

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Д. Ю. САЙКО

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

**Проанализированы особенности эмоционально-потребностной сферы, выраженность личностных особенностей, типы отношения к болезни у пациентов с болезнью Паркинсона (БП) и психическими расстройствами. Выявлены патопсихологические факторы формирования органического депрессивного расстройства (F06.36), органического тревожного расстройства (F06.4), органического эмоционально-лабильного расстройства (F06.6), описаны механизмы их патогенеза. Относительно деменции (F02.3) у больных БП единого патопсихологического механизма ее формирования не обнаружено, основная роль в ее патогенезе принадлежит органическому поражению головного мозга.**

*Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органические психические расстройства, патопсихологические закономерности формирования.*

Болезнь Паркинсона (БП) — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний людей пожилого возраста, которое встречается у 1–2% в популяции лиц старше 65 лет. Неутешительная статистика последних лет свидетельствует об увеличении частоты данного заболевания в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, что связывают с ростом средней продолжительности жизни, неблагоприятными экологическими факторами и усовершенствованием диагностики этой патологии [1, 2].

Несмотря на то что диагноз БП базируется на обнаружении специфических двигательных проявлений, являющихся следствием недостаточности дофаминергической передачи в nigrostriарной системе, психические нарушения оказываются столь же характерными для этого заболевания [3, 4]. Психические расстройства наблюдаются на всех стадиях БП и зачастую предшествуют ее двигательным проявлениям. На поздних стадиях БП психические расстройства начинают доминировать как факторы, влияющие на качество жизни пациента, и становятся более важными и инвалидизирующими, чем моторные нарушения, составляя непреодолимые трудности для самих больных и ухаживающих за ними [5–7]. К наиболее часто встречающимся психопатологическим феноменам БП относят депрессии, тревожные, галлюцинаторно-параноидные и когнитивные нарушения [4, 8].

В ряде исследований отмечен мультифакторный генез нервно-психических расстройств, среди ведущих факторов их патогенеза при БП рассматриваются дофаминергическая, норадренергическая и серотонинергическая дисфункция в лимбической системе мозга, кроме того, отмечено влияние на их формирование преморбидных психологических особенностей личности [1, 8]. Однако на сегодняшний день в актуальных исследованиях,

посвященных проблеме паркинсонизма, не отражены психологические закономерности и механизмы патогенеза нервно-психических нарушений при БП, что обуславливает необходимость их детального анализа.

Целью данного исследования было изучение патопсихологических закономерностей формирования органических психических расстройств при БП.

Было обследовано 250 больных БП, из которых основную группу исследования составили 174 человека с органической психической патологией в клинической картине БП (89 человек с органическим непсихотическим депрессивным расстройством (F06.36); 33 человека с органическим тревожным расстройством (F06.4); 52 человека с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (F06.6.); 28 человек с деменцией (F02.3)), контрольную группу — 76 больных БП без психических расстройств.

Использовались следующие методы: клиническая шкала тревоги (CAS) [9]; тест СМЛ [10]; цветовой тест Люшера [11]; опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни [12].

Анализ представленности психической патологии у больных БП продемонстрировал значительное преобладание в ее структуре психических расстройств органического генеза в 68,0% случаев. Среди органической психической патологии наиболее часто отмечалось органическое непсихотическое депрессивное расстройство (F06.36) — в 29,9% случаев; органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) — 17,5%; органическое тревожное расстройство (F06.4) — 11,1% и деменция (F02.3) — 9,5%.

Анализ патопсихологических факторов и закономерностей формирования данных психических расстройств представлен ниже.

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство (F06.36)

Согласно результатам исследования тревоги (по шкале CAS) у больных паркинсонизмом с органическим депрессивным расстройством (F06.36) диагностировался низкий уровень тревожности ( $6,5 \pm 1,3$ ;  $p > 0,5$ ).

Использование СМИЛ у больных БП и депрессивным расстройством (F06.36) показало повышение показателей по шкалам депрессии ( $79 \pm 6$  Т-баллов); импульсивности ( $75 \pm 7$  Т-баллов) и тревожности ( $72 \pm 5$  Т-баллов). Подобные результаты отражали наличие внутреннего конфликта, связанного с противоречивым сочетанием высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой психофизической истощаемостью. Осознание психологических проблем и отказ от реализации своих намерений сопровождались снижением настроения.

Усредненный профиль СМИЛ свидетельствовал о наличии компенсаторной депрессивной реакции, развивающейся на фоне выраженного конфликта противоречивых мотивационно-поведенческих тенденций у больных с дистимическими, тревожными и возбудимыми особенностями реагирования на неблагоприятные факторы.

По результатам теста Люшера у больных паркинсонизмом с F06.36 было выявлено преобладание зеленого и коричневого (+2+6) цветов на первой и второй позициях (в 79,8% и в 75,3%) и желтого и красного (-4-3) — на седьмой и восьмой позициях ряда (в 84,3% и в 80,9%),  $p < 0,05$ . Полученные результаты констатировали фрустрацию потребности в самореализации и признании, которая приводила к пассивно-оборонительной позиции и дистрессу, проявляющемуся в виде раздражительности, тревожной неуверенности, усталости и депрессии.

Среди преобладающих типов отношения к болезни у больных паркинсонизмом с депрессией (F06.36) были диагностированы меланхолический (77,5%) и неврастенический (60,7%) (при  $p < 0,01$ ). Эти типы характеризовались сниженным настроением с депрессивными высказываниями; неверием в улучшение состояния своего здоровья, в успех лечения; вспышками раздражения, завершающимися раскаянием и слезами; нетерпеливым отношением к медперсоналу и процедурам.

Таким образом, основными патопсихологическими особенностями 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 (F06.36) выступал факт наличия БП и ее физических последствий, которые привели к фрустрации

высокого уровня притязаний, потребности в самореализации и признании. Упорство в отстаивании фрустрированных позиций в сочетании с внутренними разноплановыми мотивационно-поведенческими тенденциями (достижение успеха — избегание неуспеха, активность и решительность — блокировка активности, стремление к доминированию — неуверенность в себе) вызвали компенсаторную депрессивную реакцию, характерную для личностей с дистимическими, тревожными и возбудимыми особенностями реагирования на неблагоприятные факторы.

#### ОРГАНИЧЕСКОЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛАБИЛЬНОЕ (АСТЕНИЧЕСКОЕ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (F06.6)

У больных паркинсонизмом с органическим расстройством (F06.6) диагностировался низкий уровень тревожности ( $5,2 \pm 2,8$ ) по результатам шкалы CAS.

В личностном профиле (СМИЛ) у больных с расстройством F06.6 наблюдалось повышение показателей по шкалам депрессивности ( $72 \pm 6$  Т-баллов); тревожности ( $70 \pm 7$  Т-баллов) и невротического сверхконтроля ( $68 \pm 7$  Т-баллов), что свидетельствовало о выраженной гипостенической форме эмоционального и поведенческого реагирования на неблагоприятные факторы.

По результатам теста М. Люшера у больных паркинсонизмом с F06.6 наблюдалось смещение серого и темно-синего (+0+1) цветов на первые позиции ряда (в 82,7% и в 78,8%) и красного и коричневого (-3-6) — на последние позиции ряда (в 86,5% и в 82,7%) ( $p < 0,05$ ), что отражало фрустрацию физиологических потребностей, ущемляющую чувство независимости и вызывающую усталость, ощущение бессилия, потребность в покое и ограничительное поведение.

Среди преобладающих типов отношения к болезни у больных паркинсонизмом с F06.6 отмечались неврастенический (61,5%) и апатический (48,1%) типы отношения к БП ( $p < 0,01$ ), которые характеризовались вспышками раздражения; выраженной психофизической истощаемостью; безразличием к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; пассивным подчинением процедурам и лечению; утратой интереса ко всему, что ранее волновало.

Следовательно, среди основных патопсихологических особенностей формирования расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом были выделены фрустрация физиологических потребностей, чрезмерно ограничивающих 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 (F06.6) выступал факт наличия рецидивирующей БП, что

вызывало 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 вела к формированию компенсаторной гипостенической формы эмоционального и поведенческого реагирования.

#### ОРГАНИЧЕСКОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (F06.4)

По результатам шкалы CAS у больных паркинсонизмом с тревожным расстройством (F06.4) диагностировалась тревожность высокой степени ( $20,2 \pm 1,1$ ). Наиболее выраженными составляющими тревоги были психическое напряжение (78,8%), мышечное напряжение (72,7%), беспокойство (69,7%) и опасения (63,6%) ( $p < 0,05$ ).

