

УДК 616.832-004.2:616.895.4-07-008.47

*М.В. Данилова*

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

### **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

Обследованы 230 больных рассеянным склерозом, среди которых 101 больной с органическим депрессивным расстройством в клинической картине и 129 больных без признаков депрессивной симптоматики. На основании комплексного исследования выделены основные этиопатогенетические, клинико-психопатологические и патопсихологические особенности органической депрессии при рассеянном склерозе. Описан патопсихологический механизм ее развития.

**Ключевые слова:** органическое депрессивное расстройство, рассеянный склероз, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы.

В последние годы в мире, и в Украине в частности, в структуре заболеваемости неврологической патологией лидирующие позиции занимают демиелинизирующие заболевания, в первую очередь рассеянный склероз. Количество новых случаев рассеянного склероза увеличивается в среднем с 2,2 до 3,4 случая на 100 тыс. населения в год, в некоторых странах Северной Европы — до 5–8 новых случаев. В Украине (согласно данным за 2009 год) этот показатель составляет 3,1 нового случая на 100 тыс. населения [1, 2].

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний рассеянный склероз является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста. Уже через 10 лет от начала заболевания 30–37 % больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50 % больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей [3, 4].

Особую медико-социальную проблему у пациентов с рассеянным склерозом представляют депрессивные расстройства. Данные относительно распространенности депрессивных расстройств при рассеянном склерозе крайне противоречивы (от 6,8 до 75 %). Однако несмотря на противоречивость эпидемиологических данных большинство ученых отмечают, что больные

рассеянным склерозом чаще, чем пациенты с другими органическими заболеваниями нервной системы, страдают депрессивными расстройствами [5–8]. Следует также отметить, что частота попыток и завершенных суицидов у больных рассеянным склерозом выше, чем у пациентов с иными заболеваниями нервной системы, и в 7,5 раза выше, чем в общей популяции [6, 8].

При этом вопросы генеза и клиники депрессивных расстройств при рассеянном склерозе остаются вне поля зрения исследователей. Их неизученность создает предпосылки для многочисленных диагностических расхождений, что препятствует проведению адекватной, своевременной, дифференцированной этиопатогенетической терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей формирования органического депрессивного расстройства при рассеянном склерозе.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 230 человек, из которых основную группу составил 101 больной рассеянным склерозом с органическим депрессивным расстройством (F06.36); контрольную группу — 129 больных рассеянным склерозом без депрессивных проявлений в клинической картине заболевания.

© М.В. Данилова, 2011

В процессе исследования были использованы следующие методы: клинико-психопатологический (сбор жалоб, анамнеза, изучение симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация); психометрические (шкала Монтгомери–Асберга, MADRS — для объективной оценки тяжести депрессии [9]; опросник депрессии Бека — для субъективной оценки тяжести депрессии [10]; клиническая шкала тревоги, CAS — для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [11]; шкала самооценки тревоги Шихана — для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [11]); психодиагностические (тест СМИЛ — для выявления личностных особенностей [12]; цветовой тест Люшера — для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [5]; Торонтская шкала алекситимии — для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [13]; опросник Бехтеревского института — для изучения типа отношений к болезни [14]).

**Результаты и их обсуждение.** Согласно анамнестическим данным, наследственная отягощенность психическими расстройствами у больных рассеянным склерозом с органической депрессией регистрировалась в 41,3 % случаев, среди факторов наследственной отягощенности преобладали расстройства личности — в 18,8 %. Перинатальная патология была зафиксирована у 57,4 % больных, невропатическая конституция — у 34,7 % обследованных. В преморбиде данных больных преобладали педантичность (53,5 %), тревожность (47,5 %) и интроверсия (47,5 %).

Психогенные факторы фиксировали у 40,6 % обследованных. Преобладающими психогенными факторами были: собственная болезнь (37,6 %), ухудшение материально-бытового состояния (37,6 %), угроза или потеря социального статуса (35,6 %). У 79,2 % пациентов психогении были хроническими.

Органическая депрессия чаще всего встречалась у пациентов с цереброспинальной и церебральной формами рассеянного склероза (48,5 и 47,5 % соответственно), при вторично прогрессирующем типе течения (69,3 %) и длительностью основного заболевания свыше 10 лет.

