

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

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

**На основании клинического анализа определены основные клинико-психопатологические особенности и описана феноменология депрессивного эпизода у больных с биполярным аффективным расстройством, сопровождающимся суицидальным поведением. Выделены клинические диагностические факторы риска и антириска суицидального поведения при данной форме психопатологии.**

*Ключевые слова:* биполярное аффективное расстройство, депрессивная стадия, клинико-психопатологическая структура, суицидальное поведение.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) — распространенное психическое заболевание, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, наличием коморбидных расстройств, ухудшением социального функционирования и качества жизни пациентов, высоким уровнем суицидов и снижением продолжительности жизни [1–8].

У больных с БАР отмечается снижение продолжительности жизни в среднем на 10 лет (по сравнению со здоровой популяцией), что во многом является следствием высокого уровня суицидальной активности этих пациентов. Риск совершения суицида при БАР в 20–30 раз выше, чем в популяции, и составляет 20,0–35,7% [9–13].

Высокая суицидогенная опасность БАР обуславливает необходимость детального изучения феноменологии суицидального поведения с учетом полиморфизма его клинических проявлений, различных фаз и периодов развития, что и обусловило актуальность исследования данной патологии.

Цель исследования — изучить клинико-психопатологическую структуру депрессивной фазы БАР и ее связь с выраженностью суицидального риска у этой категории больных.

Обследованы 86 больных с БАР с текущим эпизодом депрессии без психотических симптомов (F31.3–F31.4 по МКБ-10), у 45 из них выявлено суицидальное поведение (основная группа), у 41 пациента не наблюдалось признаков суицидального поведения (контрольная группа).

В исследовании использовался клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, оценка симптомов и синдромов в динамике, их связь с особенностями суицидального поведения), дополненный клиническими оценочными шкалами: депрессии Гамильтона (HDRS), самооценки

выраженности аутоагрессивных предикторов (Г. Я. Пилягина, 2004) и суицидального риска (Г. В. Старшенбаум, 1977). Для статистической обработки полученных данных применялись методы описательной статистики и сравнительного анализа с целью установления вероятности различий между выборками.

Согласно полученным данным, у больных с депрессивным эпизодом БАР суицидальное поведение в 80,0% случаев проявлялось преимущественно в форме суицидальных решений, намерений и замыслов, суицидальные мысли, фантазирования и переживания отмечались в 20% наблюдений, суицидальных попыток не было. У 68,9% больных регистрировалось суицидальное поведение психопатологического генеза, у 22,2% — смешанного, у 8,9% — ситуационного.

Установлено, что уровень депрессии (по данным шкалы Гамильтона) у больных с суицидальным поведением в структуре депрессивной фазы БАР был выше ( $34,7 \pm 4,4$  балла) по сравнению с пациентами контрольной группы ( $21,3 \pm 3,1$  балла), при  $p < 0,05$ . При этом в клинике депрессии больных основной группы более выраженными были симптомы: чувство вины ( $3,2 \pm 0,4$  балла,  $p < 0,05$ ), депрессивное настроение ( $3,1 \pm 0,3$  балла,  $p < 0,05$ ), потеря массы тела ( $2,8 \pm 0,5$  балла,  $p < 0,05$ ), суточные колебания настроения ( $2,4 \pm 0,2$  балла,  $p < 0,05$ ), суицидальные намерения ( $2,3 \pm 0,2$  балла,  $p < 0,01$ ) (рис. 1). У пациентов контрольной группы в клинике депрессии эти проявления были значительно менее выраженными: чувство вины —  $1,8 \pm 0,2$  балла, депрессивное настроение —  $1,9 \pm 0,3$  балла, потеря массы тела —  $1,8 \pm 0,4$  балла, суточные колебания настроения —  $1,5 \pm 0,3$  балла, суицидальные намерения —  $0,7 \pm 0,3$  балла.

