

УДК 616.895.8: 616.895.4 - 071- 036: 615.214.3

*О.В. Жиленков*

## О ВЗАИМОСВЯЗИ ПЕРСЕВЕРИРУЮЩЕГО ВАРИАНТА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Молочанская психиатрическая больница Запорожской области

Ключевые слова: нейролептическая персеверирующая депрессия, нейролептический синдром

Нейролептические депрессии являются одним из осложнений приема нейролептических средств [1]. Первое их описание появилось со времени введения в клиническую практику аминазина и др. нейролептиков, начиная с середины прошлого столетия. Однако, несмотря на большое число исследований, касающихся патогенеза нейролептических депрессий, единство взглядов на природу этих состояний еще не достигнуто [2].

В настоящее время из-за введения в клиническую практику атипичных нейролептиков, корректоров столь очерченные нейролептические депрессии стали встречаться реже.

Несмотря на все более широкое внедрение атипичных нейролептиков, депрессогенный эффект которых минимизирован, проблема нейролептических депрессий остается актуальной и сейчас - стертые варианты нейролептической депрессии значительно затрудняют интерпретацию психического статуса пациентов и их лечение, качество жизни больных шизофренией. Обращалось внимание на то, что нейролептичес-

кие депрессии возникают в непосредственной связи с применением нейролептиков и гипотимические проявления нейролептической депрессии образуют общие симптомы с экстрапирамидными побочными эффектами, такими как акатизия, паркинсонизм, оральные гиперкинезы и другие проявления экстрапирамидного синдрома [2], однако, данные экстрапирамидные побочные эффекты недостаточно идентифицированы для различных вариантов нейролептической депрессии, в том числе и для персеверирующего варианта («назойливой») нейролептической депрессии.

Персеверирующая («назойливая») депрессия [3] характеризуется преобладанием тревожно-апатических проявлений с монотонным повторением одних и тех же жалоб, либо с преобладанием явлений идеаторной и моторной заторможенности, замедлением течения мыслей, тихой маломодулированной речью, моторными стереотипиями. Гипотимия на всём протяжении депрессии сопровождается акатизией, паркинсоническими и вегетативными расстройствами.

### Материал и методы исследования

Были обследованы 44 пациента (24 женщин и 20 мужчин), страдающих шизофренией и клиническими проявлениями нейролептической «назойливой» депрессии. Глубина депрессивных расстройств при персеверирующей депрессии соответствовала критериям легкого депрессивного эпизода (F-32.0 по МКБ-10). В контрольную группу вошли 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин), страдающих шизофренией и клиническими проявлениями нейролептического синдрома, но без аффективных расстройств нейролептического генеза.

Персеверирующая («назойливая») нейролептическая депрессия характеризовалась такими основными операциональными диагностическими критериями, как гипотимия (настроение

было подавленное и сопровождалось тревогой, апатией; тревожно-апатическая депрессия с монотонным повторением жалоб) и психомоторной заторможенностью (идеаторная и моторная заторможенность, утрата энергии, бодрости, привычного тонуса: всё кажется трудным, всё требует дополнительных усилий, снижение двигательной активности и работоспособности).

Дополнительные операциональные диагностические критерии в случае персеверирующего варианта нейролептической депрессии включали в себя чаще всего снижение способности к сосредоточению внимания, рассеянность и мрачное и пессимистическое видение будущего. Гораздо реже встречались расстройство сна (пло-

хое засыпание, бессонница среди ночи, раннее пробуждение) и суицидальные фантазии, мысли, намерения, приготовления. Пациенты характеризовались тихой маломодулированной речью. Все клинические проявления имели невыразительный, стёртый характер.

Признаки нейролептической депрессии появились вслед за редукцией позитивной психосимптоматики после 2-3 месяцев лечения нейролептиками или на более поздних этапах лечения в период становления ремиссии после психотического приступа.

Пациенты с клиническими проявлениями нейролептической персеверирующей («назой-

ливой») депрессии (n=44) в течение нескольких месяцев получали как классические, так и атипичные нейролептики в виде сочетанной терапии. На предварительном этапе обследования при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) выявлено незначительное повышение уровня депрессии ( $11,71 \pm 1,56$  баллов). Депрессивные переживания по шкале депрессии Гамильтона (HDRS) и Монтомери-Асберга (MADRS) отражают лёгкую степень депрессии ( $16,57 \pm 0,92$  и  $14,21 \pm 5,31$  баллов соответственно). Количество баллов сопоставимо с акинетическим вариантом нейролептической депрессии и нейролептической дисфорией.