Анализ синдромальных вариантов депрессии у больных с органическим депрессивным расстройством при рассеянном склерозе продемонстрировал преобладание апатоадинамической депрессии (55,4 %).

Больные с апатоадинамическим вариантом депрессии характеризовались снижением побуждений, заторможенностью, адинамией, апатией. Апатический радикал проявлялся чувством нереализованности, бесперспективности, безнадежности, безразличия и равнодушия. Волевые побуждения были резко снижены.

Объективная оценка выраженности депрессии свидетельствовала о ее тяжести — (39,4±6,3) балла по шкале Монтгомери–Асберга. При этом пациенты, как правило, недооценивали тяжесть своего состояния и характеризовали депрессию как умеренно тяжелую — (19,3±2,7) балла по опроснику Бека.

В феноменологической структуре депрессивной симптоматики среди двигательных расстройств преобладали заторможенность движений, речи, мимики вплоть до полной адинамии, которые встречались в 78,2 % случаев, двигательное беспокойство регистрировалось у 31,7 % пациентов. Когнитивные нарушения характеризовались выраженностью и множественностью, среди них преобладали нарушения памяти (91,1 %), ригидность мышления (85,1 %), снижение уровня концентрации внимания (82,2 %) и трудности в принятии решений (73,3 %). Помимо значительного снижения когнитивных функций фиксировались также идеаторные нарушения в виде идей малочисленности (48,5 %). Основным поведенческим расстройством было ухудшение коммуникативных функций (86,1 %). Эмоциональные расстройства проявлялись в виде безразличия (76,2 %), тоски (75,2 %), постоянного ощущения усталости (72,3 %) и ангедонии (71,3 %), что представляло собой эмоциональную составляющую апатоадинамического варианта органической депрессии. Среди соматовегетативных расстройств преобладали головные боли (56,4 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (52,5 %), нарушения дыхания (48,5 %) и вегетовисцеральные кризы (39,6 %).

Проанализировав уровень объективной и субъективной тревоги, мы смогли зафиксировать у больных с органической депрессией при рассеянном склерозе средний уровень выраженности показателей объективной тревоги — (5,7±2,0) балла, что соответствует среднему уровню по шкале CAS, и низкий уровень субъективной тревоги — (24,1±3,2) балла, что соответствует низкому уровню по шкале Шихана. Достоверных различий по данным показателям между основ-

ной и контрольной группой установлено не было, что свидетельствовало о незначительной роли тревоги в генезе и клинике органического депрессивного расстройства. Расхождение объективных и субъективных оценок тревоги у больных с органической депрессией в сторону снижения субъективной оценки было связано с когнитивными изменениями психики, в частности со снижением критики больных органической депрессией при рассеянном склерозе.

В характерологическом профиле (на основании методики СМИЛ) больных с органической депрессией при рассеянном склерозе отмечалось значительное повышение показателей по шкалам аффективной ригидности в пределах  $(79 \pm 4)$  Т-балла, «импульсивности» в пределах  $(77 \pm 8)$  Т-баллов и «депрессии» в пределах  $(75 \pm 12)$  Т-баллов, что свидетельствовало о выраженных депрессивных и органических (аффективная ригидность, импульсивность) патопсихологических феноменах. Основными патопсихологическими личностными проявлениями у больных с органической депрессией при рассеянном склерозе были: эпилептоидные черты характера, возбудимость, импульсивность, нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний, отсутствие выраженной конформности, конфликтность. Сочетание высоких показателей по шкалам аффективной ригидности и импульсивности характеризовало наличие эксплозивного (вспыльчивого) типа эмоционального и поведенческого реагирования, что характерно для психопатологических расстройств органического генеза. В стрессовых ситуациях личности данного типа используют защитные механизмы отреагирования «во вне», как правило, агрессивного или негативного характера.

Высокие показатели по шкале депрессии в сочетании с пиками по шкалам ригидности и импульсивности отображали депрессивную форму реагирования у личности с возбудимо-импульсивными патохарактерологическими особенностями органического генеза, что свидетельствовало о наличии внутреннего конфликта, уходящего корнями в изначально противоречивый тип реагирования, в котором сочетаются разнонаправленные тенденции — высокая активность и динамичность процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженная инертность и неустойчивость — с другой. Психологически это проявлялось противоречивым сочетанием высокого уровня притяза-

ний с неуверенностью в себе, высокой активностью с быстрой истощаемостью. При этом показатели по данным трем шкалам превышали уровень 75 Т, что свидетельствовало о выраженном нарушении адаптации и наличии психопатологии.

