

УДК 616.858-008.6:616.89

Д.Ю. Сайко

**АУТОАГРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА**

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

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона, психические расстройства, депрессия, суицидальное поведение, факторы риска, клиничко-психопатологические особенности

Болезнь Паркинсона (БП) – является вторым по частоте нейродегенеративным заболеванием человека (после болезни Альцгеймера) и встречается практически повсеместно [5-6]. Общая распространенность БП составляет 100–250 на 100 тыс. населения, при этом число случаев болезни в старших возрастных группах значительно возрастает. Так, в группе старше 60 лет заболевание встречается у 1% лиц, а после 75 лет – с частотой до 3–5% и более [2;3;8]. Несмотря на традиционные представления о «возрастзависимом» характере БП, молодые больные уже давно не являются редкостью: считается, что примерно каждый десятый пациент заболевает БП до 50 лет, а каждый двадцатый – до 40 лет [7]. Высокая распространенность, значительное «омоложение» и колоссальные социальные последствия БП обуславливают высокую актуальность изучения данной проблемы.

Особый интерес представляют собой психические расстройства в клинике БП, которые оказывают значимое негативное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов с БП [1;3;4;6;9-11].

Целью данного исследования выступило изучение факторов риска суицидального поведения и закономерностей формирования аутоагрессии в структуре психической патологии у пациентов с БП.

В качестве методов исследования использовались: клиничко-психопатологический метод, включающий сбор жалоб, изучение анамнеза и оценку психического состояния больного; а также психометрические методы - шкала намерения суицидов (BSIS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE).

На основании обследования 373 больных паркинсонизмом, наличие психических расстройств было установлено у 297 больных (у 59 человек (19,9%) – 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 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.), у 76 пациентов в клинической картине БП психические расстройства не регистрировались. При этом наличие признаков аутоагрессивного поведения отмечалось у

49 (16,5%) больных БП с психической патологией исключительно в структуре депрессивных расстройств, которые и составили основные группы исследования: у больных с депрессивной реакцией F43.21 суицидальное поведение фиксировалось у 21 больного (35,6%), у больных БП с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 – у 14 больных (38,9%), в рамках органического непсихотического депрессивного расстройства F06.36 – у 14 больных (15,7%). Контрольные группы исследования составили 135 больных БП с данными депрессивными расстройствами без признаков суицидального поведения.

Среди форм суицидального поведения у больных с депрессиями при БП в 63,3% выявлены суицидальные мысли и фантазирование и в 36,7% - суицидальные решения и намерения. При этом у больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 и органическим непсихотическим 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 суицидальные решения и намерения преобладали над суицидальными мыслями и фантазированием – в 27,8% и 11,1% соответственно (при $p < 0,05$), что свидетельствовало о более высокой суицидальной активности больных с болезнью Паркинсона и рекуррентным аффективным расстройством по сравнению с другими формами психической патологии. Суицидальных попыток у больных паркинсонизмом отмечено не было.

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. Таким образом, вероятность суицида у больных с болезнью Паркинсона и психическими расстройствами F43.21, F33.0-33.1 и F06.36 была минимальной.

Из синдромальных проявлений депрессии у суицидальных больных паркинсонизмом с депрессивной

реакцией F43.21 преобладала истерическая форма депрессии (в 66,7% случаев, при $p < 0,01$), по сравнению с больными с данной формой депрессии без признаков суицидального поведения (в 10,5% случаев). У суицидальных больных с эндогенной депрессией F33.0-33.1 преобладала тоскливая форма депрессии (в 78,6% случаев), в контрольной группе эта форма депрессии встречалась в 36,4% случаев (при $p < 0,01$). У суицидальных больных паркинсонизмом с органической депрессией F06.3 в 71,5% случаев отмечалась тревожная форма депрессии, в контрольной группе эта форма депрессии не наблюдалась (при $p < 0,01$).

