

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.832-004.2-008.47:616.895.4

*Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута, М.В. Данилова***ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ  
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

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

Ключевые слова: депрессивная реакция, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое депрессивное расстройство, рассеянный склероз, психопатологические факторы

Высокая распространённость депрессивных расстройств делает их проблему одной из самых сложных и актуальных в современной психиатрии. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара, а инвалидизация по причине депрессии к 2020 г. может выйти на первое место среди всех прочих недугов. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5-6].

Существенно возросла актуальность проблемы депрессий в неврологической практике. В DSM-4 приводятся усредненные данные о распространенности депрессивных расстройств среди больных с неврологической патологией, которая колеблется от 25 до 40% [4]. Рассеянный склероз выделяется рядом авторов в качестве неврологического заболевания наиболее часто отягощенно-депрессивной патологией, по данному показателю он уступает лишь болезни Паркинсона [2,10]. Негативное влияние депрессивной патологии на качество жизни, социальное функционирование, течение рассеянного склероза, высокий уровень суицидов у данных больных, обуславливает необходимость детального изучения факторов этиопатогенеза депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Целью данного исследования явилось изучение психопатологических факторов формирования различных вариантов депрессивных расстройств, формирующихся при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 367 больных рассеянным склерозом. Из в основную группу исследования вошли 238 больных, в клинической картине которых диагностировано наличие следующих депрессивных расстройств: у 38 больных (15,9 %) - расстройства адаптации, в

виде депрессивной реакции (F43.21–43.22); у 35 больных (14,8 %) – депрессивный эпизод (F32.0-32.2); у 64 больных (26,9 %) – рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0-33.2); у 101 больного (42,4 %) - органическое депрессивное расстройство (F06.32). 129 больных рассеянным склерозом без признаков аффективных расстройств составили контрольную группу исследования.

В качестве инструментария использовались психометрические методы: клиническая шкала тревоги (CAS) – для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [11] и шкала самооценки тревоги Шихана - для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [11], а также патопсихологические методы: методика СМИЛ - для выявления личностных особенностей [7]; цветовой тест Люшера - для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [8]; Торонтская шкала алекситимии Y.J.Taylor – для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [3]; опросник Бехтеревского института - для изучения типа отношения к болезни [1]. Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики и сравнительного анализа для установления вероятности различий между выборками.

Первый этап исследования был посвящен изучению роли тревожности в формировании депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом (на основании анализа данных клинической шкалы тревоги (CAS) и шкалы самооценки тревоги Шихана). Согласно полученным данным, больные рассеянным склерозом, осложненным депрессивной реакцией характеризовались высоким уровнем как субъективной, так и объективной тревоги, соответственно  $96,6 \pm 7,9$  и  $19,3 \pm 2,8$  баллов, что достоверно пре-

вышало данные показатели в контрольной группе, которые отражали наличие низкого уровня тревоги (соответственно  $21,7 \pm 2,5$  и  $4,1 \pm 1,5$  баллов),  $p < 0,05$ . При других формах депрессивной патологии значимых различий с контрольной группой по показателям выраженности тревоги обнаружено не было. Данный факт свидетельствовал о важной роли тревоги в генезе депрессивных реакций при рассеянном склерозе, и ее незначительной роли в формировании других форм депрессивной патологии.

Второй этап исследования был посвящен анализу роли личностных особенностей в патогенезе депрессивных расстройств. У больных с депрессивной реакцией в профиле СМИЛ наблюдалось значительное повышение по шкалам «тревожности» ( $79 \pm 7$  Т), «интроверсии» ( $75 \pm 8$  Т) и «депрессии» ( $73 \pm 10$  Т), что свидетельствовало о выраженных тревожных и депрессивных патопсихологических феноменах с признаками социальной дезадаптации: тенденцией «ухода в себя», ослаблением социальных контактов, отгороженностью и отчужденностью. Основными патопсихологическими личностными проявлениями у больных рассеянным склерозом с депрессивной реакцией были: пассивная личностная позиция, неуверенность в себе и в ситуации, высокая чувствительность к негативным средовым воздействиям, сниженная самооценка, сочетающаяся с завышенным идеальным «Я», инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, высокая тревожность, склонность к острому переживанию неудач, к волнению, повышенное чувство вины, замкнутость, ригидность установок, внутренняя дисгармония, снижение уровня включенности в социальную среду, обращенность интересов в мир внутренних переживаний. В мотивации данных больных преобладали тенденции избегания неуспеха, в качестве основного защитного механизма использовались - ограничительное поведение, блокировка активности, отказ от самореализации и усиление контроля сознания, уход от контактов и проблем. Характерной потребностью у больных с депрессивной реакцией выступала потребность в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении, избавлении от страхов и неуверенности. Перечисленные патопсихологические качества отражали наличие невротических механизмов формирования депрессивных реакций у больных с психастеническим, тревожно-мнительным и интровертированным типами личности. Следовательно, выделенные патопсихологические особенности в виде

