

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.832-004.2:616.895.4-02-092

Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута, М.В. Данилова

## ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

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

**Ключевые слова:** депрессивное рекуррентное расстройство, рассеянный склероз, этиопатогенетические факторы, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы

Во всем мире отмечается рост психических расстройств, среди которых наиболее распространенным заболеванием является депрессия. Так, по данным Всемирной организации Здравоохранения от 120 до 160 миллионов людей страдают депрессивными расстройствами, из которых, у 60% наблюдается хроническая и рецидивирующая формы заболевания [4]. Только у 1/3 больных спустя 5 лет после перенесенной депрессии сохраняется интермиссия, тогда как у 55% расстройство рецидивирует, а у 12% хронифицируется. Через 15 лет интермиссия регистрируется уже всего у 12%, рекуррентное течение — у 82%, а хроническое — у 6% больных [6].

Согласно статистическим исследованиям последних лет наблюдается значительное увеличение депрессивных расстройств формирующихся на фоне различной соматической и наркологической патологии. Так, согласно статистике, на уровне первичного звена медицинской помощи частота диагностики депрессивных расстройств составляет 22–33%, в неврологической практике этот показатель достигает уже 25 - 40%, а по отдельным данным даже 86% [2;5;12]. Несмотря на большой разброс данных, все исследователи сходятся в одном - депрессия среди больных с неврологической патологией встречается значительно чаще, чем в общей популяции. Депрессия всегда ухудшает течение неврологического заболевания, замедляет восстановление неврологических функций, уменьшает мотивированность больного на лечение, нарушает возможности его адаптации к повседневной жизни, является независимым предиктором суицидального риска [2;5;12;13].

В этой связи изучение депрессивных расстройств больных с различными формами неврологической патологии, усовершенствование методов их диагностики, является актуальной задачей современной психиатрии.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей формирования рекуррентного депрессивного расстройства у больных с рассеянным склерозом.

В исследовании приняло участие 64 больных рассеянным склерозом с рекуррентным депрессивным

расстройством (F33.0-33.2), которые вошли в основную группу. Группу контроля составили 129 больных рассеянным склерозом, у которых не регистрировались депрессивные проявления.

Для реализации цели исследования использовались следующие методы: *клинико-психопатологический метод*, включающий оценку психического состояния больного (сбор жалоб, анамнеза, изучения симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация); *психометрические методы*:

шкала Монтгомери - Асберга – для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) [11]; опросник депрессии Бека - для субъективной оценки тяжести депрессии [9]; клиническая шкала тревоги (CAS) – для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [10]; шкала самооценки тревоги Шихана - для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [10]; и *психодиагностические методы*: тест СМИЛ - для выявления личностных особенностей [7]; цветовой тест Люшера - для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [8]; Торонтская шкала алекситимии – для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [3]; опросник Бехтеевского института - для изучения типа отношений к болезни [1].

Согласно результатам обследования, наследственная отягощенность психической патологией при рекуррентном депрессивном расстройстве регистрировалась у 89% больных, из них в 75,0 % случаев наследственность была отягощена аффективными расстройствами. В преморбиде больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе наблюдалось преобладание дистимических (84,4 %), циклотимических (48,4 %) и интровертированных (37,5 %) личностных особенностей.

Наличие психогенных факторов фиксировалось в 54,6 % случаев, наиболее часто встречающимися среди них были: собственная болезнь (39,1 %), ухудшение материально-бытового состояния (32,8 %), сексуальные проблемы (32,8 %), угроза или потеря социального статуса (28,1 %). В преобладающем большинстве (84,4 %) психогении имели хронический характер.

Рекуррентное депрессивное расстройство регистрировалось преимущественно у пациентов со спинальной формой рассеянного склероза (70,3 %), рецидивирующе-рецидивирующем типе его течения (92,2 %) и длительностью течения димиелинизирующего процесса от 6 до 10 лет (76,6 %).

