

**В. Л. Подлубний**, канд. мед. наук, ассистент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета; врач-психиатр Запорожской областной клинической психиатрической больницы (СТМО «Психиатрия») Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

## КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Приведены результаты проведения психопрофилактических осмотров 982 работников промышленных предприятий, в возрасте от 20 до 60 лет, среди которых 656 (66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин. В группе больных с непсихотическими психическими расстройствами, которые составили более 1/3 (338 — 34,40 %) всех обследованных лиц, выявлены следующие заболевания: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F 40 — F 48) составили 52,66 % всех случаев, расстройства личности и поведения различной этиологии (F 60 — F 69) — 28,14 %. Реже всего выявлялись другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматическим заболеванием (органические непсихотические) (F 06.3 — F 07.0) — 19,20 %.

**Ключевые слова:** клиническая феноменология, работники промышленных предприятий, непсихотические психические расстройства, психическое здоровье.

Работники промышленных предприятий составляют значительную часть трудоспособного населения. В силу особенностей труда на производстве, физических и психических перегрузок, влияния неблагоприятных экологических факторов работники промышленности являются группой повышенного риска развития различных заболеваний, в том числе психических. Состояние психического здоровья работников влияет на экономические показатели деятельности предприятий, поэтому его можно рассматривать как важную составную часть производительной силы общества [1—3].

Проведенные в промышленности реформы (переход на принципы рыночной экономики, демилитаризация промышленности, закрытие нерентабельных предприятий, необходимость создания конкурентоспособного производства и т. д.) сопровождаются значительными трудностями, оказывающими стрессорное воздействие на трудовое население страны. Кроме того, в условиях финансового неблагополучия многие предприятия вынуждены закрывать свои ведомственные медицинские службы, что требует поиска новых форм медико-психологической, психиатрической, психотерапевтической помощи на производстве.

Полное изменение социально-политической и экономической ситуации в стране обуславливает необходимость пересмотра как целей и задач, так и методологических подходов к решению основных проблем, связанных с психическим здоровьем работников производственных предприятий.

Одним из основных обоснований актуальности настоящего исследования является широкая распространённость и недостаточная выявляемость психических расстройств (в том числе донозологического и пограничного уровней) среди работников предприятий промышленности. В то же время решение организационно-профилактических проблем требует

чёткого представления о клинико-эпидемиологической и медико-психологической ситуации в отношении той или иной популяционной группы.

Эпидемиологические исследования психических нарушений среди рабочих промышленных предприятий, несмотря на значимость проблемы, единичны. Вопросы распространённости отдельных пограничных психических нарушений и их психологические аспекты у рабочих промышленных предприятий освещались лишь в узконаправленных работах [4].

Цель исследования: выявить клинико-феноменологическую структуру и особенности непсихотических психических расстройств у работников промышленных предприятий.

Исследования проводились на базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы в период 2008—2010 гг. В группу обследованных, на основании письменного информированного согласия, вошли работники промышленных предприятий, проходившие психопрофилактические осмотры (Постановление Кабинета Министров Украины № 1465 от 27.12.2000 года). Всего обследовано 982 человека в возрасте от 20 до 60 лет, из них 656 (66,8 %) мужчин и 326 (34,2 %) женщин.

Психическое состояние оценивалось в соответствии с современной международной классификацией болезней. Синдромальный диагноз устанавливали при наличии признаков, минимальных и достаточных по критериям МКБ-10 для диагностики развёрнутого синдрома. В тех случаях, когда существовали основные признаки, но не все из них, необходимые для диагностики целостного синдрома, мы говорили о наличии компонентов синдрома или о субсиндромальных признаках психических расстройств. Лиц с отдельными компонентами синдрома относили к группе риска (у них данное расстройство могло проявиться в развёрнутом виде в соответствующих условиях). Выводы о распространённости отдельных форм психических нарушений делали лишь на основании перечисленных критериев, что является необходимым условием проведения клинических опросов и устраняет фактор субъективизма.

Для решения поставленной цели были использованы клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический и статистический методы.

