

Література

1. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: монографія / Балакірева О. М. та ін. Київ: Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. 200 с.
2. Пархоменко Л. К., Єщенко А. В. Медичні та соціальні аспекти тютюнопаління у підлітків // Современная педиатрия. 2012. № 7 (47). С. 215–218.
3. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. Москва, 2001. 14 с.
4. Грузева О. В. Сучасна інформаційно-освітня програма профілактики куріння серед підлітків // Український науково-медичний молодіжний журнал. 2010. № 1. С. 20–27.
5. Батожаргалова Б. Ц., Мизерницкий Ю. Л. Проблема табакокурения у подростков и обоснование роли антитабаковых программ в профилактике респираторной патологии и реабилитации хронических заболеваний легких // Детская и подростковая реабилитация. 2011. № 2 (17). С. 52–60.
6. Профилактика табакокурения среди детей и подростков / Геппе Н. А. и др. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 144 с.
7. Фіалковська А. О. Епідеміологічне дослідження поширеності тютюнокуріння серед сучасних підлітків // Здоровье ребенка. 2017. № 7 (75). С. 112–116. doi: 10.22141/2224-0551.7.75.2016.86735
8. Кваша А. И., Зозуля А. И. Практические рекомендации по преодолению табачной зависимости у пациентов // Український медичний часопис. 2013. № 2 (94). С. 63–67.
9. Андрющенко И. В., Малинина Е. В. Комплексный подход к лечению табакокурения и никотиновой зависимости // Лечащий врач. 2012. № 1. URL: <https://www.lvrach.ru/2012/01/15435336/>
10. Рекомендации ENSP по лечению табачной зависимости: всестороннее руководство для осуществления мероприятий и стратегий по лечению табачной зависимости / ред. А. К. Демин. 2016. 186 с.

Дата надходження рукопису 20.12.2017

Ільченко Світлана Іванівна, доктор медичних наук, професор, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044
E-mail: ilchensv@gmail.com

Фіалковська Анастасія Олександрівна, асистент, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044
E-mail: fialkovskaja.a@gmail.com

УДК: 616.89-008.454:616.89-008.441.44:616.894-053.8
DOI: 10.15587/2519-4798.2018.121956

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ РІЗНОГО ТИПУ

© І. Г. Мудренко

На підставі клініко-анамнестичного обстеження 213 хворих вивчено феноменологію суїцидальної поведінки при різних типах деменції. При хворобі Альцгеймера переважали ідеаторні форми суїцидальної поведінки, а при судинній деменції – зовнішньо-поведінкові форми. Встановлено взаємозв'язок між легким ступенем деменції та ідеаторним компонентом суїцидальної поведінки (думками, настроєм), помірним ступенем деменції та зовнішньо-поведінковими проявами (спробами, намірами та висловлюваннями)

Ключові слова: клінічна феноменологія, суїцидальна поведінка, думки, хвороба Альцгеймера, судинна, змішана деменція

1. Вступ

На похилий вік припадає один з піків суїцидальної поведінки. Відомо, що найчастіше в старості серед психічних розладів зустрічається деменція. Такі хворі соціально дезадаптовані, почувують себе непотрібними та неспроможними, часто присутня супутня депресивна симптоматика, що в разі підвищує суїцидальний ризик [1, 2]. За деякими прогнозами, смертність внаслідок суїцидів впродовж 2002–2030 років зросте на 50 % [3].

Превенція самогубств – один з головних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я у багатьох країнах світу [4]. Деменція поліморбідна з соматичними захворюваннями, характерними в похилому та старечому віці, та комплексом психологічних хвилювань людини, пов'язаних зі старінням та очікуванням смерті, неможливістю обслуговувати себе в побуті та залежністю від інших осіб [1, 2, 4]. Наявність депресивної симптоматики та її вираженість є основним маркером суїциду у хворих

з різною психічною патологією. Дотепер питання діагностики та превенції суїцидальної поведінки у хворих на деменції залишається не висвітленим в сучасній науковій літературі.

2. Обґрунтування дослідження

Суїцид прийнято вважати багатокомпонентним явищем, спричиненим індивідуальними характерологічними особливостями, біологічними змінами в головному мозку та психогенними впливами соціуму [5]. Прихильники традиційної медичної моделі суїциду підкреслюють провідну роль психопатології в патогенезі суїцидальної поведінки (СП), а психосоціальної моделі – вказують на ведучу роль соціальної ізоляції, соціальну неспроможність внаслідок когнітивних змін [6].