По профилю СМИЛ у больных БП и тревожным расстройством (F06.4) отмечалось повышение показателей по шкалам тревожности ( $78 \pm 8$  Т-баллов) и интроверсии ( $72 \pm 6$  Т-баллов), что отражало ослабление социальных контактов, отгороженность и отчужденность, инертность психических функций, ригидность установок, бегство от проблем в одиночество. Усредненный профиль СМИЛ свидетельствовал о выраженной социальной дезадаптации и ведущей тревожной форме реагирования больных на неблагоприятные факторы.

По результатам теста Люшера у пациентов с БП и F06.4 наблюдалось преобладание темносинего и коричневого (+1+6) цветов на первой и второй позициях ряда (в 72,7% и в 63,6%) и желтого и красного (-4-3) — на седьмой и восьмой позициях (в 78,8% и в 66,7%) ( $p < 0,05$ ), что отражало фрустрацию потребности в самореализации, пассивность позиции, зависимость, тревожность, беспокойство, неуверенность, мнительность и опасения за свое здоровье, страх перед будущим, ощущение недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребность в их защите и помощи.

Среди типов отношения к БП у данных больных преимущественно диагностировались тревожный (81,8%) и ипохондрический (42,4%,  $p < 0,01$ ), которые проявлялись тревожностью, беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения; поиском новых способов лечения, дополнительной информации о БП, вероятных осложнениях, методах лечения; сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях; преувеличением действительных и несуществующих проявлений БП; требованиями более тщательного обследования.

В целом, основными патопсихологическими факторами формирования тревожного расстройства (F06.4) у больных паркинсонизмом выступали фрустрация потребности в самореализации и признании, разочарование и страх перед

будущим; 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 (F06.4) служил факт наличия БП, что вызывало фрустрацию потребности в самореализации и признании вследствие комплекса неполноценности, сформированного за счет проявлений БП. Эта фрустрация на фоне конституциональных тревожных личностных особенностей способствовала компенсаторным тревожным формам поведения, выражающимся в пассивности, зависимости, тревожности, неуверенности, мнительности, чувстве недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребности в их защите и помощи.

#### ДЕМЕНЦИЯ (F02.3) ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Согласно результатам исследования тревоги по шкале CAS у больных паркинсонизмом с деменцией (F02.3) диагностировался низкий уровень тревожности ( $5,5 \pm 1,1$ ;  $p > 0,5$ ). При использовании теста СМИЛ у больных с деменцией (F02.3) были получены недостоверные результаты, в силу своего интеллектуального дефекта больные из этой группы не могли справиться с опросником, а полученные результаты не поддавались интерпретации. По тесту Люшера у больных паркинсонизмом с деменцией (F02.3) статистически достоверных закономерностей распределения цветов на первой-второй и седьмой-восьмой позициях выявлено не было. Среди типов отношения к болезни у больных этой группы преобладали апатический (57,1%), анозогностический (35,7%) и эйфорический (32,1%),  $p < 0,01$ , которые характеризовались полным безразличием к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; пассивным подчинением процедурам и лечению; утратой интереса ко всему, что ранее волновало; пренебрежением и легкомысленным отношением к болезни и лечению; отрицанием проявлений болезни, приписыванием их другим несерьезным заболеваниям; отказом от обследования и лечения.

Полученные в ходе исследования результаты не позволяют выделить единого патопсихологического механизма формирования деменции (F02.3) при БП. Основная роль в этом процессе принадлежит органическому поражению головного мозга, а патопсихологические механизмы, участвующие в формировании отдельных клинических психопатологических проявлений, являются производными когнитивных расстройств и расстройств мышления при этой форме деменции.

Таким образом, проведенное исследование органических психических расстройств у больных паркинсонизмом позволяет выделить общие

патопсихологические закономерности формирования органических психических расстройств при БП: основным поводом формирования органических психических расстройств является факт наличия тяжелой БП и ее последствий. БП запускает органический (F06.6) или сочетанный (F06.36, F06.4) механизмы формирования психической патологии, либо психическая патология является патогенетическим немоторным проявлением собственно БП (F02.3).

