

УДК 616.832-004.2:616.895.4-07-008.47

© Марута Н.А., Данилова М.В., Череднякова Е.С., 2011

**ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ****Марута Н.А., Данилова М.В., Череднякова Е.С.***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»*

Стремительный рост депрессивной патологии ставит данную проблематику в ранг одной из самых неотложных и актуальных в современной психиатрии. Только за последние 10 лет уровень депрессивных расстройств в Украине вырос на 17,7 %, причем наибольшим возрастом характеризуется группа непсихотических депрессий, в частности развившихся на фоне неврологических заболеваний [7,10]. Распространенность депрессивных расстройств среди больных с неврологической патологией колеблется от 25 до 40%, при рассеянном склерозе данный показатель составляет по данным разных источников от 30 до 70 % [2,11]. Наличие депрессивной симптоматики значительно усугубляет течение и прогноз основного заболевания, негативно влияет на качество жизни и социальное функционирование больного, увеличивает риск суицидального поведения, что обуславливает необходимость детального изучения факторов этиопатогенеза депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патофизиологических особенностей формирования депрессивного эпизода при рассеянном склерозе.

Для реализации цели исследования использовались *клинико-психопатологический метод* (сбор жалоб, анамнеза, изучения симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация), *психометрические методы* (шкала Монтгомери-Асберга – для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) [5]; опросник депрессии Бека - для субъективной оценки тяжести депрессии [3]; клиническая шкала тревоги (CAS) – для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [4]; шкала самооценки тревоги Шихана - для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [4]), *психодиагностические методы* (тест СМИЛ - для выявления личностных особенностей [8]; цветовой тест Люшера - для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [9]; Торонтская шкала алекситимии – для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [1]; опросник Бехтеревского института - для изучения типа отношений к болезни [6]) и *методы математической обработки* полученных данных.

Основную группу исследования составили 35 больных рассеянным склерозом, осложненным депрессивным эпизодом (F32.0-32.2). В группу контроля вошли больные рассеянным склерозом без депрессивных проявлений в клинической картине в количестве 129 человек.

При изучении клинико-психопатологических закономерностей формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом наследственная отягощенность психическими расстройствами регистрировалась у 80% больных, из них у 74,3 % обследованных наследственность была отягощена аффективными расстройствами. Перинатальная патология фиксировалась в 11,4 % случаев, невропатическая конституция – в 25,7% случаев.

Среди преморбидных личностных особенностей у данных больных наблюдалось преобладание дистимических (94,3 %), циклотимических (40,0 %) и интовертированных (37,1 %) черт. Психогенным факторам в формировании депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом отводилась незначительная роль. Психогении в виде собственной болезни, ухудшения материально-бытового состояния и потери (угроза потери) социального статуса регистрировались у 37,1 % больных. В большинстве случаев (77,1 %) психогенные факторы имели хронический характер воздействия. Депрессивный эпизод, развивался преимущественно у пациентов с длительностью рассеянного склероза 6-10 лет (71,5 %), при рекуррентно-ремитирующем типе течения (94,3 %) и спинальной форме демиелинизирующего процесса (60,0 %).

Анализ клинико-психопатологических проявлений у больных депрессивным эпизодом свидетельствовал о преобладании в синдромальной структуре тоскливой (меланхолической) депрессии (77,1 %). Больные характеризовались тоскливым настроением, утратой эмоционального резонанса, идеаторной и моторной заторможенностью, мыслями о собственной малоценности, чувством вины, суицидальными мыслями, суточными изменениями настроения (с улучшением настроения во вто-

Объективно фиксировалось наличие умеренной степени тяжести депрессивного состояния (27,4±2,1 балла по шкале MADRS), что соответствовало субъективной оценке, которая также достигала уровня умеренной степени тяжести (20,0±3,5 балла по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессии продемонстрировал наличие выраженного двигательного компонента в проявлениях депрессивного эпизода при рассеянном склерозе в виде заторможенности движений, речи, мимики у 85,7 % обследованных и двигательного беспокойства у 31,4 % больных.

Значительную выраженность в проявлениях депрессивного эпизода имели когнитивные нарушения, которые проявлялись преимущественно в виде нарушений памяти (91,4 %) и снижении уровня концентрации внимания (85,7 %). В идеаторной сфере преобладали идеи малоценности (80,0 %).

Поведенческие расстройства у больных депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе регистрировались преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций (82,9 %).

В структуре эмоциональных проявлений у больных депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе с наибольшей частотой встречались эндогенные эквиваленты депрессивного расстройства: суточные колебания настроения (91,4 %), безразличие (77,1 %), тоска (71,1 %), горе (скорбь) и отчаяние (68,6 %).

Среди сомато-вегетативных расстройств у данных больных доминирующими были наруше-

ния аппетита (80,0%), нарушение сна (77,1%), снижение массы тела (74,3%), запоры (71,4%).

Анализ уровня тревожной симптоматики (на основании результатов клинической шкалы тревоги (CAS) и шкалы самооценки тревоги Шихана) продемонстрировал наличие у больных с депрессивным эпизодом низкого уровня как объективной, так и субъективной тревоги, что свидетельствовало о низкой роли тревоги в генезе депрессивного эпизода при рассеянном склерозе.

В личностном профиле (по данным методики СМІЛ) у больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе было зафиксировано значительное повышение показателей по шкале «депрессии» в пределах  $79 \pm 4$  Т-баллов и шкале «индивидуальности» в пределах  $75 \pm 6$  Т-баллов и отмечено снижение показателей по шкале «оптимизма» в пределах  $34 \pm 2$  Т-баллов. В целом усредненный личностный профиль СМІЛ у больных с депрессивным эпизодом свидетельствовал о выраженных аффективных (депрессивных) и умеренных личностных патопсихологических расстройствах гипостеничного типа. Сочетание аффективных и личностных расстройств, при высоких показателях шкалы «индивидуальности», свидетельствовало об эндогенном генезе этих расстройств. Исходя их анализа профиля СМІЛ, в качестве основных патопсихологических личностных проявлений у больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом были выделены: пассивность, снижение уровня активности, неловкость в межличностных контактах, замкнутость и отстраненность, пессимистичность, инертность в принятии решений, неуверенность в себе, склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины. Ведущей мотивационной направленностью выступала тенденция к избеганию неуспеха. В качестве основного защитного механизма использовались отказ от самореализации, усиление контроля сознания, уход в мир фантазий.

По результатам теста Люшера у больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе было выявлено, статистически достоверное по отношению к контрольной группе, преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях (соответственно в 85,7% и в 77,1% случаев) и красного и зеленого - на седьмой и восьмой позициях (соответственно в 82,9% и в 71,4% случаев). Преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях (+7+0) свидетельствовало о доминировании пессимистической оценки своего состояния и сложившейся ситуации. Больным с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе была свойственна выраженная протестная реакция по отношению к сложившейся ситуации, сопротивление внешним обстоятельствам, давлению средовых воздействий. Эта протестная реакция выражалась в ограничении контактов, в пассивном противодействии, в самоизоляции. Ведущие физиологические и личностные потребности были фрустрированы. Преобладание красного и зеленого цветов - на седьмой и восьмой позициях (-3-2) отражало выраженный стресс, связанный с блокировкой самореализации. Отмечалась фрустрация потребности в достижении успеха, снижение и утрата контроля над сложившейся ситуацией, неудовлетворенность своей социальной позицией. Больные ощущали собственное бессилие перед лицом препятствий, которые субъективно воспри-

нимались ими как непреодолимые. Фиксировалось выраженное общее эмоциональное перенапряжение и беспомощность. Основной эмоциональный конфликт (+7-3) был связан с переутомлением вследствие нервного перенапряжения, непереносимостью внешних воздействий, ощущением несчастья, невозможностью контролировать происходящее вокруг. Отмечалась склонность к импульсивным аутоагрессивным действиям.