### Результаты исследования и их обсуждение

Персеверирующий вариант нейролептической депрессии протекает с преобладанием явлений негативной аффективности в «редуцированном» виде: болезненное бесчувствие, недовольство психическими функциями, ослабление или исчезновение инстинкта самосохранения, витальных влечений - сна, аппетита, либидо, апатия, дисфория. При нейролептической «назойливой» депрессии у больных шизофренией биологическая составляющая депрессивного расстройства (бессонница и заторможенность) присутствуют не всегда. Но даже если указанные биологические симптомы встречаются, их трудно отделить от негативных симптомов. Кроме того, и бессонница, и заторможенность могут быть составной частью шизофрении, протекающей независимо от депрессивного синдрома. Поэтому, выраженное субъективно сниженное настроение, предполагающее наличие депрессии, и заметное уплощение аффекта, предполагающие негативные симптомы, являются двумя признаками, наиболее полезными при дифференциации этих двух синдромов [4].

Нейролептические нарушения не специфичны для больных шизофренией с клиникой нейролептической депрессии, за исключением более высокой частоты встречаемости так называемых глазных симптомов и вегетативных расстройств, которые более характерны для пациентов с нейролептической депрессией (которая развилась впоследствии).

Иногда наблюдались патологические индуцированные движения в виде персевераций, которые характеризовались упорным продолжением целенаправленного действия, когда в нём уже нет необходимости. В большинстве своём эти движения возникали в результате как бы чрез-

мерной уступчивости и податливости больных влиянию извне. Персеверации проявлялись в форме повторения слова, действия или мыслительного процесса и вели к персеверативному мышлению, когда больного было чрезвычайно трудно отвлечь от завладевших им мыслей (от стереотипий они отличаются тем, что провоцируются специфическим целенаправленным действием).

Не было обнаружено никаких корреляций между аффективными расстройствами, бредовыми идеями и формами двигательной активности, а также между выраженностью стереотипий и длительностью нейролептической депрессии. Когда они работали или что-нибудь отвлекало их внимание, движения совершались реже.

Персеверирующая («назойливая») нейролептическая депрессия в сравнении с другими вариантами нейролептической депрессии на втором месте (после нейролептической меланхолии) по шкале произвольных патологических движений (AIMS -  $8,11 \pm 1,08$ ). Насильственные движения в мышцах лица и языка сочетались с дискинезией в дистальных отделах конечностей («играющие на пианино» пальцы).

Поздняя дискинезия лёгкой и умеренной степени в случаях персеверирующей («назойливой») нейролептической депрессии может сочетаться с акатизией лёгкой и (или) паркинсонизмом лёгкой степени.

Полученные данные свидетельствуют о том, что симптомы поздней дискинезии преимущественно умеренной степени тяжести, вызванные приёмом нейролептиков, у больных шизофренией не протекали изолированно, а наблюдались на фоне акатизии лёгкой степени и (или) паркинсонизма лёгкой степени в случае персевери-

рующей («назойливой») депрессии.

Классический вариант акатизии (мучительная дисфория + непреодолимое желание двигаться) наиболее характерен для нейролептической дисфории и нейролептической меланхолии, наименее - для персеверирующей («назойливой») и акинетической нейролептической депрессии ( $6,24 \pm 1,35$  по шкале акатизии Барнса (BAS)).

Согласно полученным данным, острые дистонии нейролептического генеза встречаются при всех четырёх вариантах нейролептической депрессии и имеют следующие клинические особенности. Тортиколлис (1 группа симптомов острой дистонии по DSM-IV) наблюдался у 3 пациентов с персеверирующей («назойливой») депрессией. Тортиколлис сочетался с дистонией в пальцах обеих рук на фоне акатизии лёгкой степени и паркинсонизма лёгкой степени. Смазанная и затруднённая речь, обусловленная гипертонусом или увеличением языка (четвёртая группа симптомов острой дистонии) была выявлена у двоих пациентов с персеверирующей («назойливой») нейролептической депрессией.

Резюмируя можно сказать, что острые дистонии (острые дискинезии) наблюдались в обеих группах - основной и контрольной. Клинически они выражались в неправильном положении головы и шеи по отношению к туловищу, в спазмах жевательных мышц, нарушении глотания, речи или дыхания, в смазанной и затруднённой речи из-за гипертонуса или увеличения языка, в высовывании языка и спазмах глазодвигательных мышц. Острые дистонические реакции чаще других встречались среди пациентов основной группы. Вышеперечисленные симптомы развивались в течение первых семи дней с момента начала нейролептической терапии или повышения дозы ранее принимаемых нейролептиков и уменьшаются после назначения антипаркинсонических корректоров.

Выраженность острой дискинезии (острой дистонии) согласно критериям AIMS выше среди пациентов основной группы в сравнении с контрольной группой и значительно выше, чем у пациентов с поздней дискинезией в сочетании с нейролептической депрессией ( $12,06 \pm 4,02$  в случае острой дискинезии и  $8,11 \pm 1,08$  в случае поздней дискинезии).

По двигательным проявлениям нейролептический паркинсонизм неотличим от идиопатического с характерной симптоматикой: ригидностью, тремором, брадикинезией, постуральными нарушениями. Но при нейролептическом аки-

нетико-ригидном синдроме в отличие от болезни Паркинсона симптомы распределяются симметрично. У некоторых наших пациентов брадикинезия преобладала над тремором, у других тремор и брадикинезия были выражены в одинаковой степени. Постуральные рефлексы страдали реже, однако в 2/3 случаев выявлялись те или иные нарушения походки. В то же время типичные для идиопатического паркинсонизма застывания, шаркающая, семенящая походка, затруднения в начале действия для пациентов основной и контрольной групп не были характерны. Часто нейролептический паркинсонизм сочетался с острыми или поздними дискинезиями, акатизией.

