

УДК: 616.858-008.6:616.895.4-036

© Сайко Д.Ю., 2012

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Сайко Д.Ю.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Общемировой тенденцией последних лет является увеличение численности лиц старших возрастных групп при общем сокращении населения планеты, в связи, с чем особо возрастает актуальность «возрастзависимых» заболеваний. Болезнь Паркинсона является одним из наиболее распространенных нейрогериатрических заболеваний и занимает второе место среди хронических прогрессирующих заболеваний центральной нервной системы после болезни Альцгеймера [1,5,10]. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80%. Средняя продолжительность жизни больных, страдающих болезнью Паркинсона, после начала заболевания составляет 9 лет (хотя индивидуальные колебания имеют диапазон от 1 года до 33 лет) [7,8].

Особую актуальность представляют собой психопатологические нарушения, сопровождающие болезнь Паркинсона, в частности депрессивные расстройства, которые по данным разных авторов отмечаются у 40-90 % больных БП и являются ведущими факторами, снижающими качество жизни больных, способствующими прогрессированию БП и формированию инвалидности [2-4]. При этом, скрываясь за моторными проявлениями болезни Паркинсона, депрессивные расстройства зачастую своевременно не диагностируются неврологами [6,9]. В связи, с чем изучение особенностей протекания и закономерностей формирования депрессий при болезни Паркинсона с учетом их клинических форм представляется особо актуальным в целях их ранней диагностики и своевременной терапии.

Целью данного исследования было изучение клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей формирования депрессивных реакций у больных болезнью Паркинсона.

Выборку исследования составили 59 больных болезнью Паркинсона, осложненной расстройством адаптации в виде депрессивных реакций (F43.21), группу контроля - 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений.

Использовались клиничко-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRAS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS); и психоди-

агностические методы: тест СМИЛ; цветовой тест Люшера; опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни.

Согласно данным нашего исследования средний возраст больных с депрессивной реакцией при болезни Паркинсона составлял $54,4 \pm 4,2$ лет, а длительность заболевания болезнью Паркинсона – $4,1 \pm 0,8$ лет (при $p < 0,05$). Длительность заболевания в $4,1 \pm 0,8$ лет свидетельствовала о том, что расстройство адаптации, депрессивная реакция формируется не как реакция на факт наличия болезни Паркинсона, а как реакция на первые физические и социальные последствия болезни Паркинсона, которые начинают негативно проявляться только по истечении определенного периода времени от начала болезни.

Анализ синдромального проявления депрессивной реакции у больных паркинсонизмом продемонстрировал преобладание навязчивого (обсессивного) и истерического синдромов (в 37,3% и 30,5% случаев соответственно). Навязчивый (обсессивный) вариант депрессивной реакции при болезни Паркинсона характеризовался наличием в клинической картине депрессии фобических и обсессивно-компульсивных переживаний в сочетании с тоскливым или тревожным аффектом, идеями самообвинения, психомоторной суетливостью и вегето-астеническими симптомами. Большая часть навязчивостей и фобических переживаний у больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией касалась своего здоровья и носила ипохондрический характер. При истерическом варианте депрессивной реакции у больных паркинсонизмом было характерно затяжное депрессивное состояние с лабильностью настроения, тревогой, плаксивостью, конверсионными симптомами и демонстративностью в поведении. У больных при этом виде депрессии часто наблюдались различные соматовегетативные расстройства, астения, которые сочетались с конверсионными симптомами – чувством комка в горле, головными болями неорганического генеза, затруднениями речи психогенного характера, различными нарушениями чувствительности и т.д.

Согласно анализу позитивных и негативных симптомов психических расстройств (по данным шкалы PANSS), депрессивная реакция у больных паркинсонизмом проявлялась выраженной напряженностью (в 49,2% случаев, при $p < 0,05$), ипохондрической мнительностью и тревожностью средней степени выраженности (в 50,8% случаев, при $p < 0,01$; и в 40,7% случаев, при $p < 0,05$), умеренной выраженностью депрессивного настроения (в 77,9% случаев, при $p < 0,01$), манерности и позирования (в 54,2% случаев, при

$p < 0,01$), а также социальной устранимости (35,6% случаев, при $p < 0,05$).

