

УДК 616.858-008.6:616.895.4

*Д.Ю. Сайко*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков*

### **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

Обследовано 135 больных болезнью Паркинсона, осложнённой расстройством адаптации в виде депрессивных реакций и без психических нарушений. Проанализированы особенности эмоционально-потребностной сферы, выраженность личностных особенностей, типы отношения к болезни. Выделены основные патопсихологические факторы формирования депрессивных реакций у больных болезнью Паркинсона, описан механизм их патогенеза.

**Ключевые слова:** *болезнь Паркинсона, депрессивная реакция, патопсихологические изменения, патогенез.*

Распространённость болезни Паркинсона в общей популяции населения прогрессивно увеличивается, кроме того, отмечается тенденция к «омоложению» данного недуга: возрастает количество больных в возрасте 40–45 лет. По социальной значимости болезнь Паркинсона стремительно догоняет онкологические и сердечно-сосудистые заболевания [1–3].

В настоящее время традиционные представления о болезни Паркинсона, как о заболевании преимущественно двигательной сферы, значительно пересмотрены. Болезнь Паркинсона рассматривается как мультисистемное нейродегенеративное заболевание с поражением различных медиаторных систем и широким спектром нервно-психических (эмоциональных, когнитивных, психотических, поведенческих) нарушений [4, 5]. Нервно-психические расстройства встречаются у большинства пациентов с болезнью Паркинсона, являясь ведущими факторами, снижающими качество жизни больных, способствующими прогрессированию заболевания и формированию инвалидности, что обуславливает необходимость детального изучения патогенетических механизмов и закономерностей их формирования с учётом всех возможных факторов патогенеза, в том числе и патопсихологических [5, 6].

Целью данного исследования было изучение патопсихологических закономерностей развития невротических депрессий при болезни Паркинсона.

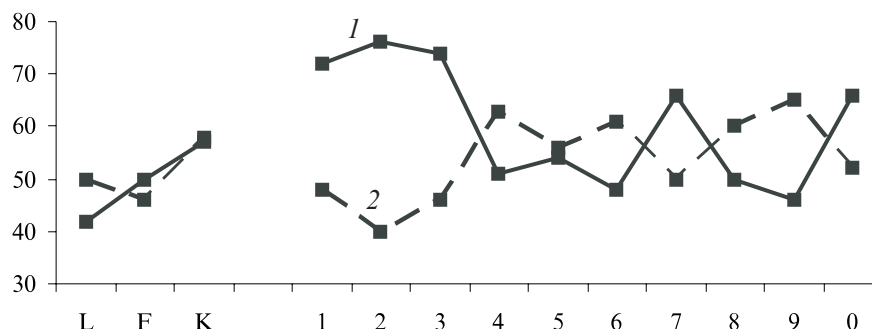
**Материал и методы.** Основную группу исследования составили 59 больных болезнью Паркинсона, осложнённой расстройством адаптации в виде депрессивных реакций (F43.21), группу контроля – 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений.

В ходе исследования использовали клиническую шкалу тревоги (CAS) [7], тест СМИЛ [8], цветовой тест Люшера [9], опросник Бехтерева института для определения типа отношения к болезни [10].

**Результаты и их обсуждение.** Согласно результатам исследования тревоги (по данным шкалы CAS), у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F43.21 диагностирована тревожность высокой степени выраженности – (16,8±3,1) балла, у больных контрольной группы отмечался низкий уровень тревожности – (4,7±2,0) балла,  $p < 0,05$ . Наиболее выраженными составляющими тревоги у больных болезнью Паркинсона с депрессией F43.21 были опасения (в 74,6 % случаев), суетливость (в 69,5 % случаев) и реакция испуга (в 66,1 % случаев),  $p < 0,05$ .

© Д.Ю. Сайко, 2012

Анализ личностных особенностей (по данным СМІЛ) больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией продемонстрировал значительное повышение показателей по шкалам невротического сверхконтроля – (72±4) Т-балла, депрессивности – (76±2) Т-балла и лабильности – (74±5) Т-баллов по сравнению с больными контрольной группы, где выраженность данных шкал составила (48±5), (40±3) и (46±6) Т-баллов соответственно (рисунок).



Усреднённый профиль СМІЛ у больных с болезнью Паркинсона и депрессией F43.21 (1) в сравнении с контрольной группой (2).

Шкалы: L – лжи, F – достоверности, K – коррекции, 1 – сверхконтроля, 2 – депрессии, 3 – лабильности, 4 – импульсивности, 6 – ригидности, 7 – тревожности, 8 – индивидуалистичности, 9 – оптимизма, 0 – интроверсии

Таким образом, больные болезнью Паркинсона с депрессией F43.21 характеризовались пассивностью, инертностью, зависимостью, пессимистичностью, сенситивностью, тревожностью, заниженной или неустойчивой самооценкой, склонностью к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины, неустойчивостью эмоций, повышенной нервозностью, слезливостью, избыточной драматизацией происходящих событий, склонностью к сужению сознания по истероидному типу и трансформации эмоциональной напряжённости в болезненные реакции организма.

Ведущей мотивационной направленностью у данных больных являлось избегание неуспеха, соответствие нормативным критериям в социальном окружении и сфере физиологических функций своего организма.

В стрессе больные этой группы характеризовались склонностью к стоп-реакциям и блокировке активности. Защитные механизмы у них проявлялись либо вытеснением из сознания негативной информации и трансформацией тревоги в функциональные нару-

шения, либо отказом от самореализации и усилением контроля сознания, что стимулировало развитие депрессивного состояния. То есть сочетание шкалы «невротического сверхконтроля» со шкалой «депрессивности» и шкалой «лабильности» отражало наличие механизма защиты по типу «бегства в болезнь», что позволяло переложить ответственность за существующие проблемы, недостаточную социальную активность на окружающих. При сочетании шкалы «невро-

тического сверхконтроля» и шкалы «лабильности» психологические свойства лабильности в значительной степени заслоняли и поглощали характеристики сверхконтроля.

Таким образом, усреднённый профиль СМІЛ у больных паркинсонизмом с пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 (231'07-48/69) свидетельствовал о невротической форме депрессии как реакции больных этой группы на болезнь Паркинсона и её последствия, которая формировалась по механизму «бегства в болезнь».

По данным теста М. Люшера, у больных паркинсонизмом с F43.21 было выявлено преобладание коричневого и черного цветов (+6+7) на 1-й и 2-й позициях (соответственно в 81,4 и 74,6 %) и красного и фиолетового (-3-5) на 7-й и 8-й позициях ряда (соответственно в 77,9 и 72,9 %),  $p < 0,05$  (табл. 1).

В эмоционально-потребностной сфере у больных паркинсонизмом фиксировалась фрустрация потребности в индивидуальности и безопасности (конфликт по типу +6-3), отмечалась выраженная эмоциональная напряжённость, физиологический дискомфорт,

Таблиця 1. Частота вибору цвета больними с болезнью Паркинсона основной и контрольной групп

Группа больных	1-я–2-я цветовая позиция								7-я–8-я цветовая позиция							
	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	0
Основная с F43.21 (n=59)	5	2	6	4	2	48*	44*	5	5	4	46*	3	43*	5	6	6
Контрольная (n=76)	31	24	27	22	10	13	12	13	8	10	11	9	27	28	21	38

Условные обозначения: 1 – тёмно-синий; 2 – зелёный; 3 – красный; 4 – жёлтый; 5 – фиолетовый; 6 – коричневый; 7 – чёрный; 0 – серый.

\* Различия статистически достоверны при  $p < 0,05$ .

потребность в покое, разочарование, неудовлетворённость собой, ощущение бессилия, переутомление, развившиеся в процессе противодействия неблагоприятным обстоятельствам.

Среди типов отношения к болезни у больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21, преобладали в различных сочетаниях меланхолический (в 71,2 % случаев), обсессивно-фобический (в 64,4 % случаев) и эгоцентрический (в 49,2 % случаев) типы отношения к болезни Паркинсона в отличие от контрольной группы, в которой выраженность данных типов отношения к болезни составила 9,24; 1,3 и 2,6 % соответственно при  $p < 0,01$  (табл. 2). Сочетание данных типов отношения к болезни Паркинсона характеризовалось сниженным настроением; неверием в улучшение состояния здоровья, в успех лечения; тревожной мнительностью, нереальными опасениями, наличием ритуальных действий как средства защиты от тревоги; феноменом «ухода в болезнь»; демонстративным суицидальным поведением и выставлением напоказ своих страданий; требованием исключительной к себе заботы; желанием показать своё особое положение, исключительность в связи с болезнью. Изложенное отражало сочетание истероидных и sensitивно-тревожных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы у больных болезнью Паркинсона с депрессией F43.21.

У больных болезнью Паркинсона контрольной группы отмечалось явное преобладание гармоничного отношения к болезни (в 73,7 % случаев при  $p < 0,01$ ), что позволяло им сохранять компенсаторные возможности психики, адекватно и критично относиться к по-

Таблиця 2. Типы отношения к болезни у больных паркинсонизмом основной и контрольной групп, %

Тип отношения к болезни	Группы больных	
	основная с F43.21 (n=59)	контрольная (n=76)
Гармоничный	11,9	73,7*
Тревожный	20,3	19,7
Ипохондричный	16,9	21,1
Меланхолический	71,2*	9,2
Апатический	3,4	3,9
Неврастенический	–	11,8
Обсессивно-фобический	64,4*	1,3
Сенситивный	6,8	6,6
Эгоцентрический	49,2*	2,6
Эйфорический	–	–
Анозогностический	–	5,3
Эргопатический	5,1	7,9
Паранойяльный	–	–

\* Различия статистически достоверны при  $p < 0,01$ .

