

Т. Д. Бахтеева, д-р мед. наук, Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зав. отд. неврозов и пограничных состояний, М. В. Данилова, канд. мед. наук
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»
 (г. Харьков)

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ (клиника, диагностика, терапия)

Представлены данные комплексного исследования депрессивных расстройств, формирующихся на фоне рассеянного склероза. В рамках исследования обследовано 367 больных рассеянным склерозом, из которых основную группу составили 238 больных с депрессивными проявлениями, контрольную — 129 больных без депрессивных расстройств. Проанализированы основные клинико-психопатологические и патопсихологические особенности, факторы и механизмы формирования конкретных клинических форм депрессивных расстройств при рассеянном склерозе. Выделены факторы формирования суицидального поведения у данных больных. На основании полученных результатов разработана система дифференцированной терапии депрессивных расстройств при рассеянном склерозе. Представлены результаты апробации предложенной системы терапии.

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессивная реакция, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое депрессивное расстройство, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы, аутоагрессивное поведение, система дифференцированной терапии.

Структура заболеваемости психическими расстройствами в Украине характеризуется преобладанием непсихотических психических расстройств [7—9]. Значительным удельным весом среди этих состояний обладают расстройства, развившиеся на фоне неврологической патологии: инсультов, черепно-мозговых травм, эпилепсии и других органических поражений головного мозга [4, 14]. Особое место среди этих заболеваний занимает рассеянный склероз, который поражает в основном лиц молодого возраста, носит в подавляющем большинстве случаев прогрессирующий характер и приводит к стойкой инвалидизации лиц трудоспособного возраста [4, 6].

Течение и прогноз рассеянного склероза значительно ухудшаются, если к неврологическим проявлениям демиелинизирующего процесса присоединяются депрессивные расстройства, которые по данным разных авторов, встречаются у больных рассеянным склерозом в 40—70 % случаев [4, 14]. Депрессии значительно ухудшают качество жизни больных рассеянным склерозом, ускоряют инвалидизацию и способствуют развитию суицидального поведения [4, 6, 14].

Проблема депрессий у больных рассеянным склерозом ставит много клинических вопросов, касающихся генеза и клинических проявлений депрессии, взаимосвязи аффективных проявлений с формой и типом течения рассеянного склероза, механизмов формирования суицидального поведения у больных с данной патологией. Незнание данных вопросов существенно затрудняет решение диагностических проблем, что препятствует проведению адекватной, своевременной, дифференцированной этиопатогенетической терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение различных вариантов депрессивных состояний, формирующихся при рассеянном склерозе, для разработки принципов дифференцированных подходов к их терапии и совершенствования диагностики данных форм патологии.

В качестве инструментария использовались: *клинико-психопатологический метод*, включающий оценку психического состояния больного (сбор жалоб, анамнеза, изучение симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация и соотнесение с классификационными характеристиками МКБ-10); *психометрические методы*: шкала Монтгомери — Асберга (MADRS) — для объективной оценки тяжести депрессии [15]; опросник депрессии Бека — для субъективной оценки тяжести депрессии [13]; клиническая шкала тревоги (CAS) — для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [16]; шкала самооценки тревоги Шихана — для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [16]; шкала намерения суицидов (BSIS) — для выявления аутоагрессивных мотиваций [12]; способ определения суицидального риска (В. Л. Гавенко с соавт., 2001) — для количественной оценки риска суицида [3]; способ оценки самосознания смерти (В. Л. Гавенко с соавт., 2001) — для изучения уровня самосознания смерти [2]; а также *патопсихологические методы*: методика СМИЛ — для выявления личностных особенностей [10]; цветовой тест Люшера — для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [11]; Торонтская шкала алекситимии Y. J. Taylor — для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [5]; 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.

В ходе работы было обследовано 367 больных с различными типами течения рассеянного склероза. Из них в основную группу исследования вошло 238 больных, в клинической картине которых имели место депрессивные проявления. 129 больных рассеянным склерозом без признаков аффективных расстройств составили контрольную группу.

Анализ общих характеристик обследованных продемонстрировал, что депрессивные расстройства при рассеянном склерозе чаще регистрировались у больных с рецидивирующе-ремитирующим течением и спинальной формой рассеянного склероза, чаще возникали у женщин, в возрастном диапазоне от 36 до 52 лет, что соответствовало общепопуляционным закономерностям распространенности рассеянного склероза в целом: более высокой популяционной частоте встречаемости данного типа и формы рассеянного склероза, популяционному возрастному пику заболеваемости

в среднем возрасте и большей распространенности его среди женщин (статистически значимых различий между основной и контрольной группой по данным характеристикам не обнаружено, $p > 0,05$).

Процентное соотношение инвалидов в основной и контрольной группе составило: 15,9 % к 2,3 % (при $p < 0,05$). Этот факт свидетельствует о том, что наличие депрессивных расстройств в клинике рассеянного склероза способствует формированию инвалидности.

У больных депрессиями при рассеянном склерозе гораздо чаще отмечались наличие наследственной отягощенности психическими расстройствами (67,2 %), в большинстве случаев аффективными (35,3 %), перинатальная патология (31,1 %) и невропатическая конституция (34,5 %), по сравнению с контрольной группой, где данные показатели составили соответственно 22,5 %, 5,4 %, 13,9 % и 16,3 %, при $p \leq 0,05$.

В преморбиде больных депрессией при рассеянном склерозе преобладали интроверсия (50,0 %), циклотимичность (42,0 %), тревожность (50,4 %), психастеничность (47,1 %) и дистимичность (52,5 %). Тогда как в контрольной группе в преморбиде преобладали экстраверсия (62,8 %), гипертимность (65,9 %) и аффективная ригидность (62,8 %).

Из всех случаев депрессивных расстройств, диагностированных у больных рассеянным склерозом, в 15,9 % случаев выявлялось расстройство адаптации в виде депрессивных реакций (F 43.21—43.22), в 14,8 % случаев — аффективное расстройство, депрессивный эпизод (F 32.0—32.2), в 26,9 % случаев — рекуррентное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F 33.0—33.2), в 42,4 % случаев — органическое депрессивное расстройство (F 06.32).

Анализ выделенных клинических форм депрессий при рассеянном склерозе продемонстрировал наличие определенной специфики в их клинико-психопатологических и патопсихологических характеристиках, механизмах формирования и характере взаимосвязи с демиелинизирующим расстройством.

Депрессивные реакции у больных рассеянным склерозом (F 43.21—43.22). У больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе в 71,0 % случаев отмечалась наследственная отягощенность психическими расстройствами невротического регистра (соматоформные и невротические расстройства), в 78,4 % случаев фиксировалось наличие невропатической конституции в детстве. Данная патология формировалась преимущественно на фоне интровертированных (в 89,5 % случаев), тревожных (в 89,5 % случаев), психастенических (в 84,2 % случаев) преморбидных личностных особенностей, чаще развивалась при длительности демиелинизирующего процесса не более 5 лет (94,7 %), при рецидивирующе-ремитирующем и первично-прогрессирующем типе течения (47,4 % и 52,6 % соответственно) и спинальной форме рассеянного склероза (73,6 %). Важная роль в формировании депрессивной реакции принадлежала психогенным факторам, которые отмечались в 94,7 % случаев. Среди психогенных факторов преобладали факторы собственной болезни, ухудшения материально-бытового состояния, безработицы, потери социального статуса, неудовлетворенности работой. В 81,6 % случаев психогенные факторы носили характер острых воздействий.

В 73,7 % случаев у больных рассеянным склерозом депрессивные реакции проявлялись в виде тревожного

(ажитированного) синдрома. Объективная тяжесть депрессии у данных больных соответствовала умеренно-легкой степени ($24,1 \pm 3,7$ балла по шкале Монтомгери — Асберга), при этом субъективная оценка депрессии достигала уровня тяжелой степени ($26,4 \pm 2,2$ балла по опроснику депрессии Бека), что свидетельствовало о выраженной тенденции пациентов переоценивать тяжесть своего состояния.

Из двигательных расстройств у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе преобладали рудиментарные двигательные нарушения (78,9 %). Когнитивные расстройства регистрировались в виде нарушений памяти (94,7 %) и снижения уровня концентрации внимания (84,2 %). Среди поведенческих расстройств преобладали тревожные расстройства (81,6 %). Соматовегетативные расстройства характеризовались высокой частотой, многообразием и сочетанным характером, в большинстве случаев отмечались нарушения сна (81,6 %), гипергидроз (78,9 %), вегетативно-висцеральные кризы (78,9 %), сексуальные нарушения (76,3 %) и нарушения сердечно-сосудистой системы (71,1 %). Эмоциональные нарушения проявлялись в виде тревоги (81,6 %), отчаяния (78,9 %), печали (76,3 %) и неудовольствия (68,4 %).

Таким образом, в качестве основных этиопатогенетических факторов формирования депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом выступали: наследственная отягощенность невротической патологией, невропатическая конституция в детстве, преморбидные личностные особенности «невротического регистра», психогении острого характера, длительность заболевания рассеянным склерозом не более 5 лет, рецидивирующе-ремитирующий и первично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза, спинальная его форма.

Клинико-психопатологические особенности депрессивных реакций при рассеянном склерозе заключались в проявлении депрессивного расстройства тревожным (ажитированным) синдромальным вариантом умеренно-легкой степени тяжести; тенденции субъективно переоценивать тяжесть своего состояния; преобладании в общей структуре депрессивной симптоматики расстройств невротического характера и выраженности тревожного компонента в их формировании.

Основными патопсихологическими факторами формирования депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом служило сочетание:

1) выраженной тревожности (вплоть до панических расстройств), как проявления базовой эмоции, у тревожно-мнительного, психастенического и интровертированного типов личности;

2) защитного приспособительного механизма, выраженного в отказе от активности, ограничительном поведении и избегании неуспеха;

3) потребности в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях.

Пусковым фактором развития депрессии служил сам факт наличия демиелинизирующего заболевания, который у личности с тревожной базовой предрасположенностью вызывал выраженное тревожное состояние, вплоть до панических расстройств. Для минимизации выраженного тревожного состояния использовался подсознательный механизм защитного поведения, проявляющийся в ограничительном поведении и избегании неуспеха, что блокировало реализацию личностных потребностей больного в понимании, любви, самоутверждении,

конгруэнтних межличностных отношениях и вело к формированию депрессивной реакции и социальной дезадаптации. На этапе тревожного отреагирования на факт наличия болезни у больных формировалось преимущественно тревожное отношение к болезни, на этапе ограничительного поведения — обсессивно-фобическое отношение к болезни. Блокировка потребности в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях способствовала развитию ипохондрического и эгоцентрического отношения к болезни.

Проявления аутоагрессивного поведения у больных с депрессивными реакциями были зафиксированы в 15,9 % случаев. Данные больные характеризовались высоким уровнем суицидального риска ($30,8 \pm 3,8$) при высоком уровне самосознания смерти ($37 \pm 1,5$) и низким уровне мотивации суицида ($10,0 \pm 1,2$). Именно высокий уровень самосознания смерти при высоком уровне суицидального риска и низкой суицидальной мотивации выступал в качестве фактора, блокирующего реализацию суицидального поведения у больных рассеянным склерозом с депрессивными реакциями.

Депрессивный эпизод (F 32.0—32.2) и рекуррентное депрессивное расстройство у больных рассеянным склерозом (F 33.0—33.2). Анализ результатов исследования продемонстрировал общность факторов этиопатогенеза, клинико-психопатологических и патопсихологических проявлений у больных депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством при рассеянном склерозе.

Так, у больных с эндогенными депрессивными расстройствами при рассеянном склерозе фиксировались высокие показатели наследственной отягощенности аффективными расстройствами (74,3 % при депрессивном эпизоде и 75,0 % при рекуррентном депрессивном расстройстве). Среди преморбидных личностных особенностей у данных больных наблюдалось преобладание дистимических (94,3 % при депрессивном эпизоде и 84,4 % при рекуррентном депрессивном расстройстве), циклотимических (40,0 % и 48,4 %, соответственно) и интровертированных (37,1 % и 37,5 %, соответственно) черт. Психогенные факторы в преобладающем большинстве носили хронический характер (77,1 % при депрессивном эпизоде и 84,4 % при рекуррентном депрессивном расстройстве), наиболее часто встречающимися среди них были: собственная болезнь, ухудшение материально-бытового состояния и потеря социального статуса.

Депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство развивались преимущественно у пациентов с длительностью рассеянного склероза 6—10 лет (соответственно, 71,5 % и 76,6 %), при рецидивирующе-ремитирующем типе течения (соответственно, 94,3 % и 92,2 %) и спинальной форме демиелинизирующего процесса (соответственно, 60,0 % и 70,3 %).

В синдромальной структуре депрессии у больных депрессивным эпизодом доминировала тоскливая (меланхолическая) депрессия (77,1 %), у больных с рекуррентным депрессивным расстройством сочетание тоскливой (46,9 %) и апато-динамической депрессии (34,4 %).

Регистрировалась умеренная степень тяжести депрессии ($27,4 \pm 2,1$ балла по шкале MADRS при депрессивном эпизоде и $28,0 \pm 1,9$ балла при рекуррентном депрессивном расстройстве), что соответствовало субъективной оценке, которая также достигала

уровня умеренной степени (соответственно, $20,0 \pm 3,5$ и $21,9 \pm 2,0$ баллов по опроснику депрессии Бека).

Анализ феноменологической структуры депрессии продемонстрировал наличие выраженного двигательного компонента в проявлениях депрессивного эпизода и рекуррентной депрессии при рассеянном склерозе в виде заторможенности движений, речи, мимики (соответственно, в 85,7 % и 68,7 % случаев) и двигательного беспокойства (в 31,4 % и 29,7 % случаев). Когнитивные нарушения проявлялись преимущественно в виде нарушений памяти (соответственно, 91,4 % и 76,6 %) и снижении уровня концентрации внимания (85,7 % и 71,9 %), в идеаторной сфере преобладали идеи малоценности (80,0 % и 79,7 %).

Поведенческие расстройства у больных депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией при рассеянном склерозе регистрировались преимущественно в виде ухудшения коммуникативных функций (соответственно, в 82,9 % и 75,0 % случаев).

Эмоциональные нарушения были широко представлены как при депрессивном эпизоде, так и при рекуррентной депрессии, отражали эндогенный регистр патологии и проявлялись в виде суточных колебаний настроения (соответственно, 91,4 % и 95,3 %), безразличия (77,1 % и 70,3 %), тоски (71,1 % и 76,6 %) и отчаяния (68,6 % и 81,3 %).

Среди соматовегетативных расстройств при депрессивном эпизоде и рекуррентной депрессии также преобладали эндогенные эквиваленты: нарушение аппетита (соответственно, 80,0 % и 82,8 %), нарушение сна (77,1 % и 76,6 %), снижение массы тела (74,3 % и 79,7 %) и запоры (71,4 % и 85,9 %).

В целом, этиопатогенетические факторы развития эндогенных депрессий при рассеянном склерозе включали наследственную отягощенность аффективными расстройствами, доминирование преморбидных личностных особенностей «аффективного спектра», влияние хронических психогенных факторов, наличие ремитирующе-рецидивирующего типа течения и спинальной формы демиелинизирующего процесса, а также длительность заболевания рассеянным склерозом 6—10 лет.

Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных депрессий при рассеянном склерозе заключалась в доминировании тоскливого (меланхолического) и апато-динамического вариантов депрессивного синдрома умеренной степени тяжести; соответствию субъективной и объективной оценки тяжести состояния; наличию выраженных двигательных, когнитивных и идеаторных расстройств; ухудшении коммуникативных функций; эндогенном характере эмоциональных (тоска, безразличие, горе, отчаяние, суточные колебания настроения) и соматовегетативных расстройств (нарушение сна, аппетита, снижение массы тела, запоры).

Основными патопсихологическими факторами формирования эндогенных депрессий при рассеянном склерозе служило сочетание:

- 1) фрустрации потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией.
- 2) аффективной (депрессивной) формы реагирования на внешние воздействия у гипостенической личности;
- 3) сниженной способности к вербализации и осознанию эмоциональных состояний, собственных переживаний и когнитивной переработке аффекта (т. е. выраженной алекситимии);

4) защитного механизма, выраженного в отказе от самореализации, в ограничении контактов, в пассивном противодействии, в самоизоляции, уходе в мир фантазий;

Пусковым фактором развития эндогенных депрессий служил факт наличия демиелинизирующего заболевания, который значительно фрустрировал потребность в самореализации и в достижении успеха. В качестве ведущего механизма формирования эндогенных депрессивных расстройств 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 сенситивный тип отношения к болезни, на этапе формирования депрессивного расстройства — меланхолический тип отношения к болезни.

Наибольшая частота аутоагрессивного поведения при рассеянном склерозе приходилась именно на эндогенные формы депрессивных расстройств — 52,9 % от выборки основной группы. Таким образом, депрессивный эпизод и рекуррентная депрессия служили факторами риска развития аутоагрессивного поведения при рассеянном склерозе. Формированию суицидальности у данных больных способствовал высокий уровень суицидального риска (43,1 ± 2,7), низкий уровень самосознания смерти (19 ± 2,4) и высокий уровень суицидальной мотивации (24,1 ± 3,1).

Органическое депрессивное расстройство у больных рассеянным склерозом (F 06.32). Наследственная отягощенность психическими расстройствами у данных больных регистрировалась в 41,3 % случаев, среди факторов наследственной отягощенности преобладали расстройства личности в 18,8 %. Перинатальная патология зафиксирована у 57,4 % больных, невропатическая конституция — у 34,7 % обследованных. В преморбиде больных этой группы преобладали педантичность (53,5 %), тревожность (47,5 %) и интроверсия (47,5 %). Наличие психогенных факторов фиксировалось у 40,6 % обследованных, среди которых преобладающими были: собственная болезнь (37,6 %), ухудшение материально-бытового состояния (37,6 %), угроза или потеря социального статуса (35,6 %). У 79,2 % пациентов психогении были хроническими. Органическая депрессия чаще встречалась у пациентов с цереброспинальной (48,5 %) и церебральной (47,5 %) формами рассеянного склероза, при вторично-прогрессирующем типе течения (69,3 %) и длительности основного заболевания свыше 10 лет.

В синдромальной структуре органической депрессии при рассеянном склерозе отмечалось преобладание апато-динамической (55,4 %) депрессии, высокой степени тяжести (39,4 ± 6,3 баллов по шкале Монтгомери — Асберга). При этом пациенты, как правило, недооценивали тяжести своего состояния, оценивая депрессию как умеренно тяжелую (19,3 ± 2,7 баллов по опроснику Бека).

В феноменологической структуре депрессивной симптоматики среди двигательных расстройств преобладали заторможенность движений, речи, мимики, вплоть до полной адинамии, которые встречались в 78,2 % случаев.

Когнитивные нарушения у больных данной группы характеризовались выраженностью и множественностью, среди них преобладали нарушения памяти (91,1 %), ригидность мышления (85,1 %), снижение уровня концентрации внимания (82,2 %) и трудности в принятии решений (73,3 %). Фиксировались идеаторные нарушения в виде идей малоценности (48,5 %).

Основным поведенческим расстройством выступало ухудшение коммуникативных функций (86,1 %).

Эмоциональные расстройства проявлялись в виде безразличия (76,2 %), тоски (75,2 %), постоянного ощущения усталости (72,3 %) и ангедонии (71,3 %), что представляло собой эмоциональную составляющую апато-динамического варианта органической депрессии. Среди соматовегетативных расстройств отмечались головные боли (56,4 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (52,5 %), нарушения дыхания (48,5 %) и вегетовисцеральные кризы (39,6 %).

Таким образом, в генезе органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом важная роль принадлежала перинатальной патологии, наличию церебральной и цереброспинальной форм рассеянного склероза, вторично-прогрессирующего типа течения и длительности демиелинизирующего процесса свыше 10 лет.

Клинико-психопатологические особенности органических депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом заключались в преобладании апато-динамического синдрома, выраженной степени тяжести; наличии в феноменологической структуре депрессивной симптоматики двигательных расстройств в виде заторможенности движений, речи, мимики, вплоть до полной адинамии; выраженных нарушений познавательных процессов (снижения памяти и уровня концентрации внимания, ригидности мышления); поведенческих расстройств в виде ухудшения коммуникативных функций; «аффективности» органического типа и относительно «слабой» выраженности соматовегетативных проявлений.

В качестве патопсихологических факторов формирования органического депрессивного расстройства у больных рассеянным склерозом были выделены:

1) возбудимо-импульсивная (эпилептоидная) форма реагирования, сочетающаяся с инертностью и высокой истощаемостью психики;

2) фрустрация потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности;

3) защитный механизм, выраженный в агрессивном поведении (отреагирование «во вне»), приводящий к социальной дезадаптации;

4) апатическое отношение к заболеванию рассеянным склерозом и его лечению.

Пусковым фактором развития органической депрессии являлся факт наличия демиелинизирующего заболевания и его физических последствий, что вызывало фрустрацию потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности, что обуславливало рост психологического напряжения, характерного для личности с органическими патопсихологическими особенностями. Для снятия напряжения использовался механизм защитного поведения, проявляющийся

в отреагировании «во вне» в форме агрессивного поведения. Использование этого защитного механизма не снимало состояние фрустрации основных потребностей и постепенно истощало психику больного, вызывая астению и, в конечном счете, приводя к депрессивному состоянию с апатическим компонентом.

Проявления аутоагрессивного поведения фиксировались у 31,2 % больных с органической депрессией при рассеянном склерозе. Отмечался средний уровень суицидального риска ($27,2 \pm 2,2$), самосознания смерти ($25 \pm 0,9$) и суицидальной мотивации ($15,0 \pm 3,8$), что подчеркивает важность других риск-факторов, от которых зависит формирование и реализация аутоагрессивного поведения у данных больных.

В целом изучение особенностей аутоагрессии у больных депрессиями при рассеянном склерозе позволило выделить **основные риск-факторы формирования аутоагрессивного поведения** у данных больных:

- 1) наличие у больного рассеянным склерозом депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии;
- 2) вторично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза и его спинальная клиническая форма;
- 3) развитие депрессии у больных с длительностью заболевания рассеянным склерозом от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование;
- 4) наличие плохих материально-бытовых условий жизни больных;
- 5) наличие наследственной отягощенности психическими расстройствами, преимущественно аффективного регистра, наличие в анамнезе перинатальной патологии и невропатической конституции;
- 6) преобладание в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей;
- 7) наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса.

Выделенные в ходе исследования клинико-психопатологические и патопсихологические особенности и закономерности формирования различных вариантов депрессивных расстройств, встречающихся при рассеянном склерозе, факторы формирования аутоагрессии при данных расстройствах легли в основу разработанной системы дифференцированной терапии депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом.

Реализация системы дифференцированной терапии осуществляется силами и средствами врачей психиатров, психотерапевтов, неврологов, интернистов, психологов и социальных работников в амбулаторных и стационарных неврологических, психиатрических учреждениях, а также в учреждениях, оказывающих психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь.

Все мероприятия дифференцированной терапии проводятся на условно выделенных трех этапах: диагностическом, лечебном и профилактическом.

На диагностическом этапе уточняется диагноз депрессивного расстройства, определяются основные причины его возникновения, этиопатогенетические механизмы формирования и закономерности течения, особенности клиники депрессии, факторы риска аутоагрессии; оценивается неврологическое состояние больного; определяется патопсихологические факторы и механизмы формирования депрессивного расстройства;

оценивается социально-психологический потенциал больного.

На этапе лечения разрабатывается план лечебных мероприятий, в котором учитываются этиопатогенетические механизмы формирования депрессивного расстройства у больного рассеянным склерозом, его клиника и течение, состояние социально-психологических саногенных факторов психики больного, наличие риск-факторов аутоагрессивного поведения. При выявлении у больных риск-факторов суицидальности в план лечения включаются мероприятия, направленные на первичную профилактику аутоагрессивного поведения, даже если больные не проявляют признаков аутоагрессии.

Задачами лечебного этапа служат: купирование депрессивного расстройства и сопутствующего аутоагрессивного поведения; стабилизация аффективного состояния; терапия рассеянного склероза. На этом этапе дифференцированной терапии используются как медикаментозные средства, так и средства психосоциальной реабилитации. Медикаментозная терапия проводится дифференцированно — с учетом особенностей формирования, клиники и течения конкретной формы депрессии. После купирования острого аффективного расстройства в схему лечения включаются психотерапия и методы социальной реабилитации.

Психотерапия больных депрессиями при рассеянном склерозе включает в себя индивидуальную, групповую, семейную психотерапию и состоит из комплекса кризисной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии. Период проведения психотерапии: 1—2 месяца при купировании острого аффективного расстройства, с последующим 6—24-месячным противорецидивным поддерживающим лечением и проведением поддерживающей психокоррекционной терапии, способствующей максимальной социализации и улучшению качества жизни пациента.

Целью проведения психотерапии на данном этапе лечения является стабилизация психического состояния больного, выработка адекватного эмоционального реагирования на факторы, провоцирующие депрессивные расстройства, формирование новых форм поведения, исключающих тревожный, аффективный и эпилептоидный механизм отреагирования.

Профилактический этап дифференцированной терапии заключается в предупреждении у больных рассеянным склерозом рецидивов депрессий и депрессивных форм реагирования. На данном этапе используются поддерживающие медикаментозные, психологические, социальные, санаторно-курортные методы работы с пациентами. Осуществляется коррекция семейных взаимоотношений, профессионального и социального статуса как важных саногенных факторов психики больного рассеянным склерозом. Эти мероприятия проводятся социальными работниками и врачами-психологами в учреждениях социальной работы с больными и инвалидами.

Апробация системы дифференцированной терапии депрессивных больных рассеянным склерозом проводилась на базе Областной клинической больницы им. Мечникова, г. Днепропетровск. В апробации разработанной системы участвовало 95 больных (основная группа), контрольная группа состояла из 81 больного. Все больные были выбраны из основной группы, участвовавшей в исследовании. Первая группа прошла курс разработанной дифференцированной терапии, вторая — курс традиционного лечения депрессий.

Согласно полученным данным, после курса дифференцированной терапии у 74,7 % больных диагностировалось психическое здоровье, тогда как после использования традиционных форм лечения психическое здоровье диагностировано только у 38,3 % больных (при $p < 0,05$). В то же время в группе больных, которые прошли лечение по традиционной схеме, отмечено большее количество больных с отсутствием позитивной динамики чем в основной группе (соответственно 37,0 % и 9,4 %, при $p < 0,05$) и ухудшением психического состояния (соответственно 7,4 % и 0 %, при $p < 0,05$). У больных, прошедших лечение по системе дифференцированной терапии, по сравнению с больными, проходившими традиционное лечение, значительно снизились показатели тревоги, появилась эмоциональная откликаемость; усилилась эмоциональная стабильность; появилась уверенность в социальных контактах и себе, практичность в поведении; эмоциональные реакции стали адекватными по силе и содержанию; снизилась напряженность; улучшились коммуникативные функции; показатели социальной, профессиональной и личностной активности; повысился интегративный показатель качества жизни. В целом, результаты апробации разработанной системы терапии свидетельствовали о ее высокой эффективности при лечении депрессий у больных рассеянным склерозом.

Таким образом, выделенные в ходе исследования дифференциальные критерии диагностики депрессий при рассеянном склерозе и разработанную на их основе дифференцированную систему терапевтического воздействия для коррекции данных состояний целесообразно использовать в практической работе по оказанию помощи больным рассеянным склерозом.

