкового субстрату емоцій. В “емоційний мозок” включають “лімбічну ділянку переднього і середнього мозку”, а саме – гіпоталамус (центральна ланка лімбічної системи, за Е. Гельгорном і Дж. Луфборроу), з’єднаний двосторонніми зв’язками з лімбічними структурами переднього мозку і середнього мозку [7]. Відповідно до даної концепції, “емоційний мозок” може бути зображений як система, що складається з трьох взаємозв’язаних ланок, зокрема: 1) лімбічної системи переднього мозку (гіпокамп, перетинка, періформна кора, поясна звивина або лімбічна кора, амігдаля, септум, нюхова цибулина); 2) гіпоталамусу (32 пари ядер, що входять в передній комплекс, пов’язаний з парасимпатичною вегетативною системою, задній комплекс, пов’язаний з симпатичною нервовою системою); 3) лімбічної ділянки середнього мозку (центральна сіра речовина, навколоцентральна ретикулярна формація). Всі ці зони складають лімбічну частку Брока, куди також входять і інші структури: центральна сіра речовина середнього мозку, мамілярні тіла, гіпофіз, переднє ядро таламуса, вентральне і дорсальне ядра покриву. Всі ці структури, за Мак-Ліном (1954), позначаються як “вісцеральний мозок”.

Отже, дана концепція відводить вирішальну роль в мозковій організації емоцій підкірковим структурам, причому лімбічна стародавня кора розглядається як орган, що “сприймає емоційні відчуття” (Papez S.W.).

Більш сучасна концепція відводить лімбічній системі роль координатора різних систем мозку, які беруть участь в забезпеченні емоцій, припускаючи, що центральна ланка “лімбічного мозку” зв’язана двосторонніми зв’язками як з підкірковими структурами (перетинкою, верхніми горбами четверохолмія, блакитною плямою та ін.), так і з різними ділянками кори великих півкуль (Г.Шепард).

Проте, слід зазначити, що роль нової кори в регуляції емоційних станів вивчена поки що недостатньо. Докази участі нової кори в емоційних реакціях отримані на тваринах нейрофізіологічними методами і на людях клінічними спостереженнями. Встановлено, що у декортизованих тварин легко виникає реакція люті в результаті дефіциту гальмуючих впливів на функції заднього гіпоталамуса. Двобічне руйнування базальних відділів кори лобових часток мозку

над хіазмою приводить до полегшення реакції люті, нібито внаслідок вивільнення “центру люті” в гіпоталамусі [33]. На клінічному матеріалі показано, що префронтальна лоботомія, переривання префронтально-лімбічних зв’язків між префронтальною конвекситальною корою і передніми відділами таламуса приводить до появи ейфорії, зниження напруженості, агресивності, появи пасивності та ін. Скренева лоботомія, яку використовували як засіб лікувальної дії при епілепсії, знижує гнівливу, загальну напруженість, приводить до зникнення епілептичних нападів. Цими даними показано переважне відношення до емоційної сфери передніх – лобових і скрених – відділів головного мозку. Проте, взагалі відомості щодо ролі нової кори великих півкуль в регуляції емоційних станів далеко не повні.

Як відомо, теоретичною основою сучасної нейропсихології є теорія системної динамічної локалізації вищих психічних функцій, розроблена в працях Л.С.Виготського та А.Р.Лурія і продовжена їх учнями. Згідно даної теорії, кожна психічна функція забезпечується роботою всього мозку як єдиного цілого, проте різні мозкові структури вносять свій диференційований внесок до її здійснення. Мозкові структури, що беруть участь в забезпеченні тієї або іншої психічної функції, об’єднані в складні функціональні системи, ланки яких відповідають за різні аспекти тієї або іншої функції.