В качестве основного инструмента исследования использована «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», разработанная в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, модифицированная для целей нашего исследования, включающая в себя социально-демографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой симптомов и синдромов. В соответствии со спецификой исследуемого материала базисная карта была дополнена сведениями о различных формах перенесенных вредностей,

связанных с особенностями работы на производстве, стаже работы по той или иной специальности, данными о наличии соматических заболеваний их динамике. Также мы использовали глоссарий к «Инструкции о проведении обязательных предварительных и периодических психиатрических осмотров» и созданный нами на его основе «опросник». На основании ответов на вопросы данной карты заполнялась «регистрационная карта».

Статистические исследования заключались в проведении математико-статистической обработки полученных результатов с использованием программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica 6.0». Во время качественно-количественного анализа результатов были использованы *t*-критерий Стьюдента, критерий Фишера и критерий Пирсона.

Использование указанных инструментов позволило выявить среди работников промышленных предприятий различные уровни психического и психосоматического здоровья. Больные с непсихотическими психическими расстройствами составили более 1/3 (338 человек — 34,40 %) всех обследованных. Среди них невротические, связанные со стрессом и соматоформные психические расстройства (F 40 — F 48) составили 52,66 % случаев, расстройства личности и поведения различной этиологии (F 60 — F 69) — 28,14 %. Реже выявлялись психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F 06.3 — F 07.0) — 19,20 %.

Характерно, что удельный вес непсихотических психических расстройств в структуре заболеваемости нервно-психической патологией у женщин был выше, чем у мужчин (соответственно 86,10 % и 64,80 %). У женщин, работающих на промышленных предприятиях, ведущее место в структуре нервно-психических заболеваний занимают невротические (35,10 %) и резидуально-органические психические расстройства различного генеза с непсихотической симптоматикой (33,0 %). У мужчин преобладали резидуально-органические расстройства (33,50 %), расстройства личности и поведения (26,40 %).

Клиническая характеристика наблюдавшихся невротических психических расстройств отличалась широким диапазоном клинических проявлений. Возникновение рассматриваемых в этой группе расстройств определяется ослаблением и нарушением функциональной активности, целостности индивидуального барьера психической адаптации. Общая для них черта — непосредственная связь возникновения с психологическими причинами. Под последними подразумеваются различного рода стрессовые ситуации в производственной и личной сфере жизни. Неблагоприятные особенности производственной деятельности, семейное неблагополучие служили причинными факторами в отношении развития данной группы психических расстройств.

Неврастения диагностирована в 33,90 % клинических наблюдений (рис. 1). Гиперстеническая стадия (21,40 %) неврастении в своей клинической картине характеризовалась повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, сверхчувствительностью к незначительным стрессорам, нетерпеливостью, слезливостью, нарушением внимания. Эмоционально-аффективные симптомы сопровождалась выраженными вегетативными реакциями. Гипостеническая стадия неврастении (12,50 %) выявлялась у личностей

с эмотивно-лабильным и тормозимым типологическими особенностями. Для данной стадии неврастении было характерно преобладание астенических расстройств. У пациентов снижались работоспособность, интерес к окружающему, преобладало чувство усталости. Снижались мышечный и сосудистый тонус. Имели место диссомнические нарушения — сочетание сонливости днём и бессонницы ночью. Прослеживалась фиксация на своих соматических ощущениях. Обе стадии неврастении структурировались на фоне экзогенно-органической отягощённости, к числу признаков которой можно отнести: невысокий уровень или снижение психической продуктивности, ослабление способности к концентрации внимания, которая воспринималась как ослабление памяти; усиливалась метеозависимость, плохая переносимость жары и духоты.



Рис. 1. Клинико-психопатологическая характеристика невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств

Течение неврастении имело выраженную тенденцию к хронизации. По мере увеличения стажа работы в условиях опасного производства последовательно происходила «нивелировка» особенностей различных стадий заболевания, снижение субъективной значимости для индивида психотравмирующих ситуаций.

Для больных с соматоформными расстройствами характерны психоэмоциональные и вегетосоматические нарушения. Связь между конкретными психотравмирующими обстоятельствами и ухудшением состояния нивелируется. При этом клиника характеризуется доминированием истеро-астенической, ипохондрической симптоматики, на фоне неустойчивого настроения, субдепрессивных, соматовегетативных, диссомнических расстройств. Отмечалось ослабление критической оценки своего поведения, постоянный «вегетативный аккомпанемент». Больными астенические расстройства предъясняются в жалобах в виде сниженной толерантности к психофизическим нагрузкам, ослабления мышечного и сосудистого тонусов, повышенной утомляемости. Однако при этом производственная адаптация обследованных лиц, в целом, была удовлетворительной. После воздействия психогений на фоне длительной астенизации, формировались стойкие аффективные расстройства депрессивного, депрессивно-ипохондрического ряда.