В ряді досліджень доведено причетність порушення когнітивних функцій до СП. Так, рівень оперативної пам'яті у самогубць похилого віку нижчий, чим в групі хворих на депресію без проявів СП [7]. У відповідності до концепції стрес-діатезу, в основі суїциду лежить порушення когнітивного (ментального) контролю, дефіцит соціального функціонування та імпульсивність [8].

Відомо, що на ранніх стадіях деменції у 40 % хворих з депресивними проявами виникають суїцидальні думки, проте погіршення когнітивних функцій запобігає реалізації суїцидальних намірів [9]. Внутрішні хвилювання людей похилого віку відрізняються почуттям безнадійності, покинутості, провини, пригніченості, відчаю, фіксованістю на зниженні соціальної активності та зниженні попиту в соціумі [10]. Відмінною особливістю суїцидентів в похилому віці є те, що смерть сприймається ними як бажаний засіб позбавлення від труднощів [11]. З'ясовано, що поміщення дементних хворих до будинку інтернату знижує ризик суїциду [12].

Клінічна феноменологія СП у дементних хворих має характерні відмінності у формі переважання ідеаторних форм над зовнішньо поведінковими [13]. Так, СП у хворих з нейрокогнітивним дефіцитом може носити як пасивний характер у вигляді відмови від їжі, води та ліків, так і активний – смерть від використання вогнепальної зброї [14].

3. Мета дослідження

Вивчення особливостей клінічної феноменології суїцидальної поведінки у хворих з різними варіантами деменції для визначення предикторів та своєчасного попередження суїцидальної поведінки у даної категорії хворих.

4. Матеріали та методи дослідження

Всього обстежено 203 пацієнта на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру ім. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю для Ветеранів війни, Геріатричного пансіонату, Четвертої міської лікарні м. Суми на протязі 2015–2017 років.

Всі хворі були розділені на три групи за типом деменції: 75 пацієнтів з хворобою Альцгеймера, 73 хворих на судинну деменцію та 60 хворих зі змішаним типом деменції. В кожній групі пацієнти були розділені на основну групу (у яких визначався високий суїцидальний ризик (СР)) та контрольну групу (без ознак суїцидального ризику). Так, в групі пацієнтів з хворобою Альцгеймера основну групу склали 36 хворих, контрольну групу – 39 хворих; при судинних деменціях 39 осіб увійшли в основну групу та 34 – в контрольну групу; при змішаних деменціях 30 пацієнтів склали основну групу та 30 – контрольну групу.

Аналіз клінічної феноменології СП здійснювався за допомогою клініко-анамнестичного методу, психодіагностичного (шкала визначення вираженості суїцидального ризику (В.Л. Гавенко та співав., 2001)) та методів математичної статистики (точний метод Фішера, критерій Стьюдента). Діагноз встановлювався на підставі критеріїв МКХ-10.

5. Результати дослідження

Аналіз клінічної феноменології серед пацієнтів з хворобою Альцгеймера, судинною та змішаною типами деменції, в клінічній картині яких був визначений високий суїцидальний ризик (основна група) представлений в табл. 1.

З табл. 1 видно, що клінічна феноменологія СП при різних типах деменції має специфічні особливості. Так, при хворобі Альцгеймера 50,00 % хворих висловлювали бажання скоїти самогубство, у 41,67 % пацієнтів визначались суїцидальні думки, у 25,00 % хворих були зафіксовані суїцидальні наміри та 11,11 % пацієнтів мали в анамнезі суїцидальні спроби. Треба зазначити, що серед суїцидальних спроб, що були здійснені пацієнтами цієї групи, спостерігались «повішання» (5,56±1,54) % та «отруєння медикаментами» (5,56±1,54) %.

При судинних деменціях аналіз клінічної феноменології СП продемонстрував переважання у пацієнтів цієї групи суїцидальних думок (38,46±7,94) % та антивітальних висловлювань (35,90±7,56) %, а також наявність суїцидальних спроб в анамнезі (33,33±7,16) %, які в 20,51 % випадків скоювались через повішання та в 7,69 % випадків – за використанням гострих предметів (ножи, лези та інш.). При цьому 25,64 % хворих мали наміри щодо скоєння суїциду у майбутньому та у 5,13 % пацієнтів був зафіксований антивітальний настрій.

