

УДК 616.89:616.89-008.441.44-07-2.8-092

*Д.Р. Тахташова*

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

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МАНИАКАЛЬНОГО ЭПИЗОДА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Обследован 71 больной с маниакальным эпизодом биполярных аффективных расстройств (БАР) с суицидальным поведением и без такового. Проанализированы особенности суицидального поведения при маниакальном эпизоде БАР. На основании клинического анализа выделены основные клинико-психопатологические особенности и описана феноменология маниакальной стадии БАР, сопровождающейся суицидальным поведением. Представленные результаты могут быть использованы для диагностики и профилактики суицидальной активности при данной психопатологии.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод, клинико-психопатологическая структура, суицидальное поведение.

Несомненную актуальность изучения биполярных аффективных расстройств (БАР) обуславливает их высокая распространённость, сложность диагностики и выбора адекватной тактики лечения. Медико-социальные последствия БАР включают выраженную социальную дезадаптацию, утрату трудоспособности, снижение качества и продолжительности жизни, а также высокий уровень летальности вследствие суицидов [1–5].

Согласно статистическим данным, распространённость БАР в мире составляет 0,3–1,5 % [1, 6]. Вследствие болезни пациент с БАР теряет около 9 лет продуктивной жизни [7]. Ежегодная потеря дней трудоспособности на одного работающего по причине биполярного расстройства составляет 49,5 дня, что выше, чем при большой депрессии, при которой данный показатель составляет 31,9 дня [6]. Снижение продолжительности жизни у лиц с БАР объясняется высоким уровнем их суицидальной активности. Риск развития суицида при БАР составляет 20,0–35,7 % [1, 6–10].

В психиатрии в настоящее время активно изучаются клинические аспекты БАР, однако вопросы суицидогенеза в структуре биполярного расстройства с учётом полярности аффекта на различных этапах течения заболевания остаются малоизученными и требуют детального рассмотрения, что и обусловило цель данного исследования.

© Д.Р. Тахташова, 2014

**Материал и методы.** С целью изучения клинических особенностей маниакальной стадии БАР в генезе суицидального поведения обследован 71 больной БАР с текущим маниакальным эпизодом без психотических симптомов (F31.1), среди которых 38 больных – с суицидальным поведением (основная группа), 33 – без признаков суицидального поведения (контрольная группа).

В исследовании использован клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, оценка симптомов и синдромов в динамике и их связь с особенностями суицидального поведения), дополненный клиническими оценочными шкалами: шкалой самооценки выраженности аутоагрессивных предикторов и шкалой суицидального риска, а также методы статистической обработки данных [11, 12].

**Результаты и их обсуждение.** Суицидальное поведение у больных с маниакальным эпизодом БАР проявлялось преимущественно в форме активных и пассивных суицидальных мыслей, фантазирования и переживаний в 63,2 % случаев; суицидальные решения, намерения и замыслы отмечались в 36,8 % случаев; суицидальные попытки у данных больных не регистрировались.

Суицидальное поведение при маниакальном эпизоде БАР может быть ситуационным – в 63,2 % случаев; психопатологичес-

кого генеза – в 15,8 %, смешанного генеза – в 21,1 % случаев.

Среди клинических вариантов в структуре маниакальной стадии БАР у больных с суицидальным поведением преобладала «весёлая мания» – в 47,4 % случаев, в то время как у больных контрольной группы этот вариант отмечался в 27,3 % случаев,  $p < 0,05$  (табл. 1). «Весёлая» мания у больных с суи-

и т. д.), различия между группами по данным показателям статистически значимы ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ).

Среди расстройств мышления и когнитивных функций у больных обеих групп отмечалось наличие нарушений внимания (снижение уровня концентрации и нарушения переключаемости) и памяти (табл. 2). Вместе с тем, у больных с суицидальным поведением

Таблица 1. Клинические варианты маниакального состояния у больных БАР основной и контрольной групп

Мания	Основная группа (n=38)		Контрольная группа (n=33)	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Гневливая	12	31,6±3,7	10	30,3±2,7
Весёлая	18	47,4±5,2*	9	27,3±2,5
Экспансивная	8	21,1±2,7	14	42,4±4,6 <sup>#</sup>

Примечание. Различия статистически значимы: \* при  $p < 0,05$ ; <sup>#</sup> при  $p < 0,01$ .