Страхи различного содержания (14,6 % наблюдений) характеризовались упорными и часто повторяющимися резкими и необоснованными страхами перед какой-нибудь особой деятельностью (активностью) или какими-либо специфическими ситуациями, в результате

чего больной начинает избегать под различными предлогами этих, порождающих страхи ситуаций. При этом в «чистом» виде фобии как самостоятельные оформленные нозологические единицы обнаружены не были. У больных отмечалось снижение концентрации внимания, учащались ошибки, на фоне психической астенизации пропадал интерес к работе. Имели место и вторичные психические расстройства, развивающиеся по реактивному типу, которые провоцировались постоянными замечаниями или выговорами со стороны руководства и осознанием пациентом собственной профессиональной несостоятельности.

Конверсионные (8,30 %) и тревожные (7,30 %) расстройства структурировались преимущественно у лиц со стажем работы не менее 5 лет, под влиянием конкретных психотравмирующих обстоятельств — внутрисемейного и бытового характера — 24,30 %; менее значимыми для развития данного вида невроза явились производственные факторы — 18,60 %.

Характерно в клинической картине невроза, помимо основной симптоматики, истерическое обрамление с конверсионными явлениями неврастенических, ипохондрических расстройств и проявлений экзогенно-органической отягощённости. В динамике нарастали выраженность ипохондрических и церебрастенических расстройств. Ухудшение психического состояния больных провоцировалось преимущественно внутрисемейными ситуациями.

Нарушения адаптации (6,50 %) возникали остро, после воздействия психотравмы, чаще с кардиофобическими проявлениями. Изначально, на высоте стрессовой ситуации, невротические реакции фиксировались и в дальнейшем они проявлялись при незначительном напряжении, воспринимались уже как беспричинные симптомы. У обследованных пациентов наблюдалось волнообразное течение навязчивостей с периодическими, психогенно обусловленными обострениями. При этом у пациентов усиливались тревожно-мнительные черты характера. Чаще невроз развивался у лиц с психастеническими, истерическими чертами характера.

Обсессивно-компульсивные расстройства выявлены у 2,60 % пациентов с клиническими формами непсихотических психических расстройств. Ведущее значение в возникновении данного вида неврозов принадлежит воздействиям производственного характера. Реже причиной развития невроза навязчивых состояний являлись психотравмирующие ситуации внутрисемейного содержания. Возникновению невроза также способствовали дополнительные экзогенные и соматогенные факторы.

Среди работников предприятия, страдающих расстройствами личности той или иной степени выраженности, преобладали лица с эмоционально неустойчивым, истерическим и параноидным типами. Как правило, они занимали невысокие должности на предприятиях, будучи не в состоянии реалистично воспринимать себя и окружающих, устанавливая с ними конструктивные отношения.

Отрицательные реакции окружающих замыкали порочный круг, предопределяющий постоянную социальную дезадаптацию больных. Они тяжело адаптировались к профессиональной деятельности, испытывали сложности в межличностных отношениях, были непредсказуемы в своих поступках, что особенно опасно в условиях нестандартных ситуаций.

Среди патоперсоналогических расстройств (рис. 2), чаще всего встречалось шизоидное расстройство личности (F 60.1) — 24,30 % случаев. Для обследованных были характерны интровертированность (обращённость к сфере внутренних переживаний) с тенденцией к образу жизни, ориентированному на самодостаточность и установление формальных контактов с окружающими, ограничивая её узким кругом профессиональных проблем.

