

ОСОБЕННОСТИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Сайко Д. Ю.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

В связи с прогрессивным увеличением доли пожилых людей в общей структуре населения Украины значительно возрастает актуальность изучения заболеваний, формирующихся в пожилом возрасте. Болезнь Паркинсона – одно из наиболее распространенных в мире нейродегенеративных заболеваний, которое преимущественно начинается в позднем возрасте и встречается у 1-2% лиц старше 65 лет [1,4,6,8]. Истинные показатели этого заболевания с учетом сложности диагностики на ранних этапах болезни гораздо выше.

Особую проблему представляют коморбидные психические расстройства, сопровождающие болезнь Паркинсона, в частности депрессивные расстройства, которые по данным разных авторов отмечаются у 40–90% больных паркинсонизмом [3,5,7]. В современных исследованиях установлено, что наличие депрессии коррелирует с более быстрым прогрессированием болезни Паркинсона, более быстрым снижением когнитивных функций и уровня выполнения занятий повседневной жизни, а также является существенным фактором риска развития деменции при болезни Паркинсона [2,9,10]. Однако вопросы генеза, закономерностей формирования и характера протекания депрессий при болезни Паркинсона на сегодняшний день все еще остаются открытыми и требуют детальной разработки.

Целью настоящего исследования было изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей развития органических депрессий при болезни Паркинсона.

В исследовании приняло участие 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

В качестве инструментария использовались клинико-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS) и патопсихологические методы: тест СМИЛ; цветовой тест Люшера; опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни.

Согласно данным исследования средний возраст больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 составил $66,1 \pm 2,5$ лет, а длительность заболевания – $15,5 \pm 2,0$ лет (при $p < 0,05$).

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство F06.36 у больных с болезнью Паркинсона проявлялось преимущественно астено-анергическим синдромом (в 65,2% случаев, при $p < 0,01$). Астено-анергическая депрессия у пациентов с болезнью Паркинсона характеризовалась наличием в структуре депрессивного синдрома витальной астении, более выраженной в первой половине суток.

Депрессивное расстройство F06.36 у больных паркинсонизмом (по данным шкалы PANSS) проявлялось: в средней степени выраженности депрессивным настроением (в 80,9% случаев, при $p < 0,01$), нарушениями абстрактного мышления (в 44,9% случаев, при $p < 0,05$), моторной заторможенностью (в 43,8% случаев, при $p < 0,05$), напряженностью (в 39,3% случаев, при $p < 0,05$); в умеренной степени выраженности расстройствами воли (в 68,5% случаев, при $p < 0,01$), чувством вины (в 55,1% случаев, при $p < 0,01$), недостаточностью суждений и критики (в 39,3% случаев, при $p < 0,05$), нарушениями внимания (в 37,1% случаев, при $p < 0,05$).

Объективная тяжесть депрессии F06.36 у больных паркинсонизмом (по данным MADRS) соответствовала умеренной степени тяжести и составляла $28,1 \pm 1,8$ баллов. Относительно отдельных показателей шкалы MADRS у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F06.36 в тяжелой степени выраженности диагностировались нарушение интенции в деятельности (усталость) ($4,8 \pm 0,9$ баллов) и пессимистические мысли ($4,7 \pm 0,8$ баллов); в умеренной степени выраженности – нарушение концентрации когнитивных функций (внимания, мышления) ($3,5 \pm 0,6$ баллов), субъективные и объективные признаки подавленного настроения ($3,1 \pm 0,7$ и $2,9 \pm 0,6$ баллов, соответственно) и внутреннее напряжение ($2,7 \pm 0,5$ баллов). У больных контрольной группы вышеперечисленные симптомы были выражены не значительно – $1,3 \pm 0,4$; $0,6 \pm 0,2$; $1,5 \pm 0,6$; $0,9 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$; $1,3 \pm 0,6$ балла, соответственно (при $p < 0,01$).

По уровню выраженности тревоги (по данным шкалы CAS) между основной и контрольной группой значимых различий получе-

но не было, в обеих группах диагностировался низкий уровень тревожности.

Среди двигательных расстройств психопатологического генеза у больных с болезнью Паркинсона и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 преобладали рудиментарные двигательные расстройства (гипомимия с выражением печали, страдания, легкая заторможенность движений и мышечная адинамия и т.д.) (в 61,9% случаев, при $p < 0,01$), у больных контрольной группы данные расстройства не наблюдались.

