

**ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА****Сайко Д.Ю.***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»*

Среди нейропсихиатрических заболеваний свойственных пожилым людям болезнь Паркинсона (БП) привлекает особое внимание тяжестью своего течения, недостаточностью изученности, затруднениями в эффективной диагностике и несовершенством методов лечения [1,4]. Наряду с онкологическими заболеваниями БП занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и смерти. Уже через 10 лет после начала заболевания 2/3 больных БП становятся тяжелыми инвалидами или умирают, через 15 лет эта цифра достигает 80%. Средняя продолжительность жизни больных, страдающих болезнью Паркинсона, после начала заболевания составляет 9 лет (хотя индивидуальные колебания имеют диапазон от 1 года до 33 лет) [5]. В связи с общемировой тенденцией к постепенному постарению населения актуальность данной проблемы в будущем будет постоянно возрастать [7].

По современным представлениям, паркинсонизм - это не только расстройство движений, БП рассматривается как мультисистемное нейродегенеративное заболевание с поражением различных медиаторных систем и широким спектром как двигательных, так и недвигательных (нервно-психических, сенсорных, вегетативных) нарушений [2,6,9,10]. Нервно-психические расстройства встречаются у большинства пациентов с БП, являясь значимыми, а в ряде случаев, ведущими факторами, снижающими качество жизни и способствующими формированию суицидальности [3,8]. Наличие у больных с болезнью Паркинсона коморбидных психических расстройств ставит много клинических вопросов, неизученность которых существенно затрудняет решение диагностических и терапевтических проблем данной категории больных. К одним из этих вопросов относится феноменология суицидальности в структуре психопатологии при БП, факторы и механизмы формирования аутоагрессивного поведения у данных больных.

**Целью** данного исследования было изучение особенностей суицидогенеза и факторов суицидогенеза у больных БП, осложненной психическими расстройствами.

В исследовании особенностей суицидального поведения у больных с болезнью Паркинсона, осложненной психической патологией приняло участие 297 больных паркинсонизмом, из которых у 59 человек (19,9%) было диагностировано расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция F43.21, у 36 человек (12,1%) - рекуррентное

аффективное расстройство, депрессия F33.0-33.1, у 89 человек (29,9%) - органическое не-психотическое 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. Эти группы больных составили основную группу в настоящем исследовании. Группу сравнения представили 76 пациентов с болезнью Паркинсона, в клинической картине которых психические расстройства не регистрировались.

В качестве **методов исследования** использовались: клинико-психопатологический метод, включающий сбор и изучение анамнеза и психометрический метод - шкала намерения суицидов (BSIS) для выявления аутоагрессивных мотиваций.

Согласно данным исследования у больных БП в структуре психической патологией аутоагрессивное поведение отмечалось при депрессивных расстройствах: у 35,6% больных БП с депрессивной реакцией F43.21, у 38,9% больных БП с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 и у 15,7% больных БП с органической депрессией F06.36. (при  $p < 0,01$ ).

Из выделенных форм суицидального поведения (согласно классификации Х.А.Гасанова) у больных паркинсонизмом преобладали суицидальные мысли и фантазирование (63,3%) над решениями и намерениями (36,7%), при  $p < 0,05$ . Суицидальных попыток у обследуемых больных БП обеих групп не отмечалось.

При этом у больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией F43.21 и с органическим не-психотическим депрессивным расстройством F06.36 преобладали суицидальные мысли и фантазирование над решениями и намерениями - в 30,5% и 5,1%, и в 10,1% и 5,6% соответственно (при  $p < 0,05$ ). У больных с болезнью Паркинсона и рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 преобладали суицидальные решения и намерения над суицидальными мыслями и фантазированием - в 27,8% и 11,1%, соответственно (при  $p < 0,05$ ), что позволяет говорить о более высокой суицидальной активности у данных больных, по сравнению с больными паркинсонизмом с F43.21 и F06.36.

По шкале намерения суицидов (BSIS) у суицидальных больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной

депрессивной реакцией F43.21, рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 был выявлен низкий уровень намерения совершить суицид -  $6,4 \pm 2,1$  балла,  $7,4 \pm 1,3$  балла,  $6,5 \pm 2,4$  балла соответственно (при  $P > 0,5$ ), что отражает минимальную вероятность суицида у больных БП с психическими расстройствами F43.21, F33.0-33.1 и F06.36.

Анализ семейного положения показал значительное преобладание среди больных БП с рекуррентным аффективным расстройством (F33.0-33.1) лиц не состоящих в браке (в 85,7% случаев), при  $p < 0,01$ . Больные БП с органическим непсихотическим депрессивным расстройством (F06.36), осложненным суицидальным поведением в 71,4% случаев состояли в браке, в котором семейные отношения их не удовлетворяли (при  $p < 0,05$ ). В группе суицидальных больных с БП и пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 статистически достоверной разницы с контрольной группой по фактору семейного положения обнаружено не было.

Таким образом, отсутствие семьи у больных паркинсонизмом с расстройством F33.0-33.1 и неудовлетворительные семейные отношения у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36 выступали одним из факторов риска формирования у них суицидального поведения.

По характеру труда у больных БП с депрессивными расстройствами, осложненными суицидальным поведением отмечалось значительное преобладание лиц, занятых в сфере умственного труда по сравнению с контрольной группой (23,8% и 2,6% при F43.21,  $p < 0,05$ ; 28,6% и 9,1% при F33.0-33.1,  $p < 0,05$ ; 64,3% и 13,3% при F06.36,  $p < 0,05$ ).

В группе суицидальных больных БП и депрессией F06.36, в сравнении с больными контрольной группы, выявлена достоверная разница по уровню инвалидности - 28,6% и 1,3%, соответственно, при  $p < 0,05$ .

По уровню образования статистически значимых различий между больными основной и контрольной групп не обнаружено.

Таким образом, риск формирования суицидального поведения выше у больных паркинсонизмом, осложненным депрессиями F43.21, F33.0-33.1 и F06.36, занятых в сфере физического труда, а также у больных БП с депрессией F06.36, имеющих инвалидность.

У суицидальных больных паркинсонизмом с депрессиями F43.21 и F06.36 значительно чаще фиксировалось наличие перинатальной патологии в анамнезе (в 42,9% и 71,4% случаев, соответственно) по сравнению с контрольными группами, где данные показатели составили 2,6% и 18,7% случаев. То есть перинатальная патология являлась одним из факторов риска в формировании суицидального поведения

у больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 и F06.36.

Согласно результатам исследования роли соматической патологии в суицидогенезе больных паркинсонизмом с психической патологией у суицидальных больных БП с расстройствами F43.21 и F06.36 отмечалось значительное преобладание хронической соматической патологии (90,5% и 64,3%), по сравнению с больными без суицидального поведения (15,8% и 8,1%), при  $p < 0,01$ . При этом у суицидальных больных БП, осложненной депрессией F43.21 диагностировались преимущественно болезни сердечно - сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а у суицидальных больных БП с F06.36 - хроническая соматическая патология сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы.

Таким образом, наличие хронической соматической патологии у больных БП с депрессиями F43.21 и F06.36 является фактором риска формирования у них аутоагрессивного поведения.

Анализ отягощения наследственности психической патологией, показал, что у суицидальных больных паркинсонизмом с психической патологией F43.21, F33.0-33.1 и F06.36 отмечался высокий уровень отягощения наследственности по аффективному расстройству - в 85,6%, 92,9% и 71,5% случаев, соответственно (при  $p < 0,05$ ). У больных с болезнью Паркинсона и депрессией F06.36 наблюдался также высокий уровень отягощения наследственности алкогольной зависимостью - в 21,4% случаев (при  $p < 0,05$ ).

Таким образом, отягощение наследственности аффективной патологией является риск-фактором развития аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с депрессиями F43.21, F33.0-1 и F06.36. Отягощение наследственности алкогольной зависимостью является риск-фактором формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с F06.36.

Анализ распределения уровня невропатической конституции показал, что у 90,5% суицидальных больных паркинсонизмом с F43.21 в детстве регистрировалась невропатическая конституция, с раннего детства эти больные были капризные, плаксивые, у них отмечался плохой сон и аппетит, энурез, логоневроз, различные страхи и т.д. В контрольной группе больных с болезнью Паркинсона и F43.21 невропатическая конституция отмечалась у 71,1% больных (при  $p < 0,05$ ). В группе суицидальных больных с болезнью Паркинсона и F33.0-1 и F06.36 по наличию невропатической конституции статистически достоверной разницы с контрольными группами - не выявлено.

Таким образом, фактор наличия в анамнезе невропатической конституции у больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 является для этой группы больных фактором риска разви-

тия аутоагрессивного поведения.

Исследование преморбидных личностных особенностей суицидальных больных паркинсонизмом с психическими расстройствами, в сравнении с больными контрольных групп, показало преобладание в преморбиде суицидальных больных БП с F43.21 истероидных и циклотимических личностных особенностей – в 80,9% и в 71,4% случаев, соответственно (в контрольной группе данные преморбидные личностные особенности встречались в 5,3% и в 7,9% случаев (при  $p < 0,01$ )). У суицидальных больных БП с депрессией F33.0-33.1 в преморбиде преобладали интровертированные личностные особенности – в 78,6% случаев (в контрольной группе данные преморбидные личностные особенности встречались в 45,5% случаев (при  $p < 0,05$ )). В преморбиде суицидальных больных БП с депрессией F06.36 преобладали аффективно-ригидные личностные особенности – в 57,1% случаев (контрольной группе данные личностные особенности встречались в 20% случаев (при  $p < 0,05$ )).

Таким образом, истероидные и циклотимические преморбидные личностные особенности у больных с болезнью Паркинсона и депрессией F43.21, интровертированные преморбидные особенности у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 и аффективно-ригидные особенности у больных паркинсонизмом с F06.36 представляли собой факторы риска развития у них суицидального поведения.

Основными психогенными факторами у суицидальных больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 выступали проблемы, связанные с детьми (в 47,6% случаев). У больных контрольной группы данные проблемы наблюдались в 2,6% случаев, при  $p < 0,01$ . У суицидальных больных паркинсонизмом с депрессией F06.36 основными психогенными факторами были конфликты в семье, ревность, измена и развод (в 78,6% случаев), одиночество, неудовлетворенная потребность в любви и близких отношениях (в 71,4% случаев). У больных контрольной группы эти психогенные факторы наблюдались в 4,0% и 4,0% случаев соответственно, при  $p < 0,01$ .

У суицидальных больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 статистически достоверных данных по участию в формировании суицидального поведения психогенных факторов - не выявлено.

Таким образом, проблемы, связанные с детьми у больных паркинсонизмом с депрессией F43.21 и конфликты в семье, ревность, измена, развод, одиночество, неудовлетворенная потребность в любви и близких отношениях у больных паркинсонизмом с депрессией F06.36 выступали важными психогенными факторами формирования у этих больных суицидального поведения.

По продолжительности стрессового воз-

действия психогенные факторы у суицидальных больных с депрессивной реакцией F43.21 и депрессией F06.36 имели преимущественно хронический характер воздействия (в 71,4% (при  $p < 0,01$ ) и 85,7% случаев (при  $p < 0,05$ ) соответственно). В контрольных группах больных паркинсонизмом с F43.21 и F06.36 хронические стрессовые воздействия встречались в 5,3% и в 28,0% случаев соответственно. Таким образом, хронические стрессовые воздействия на психику больных паркинсонизмом с F43.21 и F06.3 способствовали формированию суицидального поведения у данных больных.

Подводя итоги проведенному исследованию, следует подчеркнуть, что у больных БП суицидальное поведение отмечалось в структуре депрессивных расстройств и проявлялось преимущественно суицидальными мыслями и фантазированием (при депрессии F43.21 и F06.36), а также суицидальными решениями и намерениями (при депрессии F33.0-33.1). Аутоагрессивное поведение было отмечено у 35,6% больных с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21, у 38,9% больных с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 и у 15,7% больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36. При этом у больных паркинсонизмом с депрессивной патологией отмечался низкий уровень намерения совершить суицид.

В качестве факторов риска формирования аутоагрессивного поведения по итогам исследования у больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 были выделены: занятость в сфере физического труда, перинатальная патология и невропатическая конституция в анамнезе, хронические заболевания сердечно - сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, отягощение наследственности аффективной патологией, выраженность истероидных и циклотимических преморбидных особенностей, наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с проблемами с детьми.

Из факторов риска формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 следует отметить: отсутствие семьи, занятость в сфере физического труда, отягощение наследственности аффективной патологией и интровертированные преморбидные особенности.

Факторами риска формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 выступали: неудовлетворительные семейные отношения, занятость в сфере физического труда и инвалидность, перинатальная патология в анамнезе, хронические заболевания сердечно - сосудистой и мочевыделительной системы, отягощение наследственно-

сти аффективной патологией и алкогольной зависимостью, аффективно-ригидные преморбидные особенности, наличие хронического стресса, связанного с конфликтами в семье, разводом и одиночеством.

Полученные в ходе исследования данные представляется целесообразным учитывать в диагностике, прогнозировании и профилактике суицидальности у больных БП с психическими расстройствами.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Головченко Ю.И.** Болезнь Паркинсона диагностические критерии и стратегия лечения / Ю.И. Головченко, И.Н. Карабань, Т.Н. Калищук-Слободин с соавт. – К.: БВИ-Принт, 2008. – 68с.
2. **Зальялова З.А.** Немоторные проявления болезни Паркинсона /З.А.Зальялова, Л.А.Яковлева, Э.И. Богданов //Методическое пособие для постдипломного образования. – Казань. – 2009. – 34 с.
3. **Калищук-Слободин Т.Н.** Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т.Н. Калищук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 58–59.
4. **Московко С.П.** Мир болезни Паркинсона / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. – №3/2. – 2008. – С. 43–49.
5. Применение Пронорана в терапии болезни Паркинсона и умеренных когнитивных расстройств. Две проблемы – одно решение [Электронный ресурс] / **Д.К.Сичинава, Л.А.Цукурова, М.А.Барабанова**// Consilium Medicum Ukraine. – 2010. – №10, <http://www.consilium-medicum.com.ua/issues/1/59/>
6. **Chaudhuri K.R.** The non motor symptoms of Parkinson's disease. Diagnosis and management / K.R. Chaudhuri, D. Healy, A.V. Schapira // Lancet Neurology. – 2006. – Vol. 5. – P. 235-245.
7. Epidemiology of Parkinsons disease / **G. Alves , E.B. Forsaa, K.F. Pedersen, et. al.** //J.of. Neurology– 2008. –Vol.255. –Suppl.5. –P. 18-32.
8. **MCKinlay A.** A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinson's disease patients without dementia / A. MCKinlay, R.C. Grace, J.C. Dalrymple- Alford // Parkinsonism Relat. Disord. – 2008. – Vol. 14. – P. 37-42.
9. **Nuti A.** Psychiatric comorbidity in a population of Parkinson's disease patients / A. Nuti, R. Ceravolo, A. Piccinini // Eur. J. Neurol. – 2004. – . 11. – P. 315-320.
10. **Tolosa E, Carles G.** Diagdnosis and the premotor phase of Parkinson disease [Текст]/ E. Tolosa, G. Carles // Neurology. – 2009.- № 72 (Suppl. 2).- p. 12–20.

**Сайко Д.Ю.** Факторы формирования суицидального поведения у больных с психической патологией при болезни Паркинсона // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 138-141.

Обследовано 373 больных болезнью Паркинсона, из которых у 297 отмечалось наличие психической патологии, у 76 больных психические расстройства не диагностировались. Изучены представленность и формы суицидальности у больных БП с психическими расстройствами. Установлено, что суицидальное поведение при БП проявляется преимущественно в структуре депрессивных расстройств. Проанализирована роль социальных, экзогенно-органических, конституционально-биологических факторов и факторов психической травматизации в суицидогенезе больных БП с депрессиями. Выделены основные факторы формирования суицидального поведения при БП, осложненной депрессивной психопатологией.

**Ключевые слова:** Болезнь Паркинсона, психические расстройства, депрессия, аутоагрессивное поведение.

**Сайко Д.Ю.** Фактори формування суїцидальної поведінки у хворих з психічною патологією при хворобі Паркінсона // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 138-141.

Обстежено 373 хворих на хворобу Паркінсона, з яких у 297 визначалась наявність психічної патології, у 76 хворих психічні розлади не діагностувались. Вивчено представленість та форми суїцидальності у хворих на ХП з психічними розладами. Встановлено, що суїцидальна поведінка при ХП виявляється переважно в структурі депресивних розладів. Проаналізовано роль соціальних, екзогенно-органічних, конституційно-біологічних факторів та факторів психічної травматизації в суїцидогенезі хворих на ХП з депресіями. Виділено основні фактори формування суїцидальної поведінки при ХП, що ускладнена депресивною психопатологією.

**Ключові слова:** хвороба Паркінсона, психічні розлади, депресія, аутоагресивна поведінка.

**Sayko D.Yu.** Factors of suicidal behavior formation in patients with mental pathology and Parkinson's disease // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 6. – С. 138-141.

Three hundred seventy three patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 297 patients with presence of mental pathology and 76 patients without diagnosis of mental disorders. Prevalence and forms of suicidality in PD patients with mental disorders were investigated. It was found out that a suicidal behavior in PD was manifested predominantly in the structure of depressive disorders. The role of social, exogenous-organic, constitutional-biological, mental traumatization factors in suicidogenesis of PD patients with depressions has been analyzed. The main factors of a suicidal behavior formation in PD complicated by depressive psychopathology were defined.

**Key words:** Parkinson's disease, mental disorders, depression, autoaggressive behavior, factor of suicidal behavior.

Надійшла 09.10.2012 р.  
Рецензент: проф. С.А.Кащенко