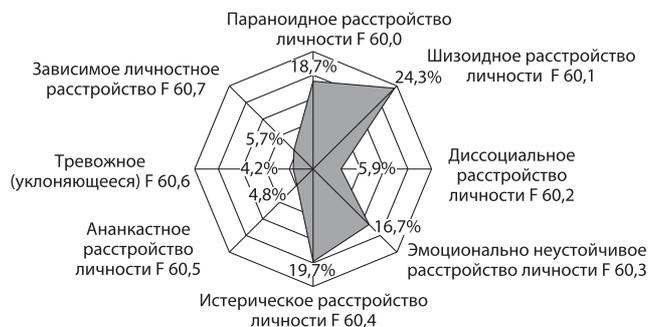


Рис. 2. Структура патоперсоналогических расстройств

Несколько реже определяли истерическое расстройство личности (F 60.4) — у 19,70 %, оно проявлялось как эмоционально заряженное стремление к оригинальности и требование признания со стороны окружающих, сочетающиеся с постоянно высоким внутренним напряжением, гиперчувствительностью к межличностным отношениям. Такие лица оказываются мало приспособленными к занятиям, требующим хорошей организации, основательных знаний, солидной профессиональной подготовки и длительного напряжения во имя целей, не обещающих немедленных результатов.

Параноидное расстройство личности (F 60.0) выявлено у 18,70 % обследованных и характеризовалось необоснованной недоверчивостью («сверхбдительность»), подозрительностью, тенденцией к образованию аффективно заряженных идей, недооценки собственной личности. Такие лица, как правило, формировали необоснованные подозрения, имеющие отношение к посягательству на их права. Рассматривая источник своих проблем в окружающих, они обнаруживали высокую степень неуживчивости в коллективе.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F 60.3) обнаружено у 16,70 % и представлено в основном импульсивным (возбудимым) и пограничным типами. Общими патохарактерологическими чертами являлись импульсивность с ярко выраженной тенденцией действовать без учёта последствий, недостаточность самостоятельности в принятии важных решений, дефицит аффективного контроля, неустойчивость межличностных взаимоотношений.

Значительно реже встречались диссоциальное (F 60.2) — 5,90 %, зависимое (F 60.7) — 5,70 %, тревожное (уклоняющееся) (F 60.6) — 4,20 % и ананкастное расстройство личности (F 60.5) — 4,80 %.

В группе резидуально-органических расстройств непсихотического характера преобладали заболевания сложного генеза, где анамнестически прослеживались различные комбинации перенесенных экзогенных вредностей (интоксикации, инфекции, травмы), повлекшие за собой развитие психических расстройств сосудистого (37,80 %), посттравматического (32,00 %),

интоксикационного (18,40 %) и инфекционного (11,80 %) генеза (рис. 3).

Среди лиц, страдающих органическими психическими расстройствами, преобладали больные с органическим эмоционально-лабильным (аффективным) и органическим расстройством личности. По нашим наблюдениям, больные с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством были существенно дезадаптированы на производстве, плохо справлялись с заданиями, требующими аккуратности, испытывали сложности с концентрацией внимания, сохранением ритма и темпа работы до конца смены. Их избыточная раздражительность негативно влияла на психологический микроклимат в трудовых коллективах.

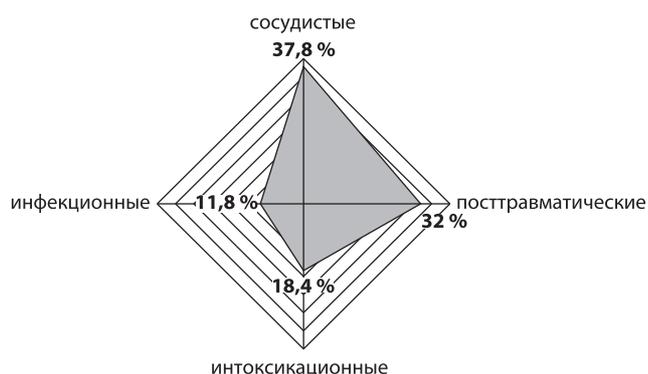


Рис. 3. Структура резидуально-органічних розладів

Органическое расстройство личности проявлялось раздражительностью, вспыльчивостью, конфликтностью больных, их астенизацией, стойко нарушенной работоспособностью, личностными изменениями, в виде заострения черт ригидности, тревожности, мнительности, а также нарастающими нарушениями мышления (обстоятельность, вязкость). Для всех больных оказалось характерным снижение памяти. Темп выполнения заданий свидетельствовал о снижении умственной работоспособности у большинства больных. При этом у половины больных отмечен высокий уровень ситуативной тревожности, у трети — умеренно высокий, и только у 10,0 % — низкий.

Общим для данного типа нарушений является преобладание астенической невротоподобной симптоматики на фоне выраженных вегетативных нарушений, наличие негрубых органических стигматов, сезонных колебаний состояния. В клинической картине этих состояний доминировали признаки прогрессирующего общеорганического снижения. Они проявлялись тугоподвижностью, инертностью мышления, выраженными явлениями ригидности в когнитивной и эмоционально-аффективной сферах. Выявлено сужение круга интересов с ипохондрической направленностью, нарушениями мнестических процессов.

После воздействия психогений на фоне длительной астенизации формировались стойкие аффективные расстройства депрессивного, депрессивно-ипохондрического ряда, на фоне которых происходило заострение характерологических черт.

Таким образом, не вызывает сомнения, что выявленная высокая частота непсихотических психических расстройств у работников промышленности требует комплексного подхода к разработке дифференцированных

программ психогигиены, вторичной профилактики и психосоциальной реабилитации данной категории лиц.

Необходимыми условиями реабилитационных мероприятий является последовательность, преемственность и непрерывность медико-социальной помощи пациентам, её превентивный и конструктивный характер, современное фармакологическое и психотерапевтическое сопровождение реабилитационных мероприятий на всех этапах реализации.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. Непсихотические психические расстройства у работников промышленности чаще были представлены невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами — 52,70 %, расстройствами личности и поведения — 28,10 %, реже — расстройствами, обусловленными повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью — 19,20 %.

2. Клинико-феноменологическая структура невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у рабочих промышленных предприятий была представлена в виде неврастения (33,90 %), соматоформных расстройств (26,80 %), страхов различного содержания (14,6 %), реже — конверсионных (8,30 %), тревожных расстройств (7,30 %) и нарушений адаптации (6,50 %).

3. Патоперсоналогические расстройства проявлялись шизоидным — 24,30 %, истерическим — 19,70 %, параноидным — 18,70 % и эмоционально неустойчивым расстройством — 16,70 % пациентов. Значительно реже встречались диссоциальное — 5,90 %, зависимое — 5,70 %, ананкастное расстройство — 4,80 % и тревожное (уклоняющееся) — 4,20 %.

4. В группе резидуально-органіческих расстройств преобладали нарушения сложного генеза, в которых анамнестически прослеживались различные комбинации перенесенных экзогенных вредностей, повлекшие за собой развитие психических расстройств сосудистого (37,80 %), посттравматического (32,00 %), интоксикационного (18,40 %), инфекционного (11,80 %) генеза.

5. Высокая частота непсихотических психических расстройств, выявленная у работников промышленности, требует комплексного подхода к разработке дифференцированных программ психопрофилактики и реабилитации данной категории лиц. Психопрофилактический комплекс должен учитывать клинико-феноменологическую структуру нарушений и основываться на принципах промышленной психогигиены.

#### Список литературы

1. Дмитриева, Т. Б. Психическое здоровье и безопасность в обществе / Т. Б. Дмитриева // Первый национальный конгресс по социальной психиатрии : Материалы конгресса. — М., 2004. — С. 3—11.
2. Положий, Б. С. Невротические расстройства у работников промышленного предприятия / Б. С. Положий, Е. А. Акерман // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — № 11. — С. 66—70.
3. Положий, Б. С. Организационные аспекты охраны психического здоровья работников крупного промышленного предприятия // Советская медицина. — 1985. — № 12. — С. 77—78.
4. Табачников, С. И. Опыт организации медико-профилактической службы на промышленных предприятиях / С. И. Табачников // Здравоохранение Российской Федерации. — 1984. — № 4. — С. 28—31.

Надійшла до редакції 22.02.2012 р.

**В. Л. Підлубний**

*Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)*

**Клініко-феноменологічна структура  
непсихотичних психічних розладів  
у працівників промислових підприємств**

Наведені результати проведених психопрофілактичних оглядів 982 працівників промислових підприємств, віком від 20 до 60 років, серед них 656 (66,80 %) чоловіків і 326 (34,20 %) жінок.