Объективная тяжесть депрессивной реакции (по шкале Монтгомери-Асберга (MADRS)) у больных паркинсонизмом соответствовала умеренно-легкой степени тяжести ($25,4 \pm 3,7$ баллов). Наиболее выраженными были шкалы: субъективные (высказываемые) признаки подавленного настроения ($4,5 \pm 0,7$ баллов); нарушение аппетита ($4,1 \pm 0,6$ баллов); внутреннее напряжение ($4,0 \pm 0,5$ баллов); и нарушение сна ($3,8 \pm 0,4$) (при $p < 0,01$).

По данным шкалы CAS у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F43.21 диагностировалась высокая степень тревожности ($16,8 \pm 3,1$ баллов, при $p < 0,05$). Наиболее выраженными составляющими тревоги у больных БП с депрессией F43.21 были опасения (в 74,6% случаев), суетливость (в 69,5% случаев) и реакция испуга (в 66,1% случаев) (при $p < 0,05$).

Среди двигательных расстройств у больных с депрессивными реакциями при болезни Паркинсона отмечалось двигательное беспокойство в 69,5% случаев и рудиментарные двигательные расстройства психопатологического генеза (гипомимия с выражением печали, страдания, легкая заторможенность движений и мышечная адинамия, связанные со снижением настроения) в 30,5% случаев, у больных группы контроля данные нарушения не фиксировались.

По уровню когнитивного дефицита (по данным шкалы оценки психического статуса Mini Mental State Examination - MMSE) среди больных основной и контрольной групп статистически значимых различий получено не было, в обеих группах в большинстве случаев когнитивного дефицита не отмечалось.

При этом качественный анализ расстройств мышления и когнитивных функций продемонстрировал значительное преобладание у больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией ипохондрических идей (в 64,4% случаев), снижения уровня интересов (в 52,5% случаев), навязчивых мыслей (52,5% случаев), трудностей в принятии решений (в 49,2% случаев), мыслей о смерти или самоубийстве (35,6% случаев), по сравнению с контрольной группой (7,9%; 11,8%; 0%; 6,6%; 0% случаев соответственно), при $p < 0,01$.

Среди поведенческих расстройств у больных с депрессивной реакцией при болезни Паркинсона преобладали обсессивно-компульсивные расстройства (в 45,8% случаев), ананкастные расстройства (сомнения, осторожность, педантизм, склонность к правилам и порядку и т.д.) (в 42,4% случаев) и истерические расстройства в поведении (в 38,9% случаев), в контрольной группе данные нарушения не фиксировались (при $p < 0,01$).

Анализ эмоциональных нарушений продемонстрировал значительное преобладание у больных с депрессивной реакцией таких проявлений как боязнь (в 45,8% случаев), страх (в 42,4% случаев), обида (в 38,9% случаев), неудовлетворенность собой (в 35,6% случаев) и неудовольствие (в 33,9% случаев), по сравнению с контрольной группой (соответственно в 10,5%; 7,9%; 5,3%; 10,5% и 9,2% случаев), при $p < 0,01$.

В клинике соматовегетативных у больных с депрессивной реакцией при болезни Паркинсона отмечалось преобладание вегетативно-висцеральных кризов - в 57,6% случаев; нарушений сердечно-сосудистой системы - в 40,7% случаев; головных болей - в 37,3% случаев; нарушений со стороны мочевыделительной системы - в 32,2% случаев и нарушений дыхания - в 30,5% случаев. У больных контрольной группы выше указанные соматовегетативные нарушения встречались в 15,8%, 7,9%, 10,5%, 3,9% и 6,6% случаев соответственно (при $p < 0,01$).

Основными немоторными проявлениями болезни Паркинсона (по данным MDS-UPDRS) у больных с депрессией F43.21 были: тревожное состояние в выраженной степени тяжести ($2,1 \pm 0,3$, при $p < 0,01$); депрессивное настроение в умеренной степени выраженности ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$) и проблемы со сном ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$). У больных же контрольной группы депрессивное настроение не наблюдалось, а остальные выше перечисленные немоторные проявления болезни Паркинсона не превышали легкой степени выраженности ($0,6 \pm 0,2$ и $0,7 \pm 0,2$ балла, соответственно).