Основная причина формирования органических психических расстройств у больных паркинсонизмом — фрустрация высокого уровня притязаний, потребности в самореализации и признании (для больных с F06.36 и F06.4), физиологических потребностей в полноценной физической и психической деятельности (для больных с F06.6). Основным механизмом формирования органических психических расстройств у больных

паркинсонизмом является механизм конституционально обусловленного или приобретенного когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования на фрустрацию основных потребностей: депрессивная реакция как компенсаторная реакция на выраженный конфликт противоречивых мотивационно-поведенческих тенденций (для F06.36); гипостеническая форма эмоционального и поведенческого реагирования вследствие приобретенных дистимических и психастенических личностных особенностей органического генеза (для F06.6); тревожная форма эмоционального и поведенческого реагирования конституционально-органического генеза (для F06.4).

Полученные в ходе исследования результаты представляется необходимым использовать при разработке программ профилактики и дифференцированной терапии больных БП, осложненной органической психической патологией.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Московко С. П., Московко Г. С.* Мир болезни Паркинсона // *НейроNews*.— 2008.— № 3/2.— С. 43–49.
2. *Epidemiology of Parkinsons disease / G. Alves, E. V. Forsaa, K. F. Pedersen et. al. // J. of Neurology*.— 2008.— Vol. 255, Suppl. 5.— P. 18–32.
3. *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.
4. *Chaudhuri K. R., Naidu Y.* Early Parkinsons disease and non-motor issues // *J. of Neurology*.— 2008.— Vol. 255, Suppl. 5.— P. 33–38.
5. *Зальялова З. А., Яковлева Л. А., Богданов Э. И.* Немоторные проявления болезни Паркинсона // *Методическое пособие для постдипломного образования*.— Казань, 2009.— 34 с.
6. *Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот и др. // Укр. вісн. психоневрології*.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50) (додаток).— С. 58–59.
7. *Нодель М. Р., Яхно Н. Н.* Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни // *Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса (Москва, 22–23 сентября 2008 г.)*.— М., 2008.— С. 92–94.
8. *Мирецкая А. В., Федорова Н. В., Макаров В. В.* Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона // *Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса (Москва, 22–23 сентября 2008 г.)*.— М., 2008.— С. 97–99.
9. *Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей / Под ред. Т. МакГлинна, Г. Меткалфа*.— М., 1989— 119 с.
10. *Собчик Л. Н.* Многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРІ) // *Метод. пособие*.— СПб., 1999.— 137 с.
11. *Собчик Л. Н.* МЦВ — метод цветных выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство.— СПб.: Речь, 2001.— 112 с.
12. *Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс*.— СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005.— 86 с.

### ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Д. Ю. САЙКО

Проаналізовано особливості емоційно-потребової сфери, виразність особистісних особливостей, типи ставлення до хвороби у пацієнтів із хворобою Паркінсона (ХП) та психічними розладами. Виявлено патопсихологічні фактори формування органічного депресивного розладу (F06.36), органічного тривожного розладу (F06.4), органічного емоційно-лабільного розладу (F06.6), описано механізми їх патогенезу. Щодо деменції (F02.3) у хворих на ХП єдиного патопсихологічного механізму її формування не виявлено, основна роль в її патогенезі належить органічному ураженню головного мозку.

*Ключові слова:* хвороба Паркінсона, органічні психічні розлади, патопсихологічні закономірності формування.

**PATHOPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES AND REGULARITIES  
OF ORGANIC MENTAL DISORDERS DEVELOPMENT AT PARKINSON'S DISEASE**

D. Yu. SAYKO

The peculiarities of emotion-need sphere, degree of personality peculiarities, types of attitude to the disease were analyzed in patients with Parkinson's disease (PD) and mental disorders. Pathopsychological factors of forming organic depressive disorder (F06.36), organic anxiety disorder (F06.4), organic emotional-labile disorder (F06.6) were revealed. The mechanisms of their pathogenesis were described. As for dementia (F02.3), uniform pathopsychological mechanism of its formation was not revealed in patients with PD. Main role in its pathogenesis is played by organic brain lesions.

*Key words: Parkinson's disease, organic mental disorders, pathopsychological regularities of formation.*

Поступила 26.03.2012