

УДК 616.858-008.6:616.86-085

*Д.Ю. Сайко*

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

### **СИСТЕМА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ РЕСУРСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

На основании результатов комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования психических нарушений при болезни Паркинсона разработана система их дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии. Изложены основные принципы, этапы и методы предложенной системы терапии. Представлены результаты апробации разработанной системы терапии и доказана её высокая эффективность по сравнению с традиционными методами.

**Ключевые слова:** *болезнь Паркинсона, психические расстройства, ресурсно-ориентированная терапия, эффективность системы терапии.*

Болезнь Паркинсона представляет собой хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, распространённость которого в общей популяции составляет 140–350 на 100 тыс. населения. С возрастом частота болезни Паркинсона в популяции неуклонно увеличивается. Так, в возрастной группе до 65 лет она составляет около 1 %, от 65 до 75 лет – 2 %, старше 75 лет – 3–4 % [1, 2]. В связи с общемировой тенденцией к постепенному старению населения актуальность данной проблемы в будущем будет постоянно возрастать.

Традиционно диагноз болезни Паркинсона базируется на обнаружении специфических двигательных проявлений, являющихся следствием недостаточности дофаминергической передачи в nigrostriарной системе, при этом нервно-психические (эмоциональные, когнитивные, психотические, поведенческие) нарушения оказываются столь же характерными для этого заболевания [3–6]. Психические расстройства встречаются у большинства пациентов с болезнью Паркинсона на всех стадиях болезни. На поздних стадиях психические нарушения начинают доминировать как факторы, влияющие на качество жизни пациента, и становятся более важными и инвалидизирующими, чем мотор-

ные нарушения, составляя непреодолимые трудности для самих больных и ухаживающих за ними [4, 7, 8].

Основную проблему представляет плохая курабельность психических расстройств при болезни Паркинсона, для части которых в отличие от дофаминергических моторных проявлений ещё не разработана адекватная терапия [1, 4, 5, 9, 10].

Целью данного исследования явилась разработка системы дифференцированной терапии психических расстройств у больных паркинсонизмом с учётом особенностей формирования и клиники психических расстройств, личностного и социального ресурса больного.

В основу разработанной системы терапии психических расстройств больных паркинсонизмом были положены результаты комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования больных паркинсонизмом с психическими расстройствами.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 373 больных болезнью Паркинсона, из которых основную группу составили 297 больных паркинсонизмом с психическими расстройствами: 59 с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21; 36 с рекуррентным

© Д.Ю. Сайко, 2012

аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1; 89 с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36; 33 с органическим тревожным расстройством F06.4; 52 с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6; 28 с деменцией F02.3; группу сравнения составили 76 пациентов с болезнью Паркинсона, в клинической картине которых психические расстройства не были зарегистрированы.

**Результаты.** Исследования этиопатогенеза, клинических особенностей, патофизиологических механизмов формирования психических расстройств и аутоагрессивного поведения у больных с болезнью Паркинсона позволили разработать и апробировать систему дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии психических расстройств этой категории.

Основные мероприятия разработанной системы лечения психических расстройств у больных паркинсонизмом проводятся в медицинском, физическом, психологическом, профессиональном и социальном направлениях. Реализация мероприятий на этих направлениях осуществляется в психиатрических клиниках и диспансерах (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая помощь), неврологических клиниках и диспансерах (лечение болезни Паркинсона), соматических клиниках и диспансерах (лечение сопутствующей соматической патологии), реабилитационных центрах (социальная, психологическая и соматическая реабилитация), службах занятости.

Система терапии психических расстройств при болезни Паркинсона базируется на следующих принципах: дифференцированный подход, ресурсно-ориентированный подход, системный подход, индивидуальный подход, своевременность лечения, специализированное лечение, преемственность лечения, единство биологических и социально-психологических методов в лечении, непрерывность лечения, этапность лечения.

Дифференцированный подход в терапии психических расстройств у больных паркинсонизмом позволяет производить отбор методик и средств лечения в зависимости от особенностей формирования, течения и клиники психического расстройства, клиниче-

ских особенностей болезни Паркинсона; особенностей суицидогенеза.

Ресурсно-ориентированный подход позволяет разработать тактику лечения в зависимости от психического, физического, личностного, профессионального и социального ресурса больного. Этот ресурс характеризует состояние саногенных факторов, противостоящих развитию психического расстройства и последствий болезни Паркинсона и определяет предел возможного их восстановления.

Разработанная система дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии психических расстройств больных паркинсонизмом состоит из этапов госпитальной и амбулаторной терапии.

На этапе госпитальной терапии осуществляется диагностика психического, неврологического и соматического состояния больного. Оценивается социальный и профессиональный статус больного и его ресурс. Купируются суицидальное поведение и психические расстройства, компенсируется интеллектуальный дефект и осуществляется лечение болезни Паркинсона. Место проведения лечебно-диагностических мероприятий – стационар психиатрической клиники. Длительность этапа – до двух месяцев. Основные специалисты – психиатр, невропатолог, психотерапевт, суицидолог, медицинский психолог, врач соматического профиля.