Статистически значимых различий в тяжести депрессивного расстройства (по шкале MADRS) между суицидальными больными БП с депрессиями F43.21, F33.0-1, F06.36 и больными БП с данными формами депрессий без признаков суицидального поведения – не найдено.

Относительно выраженности тревоги (по шкале CAS) у больных с депрессивной реакцией F43.21 и рекуррентным аффективным расстройством F33.0-1 статистически значимых различий между основной и контрольной группами не обнаружено. У больных БП с суицидальным поведением при органических депрессиях F06.36 уровень тревоги соответствовал среднему уровню выраженности ($9,2 \pm 1,1$ баллов) и был значительно выше, чем у больных с этой формой депрессии без суицидального риска ($4,0 \pm 1,4$ балла), (при $p < 0,05$), что соответствовало низкому уровню тревоги.

Анализ выраженности моторных расстройств продемонстрировал, что у больных БП с суицидальным поведением при эндогенных депрессиях (F33.0-1) значительно преобладали расстройства в виде заторможенности движений, речи, мимики субступорозного и ступорозного уровня (в 71,5% случаев), по сравнению с больными контрольной группы, где данные нарушения фиксировались в 9,1% случаев (при $p < 0,01$). При органических депрессиях с суицидальным поведением у больных БП в структуре двигательных расстройств преобладало двигательное беспокойство (в 78,6% случаев, при $p < 0,01$), в то время как у больных контрольной группы данные расстройства отмечались в 9,3% случаев. У больных БП с депрессивными реакциями в выраженности двигательных расстройств статистически значимых различий между основной и контрольной группой не обнаружено.

По уровню когнитивного дефицита у больных БП с депрессиями F43.21 и F33.0-1 статистически значимых различий между суицидальными больными и больными контрольных групп обнаружено не было, у больных БП с данными формами депрессий в большинстве случаев когнитивные изменения не наблюдались (в 73,7% и в 72,7% случаев, соответственно). Суицидальные больные с БП и органической депрессией характеризовались наличием легких когнитивных изменений (в 85,7% случаев), у больных с данной формой депрессии контрольной группы легкие когнитивные изменения

диагностировались значительно реже (в 12,0% случаев, при $p < 0,01$).

Среди расстройств мышления и когнитивных нарушений у суицидальных больных БП с депрессией F43.21 значительно чаще отмечались идеи малоценности (38,1%), ипохондрические идеи (90,5%), снижение уровня интересов (80,9%), по сравнению с больными контрольной группы (2,6%, 50,0% и 36,8%, соответственно, при $p < 0,05$). В группе суицидальных больных паркинсонизмом с эндогенной депрессией F33.0-33.1 гораздо чаще фиксировались идеи малоценности (85,7%) и сужение уровня интересов (92,9%), по сравнению с контрольной группой (31,8% и 45,5%, соответственно, при $p < 0,05$). У суицидальных больных паркинсонизмом с органической депрессией F06.36 значительно преобладали ипохондрические идеи (85,7%), идеи малоценности (71,5%) и повышенная чувствительность к критике в свой адрес (64,3%), по сравнению с больными контрольной группы, где данные нарушения наблюдались в 1,3%, в 5,3% и в 1,3% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

Среди расстройств поведения у суицидальных больных БП с депрессивными реакциями преобладали истерические (66,7%) и тревожные (38,1%) расстройства поведения, в контрольной группе данные расстройства поведения наблюдались в 23,7% и в 2,6% случаев, соответственно (при $p < 0,01$). В группе суицидальных больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1, в сравнении с контрольной группой, статистически значимых различий в расстройствах поведения выявлено не было. У суицидальных больных паркинсонизмом с органической депрессией F06.36 отмечалось преобладание ананкастных (71,5%) и тревожных (71,5%) расстройств, по сравнению с контрольной группой, где данные расстройства отмечались в 2,7% и в 1,3% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

Анализ эмоциональных расстройств показал преобладание у суицидальных больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией F43.21 боязни (80,9%) и страха (76,2%), по сравнению с контрольной группой (26,3% и 23,7%, соответственно, при $p < 0,01$); у суицидальных больных паркинсонизмом с эндогенной депрессией F33.0-33.1 – тоски (92,9%), печали (85,7%) и ангедонии (78,6%), по сравнению с контрольной группой (40,9%, 27,3% и 22,7%, соответственно, при $p < 0,01$); у суицидальных больных паркинсонизмом с органической депрессией F06.36 – тоски (78,6%), ангедонии (78,6%) и тревоги (71,5%), по сравнению с контрольной группой (32,0%, 1,3% и 1,3%, соответственно, при $p < 0,05$).

Среди соматовегетативных расстройств у суицидальных больных паркинсонизмом при депрессивных реакциях F43.21 значительно чаще отмечались вегетативно-висцеральные кризы смешанного характера (80,9%), по сравнению с контрольной группой (44,7%, при $p < 0,05$); При эндогенной депрессии F33.0-33.1 у суицидальных больных паркинсонизмом гораздо чаще наблюдались расстройства сна (85,7%), по сравнению

с контрольной группой (54,5%, при $p < 0,05$); Органические депрессии F06.36 у суицидальных больных паркинсонизмом характеризовались наличием вегетативно-висцеральных кризов (71,5%) и головных болей (71,5%), в то время как у больных контрольной группы эти расстройства наблюдались в 6,7% и в 1,3% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

Изучение дневной активности больных БП продемонстрировало значительное преобладание у суицидальных больных паркинсонизмом с депрессивной реакцией F43.21 и эндогенной депрессией F33.0-33.1 70% и 60% дневной активности (66,7%, 28,6% и 28,6%, 28,6%, соответственно), по сравнению с контрольными группами, где у больных с депрессией F43.21 70% уровень дневной активности наблюдался в 23,7% случаев, 60% дневная активность - не отмечалась, а в контрольной группе больных с депрессией F33.0-33.1 данные виды двигательной активности не регистрировались вообще (при $p < 0,01$); У суицидальных больных с органической депрессией F06.36 60% дневная активность отмечалась гораздо чаще (78,6%), чем у больных контрольной группы (50,7%, при $p < 0,05$).

Согласно данным корреляционного анализа у больных БП суицидальное поведение позитивно коррелировало с акинетико-ригидно-дрожательной формой при депрессивных реакциях F43.21 ($r=0,77$) и органических депрессиях F06.36 ($r=0,81$); с акинетико-ригидной формой при эндогенных депрессиях F33.0-33.1 ($r=0,66$); быстрым типом прогрессирования БП при F43.21 ($r=0,71$), F33.0-33.1 ($r=0,64$) и F06.36 ($r=0,61$); а также с 3-ей стадией БП при F43.21 ($r=0,58$) и F06.36 ($r=0,78$) и 1-1.5-ой стадией при F33.0-33.1 ($r=0,73$).

Таким образом, по данным нашего исследования у больных БП суицидальное поведение отмечалось исключительно 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).

В качестве основных клинико-психопатологических факторов риска формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией F43.21 риск-факторами суицидального поведения установлены: истерическая форма депрессии, наличие в феноменологической структуре депрессии идей малоценности, ипохондрических идей, снижения уровня интересов, истерических и тревожных расстройств поведения, боязни и страха, вегетативно-висцеральных кризов смешанного характера, преобладание в клинике болезни Паркинсона 70%-60% дневной активности, а также акинетико-ригидно-дрожательная форма, быстрый тип прогрессирования и 3-я стадия болезни Паркинсона.

Из факторов риска формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 следует отметить: тоскливую форму депрессии,

наличие в клинике депрессии субступорозных и ступорозных моторных расстройств, идей малоценности, снижения уровня интересов, тоски, печали, ангедонии и расстройств сна, а также наличие 70%-60% дневной активности в клинике болезни Паркинсона, акинетико-ригидная формы, быстрый тип прогрессирования и 1-1.5 стадия БП.

Среди факторов риска формирования аутоагрессивного поведения у больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 выделены: тревожная форма депрессии, средний и выше уровень тревоги, преобладание в клинике депрессии двигательного беспокойства, когнитивного дефицита, идей малоценности, ипохондрических идей, повышенной чувствительности к критике в свой адрес, ананкастных и тревожных расстройств поведения, тоски, ангедонии, вегетативно-висцеральных кризов и головных болей, а также преобладание в клинике болезни Паркинсона акинетико-ригидно-дрожательной формы, быстрого типа прогрессирования, 3-ей стадии болезни Паркинсона и 60% дневной активности.

Полученные в ходе исследования данные представляется возможным использовать в качестве дополнительных критериев диагностики аутоагрессивных тенденций при БП и учитывать при разработке и проведении терапии.

Литература:

1. Зальялова, З.А. Немоторные проявления болезни Паркинсона [Текст] / З.А. Зальялова, Л.А. Яковлева, Э.И. Богданов // Методическое пособие для постдипломного образования. - Казань. - 2009. - 34 С.
2. Иллариошкин, С.Н. Терапия паркинсонизма: возможности и перспективы [Электронный ресурс] / С.Н. Иллариошкин // CONSILIUM MEDICUM UKRAINA. - №3. - 2010, <http://www.consilium-medicum.com.ua>
3. Калищук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона [Текст] / 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. Мирецкая, А.В. Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона [Текст] / А.В. Мирецкая, Н.В. Федорова, В.В. Макаров // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.97-99.
5. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона [Текст] / 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 [Текст] / М.Р. Нодель, Н.Н. Яхно // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.92-94.
7. Нодель, М.Р. Прамитексол в лечении нервно-психических расстройств при болезни Паркинсона [Электронный ресурс] / М.Р. Нодель // CONSILIUM MEDICUM UKRAINA. - №9. - 2010, <http://www.consilium-medicum.com.ua>
8. Epidemiology of Parkinsons disease [Текст] / G. Alves, E.B. Forsaa, K.F. Pedersen, et. al. // J. of Neurology. - 2008. - Vol. 255. - Suppl. 5. - P. 18-32.
9. 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. - 14. - P. 37-42.

10. 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.

11. Weintraub, D. *Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease* [Текст] / D. Weintraub, P.J. Moberg, J.E. Duda // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2004. - Vol.52. – P. 784-788.

АУТОАГРЕСІЯ В СТРУКТУРІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Д. Ю. Сайко

Обстежено 373 хворих на хворобу Паркінсона, з яких у 297 зазначалась наявність психічної патології, у 76 хворих психічні розлади не діагностувались. Вивчено представленість і форми суїцидальної поведінки у хворих на ХП з психічними розладами. Аутоагресивна поведінка зафіксована у 49 (16,5%) хворих на ХП з психічною патологією виключно в структурі депресивних розладів. Проаналізовано та встановлено клініко-психопатологічні особливості депресій у хворих на ХП з суїцидальною поведінкою. Виділено основні фактори ризику формування суїцидальної поведінки при ХП, що ускладнена депресією.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, психічні розлади, депресія, суїцидальна поведінка, фактори ризику, клініко-психопатологічні особливості

AUTOAGGRESSION IN THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

D.Yu. Sayko

Three hundred seventy three patients with Parkinson's disease (PD) including 297 patients with presence of mental pathology and 76 patients without diagnosed mental disorders were examined. Suicidal behavior prevalence and forms were investigated in patients with PD. An autoaggressive behavior was registered in 49 (16.5 %) PD patients with mental pathology exclusively in the structure of depressive disorders. Clinical-psychopathological peculiarities of depression in PD patients with a suicidal behavior have been analyzed and established. The main risk factors of a suicidal behavior formation in PD complicated by depression were defined.

Keywords: Parkinson's disease, mental disorders, depression, suicidal behavior, risk factors, clinical-psychopathological peculiarities