В синдромальной структуре депрессии у этих больных чаще встречались тоскливая (меланхолическая) депрессия (46,9 %) и апато-динамическая депрессия (34,4 %). Регистрировалась умеренная степень тяжести депрессии ( $28,0 \pm 1,9$  балла по шкале Монтгомери-Асберга), что соответствовало субъективной оценке пациентов ( $21,9 \pm 2,0$  баллов по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессий продемонстрировал наличие у 68,7 % больных двигательных нарушений в виде заторможенности движений, речи, мимики, у 29,7 % было отмечено двигательное беспокойство. Часто встречающимися были идеаторные нарушения (79,7 %), которые проявлялись в виде идей малоценности; и когнитивные расстройства в виде снижения памяти (76,6 %) и уровня концентрации внимания (71,9 %). Также отмечались трудности в принятии решений (26,6 %) и ипохондрические расстройства (21,9 %). Поведенческие нарушения проявлялись преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций, что наблюдалось у 75,0 % больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе. Ананкастные расстройства регистрировались у 32,8 %, обсессивно-компульсивные у 21,9 % обследованных. Эмоциональные нарушения были широко представлены в данной группе обследованных и отражали эндогенный регистр патологии: проявлялись в виде суточных колебаний настроения (95,3 %), отчаяния (81,3 %), тоски (76,6 %), безразличия (70,3 %) и печали (68,8 %). Среди сомато-вегетативных симптомов у больных рекуррентным депрессивным расстройством при рассеянном склерозе также преобладали: запоры (85,9%), нарушение аппетита (82,8%), снижение массы тела (79,7%), нарушение сна (76,6%); у 50 % обследованных данной группы регистрировались нарушения сердечно-сосудистой системы, у 32,8 % - нарушения дыхательной системы, у 37,5 % - сексуальные нарушения.

Согласно результатам исследования выраженности тревожной симптоматики у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе был выявлен низкий уровень как объективной ( $4,0 \pm 2,4$  баллов по шкале CAS), так и субъективной тревоги ( $26,3 \pm 2,7$  баллов по шкале самооценки тревоги Шихана). В группе контроля также отмечались низкие показатели выраженности тревожной симптоматики ( $4,1 \pm 1,5$  по шкале CAS и  $21,7 \pm 2,5$  по шкале самооценки тревоги Шихана), значимых различий между основной и контрольной группами по данным показателям не зафиксировано.

Анализ профиля СМИЛ позволил зафиксировать у больных с рекуррентной депрессией значительное

повышение показателей по шкале «депрессии» (в пределах 812 Т-баллов) и шкале «индивидуалистичности» (в пределах 774 Т-баллов) в сравнении с данными контрольной группы (547 Т и 445 Т, соответственно) при  $\leq 0,05$ . Усредненный профиль СМИЛ больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе характеризовался высокорасположенной пикообразностью относительно отмеченных выше шкал, что свидетельствовало о нарушенной адаптации, наличии аффективной и личностной психопатологии гипостенического типа. Высокие показатели по шкале «индивидуалистичности» подтверждали эндогенный генез депрессивной симптоматики. Основными патопсихологическими личностными проявлениями больных рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе были: пассивность, неловкость в межличностных контактах, замкнутость и отстраненность, неудовлетворенность, пессимистичность, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, неуверенность, склонность к стоп-реакциям в стрессовых ситуациях, к острому переживанию неудач, к повышенному чувству вины. Ведущей мотивационной направленностью у этих больных выступала тенденция к избеганию неуспеха. В качестве защитного механизма использовались отказ от самореализации, усиление контроля сознания, уход в мир фантазий. Перечисленные патопсихологические особенности подтверждали наличие депрессивного расстройства эндогенного генеза у социально дезадаптированных больных с гипостеническими личностными особенностями.

Согласно данным теста Люшера у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе, было выявлено статистически достоверное (по отношению к контрольной группе), преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях ряда (соответственно в 81,2% и в 76,6% случаев). При этом в качестве преобладающих на последних позициях ряда (седьмой и восьмой позиции) были отмечены красный и коричневый цвета (соответственно в 78,1% и в 70,3% случаев), при  $p < 0,05$  по отношению к контрольной группе.

Преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях ряда (+7+0) свидетельствовало о фрустрации ведущих физиологических и личностных потребностей, превалировании у больных с рекуррентным депрессивным расстройством пессимистической оценки своего состояния и сложившейся ситуации, ощущении давления со стороны среды на больного, наличии выраженной протестной реакции по отношению к внешней ситуации в виде пассивного противодействия, ограничения контактов и самоизоляции.

Доминирование у больных рекуррентной депрессией красного и коричневого цветов - на седьмой и восьмой позициях (-3-6) свидетельствовало о психической напряженности, связанной с фрустрацией физиологических потребностей, которые по внешним причинам чрезмерно ограничивались. Отмечалось стремление

(потребность) к завоеванию признания и уважения со стороны окружающих, при этом сложившаяся ситуация воспринималась как ущемляющая чувство независимости, что приводило к изоляции.

Основной эмоциональный конфликт (+7-3) был связан с переутомлением вследствие нервного перенапряжения, непереносимостью внешних воздействий, ощущением несчастья, невозможностью контролировать происходящее вокруг. Отмечалась возможность импульсивных аутоагрессивных действий. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, обусловленный блокировкой признания и уважения со стороны окружающих, контроля над сложившейся ситуацией, перед которой больные ощущали собственное бессилие и беспомощность.

На основании данных Торонтской шкалы алекситимии у больных с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе отмечалось наличие выраженной алекситимии на уровне 9910 баллов, что достоверно превышало данные показатели в контрольной группе (489 баллов), при  $p < 0,05$ . Таким образом, больные с рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе характеризовались трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывали трудности в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта, что приводило к развитию и углублению депрессивной патологии.

Изучение типов отношения к болезни продемонстрировало значительное преобладание меланхолического и сензитивного типов отношения к болезни у больных с рекуррентной депрессией (соответственно в 79,7% и 62,5% случаев), по сравнению с больными контрольной группы (25,6% и 13,9% , соответственно) при  $\leq 0,05$ . При меланхолическом типе отношения к болезни больные были ориентированы только на неблагоприятный исход болезни, ее негативное влияние на карьеру, социальное положение, семейные отношения. Отмечались сниженное настроение, идеи самообвинения и самоунижения. У больных с сензитивным типом отношения к болезни отмечались боязнь стать обузой для близких и развития неблагоприятного с их стороны отношения в связи с болезнью и т.д.

Таким образом, клинко-психопатологические особенности рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе заключались в доминировании тоскливого (меланхолического) и апато-динамического вариантов депрессивного синдрома умеренной степени тяжести; преобладании в структуре депрессивного расстройства двигательной заторможенности, идеаторных расстройств (идей малоченности), когнитивных нарушений (снижения памяти и внимания); расстройства коммуникативных функций; эмоциональных расстройств (суточные колебания настро-

ения, отчаяние, тоска, безразличие и печаль ) и соматовегетативных проявлений (запоры, нарушение аппетита, снижение массы тела, нарушение сна).

Этиопатогенетические факторы развития рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом включали наследственную отягощенность аффективными расстройствами, доминирование преморбидных личностных особенностей «аффективного регистра», влияние хронических психогенных факторов, наличие ремитирующе-рецидивирующего типа течения и спинальной формы демиелинизирующего процесса, а также длительность заболевания рассеянным склерозом 6-10 лет .