интровертированных, тревожных и пессимистических (депрессивных) черт личности, характеризующиеся пассивностью, отгороженностью, повышенной эмоциональной чувствительностью, ослабленностью защитных функций способствовали формированию депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

В характерологическом профиле СМИЛ больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством было зафиксировано значительное повышение показателей по шкале «депрессии» (соответственно,  $79 \pm 4$  Т и  $812$  Т) и шкале «индивидуалистичности» (соответственно,  $75 \pm 6$  Т и  $77 \pm 4$  Т), что отражало наличие выраженных аффективных (депрессивных) и личностных патопсихологических расстройств гипостеничного типа. При этом высокие показатели шкалы «индивидуалистичности» свидетельствовали об эндогенном генезе этих расстройств. Основными патопсихологическими личностными проявлениями у больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством были: пассивность, снижение уровня активности, неловкость в межличностных контактах, замкнутость и отстраненность, неудовлетворенность и пессимистичность, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, неуверенность, склонность к стоп-реакциям и депрессии в стрессовых ситуациях, к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины. Ведущей мотивационной направленностью у этих больных выступала тенденция к избеганию неуспеха. В качестве основного защитного механизма использовались отказ от самореализации, усиление контроля сознания, уход в мир фантазий. Выделенные патопсихологические особенности в виде пессимистических черт личности, пассивности, повышенной эмоциональной чувствительности, отстраненности и индивидуалистичности соответствовали наличию эндогенного депрессивного расстройства у лиц с гипостеническим типом.

В характерологическом профиле больных с органической депрессией при рассеянном склерозе отмечалось значительное повышение показателей по шкалам «аффективной ригидности» (в пределах  $79 \pm 4$  Т-баллов), «импульсивности» (в пределах  $77 \pm 8$  Т-баллов) и «депрессии» (в пределах  $75 \pm 12$  Т-баллов), что свидетельствовало о выраженных депрессивных и органических (аффективная ригидность, импульсивность) патопсихологических феноменах. Основными патопсихологическими личностными проявле-

ниями в этой группе депрессивных больных были: эпилептоидные черты характера, возбудимость, импульсивность, нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний, отсутствие выраженной конформности, конфликтность. Высокие показатели по шкале «депрессии» в сочетании с пиками по шкалам «ригидности» и «импульсивности» отражали депрессивную форму реагирования у личности с возбудимо-импульсивными патохарактерологическими особенностями органического генеза, что свидетельствовало о наличии внутреннего конфликта, уходящего корнями в изначально противоречивый тип реагирования: сочетание разнонаправленных тенденций – высокой активности и динамичности процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженной инертности и неустойчивости, с другой. Психологически это проявлялось наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью, что характерно для реакций дезадаптации. Основным защитным механизмом служило отреагирование «вовне», как правило, агрессивного или негативного характера, что еще сильнее усугубляло дезадаптацию. Таким образом, наличие выраженных разнонаправленных тенденций в характерологическом профиле в виде депрессивных, импульсивных и ригидных черт способствовало формированию органического депрессивного расстройства при рассеянном склерозе.

У больных контрольной группы усредненный профиль СМИЛ характеризовался пикообразностью по шкалам эмоциональной лабильности (в пределах  $63 \pm 6$  Т), импульсивности (в пределах  $57 \pm 8$  Т) и ригидности (в пределах  $61 \pm 3$  Т), однако данные показатели находились в нормативных пределах, определяющих характерологические особенности индивида, сохранность функций социальной адаптированности без признаков акцентуаций и психопатологии. В целом профиль СМИЛ больных контрольной группы свидетельствовал об их активной жизненной позиции, стеничном типе поведения, внешненаправленных тенденциях и способности адекватно отреагировать во вне внутренние переживания и эмоции, что служило в качестве своеобразных саногенных факторов, препятствующих формированию депрессивной патологии.

На третьем этапе исследования были проанализированы особенности эмоционального реагирования больных рассеянным склерозом на основании данных теста Люшера. В группе боль-

ных рассеянным склерозом с депрессивными реакциями, выявлено статистически достоверное по отношению к группе больных с другими формами депрессивных расстройств и контрольной группе, преобладание синего и желтого цветов на первой и второй позициях (соответственно в 68,4% и в 63,2% случаев) и коричневого и фиолетового - на седьмой и восьмой позициях (соответственно в 71% и в 55,3% случаев). Полученные результаты свидетельствовали о потребности больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе в прочной и глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от негативных социальных воздействий. Данная потребность являлась ведущей и поэтому - наиболее травмируемой мишенью. Больные с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе характеризовались чувствительностью и зависимостью от других, повышенной потребностью нравиться окружающим. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, вызванный отсутствием факта самоутверждения в обществе и неудовлетворенной потребностью конгруэнтных межличностных отношений, уязвимостью перед негативными социальными воздействиями. Отмечалась явная напряженность, вызванная невозможностью контролировать происходящее вокруг.