Основными моторными проявлениями болезни Паркинсона, осложненной депрессивной реакцией выступали: в тяжелой степени выраженности - расстройства письма ($3,1 \pm 0,5$, при $p < 0,01$) и тремор ($3,0 \pm 0,6$, при $p < 0,01$); в выраженной степени - расстройства вставания с постели, сидения машины или глубокого кресла ($2,0 \pm 0,7$, при $p < 0,01$), расстройства ходьбы и рисования ($2,1 \pm 0,6$, при $p < 0,01$); в умеренной степени выраженности - расстройства речи ($1,0 \pm 0,4$, при $p < 0,05$), саливация и слюнотечение ($1,4 \pm 0,4$, при $p < 0,05$), расстройства жевания и глотания ($0,9 \pm 0,4$, при $p < 0,05$), гигиенических навыков ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), хобби и другой деятельности ($1,4 \pm 0,5$, при $p < 0,05$), поворотов в постели ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,01$), застывания ($1,2 \pm 0,4$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы выраженность выше указанных моторных расстройств не превышала $1,2 \pm 0,4$; $1,3 \pm 0,5$; $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,4$; $0,6 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,3$; $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,3$ баллов, соответственно.

Большое количество предъявляемых больным расстройств моторных функций и высокая оценка их выраженности связана, прежде всего, с тревожно-фобическими и истероидными особенностями клиники депрессивной реакции у больных паркинсонизмом. При этих особенностях депрессивной реакции, у больных происходит неумышленное агравационное завышение существующих у них моторных и других проявлений болезни. Этот факт подтверждается объективными экспериментальными исследованиями двигательной активности больных паркинсонизмом, проведенными врачом в третьей и четвертой части шкалы оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS), согласно которым у больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией F43.21 постуральный тремор ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), тремор покоя ($1,7 \pm 0,2$, при $p < 0,01$) и продолжительность тремора покоя ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$) выявлены в умеренной степени выра-

женности. В контрольной группе выраженность этих расстройств составляет $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,2$ и $0,6 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Анализ личностных особенностей (по данным СМИЛ) больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией продемонстрировал значительное повышение показателей по шкалам «невротического сверхконтроля» (72 ± 4 Т-баллов), «депрессивности» (76 ± 2 Т-баллов) и «лабильности» (74 ± 5 Т-баллов), при $p < 0,05$. То есть данные больные характеризовались пассивностью, инертностью, зависимостью, пессимистичностью, сензитивностью, 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 напряженности в болезненные реакции организма. 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 «невротического сверхконтроля» и шкалы «лабильности» психологические свойства лабильности в значительной степени заслоняли и поглощали характеристики сверхконтроля. Усредненный профиль СМИЛ у больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией F43.21 свидетельствовал о невротической форме депрессии, как реакции больных с дистимическими, истероидными и сенситивно-тревожными особенностями на болезнь Паркинсона, которая формируется по механизму «бегства в болезнь».

По тесту М. Люшера у больных паркинсонизмом с F43.21 отмечалось преобладание коричневого и черного цветов (+6+7) на первой и второй позициях ряда (в 81,4% и в 74,6%) и красного и фиолетового (-3-5) - на седьмой и восьмой позициях (в 77,9% и в 72,9%) ($p < 0,05$). Полученные результаты отчетливо констатировали фрустрацию потребности в индивидуальности и безопасности, наличие выраженной эмоциональной напряженности, физиологического дискомфорта, потребности в покое, разочарования, неудовлетворенности 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. 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», тре-

бованием исключительной к себе заботы; желанием показать свое особое положение, исключительность в связи с болезнью Паркинсона. Вышеизложенное отражало сочетание истероидных и сенситивно-тревожных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы у больных БП с депрессией F43.21.

В целом, проведенное исследование позволяло выделить основные клинические особенности депрессивных реакций у больных болезнью Паркинсона, которые заключались в: умеренно-легкой степени депрессии с ведущими обсессивными и истерическими расстройствами; выраженной степени субъективно высказываемых признаков подавленного настроения; выраженной тревогой, напряжении, боязни, страхе, обиде; наличии когнитивных расстройств в виде ипохондрических идей, снижения уровня интересов, навязчивых мыслей, трудностей в принятии решений, мыслей о смерти или самоубийстве легкой степени выраженности; преобладании вегетативных расстройств в виде вегетативно-висцеральных кризов, нарушений сердечно-сосудистой, мочевыделительной и дыхательной систем, головных болей, умеренно-выраженных нарушений сна и аппетита, а также наличие двигательных расстройств в виде беспокойства и манерности в умеренной степени выраженности.

В качестве основных патопсихологических факторов формирования депрессивной реакции F43.21 у больных паркинсонизмом были выделены: 1) выраженная ситуационная тревожность, проявляющаяся опасениями, суетливостью и реакцией испуга; 2) фрустрация потребности в безопасности, ощущение собственного бессилия, как результат противодействия неблагоприятным обстоятельствам; 3) сочетание тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт; 4) истероидные и сенситивно-тревожные особенности реагирования на БП.