В целом у пациентов основной и контрольной групп на фоне нейролептической терапии зарегистрированы следующие симптомы в различном сочетании: тремор (конечностей, головы, языка), мышечная ригидность с пластическим повышением мышечного тонуса и симптомом «зубчатого колеса», акинезия. Данные симптомы появлялись в течение первых нескольких недель с момента начала нейролептической терапии или повышения дозы ранее принимаемых нейролептиков и уменьшались после назначения антипаркинсонических корректоров.

При «назойливой» депрессии нейролептический паркинсонизм имеет легкую степень выраженности ( $8,28 \pm 4,39$  по SAS).

Согласно полученным результатам теста на исследование движения по методике Хомской Е.Д. среди всех симптомов апраклических расстройств чаще других регистрировались нарушения в выполнении простых инструкций (правой рукой, левой рукой), доминантном праксисе, движениях взора, оральном праксисе (в данный раздел в тесте включены праксис губ, языка, щек, лицевой мускулатуры и условные оральные движения). Чаще других симптомов из вышеперечисленных групп симптомов зарегистрированы нарушения в переборе пальцев.

Уровень агрессивности при нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессии в пределах нормы (норма агрессивности  $21 \pm 4$  по шкале Басса-Дарки), уровень враждебности повышен ( $11,28$ ). В случаях нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессии аутоагрессивные действия не зарегистрированы.

По сравнению с другими вариантами нейролептических депрессий, пациенты с нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессией характеризуются пограничным уровнем тревоги ( $10,86 \pm 1,02$  по HADS и средними по-

казателями реактивной (31,26±5,56) и личностной (50,16±2,07) тревожности по шкале тревожности Спилберга-Ханина.

Полученные данные свидетельствуют о том, что развитие нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессии протекает преимущественно в виде аффективных нарушений лёгкой степени выраженности. Несмотря на это, присоединение неврологической экстрапирамидной симптоматики к клиническим проявлениям нейролептической персеверирующей («на-

зойливой») депрессии значительно усугубляет её течение ввиду многокомпонентности побочной экстрапирамидной симптоматики.

В связи с этим лечебные программы для рассмотренной категории больных должны строиться с учётом формирования и течения нейролептических побочных эффектов, полиморфности их клинических проявлений, что позволит оптимизировать лечение и будет способствовать предупреждению формирования резистентности указанных расстройств.

*О.В. Жиленков*

## **ПРО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПЕРСЕВЕРУЮЧОГО ВАРІАНТА НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ ТА НЕЙРОЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ**

Молочанська психіатрична лікарня Запорізької області

До післяпсихотичних депресій належить нейролептична персеверуюча депресія. Вони зумовлені антипсихотичними засобами і комбінуються з екстрапірамідними розладами. Нейролептична персеверуюча депресія є важкою патологією. У статті надано опис клінічних особливостей нейролептичної персеверуючої депресії у хворих на шизофренію. Було обстежено 44 хворих на нейролептичну персеверуючу депресію. Показано, що розвиток нейролептичної персеверуючої депресії перебігає переважно у вигляді афективних порушень легкого ступеня вираженості. Незважаючи на це, приєднання екстрапірамідної симптоматики до клінічних проявів нейролептичної персеверуючої депресії значно пригнічує її перебіг. Клінічні особливості нейролептичної персеверуючої депресії повинні враховуватися при діагностиці та лікуванні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 94-97 ).

*O.V. Zhilenkov*

## **THE CORRELATION OF NEUROLEPTIC PERSEVERING DEPRESSION AND NEUROLEPTIC SYNDROM**

Molotshansk psychiatric hospital, Zaporizhich region

The post-psychotic depressions us includes neuroleptic persevering depression. Its induced by antipsychotics and combine with extrapyramidal disorders. Neuroleptic persevering depression disorders are very difficult pathology. This article includes depression clinical participations of neuroleptic persevering depression at patients with schizophrenia. 44 patients with neuroleptic persevering depression were investigated. It was showed that the development of neuroleptic persevering depression had passed mainly in affective disturbances of light stage of expressiveness. The adding extrapyramidal symptomatology to clinical manifestation of neuroleptic persevering depression definitely appresses their tendency. Clinical particulars of persevering depression can be count during diagnostic and therapy this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P.94-97-).

### *Литература*

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М. 1988.
2. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.
3. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при

нейролептической терапии больных шизофренией: Дис. ...д-ра мед. наук. М 1971.

4. Siris S.G. Depression in the Course of Schizophrenia. Schizophrenia and Comorbid Conditions. Diagnosis and Treatment. Washington, London 2001; 31-56.

Поступила в редакцию 24.09.2007