По уровню когнитивного дефицита у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F06.36 (по данным Mini Mental State Examination - MMSE) в 66,3% случаев отмечались умеренные когнитивные изменения, у больных контрольной группы умеренные когнитивные изменения наблюдались только в 7,9% случаев (при $p < 0,01$).

Основными расстройствами мышления у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F06.36 являлись: быстрая истощаемость психической деятельности (в 88,8% случаев), снижение уровня концентрации внимания (в 71,9% случаев), ригидность мышления (53,9% случаев), нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной) (в 40,4% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные расстройства мышления и когнитивных функций не превышали уровня в 18,4%, 17,1%, 13,2%, 19,7%, соответственно (при $p < 0,01$).

Наиболее распространенными расстройствами поведения у больных с болезнью Паркинсона и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 были астенические расстройства (в 80,9% случаев) и ухудшение коммуникативных функций (в 73,0% случаев). У больных контрольной группы наблюдалось только ухудшение коммуникативных функций (в 14,5% случаев) (при $p < 0,01$).

Среди эмоциональных расстройств у больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 были представлены: постоянное ощущение усталости (в 79,8% случаев), эмоциональная лабильность (в 44,9% случаев), слабодушие (в 42,7% случаев), тоска (в 39,3% случаев) и безразличие (в 37,1% случаев). У больных контрольной группы тоскливое состояние не встречалось, постоянное ощущение усталости наблюдалось в 3,9% случаев, эмоциональная лабильность – в 10,5% случаев, слабодушие – в 2,6% случаев, безразличие – в 2,6% случаев (при $p < 0,01$).

В клинике соматовегетативных расстройств у больных с болезнью Паркинсона и депрессивным расстройством F06.36 отмечались: снижение массы тела в 67,4% случаев, сексуальные нарушения – в 61,8% случаев, нарушение аппетита – в 41,6% случаев, нару-

шения сна – в 39,3% случаев. У больных контрольной группы выше указанные соматовегетативные нарушения встречались гораздо реже: в 2,6%, 22,4%, 5,3% и 17,1% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

Согласно клиническому исследованию немоторных и моторных проявлений болезни Паркинсона (по данным шкалы MDS-UPDRS) у больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 основными немоторными проявлениями в умеренной степени тяжести были: нарушение когнитивных функций ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), депрессивное настроение ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$); проблемы сна ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,01$), дневная сонливость ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), апатия ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), тревожное состояние ($1,2 \pm 0,4$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы депрессивное настроение и апатия не диагностировались, а нарушение когнитивных функций, дневная сонливость, тревожное состояние не превышали – $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ баллов, соответственно.

Основными моторными проявлениями болезни Паркинсона, которые отмечали больные с депрессией F06.36 были: в умеренной степени выраженности расстройства вставания с постели, сидения машины или глубокого кресла ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), нарушения хобби и другой деятельности ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), нарушения поворотов в постели ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,01$), затруднения в реализации гигиенических навыков ($1,2 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), застывания ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства речи ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы выраженность выше указанных моторных расстройств не превышала $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,3$; $0,8 \pm 0,1$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ балла соответственно.

По результатам экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с F06.36 были выявлены в умеренной степени выраженности расстройства речи ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), застывания при ходьбе ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), постуральный тремор в руках ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), расстройства вставания со стула ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), брадикинезии ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), тремор покоя ($1,4 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), продолжительность тремора покоя ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), постуральная неустойчивость ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства движений руками ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства выражения лица ($1,2 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), расстройства пронации, супинации ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). В контрольной группе выраженность этих расстройств составляла $0,7 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,3$; $0,5 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,2$; $0,7 \pm 0,2$; $0,5 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ баллов, соответственно.

Из двигательных осложнений в группе больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F06.36 были выявлены в уме-

ренной степени выраженности влияние дискинезий на функциональную активность ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), влияние флюктуаций на функциональную активность ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), продолжительность дискинезий ($1,2 \pm 0,1$, при $p < 0,05$), двигательные флюктуации ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,01$). В контрольной группе выраженность этих осложнений была незначительной и составляла $0,5 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,1$; $0,4 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и органическим непереносимым депрессивным расстройством F06.36 позволил зафиксировать наличие позитивных корреляций между депрессией F06.36 и акинетико-ригидно-дрожательной формой болезни Паркинсона ($r=0,72$); медленным типом прогрессирования болезни Паркинсона ($r=0,78$); и 3 стадией болезни Паркинсона ($r=0,67$).