Патопсихологическими факторами, способствующими формированию рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом служили: фрустрация потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией вследствие демиелинизирующего процесса; аффективная (депрессивная) форма реагирования на фрустрирующие воздействия у гипостенической личности; защитный механизм в виде отказа от самореализации, ограничения контактов, пассивного противодействия, самоизоляции, ухода в мир фантазий; выраженная алекситимия, т.е. сниженная способность к вербализации и осознанию эмоциональных состояний, собственных переживаний и когнитивной переработке аффекта;

Основной причиной формирования депрессивного рекуррентного расстройства у больных рассеянным склерозом являлась фрустрация потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией вследствие наличия демиелинизирующего процесса и его физических последствий. В качестве ведущего механизма формирования рекуррентного депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом выступал аффективный (депрессивный) механизм конституционального отреагирования на фрустрацию у гипостенической личности. При этом для преодоления депрессивного состояния использовался механизм защитного поведения, проявляющийся в отказе от самореализации, в ограничении контактов, в пассивном противодействии и в самоизоляции, что еще больше блокировало реализацию основных потребностей. Сниженная способность к когнитивной переработке аффекта приводила к закреплению и утяжелению депрессивной симптоматики. На этапе фрустрации основных личностных потребностей и роста психологического напряжения, у больных формировался преимущественно сензитивный тип отношения к болезни, на этапе формирования депрессивного расстройства - преимущественно меланхолический тип отношения к болезни.

Особенности феноменологической структуры рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе отражают их двойственный генез: с одной стороны обусловленный органическими (демиелинизирующим) процессом, с другой – эндогенным

аффективным процессом.

Выделенные клинико-психопатологические и психологические особенности и закономерности формирования рекуррентного депрессивного расстройства при рассеянном склерозе представляется необходимым учитывать в дифференциальной диагностике и разработке программ профилактики и терапии депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

#### Литература:

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вужс А.А. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей, Санкт-Петербург. – 2005.- 86с.
2. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) /А.М. Вейн Т.Г., Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. - 3-е изд. перераб. и доп. – М.: МИА, 2007. -197 с.
3. Ересько Д.Б., Исурин Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский - Б.Д. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. пособие для психологов и врачей, СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. -32 с.
4. Марута, Н. А. Актонегин и Геримакс в лечении резистентных рекуррентных депрессивных расстройств / Н. А. Марута, А. Н. Бачериков // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип. 1(50). - С. 119-121.

5. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.
6. Смулевич А.Б. Терапия депрессий как приоритетная проблема медицины XXI века.- Неврология и психиатрия. - М., 2006. (серия РЛС).
7. Собчик Л.Н. Многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРІ). Методическое пособие.– СПб., 1999. – 137с.
8. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112с.
9. Бек А., Раи А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессий// “Путер”, 2003 г. - 304 с.
10. Мак Глинн Т. Дж., Меткалф Г.Л. (McGlinn T.G., Metkalf G.L.) Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руководство для врачей (пер. под редакцией Ю.А. Александровского). -American Psychiatric Press.- 1989 - p. 98-101.
11. Монтгомери С. А., Асберг М. Новая шкала депрессии, разработанная как чувствительная к изменениям// Британский журнал психиатрии. 1997, 134: 332-89
12. Baldwin, D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford, Lundbeck Institute, 2005. – 82p.
13. Mike Dilleу и Simon Fleming: Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение// Обзор современной психиатрии. – 2006. -Вып. 30.- с. 23-34 а

#### ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Т.Д. Бахтеєва, Н.О. Марута, М.В. Данилова

Обстежено 64 хворих розсіяний склероз з рекуррентним депрессивним розладом в клінічній картині (основна група) і 129 хворих без ознак депресивної патології (контрольна група). На підставі комплексного дослідження виділені основні клініко-психопатологічні особливості рекуррентного депресивного розладу при розсіяному склерозі, етіопатогенетичні та патопсихологічні чинники його формування.

**Ключові слова:** депресивний рекуррентний розлад, розсіяний склероз, етіопатогенетичні чинники, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники

#### ETIOPATOGENETIC, CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

T.D. Bakhteyeva, N.O. Maruta, M.V. Danylova

Sixty four patients with multiple sclerosis and recurrent depressive disorder in the clinical picture (the main group) and 129 patients without features of depressive pathology (the control group) were examined. On the base of an integrated investigation the main clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depressive disorder in multiple sclerosis were determined as well as etiopathogenetic and pathopsychological factors of its formation.

**Keywords:** depressive recurrent disorder, multiple sclerosis, etiopathogenetic factors, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors