

Список литературы

1. Levin T. Психонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) Психические расстройства в общей медицине / Т. Levin, W. D. Kissane. — 2007. — Т. 02. — № 3. — С. 27—31.
2. Kübler-Ross, E. On Death and Dying / E. Kübler-Ross. — New York, NY: Scribner Publishers. — 1969. — С. 21—24.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
4. Бажин Е. Ф. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях : метод. реком. / Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В., Цейтина Г. П.; под ред. проф. М. М. Кабанова. — Л., 1987. — 21 с.
5. Sheard T. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses / T. Sheard, P. Maguire // Br J Cancer. — 1999; 80: 1770—80.
6. Свядош А. М. Неврозы. / А. М. Свядош. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карварского. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.
8. Ellis A.. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — 2-е изд. / Эллис А., Драйден У; пер. с англ. Т. Саушкиной. — СПб.: Речь, 2002. — 362 с.
9. Moorey S. Psychological therapy for patients with cancer: A new approach / S. Moorey., S. Greer. — Oxford: Heinemann Medical Books, 1989. — 206 с.
10. Kellerman P. F. (Келлерман Питер). Психодрама крупным планом. Анализ терапевтических механизмов / P. F. Kellerman. — М.: Изд-во Независимая фирма «Класс» — 2001 — С. 240.
11. Peseschkian N. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиан. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
12. Interpersonal Psychotherapy of Depression. / [G. L. Klerman, M. M. Weissman, B. Rounsaville, E. Chevron]. — New York, Basic Books, 1984. — 187 с.
13. Yalom I. D. Экзистенциальная психотерапия: пер. с англ. / И. Ялом. — М.: Класс, 1999. — 576 с.

14. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон С. Саймонтон (K. Simonton, S. Simonton) [пер. с англ.] — Санкт-Петербург; Москва; Харьков; Минск, 2001. — С. 93—95.
15. Орлова Т. В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии [Электронный ресурс] / Т. В. Орлова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. — 2011, № 5. Режим доступа URL : <http://medpsy.ru>.

Надійшла до редакції 29.06.2012 р.

В. О. Рослякова

Стоматологічна клініка (м. Харків)

Система психотерапевтичного супроводу у хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки

У статті наведено систему психотерапевтичного супроводу хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: психотерапевтичний супровід, злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.

V. A. Roslyakova

Dentist Clinic, city of Kharkiv

System of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area

The system of therapeutic support of the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area is presented in the article.

Key words: therapeutic support, malignant tumors of the maxillofacial area.

УДК 616.858-008.6-07:616.89-07

Д. Ю. Сайко

ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (г. Харків)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Представлены данные комплексного исследования психических расстройств у больных болезнью Паркинсона (БП). Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона: 297 больных болезнью Паркинсона, осложненной психическими расстройствами (основная группа), и 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована структура психической патологии у больных с БП. Выделены основные клинико-психопатологические и патопсихологические особенности, факторы и механизмы формирования различных психических расстройств при БП.

Ключевые слова: психические расстройства, болезнь Паркинсона, этиопатогенетические факторы, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические механизмы формирования

Неутешительная статистика последних лет свидетельствует о значительном увеличении количества нейродегенеративных заболеваний, в частности Болезни Паркинсона (БП), в большинстве стран мира. Подобную динамику связывают, прежде всего, с ростом средней продолжительности жизни и неблагоприятными экологическими факторами [1, 13].

Согласно статистике, БП в структуре общей популяции встречается с частотой 60—187 на 100 000 населения. Наблюдается рост заболеваемости с возрастом. У пожилых лиц она достигает уровня 1,9 % и даже 6,9 % в популяции [6]. Кроме того, отмечается тенденция к «омоложению» данного недуга — увеличивается количество больных в возрасте 30—45 лет [3]. На сегодняшний день, наряду с онкологическими заболеваниями, БП занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и смерти. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных БП становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80 % [13].

Наряду с классическими двигательными нарушениями, наличие психических нарушений является одной из важных составляющих клинической картины БП [1, 2, 5, 11]. В ряде исследований отмечено, что психические расстройства являются значимыми факторами, снижающими качество жизни пациентов и способствующими формированию инвалидности [2, 5, 12]. При этом вопросы генеза, закономерностей формирования и особенностей клинического оформления психических расстройств при болезни Паркинсона на сегодняшний день остаются открытыми и требуют детальной разработки.