У групі обстежених із непсихотичними психічними розладами, які склали більше 1/3 (338 — 34,40 %) всіх обстежених осіб, виявлені невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F 40 — F 48) — 52,66 % всіх випадків, розлади особистості і поведінки різної етіології (F 60 — F 69) — 28,14 %. Рідше виявлялися інші психічні розлади, обумовлені пошкодженням і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою (органічні непсихотичні) (F 06.3 — F 07.0) — 19,20 %.

*Ключові слова:* клінічна феноменологія, працівники промислових підприємств, непсихотичні психічні розлади, психічне здоров'я.

**V. L. Podlubniy**

*Zaporizhzhya State medical University  
(Zaporizhzhya)*

**Clinical phenomenology structure  
non-psychotic mental disorders  
for workers of industrial enterprises**

Research based on fulfilling industrial workers aged 20 to 60 years, of which 656 (66.80 %) men and 326 (34.20 %) women, found in the group of patients with non-psychotic mental disorders, which accounted for more than 1/3 (338 — 34.40 %) of all surveyed persons.

Among them neurotic, stress-related and somatoform disorders were mental (F 40 — F 48) — 52.66 % of all cases, personality disorders and behavior of different etiology (F 60 — F 69) — 28.14 %. Less proven other mental disorders caused by damage and dysfunction of the brain or somatic disease (organic non-psychotic) (F 06.3 — F 07.0) — 19.20 %.

*Key words:* clinical phenomenology, workers of industrial enterprises, non-psychotic mental disorders, mental health.

УДК 616.858-008.6-008.64

**Д. Ю. Сайко**

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

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Обследовано 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована феноменологическая структура органического депрессивного расстройства при болезни Паркинсона, а также клинические особенности самой болезни Паркинсона, осложненной данной психопатологией. Выделены основные особенности клиники органического депрессивного расстройства на фоне болезни Паркинсона. Установлены положительные корреляции между органической депрессией и акинетико-ригидно-дрожательной формой, медленным типом прогрессирования и 3 стадией болезни Паркинсона. Установлено, что у больных с болезнью Паркинсона и органической депрессией отмечается наличие умеренного когнитивного дефицита и умеренных двигательных осложнений.

*Ключевые слова:* болезнь Паркинсона, органическое депрессивное расстройство, клиничко-психопатологические особенности

В последнее время, в связи с увеличением количества пожилых людей в структуре общества, болезнь Паркинсона представляет собой актуальную социальную проблему. В настоящее время в мире насчитывается около 3,7 млн. пациентов с болезнью Паркинсона, в Украине — около 70 тыс. больных [1, 8]. Заболевают этим недугом от 70 до 220 человек на 100 тыс. населения, то есть около 2 % людей в общей популяции [2, 7, 11]. Наблюдается рост заболеваемости с возрастом. Среди больных паркинсонизмом около 8 % больных в возрасте до 40 лет, 45 % больных — в возрасте от 41 до 60 лет и 47 % больных паркинсонизмом в возрасте свыше 60 лет [5]. Число случаев заболевания неуклонно растет, что связано, в первую очередь, с ростом продолжительности жизни и неблагоприятными экологическими факторами, более того, недуг молодеет — увеличивается количество пациентов в возрасте от 30 до 40 лет [7, 11].\*\*\*\*\*

Психопатологические нарушения, в частности депрессивные расстройства, являются частыми спутниками болезни Паркинсона. Распространенность депрессий при болезни Паркинсона значительно выше, чем при других нейродегенеративных заболеваниях. По данным разных авторов у 40—90 % больных паркинсонизмом отмечаются депрессивные расстройства [6, 12]. Часто эти расстройства настроения скрываются за моторными

проявлениями болезни Паркинсона, и депрессия не диагностируется неврологами [4, 9]. Появление у больного паркинсонизмом депрессивных расстройств является крайне неблагоприятным фактором в части значительного ухудшения качества жизни, повышения суицидального риска, формирования когнитивных расстройств и деменции [3, 10]. В связи с чем вопросы своевременной диагностики депрессивной патологии у лиц с болезнью Паркинсона приобретают особую актуальность и требуют проведения детальных исследований в данной области.

Целью настоящего исследования было изучение клиничко-психопатологических особенностей органических депрессий при болезни Паркинсона.

В исследовании приняло участие 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

В качестве инструментария использовали клиничко-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного, и 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).

© Сайко Д. Ю., 2012