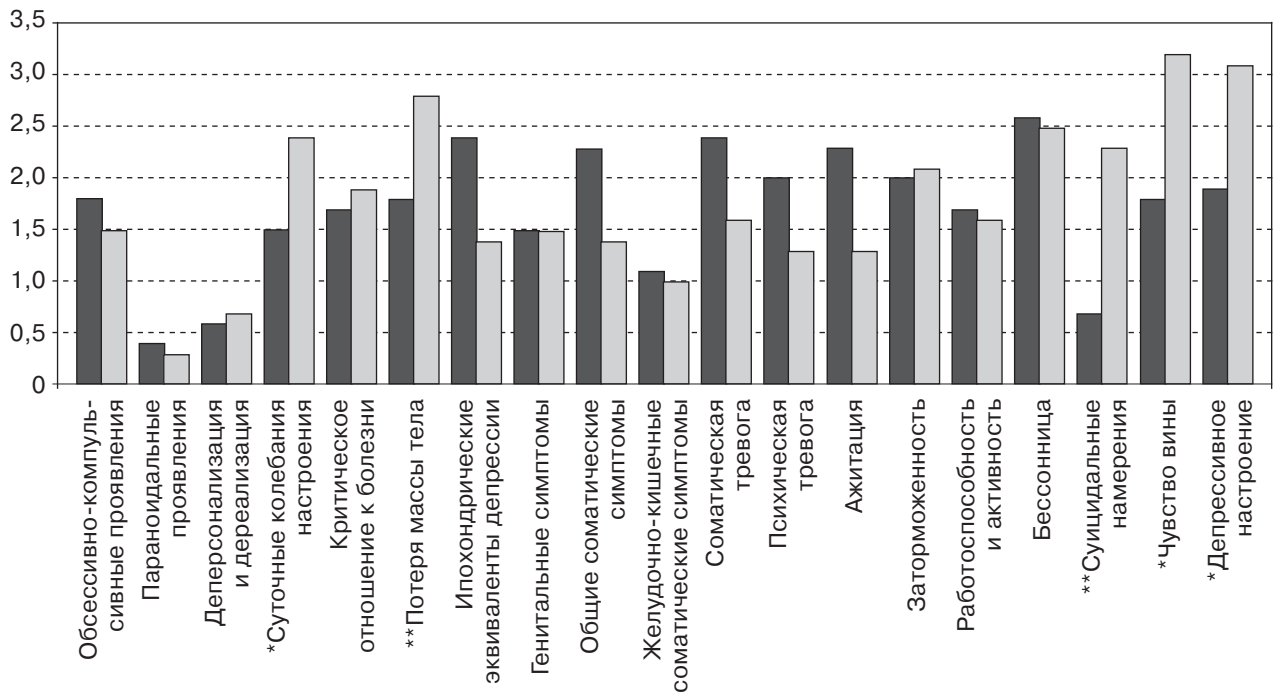


Рис. 1. Выраженность депрессивной симптоматики у больных с БАП: различия достоверны при \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ ; ■ — основная группа; □ — контрольная группа. То же на рис. 2