Здесь и в табл. 2 и 3.

цидальным поведением при маниакальном эпизоде БАР проявлялась повышенным настроением, достигающим уровня эйфории, переоценкой собственной личности, положительным витальным самочувствием, благожелательным отношением к окружающим, поверхностным интересом к происходящему вокруг.

В контрольной группе больных с маниакальным эпизодом БАР преобладающей была экспансивная мания – в 42,4 % случаев, в то время как в основной группе она отмечалась значительно реже – в 21,1 % случаев ( $p < 0,01$ ). Маниакальный эпизод у больных БАР без признаков суицидального поведения характеризовался ускоренным протеканием психических процессов в сочетании со сверхценными идеями величия и чрезмерным стремлением к деятельности. Больные были хлопотливы, беспечно относились к своим денежным возможностям и обязательствам, тратили деньги на ненужные покупки и т. д.

Случаев спутанной мании (со скачкой идей) не было у больных обеих групп. Среди двигательных расстройств у больных с суицидальным поведением в структуре маниакального эпизода БАР преобладало двигательное возбуждение в форме повышенной двигательной активности, ускорение темпа речи, говорливость и т. д. У больных контрольной группы двигательное возбуждение чаще проявлялось в форме нецеленаправленных движений (нарушения координации, непластичность, незавершённость движений

в структуре маниакального эпизода БАР значительно чаще отмечались наличие идей самовосхваления и самоуверенности, ускорение процессов мышления, трудности в принятии решений, повышенная чувствительность к критике в свой адрес по сравнению с контрольной группой, где данные нарушения встречались значительно реже.

У больных контрольной группы значительно чаще наблюдались идеи величия и выраженная непоследовательность мышления, «скачка идей» по сравнению с основной группой, где данные показатели были намного меньше. Случаев ипохондрических и параноидальных расстройств не было у больных ни опытной, ни контрольной группы.

Эмоциональные расстройства у больных с суицидальным поведением при маниакальном эпизоде БАР были представлены эмоциональной лабильностью, которая проявлялась сменой противоположных эмоций в виде радости, досады и обиды (табл. 3). У больных контрольной группы данные нарушения фиксировались значительно реже. При этом у них чаще отмечались реакции гнева, направленные на окружение, по сравнению с больными основной группы.

Случаев таких расстройств, как ангедония, безразличие, горе (скорбь), тоска, печаль (грусть), отчаяние, огорчение, боязнь, испуг, чувство оскорбления, ненависть, неприязнь, уныние, скука, ужас, стыд, презрение, отвращение, неудовлетворённость собой, горечь, постоянное ощущение усталости, не было у больных ни той, ни другой групп.

Таблица 2. Расстройства мышления и когнитивных функций у больных БАР основной и контрольной групп

Расстройства мышления и когнитивных функций	Основная группа (n=38)		Контрольная группа (n=33)	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Идеи самовосхваления и самоуверенности (повышенная самооценка, преувеличение своих достижений, реальных возможностей, общая оптимистическая оценка)	28	73,7±7,9 <sup>#</sup>	11	33,3±3,4
Идеи величия (приукрашивания, возвеличивания себя)	10	26,3±3,3	22	66,7±7,2*
Навязчивые мысли	4	10,5±1,5	3	9,1±0,9
Мысли о смерти или самоубийстве	38	100	–	–
Ригидность мышления	2	5,3±1,0	2	6,1±0,6
Ускорение процессов мышления (неограниченный и ускоренный поток идей)	27	71,1±7,8*	15	45,5±4,8
«Скачка идей» (выраженная непоследовательность мышления)	11	28,9±3,5	18	54,5±5,8*
Снижение уровня интересов	3	7,9±1,3	11	15,2±1,4
Трудности в принятии решений	20	52,6±5,8*	11	33,3±3,4
Снижение уровня концентрации внимания	29	76,3±8,2	26	78,8±8,7
Нарушения переключаемости внимания (от высокой до гиперпрозексии и истощаемости)	36	94,7±10,1	32	96,9±10,7
Нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной)	24	63,2±7,0	25	75,8±8,4
Повышенная чувствительность к критике в свой адрес	14	36,8±4,3*	7	21,2±2,2
Нарушения критики по отношению к болезни	10	26,3±3,3	14	42,4±4,6