По результатам обследования тестом Люшера больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе, также как и в группе больных с рекуррентной депрессией, выявлено статистически достоверно по отношению к контрольной группе, преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях (соответственно в 85,7% и в 77,1% случаев при депрессивном эпизоде; и в 90,1% и в 82,2% случаев при рекуррентном депрессивном расстройстве). При этом в качестве преобладающих на последних позициях ряда (седьмой и восьмой позиции) при депрессивном эпизоде выделены красный и зеленый (соответственно в 82,9% и в 71,4% случаев); при рекуррентном депрессивном расстройстве - 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 первых позициях ряда свидетельствовало о доминировании у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством пессимистической оценки своего состояния, наличии выраженной протестной реакции по отношению к сложившейся ситуации, которая реализовывалась через ограничение контак-

тов и пассивное противодействие.

При этом у больных с депрессивным эпизодом выраженный стресс был связан с блокировкой самореализации (преобладание красного и зеленого цветов на седьмой и восьмой позициях (-3-2)). Отмечалась фрустрация потребности в достижении успеха, снижение и утрата контроля над сложившейся ситуацией, выявлены проблемы уязвленного самолюбия, неудовлетворенности своей социальной позицией. Больные ощущали собственное бессилие перед лицом препятствий, которые субъективно воспринимались ими как непреодолимые.

У больных же рекуррентной депрессией выраженная психическая напряженность (стресс) была связана с фрустрацией физиологических потребностей, которые по внешним причинам чрезмерно ограничивались (преобладание красного и коричневого цветов - на седьмой и восьмой позициях (-3-6) ряда). 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 как при депрессивном эпизоде, так и при рекуррентном расстройстве (+7-3) был связан с переутомлением вследствие нервного перенапряжения, непереносимостью внешних воздействий, ощущением несчастья, невозможностью контролировать происходящее вокруг, при этом отмечалась склонность к импульсивным аутоагрессивным действиям. 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.

Следовательно, преобладание выраженных протестных реакций в виде ограничения контактов, пассивного противодействия и самоизоляции при фрустрации ведущих физиологических и личностных потребностей, вызванных сложившейся ситуацией, отражает наличие и механизм формирования депрессивного эпизода и рекуррентной депрессии при рассеянном склерозе.

Анализ теста Люшера в контрольной группе дал разноплановый материал, касающийся преимущественно невыраженных проблем ситуационного характера. Цветовое распределение на первой-второй и седьмой-восьмой позициях теста Люшера у больных этой группы свидетельствовало об отсутствии у них патопсихологичес-

ких расстройств и наличии сохранной социальной адаптированности (в большинстве случаев основные цвета были сформированы в единую группу и располагались в начале ряда).

Изучение уровня выраженности алекситимии (на основании данных Торонтской шкалы алекситимии) позволило зафиксировать наличие высокого ее уровня у больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом ( $94 \pm 7$  баллов) и рекуррентной депрессией ( $99 \pm 10$  баллов), что значительно превышало данный показатель в контрольной группе -  $48 \pm 9$  баллов,  $p < 0,05$ . Это свидетельствовало о сниженной способности к вербализации эмоциональных состояний, трудностях в определении и описании собственных переживаний, в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта у больных с эндогенными депрессивными расстройствами. Указанные особенности вызывали трудности в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта, что приводило к развитию и углублению депрессивной патологии. При других формах депрессивных расстройств при рассеянном склерозе был зафиксирован низкий уровень алекситимии (значимых различий с контрольной группой не установлено).

Согласно результатам использования опросника Бехтеревского института для изучения типов отношения к болезни у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе было выявлено преобладание эгоцентрического (55,3%), обсессивно-фобического (57,9%), ипохондрического (65,8%) и тревожного типов (73,7%) отношения к болезни. Это означает, что больные этой группы не могли объективно оценить свое состояние, не стремились конструктивно помогать медперсоналу в лечении, а в случае неудачного исхода лечения - отчаивались и не старались переключить свои интересы на другие доступные области жизни. Подобное сочетание типов отношения к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу характерно для невротических форм реагирования.

Для больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией было характерно преобладание меланхолического (в 77,1% и в 79,7% случаев соответственно) и сензитивного (в 65,7% и в 62,5% случаев) типов отношения к болезни. 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 самоуниже-

ния. У больных с сенситивным типом отношения к болезни отмечались боязнь стать обузой для близких и развития неблагоприятного с их стороны отношения в связи с болезнью и т.д. Сочетание меланхолического и сенситивного типов отношения к болезни, ее лечению, врачам и медперсоналу характерно для эндогенных форм аффективного реагирования на болезнь.