С учётом генеза, клиники, патофизиологических механизмов формирования психических расстройств и аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом, а также умеренного физического и умеренно-высокого психического и социального ресурса больных с депрессией F43.21, умеренного физического, психического и социального ресурса больных с депрессией F33.0-33.1, умеренно-низкого физического, умеренного психического и социального ресурса у больных с депрессией F06.36, органическим расстройством F06.6 и тревожным расстройством F06.4 и низким физическим, психическим и социальным ресурсом больных с деменцией F02.3 разработана схема медикаментозного, инструментального и психотерапевтического лечения этой патологии.

Медикаментозная схема включает антидепрессанты, транквилизаторы, снотворные, стабилизаторы настроения, вегетативные

стабилизаторы, препараты общеукрепляющего действия, средства, стимулирующие метаболические процессы в мозге, препараты, улучшающие мозговой кровоток, биогенные стимуляторы, средства тонизирующего действия, антиоксиданты.

Из инструментальных методов лечения психической патологии у больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 и расстройством F06.4 используется метод биологически обратной связи (25–30 ежедневных сеансов по 40–60 мин), у больных с депрессией F33.0-33.1 – метод светотерапии (15 ежедневных сеансов по 1,5–3 ч), у больных с депрессией F06.36 и органическим расстройством F06.6 – плазмаферез (2 сеанса с интервалом 5–7 дней).

Психотерапевтическая программа лечения включает:

- кризисную психотерапию на основе экзистенциально-гуманистического подхода в модификации В.Я. Пилягиной (2004), проводится больным с аутоагрессивным поведением как в индивидуальной (5–7 консультативных встреч), так и в групповой и семейной форме (до двух месяцев при 2–3-кратном посещении в неделю);

- индивидуальную когнитивную психотерапию по А.Т. Веck (для больных паркинсонизмом с F43.21 и F33.0-33.1);

- когнитивно-поведенческую терапию (методы наводнения, экспозиции, контроля последствий, моделирующего поведения) для больных паркинсонизмом с F43.21, F06.36 и F06.4;

- индивидуальную рациональную психотерапию (разъяснение, убеждение, переубеждение, отвлечение) и мультимодальную психотерапию для больных паркинсонизмом с F06.6 и F06.4;

- индивидуальную психотерапию (убеждение, переубеждение, отвлечение) и тренинг-группу (выработка элементарных навыков общения и самообслуживания) для больных с деменцией F02.3;

- семейную психотерапию (индивидуальную и групповую), курсом до двух месяцев, при 3–4-кратном посещении психотерапевта в первый месяц и 2–3-кратном посещении во второй месяц лечения.

На этапе амбулаторной терапии осуществляется стабилизация психического

состояния, проводится поддерживающая терапия болезни Паркинсона, социализация и реинтеграция больного в общество. Места проведения – психиатрический диспансер, специализированные реабилитационные центры, учреждения социальных служб, центры занятости и профориентации. Основные специалисты – психиатр, психотерапевт, психолог, невропатолог, реабилитологи, работники социальных служб и профессиональной ориентации.

Методы, используемые на этом этапе: 1) медикаментозная терапия; 2) психотерапия: групповая (2 раза в неделю, курсом 2–4 мес.), семейная психотерапия (2 раза в неделю, курсом 2 мес.) и аутотренинг (релаксация с глубоким дыханием 3 раза в неделю, курсом 2 мес.); 3) средства кинезотерапии (2–3 раза в неделю в течение 2 мес., 2 раза в год) и рефлексотерапии; 4) методы социальной работы, профессиональное обучение (переобучение), рациональное трудоустройство.

В апробации разработанной системы дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии психических расстройств больных паркинсонизмом участвовало 129 пациентов, контрольная группа состояла из 113 больных. Больные основной группы прошли курс лечения по разработанной системе, контрольной – курс традиционного лечения психических расстройств. Сравнительный анализ результатов эффективности лечебных мероприятий проводился по оценке динамики психического состояния, степени риска суицида, состояния личностного, социально-психологического, профессионального ресурса больного, состояния качества жизни.

Согласно результатам апробации у больных основной группы после использования разработанной системы терапии в 72,1 % случаев диагностировано психическое здоровье, тогда как после использования традиционных форм лечения психическое здоровье диагностировано только у 38,9 % больных (при  $p < 0,05$ ). В контрольной группе отмечено большее, чем в основной группе, количество больных с отсутствием позитивной динамики психического состояния (35,4 и 7,8 % при  $p < 0,01$ ) и его ухудшением (7,9 и 4,7 % при  $p < 0,05$ ).

У больных паркинсонизмом основной группы отмечен более низкий уровень намерения суицида, чем у больных контрольной

группы, прошедшей лечение по традиционной схеме, – (7,8±2,1) и (15,1±1,9) балла при  $p < 0,05$ .