Анализ дневной двигательной активности продемонстрировал значительное преобладание у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F06.36 60% дневной двигательной активности (в 55,1% случаев, при $p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой где данный уровень дневной двигательной активности отмечался в 13,2% случаев. То есть, дневная двигательная активность пациентов с депрессивным расстройством F06.36 характеризовалась более высокой степенью зависимости, по сравнению с больными контрольной группы. Больные паркинсонизмом с депрессивным расстройством F06.36 могли выполнять только часть домашней работы, но очень медленно, с большими усилиями и ошибками.

Использование теста СМИЛ у больных болезнью Паркинсона с депрессивным расстройством F06.36 показало повышение показателей по шкалам депрессии (79 ± 6 Т-баллов); импульсивности (75 ± 7 Т-баллов) и тревожности (72 ± 5 Т-баллов). Подобные результаты отражали наличие внутреннего конфликта, связанного с противоречивым сочетанием высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой психофизической истощаемостью. Усредненный профиль СМИЛ свидетельствовал о наличии компенсаторной депрессивной реакции, развивающейся на фоне выраженного конфликта противоречивых мотивационно - поведенческих тенденций у больных с дистимическими, тревожными и возбудимыми особенностями реагирования на неблагоприятные факторы.

По данным теста М. Люшера у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36, было выявлено преобладание зеленого и коричневого (+2+6) цветов на первой и второй позициях (в 79,8% и в 75,3%) и желтого и красного (-4-3) - на седьмой и восьмой позициях ряда (в 84,3% и в 80,9%), $p < 0,05$. Полученные результаты констатировали фрустрацию потребности в самореализации и признании, которая при-

водила к пассивно-оборонительной позиции и дистрессу, проявляющемся в виде раздражительности, тревожной неуверенности, усталости и депрессии.

Среди преобладающих типов отношения к болезни Паркинсона у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36 диагностировались меланхолический (77,5%) и неврастенический (60,7%), (при $p < 0,01$) и проявлялись сниженным настроением с депрессивными высказываниями; неверием в улучшение состояния своего здоровья, в успех лечения; вспышками раздражения, завершающихся раскаянием и слезами; нетерпеливым отношением к медперсоналу и процедурам.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить основные клинико-психопатологические особенности и закономерности формирования органических депрессий при болезни Паркинсона.

Особенности клиники органических депрессий при болезни Паркинсона заключались в преобладании астено-анергического синдрома с ведущими астеническими расстройствами и ухудшением коммуникативных функций в поведении; умеренной степенью тяжести депрессии с преобладанием усталости и расстройств воли; наличием эмоциональных расстройств в виде постоянного ощущения усталости, чувства вины, эмоциональной лабильности, слабодушия, тоски, напряженности, безразличия и апатии; двигательных нарушений в виде рудиментарных двигательных расстройств; когнитивных нарушений в виде пессимистических мыслей, быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, нарушений абстрактного мышления и нарушений памяти; вегетативных расстройств в виде снижения массы тела, сексуальных нарушений, нарушений аппетита и сна.

Органические депрессии преимущественно формировались у больных с длительностью заболевания болезнью Паркинсона $15,5 \pm 2,0$ лет, при акинетико-ригидно-дрожательной форме, медленном типе прогрессирования на 3 стадии болезни Паркинсона. Больные болезнью Паркинсона, осложненной органической депрессией характеризовались 60% дневной двигательной активностью, умеренной выраженностью клинических проявлений болезни Паркинсона и двигательных осложнений, а также умеренным когнитивным дефицитом.

Пусковым фактором развития органической депрессии выступал факт наличия болезни Паркинсона и ее физических последствий, которые вызывали фрустрацию высокого уровня притязаний, потребности в самореализации и признании. Упорство в отстаивании фрустрированных позиций в сочетании с внутренними разноплановыми мотивационно-поведенческими тенденциями (достижение успеха – избегание неуспеха, активность и ре-

шительность – блокировка активности, стремление к доминированию – неуверенность в себе) вызывали компенсаторную депрессивную реакцию, характерную для личностей с дистимическими, тревожными и возбудимыми особенностями реагирования на неблагоприятные факторы.