© Сайко Д. Ю., 2012

Целью данного исследования было комплексное изучение клинико-психопатологической структуры, патопсихологических механизмов формирования и предикторов развития психических нарушений при болезни Паркинсона.

Для реализации цели исследования использовали: клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, клиническая беседа); психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS) [14], шкала Монтомгери — Асберга (MADRS) [8], клиническая шкала оценки тревоги (CAS) [8], краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE) [4], унифицированная рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS) [3]), шкала дневной активности Шваб и Ингланд [3]; патопсихологические методы (стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ) [9], цветовой тест Люшера [10], опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни [7]) и методы математической статистики.

В исследовании приняли участие 373 больных болезнью Паркинсона, у 297 из них (что составило 79,6 % от общей выборки больных) было зафиксировано наличие психической патологии, в том числе: у 59 человек (19,9 %) было диагностировано расстройство адаптации в виде депрессивной реакции F 43.21, у 36 человек (12,1 %) — рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F 33.0 — 33.1, у 89 человек (29,9 %) — органическое непсихотическое депрессивное расстройство F 06.36, у 33 человек (11,1 %) — органическое тревожное расстройство F 06.4, у 52 человек (17,5 %) — органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6, у 28 человек (9,5 %) — деменция при болезни Паркинсона F 02.3. Больные БП, осложненной психическими расстройствами, составили основную группу исследования. У 76 пациентов в клинической картине БП психические расстройства не регистрировались, данные больные вошли в контрольную группу.

Таким образом, согласно данным исследования, по генезу у больных с БП чаще формировались психические расстройства органического генеза F 06.36, F 06.6, F 06.4, F 02.3 (68,0 %), по клинической форме — депрессии F 06.36, F 43.21, F 33.0—33.1 (61,9 %). Психические расстройства у больных БП значительно ухудшали клинический и социально-профессиональный прогноз, быстро формируя инвалидность (в 89,3 % случаев при F 02.3 и в 21,2 % случаев при F 06.6).

Анализ выделенных форм психической патологии при болезни Паркинсона позволил выделить их специфичные клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики, факторы и механизмы формирования, и характер взаимосвязи с основным заболеванием. Полученные результаты представлены ниже.

Депрессивные реакции у больных БП (F 43.21). Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F 43.21 у больных БП выступали: женский пол (66,1 %), возраст $54,4 \pm 4,2$ года, занятость в сфере умственного труда (89,8 %), высшее (незаконченное высшее) образование (89,8 %), статус вне брака (72,9 %), хроническая соматическая патология (52,5 %), наследственная отягощенность аффективной патологией (55,9 %), невропатическая конфективная (77,9 %), интровертированные (69,5 %), тревожные (66,1 %) и аффективно-ригидные (42,4 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (81,4 %)

острого воздействия (64,6 %), связанных с болезнью Паркинсона, сексуальными проблемами, другой угрозой здоровью (76,3—52,5 %); длительность БП $4,1 \pm 0,8$ года, дрожательная форма БП ($r = 0,64$), быстрый тип прогрессирования БП ($r = 0,72$), 2—2,5 стадия БП ($r = 0,6$), 80—70 % двигательная активность (60,9 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5—0,7 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (72,9 %).

Клинически депрессивные реакции F 43.21 у больных БП характеризовались умеренно легкой степенью тяжести депрессивного состояния ($25,4 \pm 3,7$ по шкале MADRS) с ведущими обсессивными (37,3 %) и истерическими (30,5 %) расстройствами: субъективно высказываемые признаки подавленного настроения выраженной степени ($4,5 \pm 0,7$ по шкале MADRS), выраженная тревога ($16,8 \pm 3,1$ по шкале CAS), напряжение, боязнь, страх, обида, неудовлетворенность собой, общее неудовольствие ($49,2—33,9$ %); двигательное беспокойство (69,5 %) и манерность умеренной степени ($54,2$ % по шкале PANSS); ипохондрические идеи (64,4 %), снижение уровня интересов (52,5 %), навязчивые мысли (52,5 %), трудности в принятии решений (49,2 %), мысли о самоубийстве (35,6 %) в легкой степени ($1,2 \pm 0,1$ по шкале MADRS); вегетативно-висцеральные кризы, вегетативные нарушения сердечно-сосудистой, мочевыделительной, дыхательной систем, головные боли ($54,2—30,5$ %), умеренно выраженные нарушения сна и аппетита ($3,8 \pm 0,4$ и $4,1 \pm 0,6$ по шкале MADRS).

В качестве основных патопсихологических факторов формирования депрессивной реакции F 43.21 у больных паркинсонизмом были выделены: выраженная ситуационная тревожность ($16,8 \pm 3,1$ по шкале CAS), проявляющаяся опасениями (74,6 %), суетливостью (69,5 %) и реакцией испуга (66,1 %); фрустрация потребности в безопасности, ощущение собственного бессилия как результат противодействия неблагоприятным обстоятельствам; сочетание тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт; 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 аффективная депрессивная реакция невротического генеза по механизму «бегства в болезнь».

Рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F 33.0—33.1 у больных болезнью Паркинсона. В качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессии F 33.0—33.1 у больных БП выступали: мужской пол (72,2 %), возраст $62,6 \pm 2,1$ года, занятость в сфере умственного труда (83,3 %), высшее (незаконченное высшее) образование (80,6 %),

наследственная отягощенность аффективной патологией (72,2 %), дистимические (77,8 %) и интровертированные (58,3 %) преморбидные особенности; длительность БП $2,4 \pm 2,1$ лет, акинетико-ригидная форма БП ($r = 0,56$), умеренный тип прогрессирования БП ($r = 0,8$), 1—1.5 стадия БП ($r = 0,63$), 80 % двигательная активность (44,4 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,7 по шкале MDS-UPDRS), легкая выраженность двигательных осложнений (0,5—0,8 по шкале MDS-UPDRS), сохранный когнитивный уровень (75,0 %).

В качестве основных клинических особенностей депрессии F 33.0—33.1 у больных БП были выделены: умеренно тяжелая степень депрессии ($32,3 \pm 5,1$ по шкале MADRS) с ведущим тоскливым синдромом (52,8 %): суточные колебания настроения, горе, тоска, эмоциональная отчужденность, печаль, ангедония умеренной степени ($3,4 \pm 0,2$ по шкале MADRS), апатия умеренной степени ($1,1 \pm 0,3$ по шкале MADRS) (86,1—44,4 %); рудиментарные (55,6 %) и ступорозные (33,3 %) двигательные расстройства; расстройства воли (72,2 %), пессимистические мысли выраженной степени ($4,6 \pm 0,6$ по шкале MADRS), снижение уровня интересов (63,9 %), социальная отстраненность (58,3 %), идеи малоценности (52,8 %), мысли о самоубийстве (38,9 %) умеренной степени ($3,7 \pm 0,5$ по шкале MADRS), чувство вины сильной выраженности (36,1 % по шкале PANSS); снижение массы тела, запоры, нарушения сна и аппетита выраженной степени ($4,3 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,7$ по шкале MADRS), сексуальные нарушения (72,2—55,6 %).

Основными патопсихологическими факторами формирования депрессии F 33.0—33.1 у больных паркинсонизмом выступали: отсутствие психогенных факторов в формировании депрессии; фрустрация аффилиативной потребности, неудовлетворенная потребность в понимании и доброжелательных отношениях; сочетание дистимических и интровертированных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы; выраженная депрессивная форма реагирования на БП (меланхолический или апатический тип отношения к болезни).

Патопсихологический механизм формирования эндогенной депрессии при БП заключался в следующем: на фоне фрустрации аффилиативной потребности, неудовлетворенной потребности в понимании и доброжелательных отношениях у больных БП активизировался поиск новых взаимоотношений, которые могли бы принести понимание и спокойствие. Отрицательный результат этого поиска приводил к состоянию психологической усталости и депрессивной реакции эндогенного генеза с явлениями социальной дезадаптации и снижением общей психической продуктивности.

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство F 06.36 у больных БП. Основными этиопатогенетическими факторами формирования депрессии F 06.36 у больных БП служили: мужской пол (76,4 %), возраст $66,1 \pm 2,5$ года, занятость в сфере умственного труда (78,7 %), высшее (незаконченное высшее) образование (73,0 %), статус вне брака (75,3 %), наследственная отягощенность аффективной патологией (51,7 %), дистимические (68,5 %) и возбудимые (53,9 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (58,4 %) хронического действия (63,5 %), связанных с ухудшением материально-бытовых условий, страхом потерять работу, потерей социального статуса, собственными неблагоприятными поступками (58,4—46,1 %); длительность БП $15,5 \pm 2,0$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r = 0,72$), медленный тип прогрессирования

БП ($r = 0,78$), 3 стадия БП ($r = 0,67$), 60 % дневная активность (55,1 %), умеренная выраженность клиники БП (1,1—1,6 по шкале MDS-UPDRS) и двигательных осложнений (1,1—1,4 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (66,3 %).