Анализ усреднённого профиля СМИЛ показал, что у больных контрольной группы были более выражены ипохондрические [1-я шкала – (64±6) Т-баллов], депрессивные [2-я шкала – (68±3) Т-баллов, 9-я шкала – (48±2) Т-баллов], тревожные [7-я шкала – (66±5) Т-баллов] патопсихологические феномены и отмечался сниженный уровень социальной адаптации [8-я шкала – (67±5) Т-баллов]. В основной группе больных паркинсонизмом эти патопсихологические феномены были выражены значительно меньше (при  $p < 0,05$ ).

По результатам теста М. Люшера в основной группе больных отмечалась более выраженная социально-психологическая адаптация, чем в контрольной группе. В основной группе I–II позицию преимущественно занимали основные цвета, в то время как в контрольной группе основные цвета смещались к концу ряда.

Среди больных основной группы после проведённой терапии преобладал гармоничный тип отношения к болезни (70,5 %) по сравнению с больными контрольной группы (32,7 %) при  $p < 0,01$ .

### Список литературы

1. Болезнь Паркинсона, диагностические критерии и стратегия лечения / Ю. И. Головченко, И. Н. Карабань, Т. Н. Калищук-Слободин [и др.]. – К. : БВИ-Принт, 2008. – 68 с.
2. Epidemiology of Parkinson's disease / G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen [et. al.] // J. Neurology. – 2008. – Vol. 255. – Suppl. 5. – P. 18–32.
3. Зальялова З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона : методическое пособие для постдипломного образования / З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов. – Казань, 2009. – 34 с.
4. Московко С. П. Депрессии при болезни Паркинсона / С. П. Московко, Н. Г. Старинец, Г. С. Московко // НейроNEWS. – 2008. – № 3/1. – С. 55–56.
5. Aarsland D. Neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease and dementia: frequency, profile and associated care giver stress / D. Aarsland, K. Bronnick, U. Ehrt // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2007. – Vol. 78. – P. 36–42.
6. Shulman L. M. Comorbidity of the nonmotor symptoms of Parkinson's disease / L. M. Shulman, R. I. Taback, J. Bean // Mov. Disord. – 2001. – Vol. 16. – P. 507–510.
7. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот [и др.] // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50), додаток. – С. 58–59.
8. Нодель М. Р. Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни / М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно // Болезнь Паркинсона и расстройства движений : руководство для врачей по материалам 1 Нац. конгресса. Москва, 22–23 сентября 2008 г. – М., 2008. – С. 92–94.

Анализ социально-психологического и профессионального ресурса больных паркинсонизмом основной и контрольной групп свидетельствовал о более высоком ресурсе первых. Так у 80,6 % больных основной группы улучшился социально-психологический ресурс и у 71,3 % – профессиональный, тогда как в контрольной группе только у 51,3 % пациентов улучшился социально-психологический ресурс и у 47,8 % – профессиональный (при  $p < 0,05$ ).

Оценка интегративного показателя качества жизни, полученная на конец лечения в обеих группах больных, также показала высокую эффективность разработанной системы терапии психических расстройств.

Таким образом, проанализировав качество жизни, клинические, патопсихологические и социально-психологические результаты лечения психических расстройств больных паркинсонизмом, полученные по разработанной системе дифференцированной, ресурсно-ориентированной терапии и традиционной схеме лечения, можно сделать вывод о её более высокой эффективности в лечении психических расстройств у больных с болезнью Паркинсона по сравнению с традиционными методами.

9. Садеков Р. А. Лечение паркинсонизма / Р. А. Садеков, А. М. Вейн. – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 93 с.

10. Mizuno Y. Placebo-controlled, double blind dose-finding study of entacapone in fluctuating parkinsonian patients / Y. Mizuno, L. Kanazava, S. Kuno // Mov. Disorders. – 2007. – № 1. – P. 75–80.

*Д.Ю. Сайко*

#### **СИСТЕМА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ РЕСУРСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА**

На підставі результатів комплексного клініко-психопатологічного та патопсихологічного дослідження психічних порушень при хворобі Паркінсона розроблена система їх диференційної, ресурсно-орієнтованої терапії. Викладено основні принципи, етапи та методи запропонованої системи терапії. Представлені результати апробації розробленої системи терапії та доведена її висока ефективність у порівнянні з традиційними методами лікування.

**Ключові слова:** хвороба Паркінсона, психічні розлади, ресурсно-орієнтована терапія, ефективність системи терапії.

*Д.Yu. Sayko*

#### **SYSTEM OF A DIFFERENTIATED RESOURCE-ORIENTED THERAPY FOR MENTAL DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE**

On the base of results of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation of mental impairments in Parkinson's disease a system for their differentiated, resource-oriented therapy was developed. The main principles, stages and methods of the proposed system are described. The results of an approbation of the developed system of therapy are presented and its higher efficacy in comparison with traditional methods is demonstrated.

**Key words:** Parkinson's disease, mental disorders, resource-oriented therapy, efficiency of system therapy.

*Поступила 24.02.12*