Список литературы

1. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.]. — СПб., 2005. — 86 с.
2. Гавенко, В. Л. Патент 40453А. Спосіб оцінки самосвідомості смерті / Гавенко В. Л. [та ін.]; заявник та патентовласник ХДМУ. — № 20001021008 заяв. 13.02.01 — надрук. 2001, бюл. 6.

3. Гавенко, В. Л. Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00. Спосіб визначення суїцидального ризику / Гавенко В. Л. [та ін.]; заявник та патентовласник ХДМУ. — № 20001021010; заявл. 13.02.01; надрук. 2001, бюл. 6.

4. 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.

5. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / [Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. и др.]. — СПб.: С.-петерб. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 32 с.

6. Связанное со здоровьем качество жизни у больных рассеянным склерозом / [Малкова Н. А., Рябухина О. В., Бабенко Л. А. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — № 12. — С. 31—37

7. Марута, Н. А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке / Н. А. Марута // НейроNEWS. — 2008. — № 6 (11). — С. 24—28.

8. Марута, Н. А. Депрессии в общей медицинской практике: справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Марута Н. А., Мамчур А. И., Юрьева Л. Н. — Киев, 2009. — 30 с.

9. Михайлов, Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22—27.

10. Собчик, Л. Н. Многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРЛ) : методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.

11. Собчик, Л. Н. МЦВ — метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Изд-во «Речь», 2001. — 112 с.

12. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск: Изд-во «Пороги», 2006. — 472 с. (шкала намерения суицидов)

13. Beck, A. T. Depression: Causes and Treatment / A. T. Beck. — Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2006. — 183 p.

14. Kanner, A. M. Depression in Neurological Disorders / A. M. Kanner. — Chicago: Lundbeck Institute, 2005. — 161 p.

15. Montgomery, S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // British Journal of Psychiatry. — 1979. — 134 (4). — P. 382—389.

16. Мак Глинн, Т. Дж. Диагностика и лечение тревожных расстройств : руководство для врачей / Т. Дж. Мак Глинн, Г. Л. Меткалф (Т. G. McGlenn, G. L. Metkalf); пер. под ред. Ю. А. Александровского. — American Psychiatric Press, 1989. — P. 98—101.

Надійшла до редакції 31.08.2011 р.

Т. Д. Бахтеєва, Н. О. Марута, М. В. Данилова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Депресивні розлади при розсіяному склерозі (клініка, діагностика, терапія)

Наведені дані комплексного дослідження депресивних розладів, що формуються при розсіяному склерозі. В рамках дослідження обстежено 367 хворих на розсіяний склероз, з яких основну групу склали 238 хворих з депресивними проявами, контрольну — 129 хворих без ознак депресивних розладів. Проаналізовані основні клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, чинники і механізми формування конкретних клінічних форм депресивних розладів при розсіяному склерозі. Виокремлені чинники формування суїцидальної поведінки у даних хворих. На підставі отриманих результатів розроблено систему диференційованої терапії депресивних розладів при розсіяному склерозі. Подані результати апробації запропонованої системи терапії.

Ключові слова: розсіяний склероз, депресивна реакція, депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, органічний депресивний розлад, клініко-психопатологічні особливості, патопсихологічні чинники, аутоагресивна поведінка, система диференційованої терапії.

T. D. Bakhteyeva, N. O. Maruta, M. V. Danylova
State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Depressive disorders in multiple sclerosis (clinics, diagnosis, therapy)

In the article data from an integrated study of depressive disorders forming on the multiple sclerosis background are presented. In the study 367 patients with multiple sclerosis were examined, including 238 patients with depressive features as the main group and 129 patients without depressive disorders as the control group. The main clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities, factors and mechanisms of formation of specific clinical types of depressive disorders in multiple sclerosis have been analyzed. The factors of a suicidal behavior formation in such patients were defined. On the base of the results obtained a system of differentiated therapy for depressive disorders in multiple sclerosis has been worked out. Results of approbation of the proposed treatment system are presented.

Key words: multiple sclerosis, depressive reaction, depressive episode, recurrent depressive disorder, organic depressive disorder, clinical-psychopathological peculiarities, pathopsychological factors, auto-aggressive behavior, system of differentiated therapy.