По данным теста Люшера у больных с органической депрессией при рассеянном склерозе выявлено статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) по отношению к контрольной группе преобладание коричневого и черного цветов на первой и второй позициях (соответственно в 90,1 и в 82,2 % случаев) и красного и фиолетового цветов — на седьмой и восьмой позициях (соответственно в 86,1 и в 78,2 % случаев). Преобладание коричневого и черного цветов на первой и второй позициях (+6+7) свидетельствовало об эмоциональной напряженности, физиологическом дискомфорте и потребности в покое больных с органической депрессией при рассеянном склерозе. Сложившаяся ситуация воспринималась как трудноразрешимая, вызывающая разочарование, неудовлетворенность собой с избыточной самокритичностью, отмечался пассивный протест против сложившихся обстоятельств. Преобладание у больных органической депрессией красного и фиолетового цветов на седьмой и восьмой позициях (-3-5) отражало фрустрированную потребность в сохранении собственной индивидуальности и «социально значимой ниши», создающей ощущение безопасности. Отмечалось состояние крайней разочарованности, неудовлетворенности, потребность в сочувствии и ощущение собственного бессилия. Базовый эмоциональный конфликт у больных с органической депрессией (+6-3) был связан с переутомлением, чувством обессилности, которые развились в процессе противодействия неблагоприятным обстоятельствам. В целом, результаты теста отчетливо отражали стресс, вызванный фрустрацией потребности в сохранении собственной безопасности, высокую актуальность потребности в эмоциональном покое вследствие переутомления из-за сложившейся ситуации, которая вызывала напряженность, физиологический дискомфорт и эмоционально истощала больных.

При исследовании выраженности алекситимии (по данным Торонтской шкалы алекситимии) установлен низкий ее уровень у больных как основной [ $(62 \pm 8)$  баллов], так и контрольной [ $(48 \pm 9)$  баллов] групп, статистически значимых различий

между группами не обнаружено. Больные обеих групп характеризовались достаточной способностью к вербализации эмоциональных состояний, способностью определять и описывать собственные переживания и чувства, что свидетельствовало о малой роли алекситимии в формировании у больных рассеянным склерозом депрессивного расстройства органического типа.

При анализе типов отношения к болезни установили преобладание у больных органической депрессией апатического типа отношения к своему заболеванию. Апатический тип отношения к болезни в основной группе встречался в 78,2 % случаев, в контрольной — в 1,6 % (при  $p \leq 0,001$ ), что отражало наличие у больных органической депрессией полного безразличия к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. Больные пассивно подчинялись процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Также отмечалась утрата интереса ко всему, что ранее волновало, в том числе к близким и родным людям, социальному и профессиональному статусу.

Следовательно, согласно данным исследования в генезе органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом важная роль принадлежала перинатальной патологии, наличию церебральной и цереброспинальной форм рассеянного склероза, вторично прогрессивного типа течения и длительности демиелинизирующего процесса свыше 10 лет.

Клинико-психопатологические особенности органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом заключались в преобладании апатоадинамического синдрома, выраженной степени тяжести; наличии в феноменологической структуре депрессивной симптоматики двигательных расстройств в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до полной адинамии; выраженных нарушений познавательных процессов (снижения памяти и уровня концентрации внимания, ригидности мышления); поведенческих расстройств в виде ухудшения коммуникативных функций; аффективности органиче-

ского типа и относительно слабой выраженности соматовегетативных проявлений.

Основными патопсихологическими факторами формирования органического депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом выступали: возбудимомпульсивная (эпилептоидная) форма реагирования, сочетающаяся с инертностью и высокой истощаемостью психики; фрустрация потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности; защитный механизм, выраженный в агрессивном поведении (отреагирование «во вне») и приводящий к социальной дезадаптации; апатическое отношение к заболеванию рассеянным склерозом и его лечению.

Патопсихологический механизм формирования органической депрессии у больных рассеянным склерозом заключался в следующем. Пусковым фактором развития депрессии служил факт наличия демиелинизирующего заболевания и его физических последствий, которые вызывали фрустрацию потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности. Данная фрустрация обуславливала рост психологического напряжения, характерного для личности с органическими патопсихологическими особенностями. Для снятия напряжения запускался механизм защитного поведения, проявляющийся в отреагировании «во вне» в форме агрессивного поведения. Использование этого защитного механизма не снимало состояния фрустрации основных личностных потребностей, но постепенно истощало психику больного, вызывало астению и в конечном итоге приводило к депрессивному состоянию с апатическим компонентом.

Выделенные в ходе исследования этиопатогенетические, клинико-психопатологические и патопсихологические особенности органической депрессии у больных рассеянным склерозом могут использоваться в качестве дифференциальных критериев диагностики данной формы депрессивного расстройства при рассеянном склерозе и обязательно учитываться в разработке лечебных и коррекционных программ.

#### Список литературы

1. Рассеянный склероз в Украине: распространенность, течение, прогноз, лечение, фармакоэкономика / П. В. Волошин, Н. П. Волошина, В. И. Тайцлин [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 6–21.
2. Волошин П. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П. В. Волошин, Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева // Міжнародний неврологічний журнал. — 2006. — № 3 (7). — С. 9–13.

3. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. — [3-е изд., перераб. и доп.]. — М. : МИА, 2007. — 197 с.
4. Связанное со здоровьем качество жизни у больных рассеянным склерозом / Н. А. Малкова, О. В. Рябухина, Л. А. Бабенко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — № 12. — С. 31–37.
5. *Евтушенко С. К.* Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды (2-е сообщение) / С. К. Евтушенко, И. Н. Деревянко // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 2 (6). — С. 2–12.
6. *Собчик Л. Н.* МЦВ — метод цветowych выборов. Модифицированный восьмичетовой тест Люшера : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб. : Речь, 2001. — 112 с.
7. *Dilley Mike.* Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение / Mike Dilley, Simon Fleminger // Обзор современной психиатрии. — 2006. — Вып. 30. — С. 23–34.
8. *Siebert R. J.* Depression in multiple sclerosis: a review / R. J. Siebert, D. A. Abernethy // J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 2005. — V. 76. — P. 469–475.
9. *Монтгомери С. А.* Новая шкала депрессии, разработанная как чувствительная к изменениям / С. А. Монтгомери, М. Асберг // Британский журнал психиатрии. — 1997. — Т. 134. — С. 332–389.
10. Когнитивная терапия депрессий / Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. — СПб. : Питер, 2003. — 304 с.
11. *Мак Глинн Т. Дж.* Диагностика и лечение тревожных расстройств : руководство для врачей / Т. Дж. Мак Глинн, Г. Л. Меткалф (McGlenn T. G., Metkalf G. L.) ; [пер. под ред. Ю. А. Александровского]. — American Psychiatric Press, 1989. — P. 98–101.
12. *Собчик Л. Н.* Многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРІ) : методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.
13. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / [Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. и др.]. — СПб. : СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 32 с.
14. Психологическая диагностика отношения к болезни : [пособие для врачей] / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. — СПб., 2005. — 86 с.

**М.В. Данилова**

#### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА І ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЧНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

Обстежено 230 хворих на розсіяний склероз, серед яких 101 хворий з органічним депресивним розладом в клінічній картині і 129 хворих без ознак депресивної симптоматики. На підставі комплексного дослідження виділені основні етіопатогенетичні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості органічної депресії при розсіяному склерозі. Описаний патопсихологічний механізм її розвитку.

**Ключові слова:** органічний депресивний розлад, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники.

**M.V. Danylova**

#### CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTER OF ORGANIC DEPRESSIVE DISORDER IN MULTIPLE SCLEROSIS

Two hundred thirty patients with multiple sclerosis, including 101 patients with organic depressive disorder in the clinical picture and 129 patients without features of depressive symptoms were examined. On the base of an integrated investigation the main etiopathogenetic, clinical-psychopathological, and psychopathological peculiarities of organic depression in multiple sclerosis were determined. The pathopsychological mechanism of its development was described.

**Key words:** organic depressive disorder, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors.

Поступила 29.03.11