Следовательно, преобладание выраженных протестных реакций в виде ограничения контактов, пассивного противодействия и самоизоляции при фрустрации ведущих физиологических и личностных потребностей, вызванных сложившейся ситуацией, отражает наличие и механизм формирования депрессивного эпизода при рассеянном склерозе.

Больные рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом характеризовались высоким уровнем выраженности алекситимии ( $94 \pm 7$  баллов), что значительно превышало данный показатель в контрольной группе -  $48 \pm 9$  баллов,  $p \leq 0,05$ . Наличие высокого уровня алекситимии у больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе свидетельствовало о сниженной способности к вербализации эмоциональных состояний, трудностях в определении и описании собственных переживаний, в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта.

Среди типов отношения к болезни у больных с депрессивным эпизодом наблюдалось преобладание меланхолического и сензитивного типов отношения к болезни (77,1% и 65,7%, соответственно). Эти два типа отношения к болезни, как правило, сочетались между собой. При меланхолическом типе отношения к болезни больные были удручены своим состоянием, болезнью, не верили в благополучное лечение, в возможное улучшение, в профессионализм врачей. Больные были ориентированы только на неблагоприятный исход болезни, ее негативное влияние на карьеру, социальное положение, семейные отношения. Отмечались сниженное настроение, идеи самообвинения и самоунижения. Больные с сензитивным типом отношения к болезни характеризовались чрезмерной озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни и ее последствиях. У больных этой группы отмечались боязнь стать обузой для близких, боязнь развития неблагоприятного с их стороны отношения в связи с болезнью и т.д.

Таким образом, по результатам исследования клинико-психопатологическая характеристика депрессивного эпизода при рассеянном склерозе включала: доминирование синдрома тоскливой (меланхолической) депрессии, умеренной тяжести; соответствие субъективной и объективной оценки тяжести состояния; наличие выраженных двигательных, когнитивных и идеаторных расстройств; ухудшение коммуникативных функций; эндогенный характер эмоциональных (тоска, безразличие, горе, отчаяние, суточные колебания настроения) и сомато-вегетативных расстройств (нарушение сна, аппетита, снижение массы тела, запоры).

В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом были выделены: наследственная отягощенность психическими расстройствами аффективного регистра, преморбидные личностные особенности «аффективного спектра»

(дистимические, циклотимические и интровертированные), хронический характер психогенных воздействий, длительность демиелинизирующего процесса 6-10 лет, рекуррентно-ремитирующий тип течения и спинальная форма рассеянного склероза

Основными патопсихологическими факторами формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом служили: фрустрация потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией; аффективная (депрессивная) форма реагирования на внешние воздействия у гипостенической личности; сниженная способность к вербализации и осознанию эмоциональных состояний, собственных переживаний и когнитивной переработке аффекта (высокий уровень алекситимии); защитный механизм, выраженный в отказе от самореализации, в ограничении контактов, в пассивном противодействии, в самоизоляции и уходе в мир фантазий;

Пусковым фактором развития депрессивного эпизода служило наличие демиелинизирующего заболевания, что значительно фрустрировало потребность в самореализации и в достижении успеха. Данная фрустрация способствовала формированию конституционально-обусловленного депрессивного состояния. Сниженная способность к когнитивной переработке аффекта способствовала закреплению и утяжелению депрессивной симптоматики. Для преодоления депрессивного состоя-

ния, как дезадаптивной реакции психики, запущался механизм защитного поведения, проявляющийся в отказе от самореализации, в ограничении контактов, в пассивном противодействии и в самоизоляции. Этот защитный механизм еще больше блокировал реализацию личностных потребностей и, в конечном счете, приводил к усилению депрессивного состояния, как основного механизма отреагирования на негативные воздействия личности гипостенического типа.

Каждому этапу формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом соответствовал определенный тип отношения к основной болезни. Так, на этапе фрустрации основных личностных потребностей и роста психологического напряжения, у больных формировался преимущественно сенситивный тип отношения к болезни, на этапе формирования депрессивного расстройства - преимущественно меланхолический тип отношения к болезни.

Выделенные в ходе исследования клинико-психопатологические и патопсихологические особенности больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе могут использоваться в качестве дополнительных дифференциальных критериев диагностики данной формы депрессивной патологии у больных рассеянным склерозом и учитываться при разработке терапевтических и профилактических программ.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ереско, Г.Л. Исурин, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
  2. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова; [3-е изд., перераб. и доп.]. – М.: МИА, 2007. – 197 с.
  3. Когнитивная терапия депрессий / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб.: «Питер», 2003. – 304 с.
  4. МакГлинн Т.Дж., Меткалф Г.Л. Диагностика и лечение тревожного расстройства: руководство для врачей / Т.Дж. МакГлинн, Г.Л. Меткалф (McGlenn T.G., Metkalf G.L.); [пер. под ред. Ю.А. Александровского] – American Psychiatric Press. – 1989 – P. 98–101.
  5. Монтгомери С.А., Асберг М. Новая шкала депрессии, разработанная как чувствительная к изменениям / С.А. Монтгомери, М. Асберг // Британский журнал психиатрии. – 1997. – №134. – С. 332–389
  6. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс / СПб., 2005. – 86 с.
  7. 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.
  8. Собчик Л.Н. Многофакторный метод исследования личности СМІЛ (ММРІ): методическое пособие / Л.Н. Собчик. – СПб., 1999. – 137с.
  9. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветových выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство / Л.Н. Собчик. – СПб.: Изд-во «Речь», 2001. – 112 с.
  10. Dilley M., Fleminger S. Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение / M. Dilley, S. Fleminger // Обзор совр. психиатрии. – 2006. – Вып.30. – С. 23–34
  11. Siegert R.J., Abernethy D.A. Depression in multiple sclerosis: a review / R.J. Siegert, D.A. Abernethy // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 2005. – Vol.76. – P. 469–475.
- Марута Н.А., Данилова М.В., Черднякова Е.С.** Общие закономерности формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 243-245.
- Обследовано 164 больных рассеянным склерозом, из них основную группу составили 35 больных с депрессивным эпизодом в клинической картине, контрольную - 129 больных без депрессивной симптоматики. На основании комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования выделены основные особенности протекания и факторы формирования депрессивного эпизода у больных рассеянным склерозом. Описан патопсихологический механизм развития депрессивного эпизода.
- Ключевые слова:** депрессивный эпизод, рассеянный склероз, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы
- Марута Н.О., Данилова М.В., Черднякова О.С.** Загальні закономірності формування депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 243-245.
- Обстежено 164 хворих на розсіяний склероз, з них основну групу склали 35 хворих з депресивним епізодом в клінічній картині, контрольну – 129 хворих без депресивної симптоматики. На підставі комплексного клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження виділено основні особливості протікання та чинники формування депресивного епізоду у хворих на розсіяний склероз. Описано патопсихологічний механізм розвитку депресивного епізоду.
- Ключові слова:** депресивний епізод, розсіяний склероз, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники
- Maruta N.O., Danylova M.V., Cherednyakova O.S.** General conformities to law of formation of depressive episode in patients with multiple sclerosis // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 243-245.
- One hundred sixty four patients with multiple sclerosis were examined. The main group consisted of 35 patients with depressive episode in the clinical picture; the control group consisted of 129 patients without depressive symptoms. On the base of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation the main peculiarities of course and factors of formation of depressive episode in patients with multiple sclerosis were defined. The pathopsychological mechanism of development of depressive episode was described.
- Key words:** depressive episode, multiple sclerosis, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors

Надійшла 08.09.2011 р.

Рецензент: проф. С.Є.Казакова