За даними Amaducci L., Andrea L. емоційні порушення при органічних захворюваннях головного мозку, такі як апатія, депресія, тривога регулярно поєднуються з когнітивними розладами, зокрема, порушенням сприйняття, пам’яті, уваги, мислення, уяви та ін. Тривожні та фобічні розлади є одними з найпоширеніших порушень психічного здоров’я і виявляються як на невротичному, так і особистісному і психотичному рівнях [31].

У зв’язку з тенденцією до збільшення частки літніх людей в структурі всього населення більшого значення в клінічній практиці набувають форми патології, характерні для літнього і старечого віку, серед яких найбільш поширеною і соціально значущою є дисциркуляторна енцефалопатія або хронічна прогресуюча форма церебральної недостатності судинної етіології, при якій особливо часто зустрічаються психоемоційні розлади [26]. Дисциркуляторна енцефалопатія, як і хвороба Альцгеймера, є безумовними лідерами в списку причин психоемоційних розладів у осіб різного віку [8, 14].

За даними Л.Манвелова, А.Кадикова, емоційні розлади, як правило, зустрічаються вже в дебюті розвитку хронічної недостатності мозкового кровообігу (ХНМК), а через деякий час у хворого виявляють серйозніші неврологічні симптоми, які свідчать про

множинне ураження головного мозку [16]. В основі клінічного симптомокомплексу ХНМК лежить також прогресування когнітивних порушень, розпізнавання яких на ранніх етапах (коли найбільш ефективні профілактичні заходи) викликає певні труднощі. Проте, рівень виявлення психоемоційних розладів в початковій стадії ДЕ є вкрай низьким, тоді як у розвинутих країнах він досягає 45-90% [34].

Провідну роль у формуванні когнітивної недостатності при ХНМК відіграє ураження глибинних відділів білої речовини головного мозку і базальних гангліїв, що приводить до порушення зв'язку лобових часток головного мозку і підкіркових структур – феномен роз'єднування, що приводить до виникнення вторинної дисфункції лобових часток головного мозку [10, 29, 30]. Лобові частки мають дуже істотне значення в когнітивній діяльності. Згідно теорії А.Р. Лурія, яка розділяється в даний час переважною більшістю нейропсихологів, лобові частки відповідають за регуляцію довільної діяльності: формування мотивації, вибір мети діяльності, побудова програми і контроль за її досягненням. При цьому дорзолатеральна лобова частка кори і її зв'язки із стріарним комплексом забезпечують перемикання уваги, що необхідне для зміни алгоритму діяльності. Орбітофронтальні відділи беруть участь в гальмуванні нерелевантних спонукань, забезпечуючи таким чином стійкість уваги й адекватність поведінкових реакцій. Крім того, орбітофронтальна лобова кора знаходиться в тісному взаємозв'язку з гіпокампом, що забезпечує стійкість уваги в мнестичній діяльності [10]. В результаті вторинної дисфункції лобових часток головного мозку порушується регуляція довільної діяльності – формування мотивації, вибір мети діяльності, побудова програми і контроль за її досягненням [14].

Вельми цікаві дані про клініко-нейровізуалізаційні співставлення. У роботі Т.А. Янакаєвої було показано, що наявність і тяжкість симптомів депресії залежать від вираженості осередкових змін білої речовини лобових часток головного мозку і нейровізуалізаційних ознак ішемічного пошкодження базальних гангліїв. Ці спостереження свідчать про біологічну природу депресії при прогресуючій судинній недостатності мозкового кровообігу, ймовірно, пов'язаної головним чином з феноменом лобово-підкіркового роз'єднання [29].

Отже, ураження підкіркових структур великих півкуль головного мозку та префронтально-лімбічних зв'язків при ХНМК призводить не тільки до розладів пізнавальних функцій, але й викликає порушення діяльності “вісцерального мозку” (за Мак-Ліном) з

відповідними емоційними розладами, які приєднуються або передують когнітивним. Внаслідок порушення мікроциркуляції при ХНМК розвивається підвищена чутливість лімбіко-ретиккулярного комплексу до гіпоксії, що створює передумови для розвитку вегетативно-судинних порушень, емоційних розладів і психічної дезадаптації [3].