Результаты исследования представляется целесообразным рассматривать в качестве дополнительных диагностических критериев органической депрессивной психопатологии у больных паркинсонизмом и учитывать при разработке программ их своевременной дифференцированной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Головченко Ю.И.** Болезнь Паркинсона диагностические критерии и стратегия лечения / Ю.И. Головченко, И.Н. Карабань, Т.Н. Калишук-Слободин с соавт. – К.: БВИ-Принт, 2008. – 68с.
2. **Калишук-Слободин Т.Н.** Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т.Н. Калишук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58–59.
3. **Карабань Н.В.** Болезнь Паркинсона и депрессия / Н.В. Карабань, А.В. Гудзенко // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, вип. 3(48). – С. 19–22.
4. **Левин О.С.** Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова. – М.: Медицина, 2006. – 256с.
5. **Мирецкая А.В.** Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона / А.В. Мирецкая, Н.В. Федорова, В.В. Макаров // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. – С.97–99.
6. **Московко С.П.** Мир болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. – №3/2. – 2008. – С. 43–49.
7. Efficacy of double-blind, placebo-controlled pramipexole against depression in Parkinsons disease / **P. Barone, W. Poewe, E. Tolosa, et.al.** // Abstracts of the Movement Disorders Society's Thirteenth International Congress of Parkinson's disease and movement disorders. June 7-11-2009-Suppl.1 –P.291.
8. Epidemiology of Parkinsons disease / **G. Alves, E.B. Forsaa, K.F. Pedersen, et. al.** // J.of. Neurology. –2008. –Vol.255, Suppl.5. – P. 18–32.
9. **Mike Dilley и Simon Fleminger.** Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение// Обзор современной психиатрии. – 2006. – Вып. 30 – С. 23–34
10. Study of the prevalence of depression among patients with Parkinson / **J.A Crippa, M.H.N. Chagas, A. Santos-Filho** // 16th Congress of the European Psychiatry: abstract – 2008. – Vol.23, suppl.2. – P. 1005.

Сайко Д.Ю. Особенности и закономерности развития органических депрессий при болезни Паркинсона (клинико-психопатологический и патопсихологический анализ) // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 135-138.

Обследовано 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована феноменологическая структура органического депрессивного расстройства при болезни Паркинсона, клинические особенности самой болезни Паркинсона, осложненной данной психопатологией, особенности эмоционально-потребностной сферы, выраженность личностных особенностей и типы отношения к болезни Паркинсона у данных больных. Выделены особенности клиники и закономерности формирования органического депрессивного расстройства на фоне болезни Паркинсона.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органическое депрессивное расстройство, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические закономерности формирования

Сайко Д.Ю. Особливості та закономірності розвитку органічних депресій при хворобі Паркінсона (клініко-психопатологічний та патопсихологічний аналіз) // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 135-138.

Обстежено 165 хворих на хворобу Паркінсона: 89 хворих з органічним непсихотичним депресивним розладом F06.36 (основна група) і 76 хворих без психічних порушень (контрольна група). Проаналізована феноменологічна структура органічного депресивного розладу при хворобі Паркінсона, клінічні особливості самої хвороби Паркінсона, ускладненої даної психопатологією, особливості емоційно-потребової сфери, виразність особистісних особливостей та типи відношення до хвороби Паркінсона. Виділено особливості клініки та закономірності формування органічного депресивного розладу при хворобі Паркінсона.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, органічний депресивний розлад, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні закономірності формування

Sayko D.Yu. Peculiarities and regularities of development of organic depressions in parkinson's disease (clinical-psychopathological and pathopsychological analysis) // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 4. – С. 135-138.

One hundred sixty five patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 89 patients with organic non-psychotic depressive disorder F06.36 (the main group) and 76 patients without mental impairments (the control group). A phenomenological structure of organic depressive disorder in PD, clinical peculiarities of PD itself complicated by this psychopathology, peculiarities of the emotional-need sphere, a significance of personality peculiarities, and types of attitude towards PD have been analyzed in these patients. The clinical peculiarities and regularities of formation of organic depressive disorder on the PD background were defined.

Key words: Parkinson's disease, organic depressive disorder, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological regularities of formation

Надійшла 05.05.2012 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова