

Конькова Д.Ю., Карнаух В.Н.

Кафедра нервных болезней, психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, Благовещенск, Россия  
675000, Амурская область, Благовещенск, ул. Горького 95

## Аффективные нарушения при миастении

**Целью** исследования являлось изучение эмоциональных особенностей больных миастенией.

**Пациенты и методы.** Обследовано 52 больных миастенией (11 мужчин и 41 женщина, средний возраст —  $50,5 \pm 13,8$  года). Определяли уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности с помощью опросника Спилбергера—Ханина и депрессии по шкале Цунга. Уточняли связь этих показателей с полом, возрастом, длительностью, степенью тяжести миастении по шкале MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America), наличием кризов.

**Результаты и обсуждение.** Для пациентов с миастенией более характерно повышение уровня тревоги, особенно СТ, в сравнении с депрессией. Отмечено повышение показателей в зависимости от возраста, длительности заболевания, его тяжести по шкале MGFA, наличия группы инвалидности. У ряда больных с кризовым течением и высокой степенью тяжести по MGFA выявлены низкие показатели ЛТ, что, возможно, способствует снижению уровня защитных психологических механизмов.

**Заключение.** Большинство пациентов с миастенией имеют повышенную тревожность. Отсутствие у больных миастенией депрессии либо ее легкая степень выраженности, преобладание тревожности определяют выбор терапии, при этом предпочтение отдается психотерапии.

**Ключевые слова:** миастения; аффективные нарушения; тревожность; депрессия.

**Контакты:** Дарья Юрьевна Конькова; [fortunka2009@mail.ru](mailto:fortunka2009@mail.ru)

**Для ссылки:** Конькова ДЮ, Карнаух ВН. Аффективные нарушения при миастении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(4):21–24.

### *Affective disorders in myasthenia*

*Konkova D. Yu., Karnaukh V.N.*

*Department of Nervous System Disorders, Psychiatry, and Narcology, Amur State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Blagoveshchensk, Russia  
95, Gorky St., Blagoveshchensk, Amur Region 675000*

**Objective:** to study of the emotional features in patients with myasthenia.

**Patients and methods.** 52 myasthenic patients (11 men and 41 women; mean age,  $50.5 \pm 13.8$  years) were examined. The investigators determined the level of situational and personal anxiety (SA and PA) by the Spielberger-Hanin questionnaire and that of depression by the Zung scale. They clarified the association of these indicators with gender, age, myasthenia duration and severity by the Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) scale, and with the presence of crises.

**Results and discussion.** The patients with myasthenia showed a higher level of SA than those with depression. There was an increase in the indicators depending on age and disease duration and severity according to the MGFA scale, and on the group of disability. A number of patients who were critically ill and had high MGFA scores were noted to have low PA levels, which may contribute to the decreased level of protective psychological mechanisms.

**Conclusion.** Most myasthenic patients have high levels of anxiety. In these patients, the absence of depression or the presence of its mild form and the prevalence of anxiety determine the choice of therapy with a preference being given to psychotherapy.

**Keywords:** myasthenia; affective disorders; anxiety; depression.

**Contact:** Daria Yuryevna Konkova; [fortunka2009@mail.ru](mailto:fortunka2009@mail.ru)

**For reference:** Konkova DYu, Karnaukh VN. Affective disorders in myasthenia. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2016;8(4):21–24.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-4-21-24>

Данные литературы о связи между тяжестью миастении и психологическими особенностями пациента весьма противоречивы. В большинстве исследований указано, что частота депрессии у пациентов с миастенией выше, чем в популяции в целом, а высокая личностная тревожность (ЛТ), возможно, предрасполагает и к самому развитию болезни [1–8]. По другим данным, связь между особенностями течения миастении и уровнем тревожности и депрессии отсутствует [9].

**Целью** исследования являлось изучение эмоциональных особенностей у больных миастенией.

**Пациенты и методы.** Обследовано 52 пациента с миастенией: 11 мужчин и 41 женщина (основная группа). На начало 2014 г. длительность заболевания в среднем составляла  $22 \pm 2,69$  года (от 1 до 32 лет), а средний возраст больных —  $50,5 \pm 13,8$  года. В возрасте до 25 лет было 3 пациента, от 26 до 40 лет — 14, от 41 года до 55 лет — 10, от 56 до 73 лет — 21, старше 74 лет — 1.

Определяли уровень ситуативной тревожности (СТ) и ЛТ с помощью опросника Спилбергера—Ханина и депрессии по шкале Цунга [10, 11]. При интерпретации результатов опросника Спилбергера—Ханина использовали следующую гра-

дацию: до 30 баллов – низкая тревожность, 31–45 баллов – умеренная, ≥46 баллов – высокая. При оценке по шкале Цунга результат <50 баллов свидетельствовал об отсутствии депрессии, 50–59 баллов – о легкой депрессии, 60–69 баллов – об умеренной, ≥70 баллов – о выраженной. У каждого больного устанавливали форму, степень тяжести миастении по шкале MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America), учитывали пол, возраст, преобладание слабости в определенной мускулатуре, наличие кризов, длительность заболевания, трудоспособность.

Контрольную группу составили 52 здоровых добровольца, сопоставимых по возрасту (средний возраст – 50,87±14,7 года) и полу с больными миастенией.

Статистический анализ результатов проводился в программах Statistica 6,0 (StatSoftInc., США) и Microsoft Excel.

**Результаты.** У больных миастенией выявлены изменения в эмоциональной сфере: уровень тревоги и депрессии у них был достоверно выше, чем у здоровых (табл. 1).

Наиболее часто (у 67,3% пациентов) наблюдалось повышение уровня ЛТ, что может указывать на некоторые личностные особенности при миастении. Высокий уровень СТ отмечен у 55,8% пациентов. Умеренный уровень ЛТ и СТ выявлен у 28,8 и 36,5% больных соответственно, а низкий – только у 3,8 и 7,7%. У женщин в отличие от мужчин отмечена тенденция к повышению уровня тревожности ( $p>0,05$ ).

Уровень депрессии у больных миастенией в сравнении с контрольной группой был выше, тем не менее, ни у одного больного не выявлено высоких показателей по шкале Цунга – средние показатели не достигали нижней границы наличия депрессии (50 баллов). При этом признаки депрессии отсутствовали у всех мужчин и у 73,2% женщин. Соответственно, средний уровень депрессии у мужчин составил 32,9±1,18 балла и оказался достоверно ниже, чем у женщин, – 42,4±2,01 ( $p<0,01$ ).

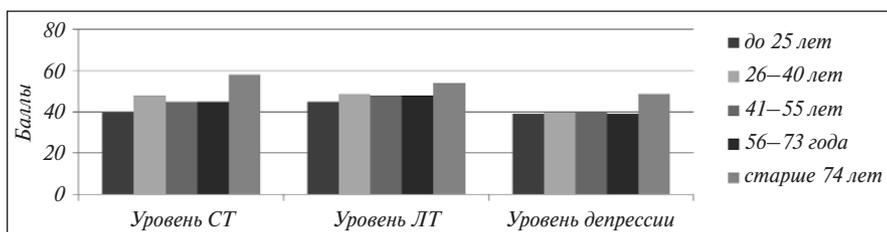
Более высокие показатели тревожности, особенно СТ, и депрессии отмечены у больных старшей возрастной группы (см. рисунок).

Прослеживалась закономерность изменения показателей: их повышение, особенно тревожности, в зависимости от длительности заболевания (табл. 2).

При сравнении показателей тревожности и депрессии у пациентов, продолжающих трудиться, и у утративших трудоспособность выяснено, что при наличии инвалидности регистрировались более высокие значения тревожности и депрессии ( $p<0,05$ ).

Таблица 1. Показатели тревожности и депрессии у пациентов с миастенией и в контрольной группе

Показатель, баллы	Основная группа	Контрольная группа	p
Уровень СТ	46,5±1,4	39,8±1,64	< 0,01
Уровень ЛТ	48,9±1,2	41,4±1,63	<0,01
Уровень депрессии	40,1±1,3	35,4±1,55	<0,05



Показатели тревожности и депрессии у пациентов с миастенией в зависимости от возраста

Таблица 2. Показатели тревожности и депрессии в зависимости от длительности миастении

Показатель, баллы	Длительность заболевания, годы				
	<5 (n=29)	6–10 (n=7)	11–15 (n=4)	16–20 (n=4)	>20 (n=8)
Уровень СТ	45,3±1,7	48,3±3,15	43,8±1,5	50±4,38	51,3±2,83
Уровень ЛТ	46,9±1,41	50±2,8	53,5±1,5	54±5,61	51±3,4
Уровень депрессии	38,3±1,6	41,4±2,9	38±3,54	48,3±5,14	45,2±4,22

Таблица 3. Показатели тревожности и депрессии в зависимости от степени тяжести миастении по MGFA

Показатель, баллы	Степень тяжести миастении			
	0–I (n=7)	IIA–IIIB (n=27)	IIIA–IIIV (n=13)	IVA–IVB (n=5)
Уровень СТ	48,9±2,0	46,5±1,78	47,6±3,39	43±3,91
Уровень ЛТ	47,9±2,01	48,9±1,87	49,9±2,43	43,8±2,13
Уровень депрессии	36,7±2,7	42,3±1,87	38,9±2,71	35,4±3,37

Не выявлено достоверных различий показателей тревожности и депрессии у больных с генерализованной и локальной формами миастении. Также не обнаружено достоверной разницы исследуемых показателей у больных с преобладанием слабости в скелетной мускулатуре или краниобульбарного паттерна.

Более четкие различия наблюдались в зависимости от тяжести заболевания (табл. 3). Показатели ЛТ и депрессии были выше по мере утяжеления состояния (с I до IIIV стадии). Уровень СТ оказался более высоким у пациентов с легкой степенью миастении, что можно связать со стрессовой ситуацией в момент начала заболевания и лечения.

Самые низкие показатели отмечены у больных с IV степенью тяжести миастении по MGFA ( $p=0,01$ ) в сравнении с другими группами.

Достоверных различий по уровню тревожности и депрессии у пациентов без кризов в анамнезе и с кризовым те-

чением заболевания не выявлено, у последних уровень депрессии и ЛТ был даже несколько ниже.

Мы наблюдали пациента 43 лет с генерализованной формой миастении, низким уровнем ЛТ и СТ и неполной компенсацией при терапии глюкокортикоидами, цитостатиками и антихолинэстеразными препаратами. Несмотря на тяжелое кризовое течение заболевания, в двух из восьми случаев криза в качестве провоцирующего фактора выступала самостоятельная отмена препаратов.

**Обсуждение.** Таким образом, для больных миастенией более характерно повышение уровня тревоги, особенно СТ, чем депрессии [12–15]. Отмечено повышение показателей в зависимости от длительности заболевания, наличия группы инвалидности, степени тяжести миастении по MGFA, возраста и пола пациентов.

Средний уровень депрессии у женщин оказался выше, чем у мужчин. Наши данные согласуются с результатами эпидемиологических исследований депрессии в общей популяции, указывающими на большую ее распространенность среди женщин. Это объясняется не только особенностями биологии (прежде всего, гормональными), но и социально-психологическими ролями, определяющими стрессовую уязвимость женщин, а также менее активным обращением мужчин с депрессивными симптомами за медицинской помощью [12, 16–19].

Более высокие показатели тревожности и депрессии у лиц старшего возраста, вероятно, связаны с изменениями личности и эмоционального фона, переосмыслением ценностей и социальных ролей в пожилом и старческом возрасте, зависимостью от окружающих, наличием сопутствующих заболеваний [20, 21].

Мы обнаружили закономерное повышение показателей по мере увеличения длительности болезни. Это связано в первую очередь с симптомами и обострениями болезни, порой непредсказуемыми, ее прогрессированием, а также необходимостью придерживаться строгого распорядка приема лекарств, ограничением трудоспособности и социальных контактов, неуверенностью в будущем.

Низкие показатели тревожности и депрессии выявлены у больных с IV степенью тяжести миастении по MGFA ( $p=0,01$ ) в сравнении с другими группами, что может быть связано с малым числом таких пациентов. Нельзя исключить и личностные особенности. Тестирование проводилось в стационаре, где пациенты находились в связи с ухудшением состояния или по поводу криза, но уже при стабилизации состояния. Возможно, на момент исследования в психическом статусе присутствовали элементы эйфории как «побочный эффект» борьбы со стрессом во время критического состояния.

Уровень депрессии и ЛТ был даже несколько ниже у пациентов с кризовым течением миастении. Эти данные согласуются с данными о наличии более низких показателей депрессии и ЛТ при тяжелой степени тяжести заболевания с развитием кризов. Возможно, тяжелое, кризовое течение миастении может способствовать срыву адаптивных психических механизмов защиты и снижению приверженности пациентов выполнению рекомендаций врача и соблюдению охранительного режима.

Мы попытались сформулировать основные направления изучения генеза тревожно-депрессивных расстройств при миастении, ее связи с психическим статусом.

*Во-первых*, отмечается роль стрессового фактора в качестве провоцирующего развитие и обострение заболевания [1–3]. В нашем исследовании именно этот провоцирующий фактор наиболее часто указывали пациенты – в 42,3% случаев. Известно, что стрессовые факторы влияют на все звенья иммунитета. Кроме того, эмоциональному стрессу сопутствуют изменения в регуляции позной тонической активности мышц [22]. Согласно теории Г. Селье, возникающее регулярное мышечное перенапряжение как стрессогенная реакция приводит к истощению, «разрядке», «утрате сил» [23], что при миастении может проявляться ухудшением нервно-мышечной передачи и возникновением патологической мышечной утомляемости, слабости.

*Во-вторых*, само по себе наличие обострений и кризов, прогрессирование заболевания, снижение трудоспособности и социальной активности являются стрессогенной, психотравмирующей ситуацией, способствующей развитию тревожно-депрессивных расстройств. Важно учитывать также этические и эстетические аспекты. Ведь, помимо слабости в скелетной мускулатуре, ограничивающей физическую активность, у пациентов наблюдаются затруднения при глотании пищи, нарушения мимики, изменение голоса, глазная симптоматика (опущение век, косоглазие). В ряде случаев проявления депрессии в виде астенического синдрома могут расцениваться пациентами как обострение.

*В-третьих*, существует общность патогенетических механизмов на молекулярном и биохимическом уровнях при миастении и аффективных нарушениях. По данным Н.Н. Петровой и соавт. [3], из трех основных типов депрессии (астеническая, соматизированная и тревожная) у больных миастенией обычно выявлялась последняя. Пограничная психопатологическая симптоматика, в том числе как проявление тревожно-депрессивных расстройств, связана преимущественно с нарушением функционального состояния лимбико-гипоталамо-ретикулярной системы. Известно, что М- и Н-холинорецепторы находятся в разных отделах ЦНС, в том числе в составе лимбической системы. Поэтому генетическое сходство центральных холинорецепторов и холинорецепторов постсинаптической мембраны может объяснять ассоциацию миастении с психопатологическими расстройствами [3].

Также можно предположить, что наличие изначально более высокого уровня ЛТ как отражения относительно стабильной личностной черты, проявляющейся в постоянной склонности к переживаниям тревоги в самых разных ситуациях, может способствовать развитию или более раннему дебюту миастении, о чем свидетельствуют данные и других авторов [4–6].

Отмечено, что у ряда больных с кризовым течением и IV степенью тяжести миастении по MGFA наблюдалась невысокая ЛТ, что, вероятно, способствует снижению уровня защитных психологических механизмов. В этом случае пациенты могут быть недостаточно привержены соблюдению режима приема препаратов, избеганию провоцирующих факторов.

**Заключение.** Таким образом, большинство пациентов с миастенией имеют повышенную тревожность, что свидетельствует о склонности к восприятию различных ситуаций как угрожающих с соответствующей реакцией тревоги на них. С учетом особенностей психического статуса пациентов

с миастенией важна разработка лечебных мероприятий, способных улучшить их состояние и качество жизни. Отсутствие у больных миастенией депрессии либо ее легкая степень выраженности, преобладание тревожности определяют выбор терапии. При этом фармакотерапия должна быть ориен-

тирована на транквилизирующий эффект. Предпочтение должно отдаваться психотерапии, учитывая в том числе и ограничения в использовании фармакологических препаратов при данном заболевании в связи с их отрицательным влиянием на состояние нервно-мышечной передачи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова ЛН, Миненко ВВ, Шутова ИВ и др. Иммуный статус и психологические особенности больных миастенией. Нейроиммунология. 2004;2(2):7. [Antipova LN, Minenko VV, Shutova IV, et al. Immune status and psychological characteristics of patients with myasthenia gravis. *Neuroimmunologia*. 2004;2(2):7. (In Russ.)].
2. Григорьева ВН, Руин ВА. Влияние психического напряжения на клинические проявления в течение генерализованной формы миастении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007;(6):17-26. [Grigor'eva VN, Ruin VA. The effect of mental stress on clinical manifestations for generalized forms of myasthenia gravis. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2007;(6):17-26. (In Russ.)].
3. Петрова НН, Чухловина МЛ, Чухловин АА. Аффективные расстройства и качество жизни у больных миастенией. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2005(4):34-7. [Petrova NN, Chukhlovina ML, Chukhlovin AA. Affective disorders and quality of life in patients with myasthenia. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2005(4):34-7. (In Russ.)].
4. Doering S, Henze T, Schussler G. Coping with myasthenia gravis and implications for psychotherapy. *Arch Neurol*. 1993 Jun;50(6):617-20.
5. Mang S, Weiss H, Schalke B. Psychosomatic aspects of myasthenia gravis. A critical review of the literature. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother*. 1993;41(1):69-86.
6. Tennant C, Wilby J, Nicholson GA. Psychological correlates of myasthenia gravis: a brief report. *J Psychosom Res*. 1986;30(5):575-80.
7. Kulaksizoglu IB. Mood and Anxiety Disorders in Patients with Myasthenia Gravis. *CNS Drugs*. 2007;21(6):473-81.
8. Rüegg SJ, Dirnhoferb S, Buitrago-Tellezc CH. Life-threatening myasthenia gravis masked by a psychiatric disorder. *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie*. 2007;(4):150-4.
9. Knieling J, Wess H, Faller H, et al. Follow-up of myasthenia gravis. Results of longitudinal study of the significance of psychosocial predic-
10. Дерманова ИБ. Исследование тревожности. В кн.: Спилбергер ЧД. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб; 2002. С. 124-6. [Dermanova IB. Study of anxiety. In: Spilberger ChD. *Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya* [Diagnostics of emotional and moral development]. SPb; 2002. P. 124-6.]
11. Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. *Arch Gen Psychiatry*. 1965 Dec;13(6):508-15.
12. Parada P, Oliva M, Lazaro E, et al. Anxiety, Depression and Self-Efficacy in Patients with Myasthenia Gravis. *International Journal of Psychology & Psychological therapy*. 2014;14(1):105-13.
13. Sitek EJ, Bilinska MM, Wiczorek D, Nyka WM. Neuropsychological assessment in myasthenia gravis. *Neurol Sci*. 2009 Feb;30(1):9-14. doi: 10.1007/s10072-008-0001-y. Epub 2009 Jan 16.
14. Ybarra MI, Kummer A, Frota ER, et al. Psychiatric Disorders in myasthenia gravis. *Arg Neuropsiquiatr*. 2011 Apr;69(2A):176-9.
15. Смолин АИ. Миастения: варианты клинического течения, дифференцированное лечение и качество жизни пациентов. Дисс. канд. мед. наук. Иркутск; 2015. [Smolin AI. Myasthenia gravis: the variants of clinical course, differential treatment and quality of life of patients. Diss. cand. med. sci. Irkutsk; 2015.]
16. Антохин ЕЮ. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;(2):52-61. [Antokhin EYu. Gender aspects of psychogenic depression: features of clinic, approaches to therapy. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2010;(2):52-61. (In Russ.)].
17. Бочкарёва АВ, Холмогорова АБ. Гендерные факторы депрессивных расстройств. Материалы XIV съезда психиатров России. Москва; 2005. 389 с. [Bochkareva AV, Kholmogorova AB. Gender factors of depressive disorders. Materials of XIV Congress of psychiatrists of Russia. Moscow; 2005. 389 p.]
18. Колесников ИА. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии). Автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб; 2010. [Kolesnikov IA. Neurotic depressive disorders and family functioning among pregnant women (in connection with tasks of psychotherapy). Autoref. diss. cand. med. sci. SPb; 2010.]
19. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Int Rev Psychiatry*. 2003 Feb-May;15(1-2):74-83.
20. Краснова ОВ, Лидерс АГ. Психология старости и старения. Хрестоматия. Москва: АКАДЕМА; 2003. 416 с. [Krasnova OV, Liders AG. *Psikhologiya starosti i stareniya. Khrestomatiya* [The psychology of aging. Reader]. Moscow: ACADEMA; 2003. 416 p.]
21. Кондратьева МВ. Подражание в системе поведенческих паттернов взрослого человека. Материалы IV международной научной конференции студентов, аспирантов, молодых ученых «Научный потенциал студенчества в XXI веке». Т.2. Общественные науки. Ставрополь: Сев. Кав. ГТУ; 2010. С. 211-4. [Kondrat'eva MV. Imitation in a system of behavioral patterns of an adult. Proceedings of the IV international scientific conference of students, postgraduates and young scientists «the Scientific potential of students in the XXI century». Vol.2. Social Sciences. Stavropol': Sev. Kav. GTU; 2010. P. 211-4.]
22. Чухловина МЛ, Шабалов НП, Цинзерлинг НВ. Особенности патогенеза, клиники и диагностики миастении в детском возрасте. Педиатрия. 2006;(3):90-4. [Chukhlovina ML, Shabalov NP, Tsinzerling NV. Pathogenesis, clinics and diagnosis of myasthenia gravis in children. *Pediatriya*. 2006;(3):90-4. (In Russ.)].
23. Курпатов АВ, Аверьянов ГГ. Руководство по системной поведенческой психотерапии. Москва: ОЛМА Медиа Групп; 2007. 576 с. [Kurpatov AV, Aver'yanov GG. *Rukovodstvo po sistemnoi povedencheskoi psikhoterapii* [Guide to systemic behavioral psychotherapy]. Moscow: OLMA Media Grupp; 2007. 576 p.]

Поступила 21.08.2016

### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.