Достатньо складним і різномірним представляється патогенез депресивних симптомів при ХНМК і їх взаємозв'язок з когнітивними розладами. По-перше, емоційні порушення, як і когнітивні, можуть бути результатом вторинної дисфункції лобових відділів головного мозку. Відомо, що зв'язки дорзолатеральної лобової кори і стріарного комплексу беруть участь у формуванні позитивного емоційного підкріплення при досягненні мети діяльності. Порушення цих зв'язків в результаті феномена роз'єднування приводить до недостатності позитивного підкріплення і, як наслідок, до хронічної фрустрації, що є передумовою виникнення депресії [14, 20].

Депресивні симптоми регулярно описуються при ураженні лобових часток головного мозку різної етіології. Добре відома також нестійкість зовнішнього афекту, пов'язана з надмірною рухливістю довільної уваги і зниженням критики в результаті дисфункції орбітофронтальної кори [20].

Наступною ділянкою мозку, ураження якої призводить до психоемоційних розладів, є скронева частина півкулі мозку.

Як відомо, скронева частина включає структури лімбічної системи – амігдаларний комплекс, гіпокамп. Якщо конвекситальні відділи кори скроневої частки мозку є кірковою ланкою слухового аналізатора, то базальні і медіальні відділи кори скроневої частки відносяться до кіркової ланки неспецифічної системи мозку. Саме ці анатомічні особливості скроневої частки мозку і визначають характер симптоматики, що виникає при ураженні різних відділів скроневої частки мозку. За даними Т.А. Доброхотової, при ураженні скроневої частки емоційні розлади займають провідне місце в загальній картині захворювання. При ураженні обох скроневої частки емоційні розлади виражаються в депресивних станах і пароксизмальних афективних порушеннях, причому ці симптоми пов'язані із стороною ураження. Ураження правої скроневої частки частіше супроводжуються афективними пароксизмами у вигляді нападів люті, страху, тривоги, жаху, які протікають на тлі виражених вегетативних і вісцеральних розладів [1, 11]. Подібні напади негативних афектів характерні для початку захворювання, а при тривалому захворюванні можливі стійкі фобічні явища. Емоційно-афективні порушення, зазвичай, поєднуються з епілептичними нападами. При тривалому перебігу хвороби



можливі епілептоїдні зміни особистості (у вигляді збіднення емоційної сфери, стереотипії поведінки та ін.). Постійні емоційні порушення виявляються в депресивному настрої. Залишаються збереженими тонкі емоційні прояви, їх диференційованість. Страждають більш елементарні – базальні емоції [1].

Для лівобічного ураження скроневої частки характерні не пароксизми, а постійні емоційні розлади як реакція на дефект мови, пам'яті. Можливий стан ажитованої депресії, і навіть – іпохондричного марення. У ранніх стадіях захворювання – дратівливість, плаксивість. Вегетативно-вісцеральні напади супроводжуються мовними розладами. Тривожно-фобічну депресію при ураженні лівої скроневої частки відзначали й інші автори [4]. Але вищий особистісний рівень емоційної сфери у цих хворих залишається відносно збереженим, чим вони і відрізняються від “лобових” хворих.

Остання група структур, що мають безпосереднє відношення до емоційно-особової сфери, – це гіпофізарно-діенцефальні відділи мозку, тісно пов'язані з медіобазальними відділами лобових і скроневих часток мозку. Емоційно-особистісні порушення при гіпофізарно-діенцефальних ураженнях вивчені поки що недостатньо, проте з'ясовано, що ураження даних ділянок мозку супроводжується, по-перше, патологією ендокринних нейрогуморальних механізмів, порушенням гормональних процесів, які разом з іншими чинниками обумовлюють достатньо виразну емоційну патологію. По-друге, ураження цих структур веде до порушень неспецифічних активаційних процесів (у вигляді синдрому збудження, безсоння або синдрому пригнічення, сонливості), що накладає свій відбиток і на емоційну сферу. По-третє, ураження цих структур завжди пов'язане з вираженою вегетативною патологією – порушенням регуляції серцево-судинної, температурної та інших систем організму. На цьому фоні розвиваються різні психічні, у тому числі й емоційно-особистісні зміни. В тяжких випадках спостерігаються гіпофізарні порушення емоційної сфери у вигляді “гіпофізарної деменції” з явищами загального психічного збудження, ейфорії або агресивності, озлоблення [12].

Отже, клінічний аналіз вищих психічних функцій і емоційно-особистісної сфери у хворих з локальними ураженнями мозку дозволяє виділити три основні локалізації вогнища ураження, що приводять до виражених психоемоційних та особистісних розладів. До них відносяться ураження лобових часток, скроневих часток та гіпофізарно-гіпоталамічної або діенцефальної ділянки мозку. Ураження кожної з цих ділянок характеризується особливим

нейропсихологічним синдромом (або набором варіантів синдрому), в який входять і емоційні порушення [24].

Наявність емоційних порушень здатна посилювати вираженість когнітивних розладів внаслідок підвищення рівня тривоги і пов'язаних з цим труднощів зосередження, невпевненості і очікування невдачі. Отже, взаємозв'язки когнітивних і емоційних порушень достатньо складні. Обидва види психічних розладів пов'язані з наявністю спільних патогенетичних чинників (феномен роз'єднування і лобова дисфункція), а також здатні безпосередньо впливати один на одного за описаними вище психологічними механізмами [29].

В даний час сам факт високої поширеності психоемоційних розладів при судинних захворюваннях головного мозку не викликає сумнівів [7, 14, 25, 29]. Проте серед дослідників немає єдності в думці про характер взаємин когнітивних та емоційних розладів при дисциркуляторній енцефалопатії, патогенез і клінічні особливості цих порушень. Так, продовжує обговорюватися питання про природу депресії при хронічній недостатності мозкового кровообігу, яка розглядається або як реакція пацієнтів на виникнення побутової, професійної і соціальної неспроможності, що викликана руховими та інтелектуальними розладами [15], або як результат органічних змін в головному мозку внаслідок тих же процесів, які приводять до рухових і когнітивних порушень [27]. В той же час, симптоми тривоги і/або депресії у здорових осіб, особливо похилого віку, нерідко розцінюють як прояв судинного захворювання головного мозку, що приводить до гіпердіагностики ХНМК [14].

Найбільш типовою зміною емоційного стану при ХНМК є розвиток депресії. Проте, як правило, вираженість депресивних розладів не досягає ступеня великого депресивного епізоду по критеріях DSMIV. На ранніх стадіях захворювання депресія при ХНМК носить іпохондричні риси. Вираженість іпохондрії, проте, зменшується в міру прогресу судинної мозкової недостатності. Тяжкість депресивних симптомів при ХНМК залежить від стадії захворювання і вираженості неврологічних порушень. Існує також зв'язок з вираженістю когнітивних розладів і наявністю деменції: при цьому відмічається більша вираженість депресії [28].

За переважаючим афектом депресія пацієнтів з ураженням мозкових судин має перебіг за тривожним, астеничним або, рідше, дисфоричним типом [10].

*Тривожний тип* – характеризується високим рівнем соматичної та й психічної невмотивованої тривоги на загальному гіпотимному фоні з поодинокими, не більше 1-2 рази на місяць, переживаннями,

мимовільними, з відтінком нав'язливості уявлень, що відбивають психотравмуючу ситуацію. Типовим є дисфоричне забарвлення настрою, з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Властиві розлади сну, які характеризуються труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними кошмарними сновидіннями, що зрідка відбивають психотравмуючу ситуацію. Хворі часто навмисно відсувають настання сну через побоювання перед кошмарами та засинають лише під ранок. Характерними є пароксизмальні вечірні та нічні стани з почуттям нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом, або припливами жару. Хворі самостійно звертаються по допомогу, і хоча в них домінує прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнуть до спілкування, якої-небудь цілеспрямованої діяльності, одержуючи полегшення від активності.

*Астенічний тип* відрізняється домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою – знижений, з переживанням байдужості до подій у житті, що цікавили раніше, байдужості до проблем родини або до виробничих питань. Поведінка відрізняється пасивністю; характерні переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. Упродовж тижня кілька разів виникають мимовільні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак, на відміну від тривожного типу, в даних випадках уявлення позбавлені яскравості, детальності, емоційної забарвленості та визначаються хворими як “виникаючі у свідомості картини з відтінком нав'язливості”. Розлади сну характеризуються гіперсомнією з неможливістю підвестися з ліжка, болісною дрімотою, часом упродовж усього дня. Унікаюча поведінка при цьому нехарактерна, хворі рідко приховують свої переживання та, як правило, самостійно звертаються по допомогу.

*Дисфоричний тип* характеризується постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості і люті, на фоні пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначають високий рівень агресивності, прагнення зігнати на оточуючих дратівливість та запальність, що їх охоплювали. В свідомості домінують уявлення агресивно-садистичного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, спорів із застосуванням фізичної сили, що лякає самих хворих та змушує зводити свої контакти з навколишніми до мінімуму. Найчастіше хворі не можуть стриматися та на зауваження навколишніх реагують бурхливими реакціями, про які згодом шкодуватимуть. Поряд із цим виникають мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій

сценоподібного характеру. Непоодинокими є сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі виглядають похмурими, міміка відображує невдоволення та дратівливість, поведінка відрізняється відгородженістю. Типовою є уникаюча поведінка, замкнутість, малоспівність. Також відмічається інсомнія: сон має поверхневий характер та одночасно характеризується ранніми ранковими пробудженнями. Хворі активно скарж не висловлюють і попадають в поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, які відзначають близькі або співробітники.

Особливої уваги заслуговують первинні депресії в пацієнтів інволюційного періоду з ХНМК та віковими атеросклеротичними змінами головного мозку при наявності скарг на розсіяність уваги, зниження пам'яті, безініціативність, дезорієнтацію. Ретельне неврологічне обстеження та виключення істотної органічної патології дозволяє розцінювати дані клінічні стани як власне депресивні, що надалі підтверджується позитивними результатами антидепресивної терапії. Диференціальні розходження між депресивними та дементними станами при ретельному розгляді завжди є явними і дозволяють безпомилково відрізнити один розлад від іншого. Так, початок захворювання при псевдодеменції завжди відносно гострий, у той час як деменція починається поступово, з появою перших симптоматичних вкраплень захворювання задовго до його клінічної констатації. У депресивних хворих має місце посилення дисфункції в ранкові години з відносною компенсацією стану у вечірній час, у той час як у дементних хворих відзначається посилення дисфункції саме у вечірній і нічний час. Скарги також мають різну виразність: від множинних, що включають скарги і когнітивного, і соматичного характеру в псевдодементних хворих, до одиничних, з елементами ігнорування того, що відбувається — у дементних хворих. Наявність у пацієнтів цереброваскулярної патології обумовлює особливості виникнення в них та перебігу органічних афективних, тривожних та емоційно-лабільних розладів. Клінічні прояви психоемоційних порушень в більшості таких випадків є стійкими, важкокурабельними, притаманними, здебільшого, особам літнього віку [10].

Особливістю пацієнтів з *невротичними та обсесивно-компульсивними розладами* є істотна представленість у формуванні психічної патології соціальних факторів. Пацієнти оцінюють ситуацію за її сутністю, впливом на різні сторони їхнього життя, можливими змінами, викликаними конфліктом. Характерно, що в чоловіків середнього віку переважними психотравмуючими факторами є матеріальні труднощі та неможливість праце-

влаштуватися, у чоловіків старшої вікової групи – втрата близьких людей, фізична неміч. У жінок середньої вікової групи на перше місце виступають – зрада чоловіка, залишення ним родини, розлучення, алкоголізм чоловіка, наявність сексуальних дисгамій, у жінок старшої вікової групи – фізичне зів'янення, смерть чоловіка, самотність, безперспективність майбутнього, зловживання дітьми психоактивних речовин.

В структуру клінічно-психопатологічних особливостей невротичних і obsесивно-компульсивних станів у пацієнтів з ХНМК входять: у чоловіків – емоційна напруга, зниження настрою, тривога, страх, реакції здивування, розчарування та образи; у жінок – зниження настрою, плаксивість, реакції самобичування, схильність до хвилювання, розгубленість. Як у чоловіків, так і в жінок, спостерігаються афективні порушення, які є найбільш вираженими в старших вікових групах. Надалі відбувається “каналізація” тривоги та психоемоційної напруги в соматизоване русло, з'являється комплекс соматизованих невротичних розладів. Невротична “втеча у хворобу” з акцентуванням соматичного неблагополуччя, декларуванням програми обслуговування “хворої людини” (тобто самого пацієнта) спостерігається частіше в осіб жіночої статі з виникненням маніпулятивної поведінки, рентних установок стосовно оточуючих, реакції психологічного шантажу та наказуючої позиції. Як в чоловіків, так і в жінок відзначається тенденція до закріплення невротичних розладів у середньому та літньому віці (36—60 років).

В обґрунтуванні спорідненості патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних (насамперед, тривожно-депресивних, фобічних) і соматичних розладів сучасні дослідники спираються на поняття стресу як незмінно присутнього в тому й іншому випадку провокуючого чинника. Стресові впливи ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно симпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання. З одного боку, серед соматовегетативних порушень, закономірно притаманних психічним розладам, низка симптомів – коливання артеріального тиску, тахікардія, синусова аритмія, вазомоторна лабільність та ін. – цілком порівняні з початковими стадіями розвитку ХНМК. З іншого боку, такі астеничні порушення, як головний біль, запаморочення, парестезії, підвищена втомлюваність, сенсорна гіперестезія, рівною мірою характерні для соматизованих варіантів депресивних (тривожних, фобічних) розладів і/або початкових етапів розвитку соматичного цереброваскулярного захворювання. Емоційний дискомфорт з тривожним відтінком, коливання

настрою, які не оформилися ще у стійкий депресивний зсув, цілком характерні для початкової стадії ХНМК.

Раннє розпізнавання ХНМК судинної етіології, засноване на сучасному розумінні механізмів її розвитку, може створювати умови для стримання прогресу патологічного процесу і довгострокового поліпшення якості життя хворих [14]. Виявлення особливостей переживання психоемоційних станів у хворих з ХНМК дозволить розробити адекватні психотерапевтичні методи своєчасної психологічної корекції та включити в цей процес особливо значущі для хворого психологічно-особистісні аспекти, що сприятиме більш швидкій соціальній, побутовій та професійній реабілітації.

З'ясування патогенетичних чинників та соціально-психологічних механізмів, що впливають на розвиток та перебіг психоемоційних порушень в осіб з ХНМК, дозволить своєчасно застосувати патогенетично обґрунтовану превентивну й стабілізуючу терапію і, таким чином, сприяти активному продуктивному довголіттю.

Перспективним напрямком у сучасній медичній психології, нейропсихології є вивчення особливостей та впливу психоемоційних станів осіб з ХНМК на розвиток і перебіг самого захворювання, що дозволить медичному персоналу підбирати індивідуальні, особисто-орієнтовані методи лікування, значно підвищити ефективність реабілітації, зменшити тривалість перебування у стаціонарах, сприятиме відновленню соціально-побутових навиків у пацієнтів.

#### **Список використаних джерел**

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека. – 2-е изд., перераб. и доп. /Н.Н.Брагина, Т.А.Доброхотова. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Васильев И.А. Эмоции и мышление /И.А.Васильев, В.Л.Поплужный, О.К.Тихомиров. – М., 1980.
3. Верещагин Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии/ Н.В.Верещагин, В.А.Моргунов, Т.С.Гулевская. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
4. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике /А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, В.Л.Голубев, Г.М.Дюкова.– М.: медицинское информационное агентство, 2000.– 156 с.
5. Вілюнас В.К. Основні проблеми психологічної теорії емоцій / В.К.Вілюнас. – М.: Педагогіка, 1988. – 76 с.
6. Виготський Л.С. Вчення про емоції: збір. творів. /Л.С. Виготський. – М.: Політвидав, 1984. – Т. 6. – С.160-284.
7. Гельгорн Э. Эмоции и эмоциональные расстройства. Нейрофизиологическое исследование /Э.Гельгорн, Дж. Луфборроу//

- Перевод с англ.; Под ред. чл. АМН П.К. Анохина. – М.: “Издательство “МИР”, 1966. – 672 с.
8. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте: Автореферат дисс... докт.мед.наук / И.В.Дамулин. – М. 1997. – 32 с.
  9. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: методические рекомендации / И.В.Дамулин, В.В.Захаров; Под редакцией чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н. Яхно. – М.: РКИ Соверо-Пресс, 2005. – 32 с.
  10. Демченко В.А. Клініко-психопатологічні особливості психічних розладів у пацієнтів загальносоматичного профілю в аспекті необхідності інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу / В. А. Демченко // Український вісник психоневрології. – 2010. – №3. – С. 32-37.
  11. Доброхотова Т.А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга /Т.А.Доброхотова. – М., 1974. – 160 с.
  12. Дробижев М.Ю. Диагностика и лечение депрессий в неврологической практике: современное состояние проблемы / М.Ю.Дробижев, О.В.Воробьева// Consilium Medicum. – 2006. Том 8. – №8.
  13. Камбарова Д. К. Возможности нейрофизиологии в изучении и лечении психических нарушений при эпилепсии /Д.К.Камбарова // Физиол. человека. – 1981. – Т. 7. – № 3. – С. 483-511.
  14. Левин О.С. Диффузные изменения белого вещества (лейкоареоз) и проблема сосудистой деменции /О.С.Левин, И.В.Дамулин// Достижения в нейрогеронтологии / Под ред. Н.Н.Яхно, И.В.Дамулина:.. – 1995. – Ч.2. – С.189-231.
  15. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека /А.Р.Лурия. – М.: Питер, 2008. – 621 с.
  16. Манвелов Л. Сосудистые заболевания мозга. Все может начаться с головной боли /Л.Манвелов, А.Кадыков // Наука и жизнь. – 2007. – № 2 – С.98-104.
  17. Марута Н.О. Концепція формування депресій в сучасному соціумі /Н.О.Марута, І.О.Явдак, Г.Ю.Каленська, С.М.Альохіна // Арх. психіатрії. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 17-20.
  18. Москаленко В.Ф. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві /В.Ф.Москаленко, Є.М.Горбань, С.І.Табачников // Український вісник психоневрології. –Т.10, вип.1(30), 2002. – С.5-9.
  19. Петренко В.Ф. Психосемантика как направление конструктивизма в когнитивной психологии. Когнитивный подход: философия, когнитивная наука, когнитивные дисциплины / В.Ф.Петренко. – М.: Изд. “Канон”, 2007. – С. 435- 463.

20. Пилипонич А.А. Лобная дисфункция при сосудистой деменции / А.А.Пилипонич, В.В.Захаров, И.В.Дамулин//Клиническая геронтология. – 2001. – Т.5. – № 6. – С.35-41.
21. Рубінштейн С.Л. Основи загальної психології /С.Л.Рубінштейн. – СПб.: Пітер, 2000. – 712 с.
22. Смирнов В.М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность: Учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений / В.М.Смирнов, С.М.Будылина. – М.: Издат.центр “Академия”, 2003. – 304 с.
23. Соломко С. Б. Особливості патоморфозу, принципи диференційної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних соматоформних розладів: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 19.00.04 “Медична психологія” / С. Б. Соломко. – Х., 2010. – 18 с.
24. Хомская Е.Д. Мозг и эмоции: нейропсихологическое исследование /Е.Д.Хомская, Н.Я.Батова. – М.: МГУ, 1992. – 67 с.
25. Чабан О.С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х): Методичні рекомендації /О.С.Чабан, О.О.Хаустова, О.Ю.Жабенко. – Київ, 2009. – 40 с.
26. Чабан О.С. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування /О.С.Чабан, О.О.Хаустова// Нова медицина. – 2004. – №5 (16).– С. 26–30.
27. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга /Е.В.Шмидт //Журнал невропатологии и Психиатрии. – 1985. – Т.85. – С.192-203.
28. Смулевич А.Б. Психокардиология /А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, М.Ю.Дробижев, С.В.Иванов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 778 с.
29. Янакаева Т.А. Эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии и болезни Паркинсона: Автореферат дисс... канд.мед.наук /Т.А.Янакаева. – М., 1999.
30. Яхно Н.Н. Синдромы нарушения высших психических функций /Н.Н.Яхно, В.В.Захаров// Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р.Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – Т.1. – С. 170-190.
31. Amaducci L., Andrea L. The epidemiology of the dementia in Europe. In: A.Culebras, J.Matias Cuiu, G.Roman (eds) : New concepts in vascular dementia. Barselona : Prous Science Publishers, 1993, pp 19-27.
32. Awad I.A., Masaryk T., Magdinec M. Pathogenesis of subcortical hypertense lesions on MRI of the brain. //Stroke. 1993. V.24. P.1339-1346.



33. 33. Fulton J.F., In graham F.D. Emotional disturbances following experimental lesions of the base of the brain (pre-chiasmal), *J. Physiol.*, 67, XXVII – XXVIII (1929).
34. Inzitari D., Marinoni M., Ginanneschi A. Pathophysiology of leucoaraiosis. // In: *New concepts in vascular dementia*. A.Culebras, J.Matias Guiu, G.Roman (eds). Barcelona: Prous Science Publishers. 1993. P.103-113.
35. Walters K, Breeze E, Wilkinson P., Price GM, et al. (2004). Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain. *American Journal of Public Health* 94(10):1768-1774.

The problem of cerebral organization of emotional sphere behaves to the little developed problems of psychology of emotions. Lately in clinical practice a tendency is traced to multiplying the stake of persons of mainly elderly and senile age with psychoemotional disorders which suffer on the chronic making progress form of cerebral insufficiency of vascular etiology. Leading role in forming of emotional disorders and cognitive insufficiency the defeat of subcortical basale neuroganglions, diencephalic area and prefrontal limbic connections plays at this pathology. Defeat each of these areas shows up the special neuropsychological syndrome. It creates preconditions for development of vegetative vascular violations, emotional disorders and psychical disadaptation of patients. Finding out of factors and mechanisms which influence on development and flow of psychoemotional violations at persons with insufficiency of cerebral circulation of blood will allow in good time to apply the nosotropic grounded preventive and antihunt therapy which will be instrumental in active longevity.

**Keywords:** psychoemotional disorders, cognitive insufficiency, psychical disadaptation, vascular insufficiency of cerebral circulation of blood.

*Отримано: 21.02.2012 р.*