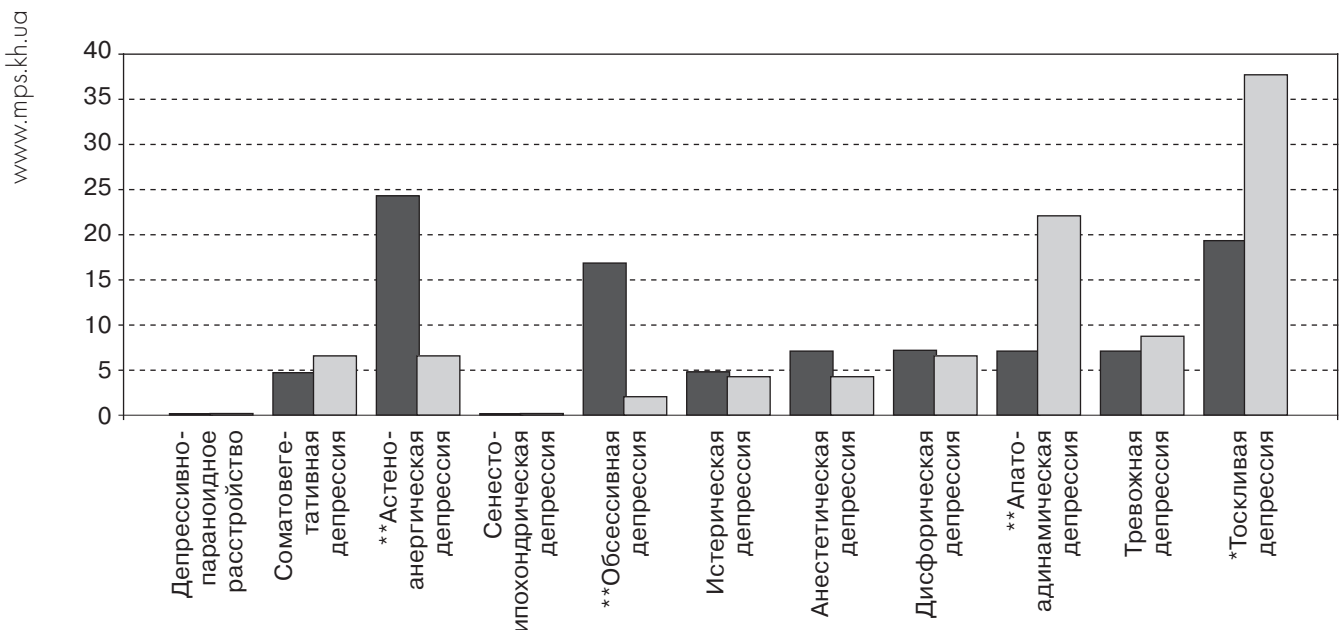


Рис. 2. Синдромальные варианты депрессии у больных с БАП

В синдромальной структуре депрессивной патологии больных с БАП и суицидальным поведением преобладающими были тоскливый (в 37,8% случаев,  $p < 0,05$ ) и апато-адинамический варианты (в 22,2% случаев,  $p < 0,01$ ). У пациентов контрольной группы гораздо чаще регистрировались астено-анергический (в 24,4% случаев,  $p < 0,01$ ) и обсессивный варианты депрессий (в 17,1% случаев,  $p < 0,01$ ) (рис. 2).

Среди двигательных расстройств в структуре депрессии при БАП у больных обеих групп преобладающими были рудиментарные двигательные расстройства в виде гипомимии, легкой заторможенности и мышечной адинамии (табл. 1). При этом у больных с суицидальным поведением значительно чаще отмечалась выраженная заторможенность движений (в 20,0% случаев) по сравнению с группой контроля (в 7,3% случаев),  $p < 0,05$ .

Таблиця 1

## Двигательные расстройства больных с БАР

Двигательные расстройства	Группы			
	основная, n = 45		контрольная, n = 41	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Заторможенность движений, речи, мимики (вплоть до полной адинамии)	9	20,0±2,2*	3	7,3±1,2
Рудиментарные двигательные расстройства:	28	62,2±7,3	25	60,9±6,2
гипомимия	23	51,1±6,2	24	58,5±5,9
легкая заторможенность	25	55,6±6,6	23	56,1±5,7
мышечная адинамия	22	48,8±5,9	23	56,1±5,7
Двигательное беспокойство (заламывание рук, покусывание ногтей, губ, неусидчивость и т. д.)	8	17,8±2,0	13	31,7±3,2*
Двигательное возбуждение: повышенная двигательная подвижность, ускорение темпа речи, говорливость нецеленаправленные движения (нарушения координации, непластичность, незавершенность движений и т. д.)	—	—	—	—

\* p &lt; 0,05. То же в табл. 2.

Таблиця 2

## Расстройства мышления и когнитивных функций у больных с БАР

Расстройства мышления и когнитивных функций	Группы			
	основная, n = 45		контрольная, n = 41	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Идеи малоценности	32	71,1±8,4*	18	43,9±4,2
Идеи величия, самовосхваления, самоуверенности	—	—	—	—
Ипохондрические расстройства	—	—	—	—
Навязчивые мысли	1	2,2±0,5	10	24,4±2,3
Мысли о смерти или самоубийстве	45	100	—	—
Ригидность мышления	18	40,0±4,8	20	48,8±4,9
Ускорение процессов мышления (неограниченный и ускоренный поток идей и т. п.)	—	—	—	—
«Скачки идей» (выраженная непоследовательность мышления)	—	—	—	—
Снижение уровня интересов	38	84,4±10,3*	26	63,4±6,4
Трудности в принятии решений	20	44,4±5,4	28	68,3±6,9*
Снижение уровня концентрации внимания	23	51,1±6,2	25	60,9±6,2
Нарушения переключаемости внимания (от высокой до гиперпрозексии и истощаемости)	—	—	—	—
Нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной)	24	53,3±6,4	21	51,2±5,0
Повышенная чувствительность к критике в свой адрес	14	31,1±3,8*	8	19,5±1,9
Нарушения критики по отношению к болезни	14	31,1±3,8	12	29,3±2,8
Параноидные расстройства	—	—	—	—