У больных органической депрессией преобладающим был апатический (78,2%) тип отношения к заболеванию рассеянным склерозом, что характеризовало данных больных полным безразличием к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Больные пассивно подчинялись процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Так же отмечалась утрата интереса ко всему, что ранее волновало, в том числе к близким и родным людям, социальному и профессиональному статусу.

В контрольной же группе в 72,1% случаев фиксировалось гармоничное отношение к болезни, поддерживающее компенсаторные возможности психики больного.

Подводя итог проведенному исследованию, необходимо отметить следующее. Основной причиной формирования депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом является фрустрация основных потребностей вследствие наличия демиелинизирующего процесса и его физических последствий.

При этом у больных с депрессивными реакциями фрустрация охватывала потребности в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях, у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией - потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией, у больных с органической депрессией - потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности.

Основным механизмом формирования депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом являлся механизм конституционально обусловленного или приобретенного когни-

тивного, эмоционального и поведенческого реагирования на фрустрацию основных личностных потребностей.

У больных с депрессивными реакциями доминировал тревожный механизм конституционального отреагирования (тревога, ограниченное поведение, ориентация на избегание неуспеха и т.д.) при наличии тревожно-мнительного, психастенического и интровертированного типов личности.

У больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией ведущим был аффективный (депрессивный) механизм конституционального отреагирования (отказ от самореализации, ограничение контактов, самоизоляция, комплекс неполноценности и вины и т.д.) при наличии у больных гипостенического типа личности.

Органическая депрессия характеризовалась приобретенным эпилептоидным механизмом отреагирования (выраженное агрессивное поведение, возбудимость, импульсивность, психическое напряжение и истощаемость и т.д.) при наличии у больных органических патопсихологических особенностей.

К саногенным факторам, препятствующим формированию депрессивных расстройств при рассеянном склерозе (на примере контрольной группы), по данным исследования относятся: низкий уровень тревожности; гармоничная структура личности (психологическая адаптированность и отсутствие патопсихологических расстройств; низкий уровень алекситимии (сохраненные когнитивные и аффективные особенности, позволяющие больным адекватно выражать свои эмоции и идентифицировать эмоции своего окружения); гармоничный тип отношения больного к болезни.

Вышеперечисленные психопатологические факторы могут быть использованы в качестве дополнительных критериев дифференциальной диагностики различных клинических форм депрессивной патологии при рассеянном склерозе и обязательно учитываться в лечении и психокоррекции.

*Т.Д. Бахтеева, Н.О. Марута, М.В. Данилова*

## **ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ**

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

Обстежено 367 хворих на розсіяний склероз. Основну групу дослідження склали 238 хворих, з різними депресивними розладами, серед яких: 38 хворих – з розладами адаптації, у вигляді депресивної реакції; 35 хворих з депресивним епізодом; 64 хворих з рекуррентним депресивним розладом; 101 хворий з органічним депресивним розладом. 129 хворих на розсіяний склероз без ознак афектних розладів склали контрольну групу дослідження. В ході дослідження вивчені: рівень виразності об'єктивної та суб'єктивної тривожної симптоматики, особистісні особливості, специфіка емоційного реагування, захисні механізми, виразність алекситимії та типи відношення до хвороби. На підставі отриманих даних виділені основні патопсихологічні чинники формування різних депресивних розладів при розсіяному склерозі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 3-8).

## **PATHOPSYCHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

“Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine” SI, Kharkiv

Three hundreds sixty seven patients with multiple sclerosis were examined. The main group of the study consisted of 238 patients with different depressive disorders including 38 patients with adjustment disorders in the form of depressive reaction; 35 patients with depressive episode; 64 patients with recurrent depressive disorder; 101 patients with organic depressive disorder. The control group consisted of 129 patients with multiple sclerosis without signs of affective disorders. In the study levels of objective and subjective anxious symptoms, personality peculiarities, specific features of emotional reactions, defensive mechanisms, level of alexithymia, and types of attitude to the disease were investigated. On the base of data obtained the main pathopsychological factors of formation of different depressive disorders in multiple sclerosis were defined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 3-8).

### *Литература*

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. 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. Ерьсько Д.Б., Исурина 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. Лобачева Л.С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия. Мат. Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. Иркутск, 2005; 217–219.
5. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке// НейроNEWS. – 2008. -№6 (11). – с 24-28.
6. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.
7. Собчик Л.Н. Многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРП). 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. Baldwin D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford, Lundbeck Institute, 2005. – 82p.
10. Kanner A. M. Depression in Neurological Disorders / A. M. Kanner. – Chicago, Lundbeck Institute. - 2005. – 161 p.
11. 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.

Поступила в редакцию 24.02.2011