Пусковым фактором развития данной формы депрессии при БП служил не столько факт самой болезни Паркинсона, сколько наличие выраженных, прежде всего моторных, ее последствий. В период от установления диагноза паркинсонизма до формирования депрессивной реакции у больных происходила фрустрация потребностей в безопасности и сохранении собственной индивидуальности, формировалось состояние выраженного психологического переутомления, разочарованности и неудовлетворенности, 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, развивалась по механизму «бегства в болезнь» аффективная депрессивная реакция невротического генеза.

Выделенные в ходе исследования особенности клиники депрессивных реакций при болезни Паркинсона могут служить дополнительными дифференциальными критериями диагностики данного вида депрессивной патологии у больных болезнью Паркинсона и учитываться при разработке и проведении ее 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. **Зальялова З.А.** Немоторные проявления болезни Паркинсона /З.А.Зальялова, Л.А.Яковлева, Э.И. Богданов //Методическое пособие для постдипломного образования. – Казань. – 2009. – 34 с.
3. **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.
4. **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.
5. **Левин О.С.** Болезнь Паркинсона / О.С. Левин, Н.В. Федорова. – М.: Медицина, 2006. – 256с.
6. **Мирецкая А.В.** Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона /А.В. Мирецкая, Н.В. Федорова, В.В. Макаров//Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. – С.97–99.
7. **Московко С.П.** Мир болезни Паркинсона / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. – №3/2. – 2008. – С. 43–49.
8. Применение Пронорана в терапии болезни Паркинсона и умеренных когнитивных расстройств. [Электронный ресурс]/ Д.К.Сичинава, Л.А. Цукурова, М.А.Барабанова// Consilium Medicum Ukraine. – 2010. – №10. <http://www.consilium-medicum.com.ua/issues/1/59/>
9. 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 Societys Thirteenth International Congress of Parkinson's disease and movement disorders. June 7-11-2009-Suppl.1 –P.291.
10. 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.

Сайко Д.Ю. Особенности клиники и патопсихологические закономерности формирования депрессивных реакций у больных болезнью Паркинсона // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 11-14.

Обследовано 135 больных БП: 59 больных болезнью Паркинсона, осложненной расстройством адаптации в виде депрессивных реакций F43.21 (основная группа), и 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована феноменологическая структура депрессивных реакций 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 больных БП, осложненной депрессивной реакцией. Выделены особенности клиники и патопсихологические закономерности формирования депрессивных реакций у больных болезнью Паркинсона.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, депрессивная реакция, клиничко-психопатологические особенности, патопсихологические факторы формирования

Сайко Д.Ю. Особливості клініки та патопсихологічні закономірності формування депресивних реакцій у хворих хворобою Паркінсона // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 11-14.

Обстежено 135 хворих на ХП: 59 хворих на хворобу Паркінсона, що ускладнена розладом адаптації у вигляді депресивних реакцій F43.21 (основна група), і 76 хворих хворобою Паркінсона без психічних порушень (контрольна група). Проаналізовано феноменологічна структура депресивних реакцій при хворобі Паркінсона, клінічні особливості самої хвороби Паркінсона, ускладненої даної психопатологією, особливості емоційно-потребової сфери, виразність особистісних особливостей і типи ставлення до хвороби Паркінсона у хворих на ХП. Виділено особливості клініки і патопсихологічні закономірності формування депресивних реакцій при хворобі Паркінсона.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, депресивна реакція, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники формування

Sayko D.Yu. Peculiarities of clinics and pathopsychological regularities of formation of depressive reactions in patients with Parkinson's disease // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 5. – С. 11-14.

One hundred thirty five patients with Parkinson's disease (PD) including 59 patients with PD complicated by adjustment disorder in form of depressive reactions F43.21 (the main group) and 76 patients with PD without mental impairments (the control group) were examined. A phenomenological structure of depressive reactions in PD, clinical peculiarities of PD itself complicated by this psychopathology, peculiarities of an emotional-need sphere, a significance of personality peculiarities, and types of attitude towards the disease have been analyzed in patients with PD complicated by depressive reaction. Clinical peculiarities and pathopsychological regularities of formation of depressive reactions in patients with PD were determined.

Key words: Parkinson's disease, depressive reaction, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors of formation

Надійшла 14.09.2012

Рецензент: проф. С.Є.Казакова