Эмоциональные расстройства у больных с БАР

Эмоциональные расстройства	Группы			
	основная, n = 45		контрольная, n = 41	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Ангедония	30	66,7±7,9*	16	39,0±3,9
Безразличие	11	24,4±2,9	19	46,3±4,5*
Неудовольствие	4	8,9±1,2	4	9,8±1,3
Горе (скорбь)	4	8,9±1,2	4	9,8±1,3
Тоска	19	42,2±5,2**	8	19,5±1,9
Печаль (грусть)	15	33,3±4,0	14	34,1±3,4
Отчаяние	10	22,2±2,5*	5	12,2±1,4
Огорчение	—	—	—	—
Тревога	4	8,9±1,2	10	24,4±2,3*
Обида	—	—	—	—
Боязнь	—	—	5	12,2±1,4
Испуг	—	—	—	—
Страх	1	2,2±0,5	7	17,1±1,6*
Досада	—	—	—	—
Гнев	—	—	2	4,9±1,0
Раздражение	—	—	2	4,9±1,0
Чувство оскорбления	—	—	—	—
Возмущение	—	—	—	—
Ненависть	—	—	—	—
Неприязнь	—	—	—	—
Злость	—	—	—	—
Уныние	9	20,0±2,2**	4	9,8±1,3
Скука	—	—	—	—
Ужас	—	—	—	—
Стыд	8	17,8±2,0	8	19,5±1,9
Ярость	—	—	—	—
Презрение	—	—	—	—
Отвращение	—	—	—	—
Неудовлетворенность собой	14	31,1±3,8	14	34,1±3,4
Горечь	4	8,9±1,2	4	9,8±1,3
Суточные колебания настроения	31	68,9±8,2*	20	48,8±4,9
Эмоциональная лабильность	—	—	—	—
Постоянное ощущение усталости	6	13,3±1,7	12	29,3±2,8*
Радость	—	—	—	—
Экзальтация	—	—	—	—
Эйфория	—	—	—	—

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . То же в табл. 4.

У пациентов контрольной группы было более выражено двигательное беспокойство — в 31,7% случаев, основной группы — в 17,8%,  $p < 0,05$ .

Расстройства мышления и когнитивных функций в структуре депрессии при БАР у больных с суицидальным поведением значительно чаще

проявлялись снижением уровня интересов (84,4%), наличием идей малоценности (71,1%), повышенной чувствительностью к критике в свой адрес (31,1%) по сравнению с пациентами группы контроля, в которой данные расстройства отмечались в 63,4; 43,9 и 19,5% случаев соответственно при

Сомато-вегетативные расстройства у больных с БАР

Соматовегетативные расстройства	Группы			
	основная, $n = 45$		контрольная, $n = 41$	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Нарушения сердечно-сосудистой системы (карди-алгический синдром, нарушение сердечного ритма и т. д.)	7	15,6±1,9	6	14,6±1,5
Нарушение дыхания (расстройство дыхательного ритма, ларингоспазм, кашель и т. д.)	6	13,3±1,7	5	12,2±1,4
Нарушение деятельности ЖКТ (нарушение функций желудка, нарушение функций кишечника)	2	4,4±0,7	8	19,5±1,9
Нарушения со стороны мочевыделительной системы	4	8,9±1,2	3	7,3±1,2
Головные боли (психалгии нервно-мышечного и нервно-сосудистого характера)	5	11,1±1,4	5	12,2±1,4
Сексуальные нарушения	17	37,8±4,5	15	36,6±3,7
Снижение массы тела	19	42,2±5,2**	9	21,9±2,1
Гипергидроз	5	11,1±1,4	12	29,3±2,8*
Вегетативно-висцеральные кризы (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные)	9	20,0±2,2	15	36,6±3,7*
Нарушение сна	29	64,4±7,7*	17	41,5±4,1
Нарушение аппетита	11	24,4±2,9	9	21,9±2,1
Запоры	13	28,9±3,3*	6	14,6±1,5

$p < 0,05$  (табл. 2). На этом фоне у больных контрольной группы гораздо чаще фиксировались трудности в принятии решений — 68,3% случаев по сравнению с пациентами основной группы — 44,4% ( $p < 0,05$ ).

В структуре эмоциональных расстройств у больных с суицидальным поведением значительно чаще наблюдались суточные колебания настроения (68,9% случаев), ангедония (66,7%), тоска (42,2%), отчаяние (22,2%) и уныние (20,0%) по сравнению с контрольной группой, данные показатели в которой составили 48,8; 39,0; 19,5; 12,2 и 9,8% случаев соответственно (при  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) (табл. 3). У больных же без признаков суицидального поведения значительно чаще встречались безразличие (46,3% случаев), ощущение усталости (29,3%), тревога (24,4%) и страх (17,1%), в то время как в основной группе данные расстройства отмечались в 24,4; 13,3; 8,9 и 2,2% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ).

В качестве преобладающих соматовегетативных расстройств у больных с суицидальным поведением в структуре депрессивной фазы БАР были названы нарушения сна (нарушение засыпания, ранние пробуждения) — 64,4% случаев, снижение массы тела — 42,2%, запоры — 28,9% (табл. 4). У больных контрольной группы нарушения сна встречались в 41,5% случаев, снижение массы тела — в 21,9%, запоры — в 14,6% (при  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ). В контрольной группе значительно чаще

отмечались вегетативно-висцеральные кризы (36,6% случаев) и гипергидроз (29,3%) по сравнению с основной группой, где данные нарушения были зафиксированы в 20,0 и 11,1% случаев соответственно ( $p < 0,05$ ).

В клинике сенсорных расстройств в структуре депрессии при БАР у больных основной и контрольной групп статистически значимых различий не выявлено (табл. 5).

Таким образом, проведенный клинико-психопатологический анализ структуры БАР у больных с текущим депрессивным эпизодом без психотических симптомов (F31.3–F31.4) и ее связи с риском суицидального поведения продемонстрировал преобладание в клинике депрессивного расстройства больных с суицидальным поведением тоскливого (37,8% случаев) и апато-адинамического (22,2%) вариантов депрессии выраженной степени тяжести (34,7±4,4 балла) с чувством вины (3,2±0,4 балла), снижением интересов (84,4%), идеями малоценности (71,1%), чувствительностью к критике (31,1%), выраженным депрессивным настроением (3,1±0,3 балла), суточными колебаниями настроения (68,9%), ангедонией (66,7%), тоской (42,2%), отчаянием (22,2%), унынием (20,0%), нарушениями засыпания и пробуждения (64,4%), снижением массы тела (42,2%) и запорами (28,9%).

В то время как в структуре депрессии больных с БАР без признаков суицидального поведения отмечалось превалирование астено-анергического (24,4%

Сенсорные расстройства больных с БАР

Сенсорные расстройства	Группы			
	основная, n = 45		контрольная, n = 41	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Нарушение чувствительности:	9	20,0±2,2	8	19,5±1,9
гипестезия	4	8,9±1,2	4	9,8±1,3
гиперестезия	—	—	—	—
анестезия	—	—	—	—
парестезия	5	11,1±1,4	4	9,8±1,3
Нарушение слуха (повышенная чувствительность или непереносимость звуков)	2	4,4±0,7	4	9,8±1,3
Психосенсорные нарушения:	7	15,6±1,9	6	14,6±1,5
колебания почвы под ногами	4	8,9±1,2	3	7,3±1,2
колебания предметов	3	6,7±0,9	3	7,3±1,2

случаев) и **обсессивного (17,1%) вариантов депрессии** умеренной степени тяжести (21,3±3,1 балла) с преобладанием когнитивных расстройств в виде трудностей в принятии решений (68,3%), снижения интересов (63,4%) и **уровня концентрации внимания (60,9%), эмоциональных нарушений — безразличия (46,3%), усталости (29,3%), тревоги (24,4%) и страха (17,1%)**; меньшей представленностью моторных расстройств (7,3%), чувства вины (1,8±0,2 балла), нарушений сна (41,5%), снижения массы тела (21,9%) и запоров (14,6%).

Полученные в ходе исследования данные могут рассматриваться в качестве клинических критериев диагностики риска и **антириска развития суицидального поведения** при депрессивной стадии БАР и должны учитываться при разработке терапевтических программ, направленных на профилактику аутоагрессивного поведения у этих пациентов.

Список литературы

1. *Кожина А. М.* Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психічне здоров'я.— 2009.— Т. 3—4 (24—25).— С. 60—62.
2. *Марута Н. А.* Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н. А. Марута // НЕЙРОNEWS.— 2011.— № 2 (29).— С. 35—36.
3. *Марута Н. А.* Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // НЕЙРОNEWS.— 2011.— № 8 (35).— Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/586.html>
4. *Очеретяная Н.* Биполярное расстройство: клинический обзор / Н. Очеретяная // Здоров'я України.— 2011.— № 4 (19).— С. 36—37.
5. *Хаустова Е. А.* Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Электронный

ресурс] / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романив // НЕЙРОNEWS.— 2012.— № 1 (36).— Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/1201.html>

6. *Чабан О. С.* Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // НЕЙРОNEWS.— 2011.— № 5 (32).— Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>
7. *Leboer M.* Bipolar disorder: New perspectives from research to health care and prevention / M. Leboer // 12<sup>th</sup> international review of Bipolar Disorders: abstract.— Nice, France, 2012.— P. 25.
8. *Scott J.* Risk and Bipolar Disorder / J. Scott // 12<sup>th</sup> international review of Bipolar Disorders: abstract.— Nice, France, 2012.— P. 39.
9. *Courtet P.* Suicide and Bipolar Disorder / P. Courtet // 12<sup>th</sup> international review of Bipolar Disorders: abstract.— Nice, France, 2012.— P. 58.
10. *Frye M.* Биполярное расстройство — акцент на депрессии [Электронный ресурс] / М. Frye // НЕЙРОNEWS.— 2012.— № 2 (37).— Режим доступа: <http://www.neuronews.com.ua/article/579.html>
11. *Gonda X.* Antidepressant resistant depression and suicidal behavior: the role of underlying bipolarity / X. Gonda // 12<sup>th</sup> international review of Bipolar Disorders: abstract.— Nice, France, 2012.— P. 52—53.
12. *Thangavelu K.* Suicidality in bipolar affective disorder the nature of impulsivity and impulse control disorders — a cross sectional controlled study [Электронный ресурс] / К. Thangavelu, R. Morriss, R. Howard.— Prague: 20<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, 2012.— P. 217/CD.
13. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 / L. N. Yatham, S. H. Kennedy, S. V. Parikh [et al.] // Bipolar Disorder.— 2013.— № 15.— P. 1—44.

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ  
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ  
БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Д. Р. ТАХТАШОВА

**На підставі клінічного аналізу визначено основні клініко-психопатологічні особливості та описано феноменологію депресивного епізоду у хворих із біполярним афективним розладом, що супроводжується суїцидальною поведінкою. Виділено клінічні діагностичні фактори ризику та антиризиків суїцидальної поведінки при цій формі психопатології.**

*Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивна стадія, клініко-психопатологічна структура, суїцидальна поведінка.*

---

**CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMING SUICIDAL BEHAVIOR  
IN THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

D. R. TAKHTASHOVA

**The clinical analysis allowed to define the main clinical-psychopathological peculiarities and to describe phenomenology of depressive episode in patients with bipolar affective disorder accompanied by suicidal behavior. Clinical diagnostic risk and anti-risk factors of suicidal behavior in this form of pathology were determined.**

*Key words: bipolar affective disorder, depressive stage, clinical-psychopathological structure, suicidal behavior.*

---

*Поступила 10.12.2013*