следствиям болезни Паркинсона и конструктивно к проводимому лечению и сохранять своё психическое здоровье. При этом гармоничное отношение к самой болезни, к её лечению, врачам и медперсоналу было характерно только для 11,9 % больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21.

Анализ показал, что основными патопсихологическими факторами формирования расстройства адаптации, пролонгированной

депрессивной реакцией F43.21, у больных паркинсонизмом являлись выраженная ситуационная тревожность, проявляющаяся опасениями, суетливостью и реакцией испуга; фрустрация потребности в безопасности, ощущение собственного бессилия как результат противодействия неблагоприятным обстоятельствам; сочетание тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт; истероидных и сенситивно-тревожных особенностей реагирования на болезнь.

Пусковым фактором развития депрессивной реакции F43.21 у больных с болезнью Паркинсона является не столько сама болезнь Паркинсона, сколько наличие выраженных, прежде всего моторных, её последствий. В период от установления диагноза паркинсонизма до формирования депрессивной реакции у больных происходит фрустрация потребностей в безопасности и сохранении

собственной индивидуальности, формируется состояние выраженного психологического переутомления, разочарованности и неудовлетворённости, ощущение собственного бессилия вследствие явного прогрессирования болезни Паркинсона.

На фоне данных патопсихологических изменений вследствие преобладания у больных этой группы тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт развивается аффективная депрессивная реакция невротического генеза, которая формируется по механизму «бегства в болезнь», что позволяет больным оправдать своё бездействие и слабость.

Полученные в ходе исследования результаты следует учитывать в дифференциальной диагностике данной депрессивной патологии у больных болезнью Паркинсона, а также при разработке программ её своевременной профилактики и терапии.

### Список литературы

1. Болезнь Паркинсона, диагностические критерии и стратегия лечения / Ю. И. Головченко, И. Н. Карабань, Т. Н. Калищук-Слободин [и др.]. – К. : БВИ-Принт, 2008. – 68 с.
2. *Московко С. П.* Мир болезни Паркинсона / С. П. Московко, Г. С. Московко // НЕЙРОNEWS. – 2008. – № 3/2. – С. 43–49.
3. Epidemiology of Parkinson's disease / G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen [et. al.] // J. Neurology. – 2008. – Vol. 255. Suppl. 5. – P. 18–32.
4. *Зальялова З. А.* Немоторные проявления болезни Паркинсона : методическое пособие для постдипломного образования / З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов. – Казань, 2009. – 34 с.
5. *Нодель М. Р.* Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни / М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22–23 сентября 2008 г. – М., 2008. – С. 92–94.
6. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот [и др.] // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50), (додаток). – С. 58–59.
7. *McGlenn T.* Диагностика и лечение тревожных расстройств : руководство для врачей / T. McGlenn, G. L. Metkalf / пер. с англ. ; под ред. Ю. А. Александровского. – Am. Psychiatric Press, 1989. – P. 98–101.
8. *Собчик Л. Н.* Многофакторный метод исследования личности СМЛЛ (ММРЛ) : метод. пособие / Л. Н. Собчик. – СПб., 1999. – 137 с.
9. *Собчик Л. Н.* МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера : практ. руководство / Л. Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.
10. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб., 2005. – 86 с.

*Д.Ю. Сайко*

**ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА**

Обстежено 135 хворих на паркінсонізм, ускладнений розладом адаптації у вигляді депресивних реакцій та без психічних порушень. Проаналізовано особливості емоційно-потребової сфери, різноманітність особистісних особливостей, типи відношення до хвороби. Виділено основні патопсихологічні чинники формування депресивних реакцій у хворих на паркінсонізм, описано механізм їх патогенезу.

**Ключові слова:** хвороба Паркінсона, депресивна реакція, психопатологічні зміни, патогенез.

*Д.Ю. Сайко*

**PATHOPSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF FORMATION OF THE DEPRESSIVE REACTIONS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE**

135 patients with parkinsonism complicated by adjustment disorder in form of depressive reactions and without mental impairments were examined. Peculiarities of an emotional-need sphere, a significance of personality peculiarities, and types of attitude towards the disease have been analyzed. The main pathopsychological factors of formation of depressive reactions in patients with parkinsonism were determined, and mechanism of their pathogenesis was described.

**Key words:** Parkinson's disease, depressive reaction, psychopathological changes, pathogenesis.

*Поступила 24.02.12*