Примечания: 1. Идеи малоценности не было ни в основной, ни в контрольной группе.  
2. \* p<0,05; # p<0,01.

Таблица 3. Эмоциональные расстройства у больных с маниакальным эпизодом БАР у больных основной и контрольной групп

Эмоциональные расстройства	Основная группа (n=38)		Контрольная группа (n=33)	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Неудовольствие	7	18,4±2,5	9	27,3±2,5
Тревога	2	5,3±1,0	3	9,1±0,9
Обида	10	26,3±3,3 <sup>#</sup>	2	6,1±0,6
Страх	2	5,3±1,0	2	6,1±0,6
Досада	12	31,6±3,7*	6	18,2±1,9
Гнев	3	7,9±1,3	10	30,3±2,7*
Раздражение	4	10,5±1,5	3	9,1±0,9
Возмущение	12	31,6±3,7	10	30,3±2,7
Злость	10	26,3±3,3	8	24,2±2,3
Ярость	2	5,3±1,0	2	6,1±0,6
Суточные колебания настроения	21	55,3±6,1	19	57,6±6,3
Эмоциональная лабильность	14	36,8±4,3 <sup>#</sup>	5	15,2±1,4
Радость	21	55,3±6,1*	13	39,4±4,1
Экзальтация	11	28,9±3,5	14	42,4±4,6
Эйфория	6	15,8±2,1	6	18,2±1,9

Исследование основных соматовегетативных расстройств показало большую представленность у больных с суицидальным поведением в структуре маниакального эпизода БАР головных болей (преимущественно психалгий) – в 26,3 % случаев, и нарушений дыхания (расстройство дыхательного ритма, ларингоспазм, кашель и т. д.) – в 21,1 % случаев, по сравнению с контрольной группой, где головные боли отмечались в 15,2 % случаев, а нарушение дыхания – в 9,1 % случаев ( $p < 0,05$ ). У больных контрольной группы чаще регистрировались нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (39,4 % случаев) по сравнению с больными основной группы – 18,4 % случаев ( $p < 0,01$ ).

В клинике сенсорных расстройств больных с суицидальным поведением при маниакальном эпизоде БАР значительно чаще отмечались нарушения чувствительности (60,5 % случаев), которые были представлены гиперестезиями (34,2 % случаев) и парестезиями (18,4 % случаев), а также психосенсорными нарушениями (23,7 % случаев), в то время как у больных контрольной группы парестезии и психосенсорные нарушения были представлены значительно реже – в 6,1 и 12,1 % случаев соответственно ( $p < 0,05$ ).

В целом клинико-психопатологический анализ структуры маниакального эпизода БАР у больных с суицидальным поведением показал преобладание в клинике расстройства «весёлой» мании с двигательным возбуж-

дением в форме повышенной двигательной активности, ускорением темпа речи, говорливости, наличием идей самовосхваления и самоуверенности, ускорением процессов мышления, с трудностями в принятии решений, повышенной чувствительности к критике в свой адрес, выраженной эмоциональной лабильности в виде смены эмоций радости, досады и обиды; головных болей (преимущественно психалгий) и нарушений дыхания, а также нарушений чувствительности в виде гиперестезий, парестезий и психосенсорных нарушений.

Среди особенностей маниакальной стадии БАР больных без признаков суицидального поведения отмечалось преобладание экспансивной формы мании с двигательным возбуждением в виде нецеленаправленных движений в сочетании со сверхценными идеями величия, выраженной непоследовательностью мышления, реакциями гнева и нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы.

Выделенные в ходе исследования клинико-психопатологические особенности протекания маниакального эпизода БАР у больных с суицидальным поведением могут рассматриваться в качестве predispositionных факторов его формирования и должны учитываться в качестве критериев диагностики суицидального риска, а также использоваться при разработке программ по предотвращению суицидальной активности.

### Список литературы

1. Марута Н.А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н.А. Марута // НЕЙРОNEWS. – 2011. – № 2 (29). – С. 35–36.
2. Марута Н.А. Диагностика биполярного аффективного расстройства / Н.А. Марута // НЕЙРОNEWS. – 2011. – № 4 (31). – С. 7–13.
3. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор / Н. Очеретяная // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.
4. 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>
5. 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>
6. Yatham L.N. Обновленное руководство по ведению пациентов с биполярным аффективным расстройством Канадской ассоциации по проблемам лечения аффективных и тревожных расстройств (CANMAT) и Международного общества по биполярным расстройствам (ISBD) / S.H. Kennedy, S.V. Parikh, A. Schaffer [et al.] // Bipolar Disorder, Blackwell Publishing Ltd., 013. – P. 44.
7. Leboer M. Bipolar disorder: New perspectives from research to health care and prevention / M. Leboer // 12th International review of Bipolar Disorders: abstract. – 2012, Nice, France. – P. 25.

8. Nordentoft M. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder / M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – № 68. – P. 1058–1064.

9. Thangavelu K. Suicidality in bipolar affective disorder the nature of impulsivity and impulse control disorders – a cross sectional controlled study [Электронный ресурс] / K. Thangavelu, R. Morriss, R. Howard. – Prague: 20th Europ. Congress of Psychiatry, 2012. – P. 217 / CD.

10. Weinstein S.M. Objective versus self-report measures of impulsivity and history of suicide attempt in youth with bipolar disorder / S.M. Weinstein // 12th International Review of Bipolar Disorders: abstract. – 2012, Nice, France. – P. 43–44.

11. Пилягіна Г.Я. Комплексна діагностика аутоагресивної поведінки / Г.Я. Пилягіна // Вісник Вінницьк. держ. мед. ун-ту. – 2003. – № 7 (2/2). – С. 735–739.

12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б. Смулевич. – М.: Мед. информ. агентство, 2007. – 256 с.

*Д.Р. Тахташова*

#### **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ МАНІАКАЛЬНОГО ЕПІЗодУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ**

Обстежений 71 хворий з маніакальним епізодом біполярних афективних розладів (БАР) з суїцидальною поведінкою та без неї. Проаналізовано особливості суїцидальної поведінки при маніакальному епізоді БАР. На підставі клінічного аналізу виділено основні клініко-психопатологічні особливості та описана феноменологія маніакального епізоду БАР, що супроводжується суїцидальною поведінкою. Отримані результати можуть бути використані в якості критеріїв діагностики та мішеней профілактики суїцидальної активності при даній психопатології.

**Ключові слова:** біполярний афективний розлад, маніакальний епізод, клініко-психопатологічна структура, суїцидальна поведінка.

*D.R. Takhtashova*

#### **CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF MANIACAL EPISODE BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER IN PATIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR**

Seventy one patients with a maniacal episode of bipolar affective disorder (BAR) with a suicidal behavior and without signs of a suicidal behavior (the control group). On the base of a clinical analysis the main clinical-psychopathological peculiarities were defined and phenomenology was described for the maniacal BAD stage accompanied by a suicidal behavior. The results presented could be used to diagnose and prevent suicidal activities in this psychopathology.

**Key words:** bipolar affective disorder, maniacal episode, clinical-psychopathological structure, suicidal behavior.

*Поступила 22.01.14*