

*Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», главный психиатр Украины,  
Д. Ю. Сайко  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона: 297 больных болезнью Паркинсона, осложненной психическими расстройствами (основная группа), и 76 больных болезнью Паркинсона без психических нарушений (контрольная группа). Проанализированы особенности эмоционально-потребностной сферы, выраженность личностных особенностей и типы отношения к болезни, на основании чего выделены патопсихологические факторы формирования и описаны механизмы патогенеза конкретных психических расстройств у больных с болезнью Паркинсона.

*Ключевые слова:* психические расстройства, болезнь Паркинсона, патопсихологические факторы формирования

Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой одну из актуальнейших медико-социальных проблем современности. За счет общемировой тенденции к увеличению средней продолжительности жизни и совершенствования методов диагностики, распространенность данного заболевания прогрессивно увеличивается, отмечается тенденция к «омоложению» данного недуга, число пациентов в возрасте 40—45 лет растет и составляет около 15—17 % [2, 3, 9]. Среди причин инвалидности и смерти БП занимает лидирующие позиции наряду с онкологическими заболеваниями. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных БП становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80 % [5].

Реалии клинической практики и научных исследований привели к значительному пересмотру традиционных представлений о БП как заболевании, проявляющемся преимущественно специфическими двигательными нарушениями. Наличие нарушений нервно-психической сферы (эмоциональных, когнитивных, психотических, поведенческих) отмечается у подавляющего числа пациентов с БП, которые в ряде случаев представляют собой манифестирующие факторы, проявляющиеся на доклинической стадии заболевания [4—6]. Наличие психических расстройств значительно ухудшает качество жизни больных БП, существенно затрудняет подбор терапии и неблагоприятно влияет на течение и прогноз заболевания [5, 6]. Однако механизмы формирования психических нарушений при БП на сегодняшний день не раскрыты, что требует их детального изучения.

Целью данного исследования было изучение патопсихологических факторов формирования и механизмов развития психических расстройств при БП.

В качестве инструментария исследования использовались следующие психометрические и психодиагностические методы: клиническая шкала тревоги (CAS) [10]; тест СМИЛ [7]; цветовой тест Люшера [8]; опросник Бехтеревского института для определения типа отношения к болезни [1].

Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона, среди которых у 297-ми отмечалось наличие психической патологии, что составило 79,6 % от общей выборки больных: у 59 человек (19,9 %) было диагностировано расстройство адаптации в виде депрессивной реакции F43.21; у 36 человек (12,1 %) — рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F33.0—33.1; у 89 человек (29,9 %) — органическое непсихотическое депрессивное расстройство F06.36; у 33 человек (11,1 %) — органическое тревожное расстройство F06.4; у 52 человек (17,5 %) — органическое эмоционально-лабильное расстройство F06.6; у 28 человек (9,5 %) — деменция при болезни Паркинсона F02.3. Больные БП, осложненной психическими расстройствами, составили основную группу исследования. У 76 пациентов в клинической картине БП психические расстройства не регистрировались, данные больные вошли в контрольную группу.

Анализ патопсихологических особенностей у больных с разными формами психической патологии при БП представлен ниже.

### Депрессивные реакции у больных болезнью Паркинсона (F43.21)

По данным шкалы CAS у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F43.21 диагностировалась высокая степень тревожности (16,8 ± 3,1 балла, при  $p < 0,05$ ). Наиболее выраженными составляющими тревоги у больных БП с депрессией F43.21 были опасения (в 74,6 % случаев), суетливость (в 69,5 % случаев) и реакция испуга (в 66,1 % случаев), при  $p < 0,05$ .

Анализ личностных особенностей больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией (по данным СМИЛ) продемонстрировал значительное повышение показателей по шкалам «невротического сверхконтроля» (72 ± 4 Т-балла), «пессимистичности» (76 ± 2 Т-балла) и «лабильности» (74 ± 5 Т-баллов). Таким образом, данные больные характеризовались пассивностью, инертностью, зависимостью, пессимистичностью, сензитивностью, тревожностью, заниженной или неустойчивой самооценкой, склонностью к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины, неустойчивостью эмоций, повышенной нервозностью, слезливостью, избыточной драматизацией происходящих событий, склонностью к сужению сознания по истероидному типу и трансформации эмоциональной напряженности в болезненные реакции организма. Ведущей мотивационной направленностью у данных больных являлось избегание неуспеха. В стрессе больные этой группы характеризовались склонностью к стоп-реакциям и блокировке активности. Защитные механизмы у них проявлялись либо вытеснением из сознания негативной информации и трансформацией тревоги в функциональные нарушения, либо отказом от самореализации и усилением контроля сознания,

что стимулировало развитие депрессивного состояния. То есть, сочетание шкалы «невротического сверхконтроля» со шкалой «пессимистичности» и шкалой «лабильности» отражало наличие механизма защиты по типу «бегства в болезнь». Таким образом, усредненный профиль СМИЛ у больных паркинсонизмом с пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 свидетельствовал о невротической форме депрессии, как реакции больных с дистимическими, истероидными и сенситивно-тревожными особенностями реагирования на болезнь Паркинсона, которая формируется по механизму «бегства в болезнь».

По тесту М. Люшера у больных паркинсонизмом с F43.21 отмечалось преобладание коричневого и черного цветов (+6+7) на первой и второй позициях ряда (в 81,4 % и в 74,6 %) и красного и фиолетового (-3-5) — на седьмой и восьмой позициях (в 77,9 % и в 72,9 %), ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты отчетливо констатировали фрустрацию потребности в индивидуальности и безопасности, наличие выраженной эмоциональной напряженности, физиологического дискомфорта, потребности в покое, разочарования, неудовлетворенности собой, ощущение бессилия, переутомление, развившиеся в процессе противодействия неблагоприятным обстоятельствам.

Среди типов отношения к болезни у больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 преобладали, в различных сочетаниях, меланхолический (в 71,2 % случаев), обсессивно-фобический (в 64,4 % случаев) и эгоцентрический (в 49,2 % случаев) типы отношения к болезни Паркинсона (при  $p < 0,05$ ). Вышеизложенное отражало сочетание истероидных и сенситивно-тревожных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы у больных БП с депрессией F43.21.

Таким образом, в качестве основных патопсихологических факторов формирования депрессивной реакции F43.21 у больных паркинсонизмом были выделены: выраженная ситуационная тревожность, проявляющаяся опасениями, суетливостью и реакцией испуга; фрустрация потребности в безопасности, ощущение собственного бессилия, как результат противодействия неблагоприятным обстоятельствам; сочетание тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт; истероидные и сенситивно-тревожные особенности реагирования на БП.

Пусковым фактором развития данной формы депрессии при БП служил не столько факт самой болезни Паркинсона, сколько наличие выраженных, прежде всего моторных, ее последствий. В период от установления диагноза паркинсонизма до формирования депрессивной реакции у больных происходила фрустрация потребностей в безопасности и сохранении собственной индивидуальности, формировалось состояние выраженного психологического переутомления, разочарованности и неудовлетворенности, ощущение собственного бессилия вследствие явного прогрессирующего заболевания Паркинсона. На фоне данных патопсихологических изменений, вследствие преобладания у больных этой группы тревожных, депрессивных и эмоционально-неустойчивых личностных черт, развивалась аффективная депрессивная реакция невротического генеза по механизму «бегства в болезнь».

### Рекуррентное аффективное расстройство (F33.0—33.1) у больных болезнью Паркинсона

У больных паркинсонизмом с аффективным расстройством F33.0—33.1 по шкале CAS фиксировался низкий уровень тревожности ( $6,1 \pm 1,8$ ).

В профиле СМИЛ у больных данной группы отмечалось повышение показателей по шкалам «пессимистичности» ( $82 \pm 4$  Т-балла) и «индивидуалистичности» ( $68 \pm 7$  Т-баллов), что отражало гипостенический вариант шизоидного типа реагирования, характеризующийся замкнутостью, пассивностью, субъективизмом, интровертированностью, некоммуникабельностью, своеобразием суждений и поступков, комплексом вины и неполноценности, скованностью моторики, отстраненностью и эмоциональной холодностью, непрактичностью и оторванностью от реальных жизненных проблем. В ситуациях стресса больные были склонны к проявлению растерянности, в качестве защиты использовали интеллектуальную переработку и уход в мир фантазий. В целом, профиль СМИЛ у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0—33.1 свидетельствовал о выраженной депрессивной реакции эндогенного характера с явлениями социальной дезадаптации и снижением общей психической продуктивности.

По результатам теста М. Люшера у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0—33.1 отмечалось преобладание желтого и коричневого (+4+6) цветов на первой и второй позициях ряда (в 86,1 % и в 80,6 %) и темно-синего и фиолетового (-1-5) — на седьмой и восьмой позициях (в 83,3 % и в 77,8 %),  $p < 0,05$ . Полученные данные отражали фрустрацию аффилиативной потребности, неудовлетворенную потребность в понимании и доброжелательных отношениях, беспокойные поиски взаимоотношений, которые могли бы принести радость и спокойствие, состояние эмоциональной напряженности, усталость, подавленность настроения.

Преобладающими типами отношения к болезни Паркинсона у больных с депрессией F33.0—33.1 в различных сочетаниях были меланхолический (80,6 %) и апатический (55,6 %), при  $p < 0,05$ . Данные типы отношения к болезни Паркинсона у больных этой группы характеризовались сочетанием: сниженного настроения, активных депрессивных высказываний и суицидальных мыслей; неверия в улучшение состояния своего здоровья; безразличия к своей судьбе и к исходу болезни; пассивного подчинения процедурам и лечению; утраты интереса ко всему, что ранее волновало.

Следовательно, основными патопсихологическими факторами формирования депрессии F33.0—33.1 у больных паркинсонизмом были: отсутствие психогенных факторов в формировании депрессии; фрустрация аффилиативной потребности, неудовлетворенная потребность в понимании и доброжелательных отношениях; сочетание дистимических и интровертированных особенностей реагирования на неблагоприятные факторы; выраженная депрессивная реакция эндогенного генеза с явлениями социальной дезадаптации.

Патопсихологический механизм формирования эндогенной депрессии при БП заключался в следующем: на фоне фрустрации аффилиативной потребности, неудовлетворенной потребности в понимании и доброжелательных отношениях у больных БП

активизировался поиск новых взаимоотношений, которые могли бы принести понимание и спокойствие. Отрицательный результат этого поиска приводил к состоянию психологической усталости и депрессивной реакции эндогенного генеза с явлениями социальной дезадаптации и снижением общей психической продуктивности.

**Органическое непсихотическое депрессивное расстройство (F06.36) у больных болезнью Паркинсона**

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

В профиле СМИЛ у больных с болезнью Паркинсона и депрессивным расстройством F06.36 отмечалось повышение показателей по шкалам «пессимистичности» ( $79 \pm 6$  Т-баллов); «импульсивности» ( $75 \pm 7$  Т-баллов) и «тревожности» ( $72 \pm 5$  Т-баллов), что отражало 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 приводили к депрессивному состоянию.

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 М. Люшера у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36, было выявлено преобладание зеленого и коричневого (+2+6) цветов на первой и второй позициях ряда (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 %) типы отношения к болезни Паркинсона (при  $p < 0,01$ ), которые характеризовались: сниженным настроением с депрессивными высказываниями; неверием в улучшение состояния своего здоровья, в успех лечения; вспышками раздражения, завершающихся раскаянием и слезами; нетерпеливым отношением к медперсоналу и процедурам.

Таким образом, основными патопсихологическими факторами 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 болезни Паркинсона и ее физичес-

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

**Органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6)**

По результатам шкалы CAS у больных паркинсонизмом с органическим эмоционально-лабильным расстройством F06.6 диагностировался низкий уровень тревожности ( $5,2 \pm 2,8$  балла, при  $p < 0,05$ ).

В личностном профиле (СМИЛ) у больных БП с расстройством F06.6 наблюдалось повышение показателей по шкалам «пессимистичности» ( $72 \pm 6$  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 больных 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 болезни Паркинсона (при  $p < 0,01$ ), что проявлялось в виде выраженной психофизической истощаемости; безразличия к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; пассивного подчинения процедурам и лечению; утраты интереса ко всему, что ранее волновало.

Следовательно, основными патопсихологическими факторами формирования расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом служили: отсутствие психогенных факторов в формировании патопсихологического состояния; фрустрация физиологических потребностей, чрезмерно ограничивающая 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 служил факт наличия рецидивирующей болезни Паркинсона, проявления которой вызывали 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, приводила к компенсаторной гипостенической форме эмоционального и поведенческого реагирования.

#### **Органическое тревожное расстройство (F06.4) у больных болезнью Паркинсона**

По результатам шкалы CAS у больных паркинсонизмом с тревожным расстройством F06.4 диагностировалась тревожность высокой степени выраженности ( $20,2 \pm 1,1$  балла, при  $p < 0,01$ ). Наиболее выраженными составляющими тревоги были психическое напряжение (78,8 %), мышечное напряжение (72,7 %), беспокойство (69,7 %) и опасения (63,6 %), при  $p < 0,05$ .

В личностном профиле больных с болезнью Паркинсона и тревожным расстройством F06.4 отмечалось повышение показателей по шкалам «тревожности» ( $78 \pm 8$  T-баллов) и «интроверсии» ( $72 \pm 6$  T-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 М. Люшера у больных паркинсонизмом с F06.4 наблюдалось преобладание темно-синего 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 болезни Паркинсона у данных больных преимущественно диагностировались тревожный (81,8 %) и ипохондрический (42,4 %) типы, при  $p < 0,01$ , что проявлялось тревожностью, беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности лечения; поиском новых способов лечения, дополнительной информации о болезни Паркинсона, вероятных осложнениях, методах лечения; сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях; преувеличением действительных и несуществующих проявлений болезни Паркинсона; требованиями более тщательного обследования.

В целом, основными патопсихологическими факторами формирования тревожного расстройства F06.4 у больных паркинсонизмом выступали фрустрация потребности в самореализации на фоне высокого уровня притязаний и потребности в признании; 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 усиленных, вследствие органического поражения головного мозга, конституциональных тревожных личностных особенностей, вела к формированию компенсаторных тревожных форм поведения, выражающихся в пассивности, зависимости, тревожности, неуверенности, мнительности, чувстве недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих, потребности в их защите и помощи.

#### **Деменция при болезни Паркинсона (F02.3)**

Согласно результатам исследования тревоги по шкале CAS у больных паркинсонизмом с деменцией F02.3 диагностировался низкий уровень тревожности ( $5,5 \pm 1,1$ , при  $p > 0,5$ ). 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 М. 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 %), анозогнозический (35,7 %) и эйфорический (32,1 %) типы, при  $p < 0,01$ , которые проявлялись 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 позволяли выделить единого патопсихологического механизма формирования деменции F02.3 при БП. Основная роль в формировании деменции F02.3 принадлежала органическому поражению головного мозга, а патопсихологические механизмы, участвующие в формировании отдельных клинических психопатологических проявлений, являлись производными когнитивных расстройств и расстройств мышления при этой форме деменции.

Подводя итоги проведенному исследованию, следует отметить, что основным поводом формирования психических расстройств у больных БП служил факт наличия БП и ее последствий. БП запускала либо реактивный (F43.21), либо органический (F06.6), либо сочетанный (F06.36, F06.4) патопсихологический механизм формирования психической патологии, либо психическая патология являлась патогенетическим немоторным проявлением БП (F33.0—33.1).

Основной патопсихологической причиной формирования психических расстройств у больных БП была фрустрация основных потребностей вследствие БП: фрустрация потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности (БП с F43.21); фрустрация аффилиативной потребности, потребности в понимании, любви, конгруэнтных межличностных отношений (БП с F33.0—33.1); фрустрация высокого уровня притязаний, потребности в самореализации и признании (БП с F06.36 и F06.4); фрустрация

физиологических потребностей в полноценной физической и психической деятельности (БП с F06.6).

Основным патопсихологическим механизмом формирования психических расстройств у больных болезнью Паркинсона был механизм конституционально обусловленного или приобретенного когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования на фрустрацию основных потребностей: компенсаторная депрессивная реакция, по типу «бегства в болезнь» конституционального генеза (F43.21); депрессивная реакция эндогенного генеза (F33.0—33.1); компенсаторная депрессивная реакция конституционально-органического генеза (F06.36); приобретенная гипостеническая форма реагирования органического генеза (F06.6); тревожная форма реагирования конституционально-органического генеза (F06.4).

Таким образом, выделенные в ходе исследования патопсихологические факторы и механизмы формирования психических расстройств при болезни Паркинсона, необходимо рассматривать в качестве дополнительных критериев их дифференциальной диагностики, и учитывать в качестве конкретных мишеней терапевтической коррекции.

#### Список литературы

1. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. — СПб., 2005. — 86 с.
2. 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.
3. Зальялова, З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона : методическое пособие для постдипломного образования // З. А. Зальялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов. — Казань, 2009. — 34 с.
4. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / [Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот и др.] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), (додаток). — С. 58—59.
5. Московко, С. П. Мир болезни Паркинсона / С. П. Московко, Г. С. Московко // *НейроNews*. — № 3/2. — 2008. — С. 43—49.
6. Нодель, М. Р. Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни / М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно. В кн.: Болезнь Паркинсона и расстройства движений : руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22—23 сентября 2008 г. — С. 92—94.
7. Собчик, Л. Н. Многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРЛ) : методическое пособие / Л. Н. Собчик. — СПб., 1999. — 137 с.

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

9. Epidemiology of Parkinson's disease / [G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al.] // *J. of Neurology*. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 18—32.

10. McGlenn, T. Диагностика и лечение тревожных расстройств : руководство для врачей / Т. McGlenn, G. L. Metkalf ; пер. под ред. Ю. А. Александровского. — American Psychiatric Press, 1989 — P. 98—101.

*Надійшла до редакції 10.09.2012 р.*

*Н. О. Марута, Д. Ю. Сайко*

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

#### **Патопсихологічні чинники та механізми формування психічних розладів при хворобі Паркінсона**

Обстежено 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, яка ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група). Проаналізовано особливості емоційно-потребової сфери, вираженість особистісних особливостей і типи ставлення до хвороби, на підставі чого виокремлено патопсихологічні чинники формування та описано механізми патогенезу конкретних психічних розладів у хворих на хворобу Паркінсона.

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

*N. A. Maruta, D. Yu. Sayko*

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

#### **Pathopsychological factors and mechanisms of mental disorders in Parkinson's disease**

Three hundred seventy three patients with Parkinson's disease (PD) were examined, including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group). Peculiarities of an emotional-need sphere, a significance of personality peculiarities, and types of attitude towards the disease have been analyzed. On this base in patients with PD pathopsychological factors of formation were defined and mechanisms of pathogenesis of specific mental disorders were described.

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