Основными клиническими особенностями депрессии F 06.36 у больных БП выступали: умеренная степень тяжести депрессии ($28,1 \pm 1,8$ по шкале MADRS) с ведущими астено-анергическими проявлениями органического генеза (65,2 %): астения, усталость выраженной степени ($4,8 \pm 0,9$ по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, тоска, напряженность средней степени (по шкале PANSS), безразличие, апатия умеренной степени ($1,3 \pm 0,2$ по шкале MADRS) (80,9—37,1 %); пессимистические мысли выраженной степени ($4,7 \pm 0,8$ по шкале MADRS), быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, чувство вины умеренной степени (PANSS), нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), расстройства памяти (88,8—40,4 %); ухудшение коммуникативных функций (73,0 %), расстройства воли (68,5 %); снижение массы тела, сексуальные нарушения, нарушения аппетита и сна (67,4—39,3 %).

Патопсихологическими факторами формирования органического непсихотического депрессивного расстройства выступали: фрустрация потребностей в самореализации и признании; сочетание дистимических, тревожных и возбудимых особенностей реагирования на неблагоприятные факторы; формирование компенсаторной депрессивной реакции на фоне выраженного конфликта противоречивых мотивационно-поведенческих тенденций.

Пусковым фактором развития депрессии F 06.36 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 разнонаправленными мотивационно-поведенческими тенденциями (достижение успеха — избегание неуспеха, активность и решительность — 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.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6. Среди этиопатогенетических факторов формирования расстройства F 06.6 у больных БП были выделены: мужской пол (98,1 %), возраст $69,4 \pm 2,8$ лет, занятость в сфере физического труда (71,2 %), среднее (среднеспециальное) образование (67,3 %), наследственная отягощенность расстройствами личности (55,8 %) и алкогольной зависимостью (40,4 %), перинатальная патология (65,4 %), возбудимые (42,3 %) преморбидные особенности; длительность БП $20,3 \pm 1,4$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r = 0,6$), медленный тип прогрессирования БП ($r = 0,8$), 3—4-я стадия БП ($r = 0,72$), 60—50 % двигательная активность (69,2 %), умеренно выраженная тяжесть клиники БП (1,3—2,3 по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,5—1,8 по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (75,0 %).

Клинически расстройство F 06.6 у больных БП характеризовалось преобладанием астенических расстройств

органического генеза (92,3 %): постоянное ощущение усталости выраженной степени ($2,4 \pm 0,3$ по шкале MADRS), эмоциональная лабильность, слабодушие, импульсивность умеренной степени (PANSS) (80,8—59,6 %); быстрая истощаемость психической деятельности, снижение уровня концентрации внимания, ригидность мышления, расстройства памяти, нарушения абстрактного мышления сильной степени (PANSS), ипохондрическая мнительность (PANSS), расстройства воли средней степени (92,3—48,1 %); ухудшение коммуникативных функций (76,9 %), социальная отстраненность (53,8 %); расстройства сна (53,8 %) выраженной степени ($2,1 \pm 0,3$ по шкале MADRS), вегетативно-висцеральные кризы (44,2 %), головные боли (36,5 %).

Патопсихологическими факторами формирования расстройства F 06.6 у больных паркинсонизмом служили: отсутствие психогенных факторов в формировании психопатологического состояния; фрустрация физиологических потребностей, чрезмерно ограничивающая независимость больного; сочетание приобретенных дистимических и психастенических личностных особенностей, ведущих к гипостенической (психастенической) форме эмоционального и поведенческого реагирования больных на неблагоприятные факторы.

Пусковым фактором развития органического эмоционально-лабильного расстройства служил факт наличия рецидивирующей болезни Паркинсона, проявления которой вызывали фрустрацию физиологических потребностей в полноценной физической и психической деятельности через ограничение независимости. Эта фрустрация, на фоне приобретенных, вследствие органического поражения головного мозга, дистимических и психастенических личностных особенностей, приводила к компенсаторной гипостенической форме эмоционального и поведенческого реагирования.

Органическое тревожное расстройство F 06.4 у больных БП. Факторами этиопатогенеза органического тревожного расстройства F 06.4 у больных БП являлись: женский пол (81,8 %), возраст $65,2 \pm 1,9$ лет, занятость в сфере умственного труда (87,9 %), статус вне брака (78,8 %), наследственная отягощенность невротическими расстройствами (48,5 %) и расстройствами личности (30,3 %), невропатическая конституция (63,6 %), возбудимые (60,6 %) и тревожные (48,5 %) преморбидные особенности, участие психогенных факторов (63,6 %), хронического воздействия (81,0 %), связанных с одиночеством, потребностью в любви, конфликтами в семье, проблемами с детьми, разрывом дружеских отношений, сексуальными проблемами (63,6—48,5 %); длительность БП $14,9 \pm 2,3$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r = 0,53$), умеренно быстрый тип прогрессирования БП ($r = 0,79$), 2—3 стадия БП ($r = 0,7$), 60 % дневная активность (51,5 %), умеренно легкая выраженность клиники БП (0,5—1,6 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренные двигательные осложнения (1,1—1,3 баллов по шкале MDS-UPDRS), умеренный когнитивный дефицит (69,7 %).

Клинически органическое тревожное расстройство у больных БП проявлялось в преобладании тревожных (93,9 %) и ананкастных (57,6 %) расстройств поведения органического генеза с активной социальной отстраненностью (60,6 %): тревога высокой степени выраженности ($20,2 \pm 1,1$ по шкале CAS), эмоциональная лабильность, напряженность средней степени (PANSS), отчаяние, боязнь (93,9—36,4 %); снижение уровня концентрации внимания умеренной степени (PANSS), ригидность

мышления, расстройства памяти, стереотипное мышление умеренной степени (PANSS), трудность принятия решений, нарушения абстрактного мышления средней степени (PANSS), недостаточность суждений и критики умеренной степени (PANSS) (78,8—66,7 %); двигательное беспокойство (36,4 %); расстройства воли (78,8 %); вегетативно-висцеральные кризы, гипергидроз, нарушения сна, сексуальные нарушения (72,7—48,5 %).

Патопсихологическими факторами формирования тревожного расстройства F 06.4 у больных паркинсонизмом выступали: участие психогенных факторов (63,6 %), хронического воздействия (81,0 %), связанных с одиночеством, потребностью в любви (63,6 %), конфликтами в семье (63,6 %), проблемами с детьми (60,6 %), разрывом дружеских отношений (54,5 %), сексуальными проблемами (48,5 %); фрустрация потребности в самореализации на фоне высокого уровня притязаний и потребности в признании; пассивность позиции, зависимость, чувство недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребность в их защите и помощи; тревожные личностные особенности, ведущие к тревожной форме эмоционального и поведенческого реагирования больных на неблагоприятные факторы и развитию социальной дезадаптации.

Пусковым фактором развития тревожного расстройства F 06.4 служил факт наличия болезни Паркинсона, которая вызывала фрустрацию потребности в самореализации и признании вследствие комплекса неполноценности, сформированного на фоне проявлений болезни Паркинсона. Эта фрустрация, на фоне усиленных, вследствие органического поражения головного мозга, конституциональных тревожных личностных особенностей, приводила к формированию компенсаторных тревожных форма поведения, выражающихся в пассивности, зависимости, тревожности, неуверенности, мнительности, чувстве недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребности в их защите и помощи.

Деменция при болезни Паркинсона F 02.3. Основными этиопатогенетическими факторами формирования деменции F 02.3 у больных БП служили: средний возраст $77,9 \pm 3,2$ года, занятость в сфере физического труда (71,4 %), среднее (среднеспециальное) образование (96,5 %), хроническая соматическая патология (89,3 %), наследственная отягощенность алкогольной зависимостью (42,9 %) и эпилепсией (35,7 %), перинатальная патология (75,0 %), аффективно-ригидные (71,4 %) и интровертированные (39,3 %) преморбидные особенности; длительность БП $24,4 \pm 2,7$ года, акинетико-ригидно-дрожательная форма БП ($r = 0,79$), медленный тип прогрессирования БП ($r = 0,73$), 4—5 стадия БП ($r = 0,82$), 30 % двигательная активность (75,0 %), выражено тяжелая степень клиники БП (2,3—3,5 по шкале MDS-UPDRS), выраженные двигательные осложнения (2,4—2,6 по шкале MDS-UPDRS), выраженный когнитивный дефицит (89,3 %).

Клинически деменции F 02.3 у больных БП характеризовались преобладанием когнитивных нарушений (100 %), сочетающихся с апатоабулическими расстройствами органического генеза: расстройствами запоминания и воспроизведения в зрительной, кратковременной и долговременной памяти, ригидностью мышления, быстрой истощаемостью психической деятельности, недостаточностью суждений и критики средней степени (PANSS), конструктивными нарушениями, нарушениями концентрации внимания сильной степени

(PANSS), стереотипним мышлением (PANSS), снижением уровня интересов, невозможностью принять решение, расстройствами понимания, нарушениями абстрактного мышления сильной степени (PANSS), агнозией (96,4—71,4 %); безразличием, притупленным аффектом средней степени (PANSS), слабодушием, эмоциональной отчужденностью сильной степени (PANSS), ангедонией (78,6—60,7 %); ухудшением коммуникации, пассивно-апатической социальной отстраненностью и волевыми расстройствами сильной степени (PANSS) (89,3—57,1 %); сексуальными нарушениями (92,9 %) и нарушениями сна (78,6 %).

Анализ результатов психометрического и патопсихологического исследования больных паркинсонизмом с деменцией F 02.3 продемонстрировал, что у больной данной группы не было единого патопсихологического механизма формирования деменции F 02.3. Основная роль в формировании деменции F 02.3 принадлежала органическому поражению головного мозга, а патопсихологические механизмы, участвующие в формировании отдельных клинических психопатологических проявлений, являлись производными когнитивных расстройств и расстройств мышления при этой форме деменции.

Подводя итоги проведенного исследования, следует отметить, что выделенные в его ходе клинико-психопатологические особенности и патопсихологические механизмы формирования психических расстройств при БП необходимо рассматривать в качестве дополнительных критериев их дифференциальной диагностики и учитывать в качестве конкретных мишеней их терапевтической коррекции при БП.

Список литературы

1. 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.
2. Калищук-Слободин, Т. Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт. // Украинський вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), (додаток). — С. 58—59.
3. Крыжановский, Г. Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г. Н. Крыжановский, И. Н. Карабань, С. В. Магаева с соавт. — М.: Медицина, 2002. — 336 с.
4. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / [В. Н. Кузнецов, М. А. Мазуренко, С. А. Маляров, О. А. и др.] — Киев, 2004. — 160 с.
5. Левин, О. С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция / О. С. Левин. В кн.: Экстрапирамидные расстройства : руководство по диагностике и лечению [под ред. Штока В. Н. и др.] — М.: Медпресс-информ, 2002. — С. 125—151.
6. Московко, С. П. Мир болезни Паркинсона / С. П. Московко, Г. С. Московко // НейроNEWS. — № 3/2. — 2008. — С. 43—49
7. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. — СПб., 2005. — 86 с.

8. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: МИА, 2003. — 432с.

9. Собчик, Л. Н. Многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРЛ) : методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.

10. Собчик, Л. Н. МЦВ — метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Изд-во «Речь», 2001. — 112 с.

11. Aarsland, D. Neuropsychiatric symptoms of patients with progressive supranuclear palsy and Parkinson's disease / D. Aarsland, I. Litvan, J. P. Larsen // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2001. — Vol. 13(1). — P. 42—49.

12. Chaudhuri, K. R. Early Parkinson's disease and non-motor issues / K. R. Chaudhuri, Y. Naidu // J. of Neurology. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 33—38.

13. Epidemiology of Parkinson's disease / [G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al.] // Ibid. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 18—32.

14. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr. Bull. — 1987. — Vol. 13. — P. 261—276.

Надійшла до редакції 11.07.2012 р.

Д. Ю. Сайко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН Україна», м. Харків

Особливості клініки і закономірності формування психічних розладів при хворобі Паркінсона

Наведено дані комплексного дослідження психічних розладів у хворих на хворобу Паркінсона. Обстежено 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, яка ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група) Проаналізовано структуру психічної патології у хворих на хворобу Паркінсона. Виділено основні клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, чинники та механізми формування різних психічних розладів при хворобі Паркінсона.

Ключові слова: психічні розлади, хвороба Паркінсона, етіопатогенетичні фактори, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні механізми формування.

D. Yu. Sayko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Clinical peculiarities and regularities of formation of mental disorders in Parkinson's disease

The data of an integrated examination of mental disorders in patients with Parkinson's disease (PD). Three hundred seventy three PD patients were examined, including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group). The structure of mental pathology in patients with PD was analyzed. The main clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities, factors, and mechanisms of formation of different mental disorders in PD were determined.

Key words: mental disorders, Parkinson's disease, etiopathogenetic factors, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological mechanisms of formation.