У хворих зі змішаним типом деменції при аналізі клінічної феноменології СП було встановлено, що у переважній більшості пацієнтів цієї групи була зафіксована наявність суїцидальних думок (66,67±13,27) % та намірів (50,00±12,19) %. Треба зазначити, що у 16,67 % пацієнтів в анамнезі фіксувались суїцидальні спроби, що здійснювались через потрапляння під колеса автотранспорту (16,67±5,25) %. Також у значній кількості хворих зі змішаною деменцією був зафіксований антивітальний настрій (16,67±5,25) %.

Таблиця 1

Клінічна феноменологія СП при деменціях різного типу

Найменування показників		Пацієнти з ХА	Пацієнти з судинною деменцією	Пацієнти зі змішаною деменцією
		N=36	N=39	N=30
		%±m %		
Ідеаторна форма	антивітальний настрій	0	5,13±1,31	16,67±5,25*
	суїцидальні думки	41,67±9,09	38,46±7,94	66,67±13,27*
Зовнішньо-поведінкова форма	суїцидальні наміри	25,00±6,19	25,64±5,82	50,00±12,19*
	суїцидальні спроби	11,11±2,99	33,33±7,16*	16,67±5,25
	антивітальні висловлювання	50,00±10,10*	35,90±7,56*	0
Форми суїцидальної поведінки	самоповішання	5,56±1,54	20,51±4,81*	0
	самоотруєння медикаментами	5,56±1,54	2,56±0,67	0
	самопорізи	0	7,69±1,94	0
	потрапляння під автотранспорт	0	2,56±0,67	16,67±5,25*

Примітка: * – вірогідність розбіжностей на рівні $p \leq 0,05$

Статистичний порівняльний аналіз отриманих даних дозволив встановити, що у пацієнтів зі змішаним типом деменції суїцидальні думки та наміри були більш вираженими, ніж у пацієнтів з хворобою Альцгеймера ($p \leq 0,025$, ДК=2,04, МІ=0,26) і ($p \leq 0,025$, ДК=3,01, МІ=0,38) та судинною деменцією ($p \leq 0,01$, ДК=2,39, МІ=0,34) і ($p \leq 0,025$, ДК=2,90, МІ=0,35), у яких переважними були антивітальні висловлювання ($p \leq 0,0001$). Пацієнти з судинною деменцією характеризувались більшою кількістю суїцидальних спроб в анамнезі у порівнянні з пацієнтами з хворобою Альцгеймера ($p \leq 0,01$, ДК=4,77, МІ=0,53), а пацієнти зі змішаною деменцією відрізнялись від пацієнтів з хворобою Альцгеймера більшою кількістю хворих з суїцидальним настроєм ($p \leq 0,01$). При цьому було встановлено, що характер суїцидальних спроб відрізнявся при різних типах деменції: самоповішання було переважною формою суїцидальної поведінки у пацієнтів з судинною деменцією ($p \leq 0,05$, ДК=5,67, МІ=0,42), а потрапляння під автотранспорт – було більш характерною формою суїцидальної поведінки для пацієнтів зі змішаним типом деменції ($p \leq 0,05$, ДК=8,13, МІ=6,57).

Для розуміння феноменології СП при різних типах деменції був проведений кореляційний аналіз, що дозволив встановити певні зв'язки між особливостями клінічної картини та характером прояву суїцидальної поведінки. Так, при хворобі Альцгеймера було визначено, що наявність суїцидальних думок асоційовано з раннім початком ($r=0,575$) та з атиповою (або змішаною) деменцією при хворобі Альцгеймера ($r=0,734$) та спостерігався зворотній зв'язок наявності суїцидальних думок з пізнім початком при хворобі Альцгеймера ($r=-0,789$) (табл. 2).

Суїцидальні наміри були пов'язані з деменцією при хворобі Альцгеймера змішаного або атипичного типу ($r=0,558$), суїцидальні спроби та антивітальні висловлювання – з деменцією при хворобі Альцгеймера з пізнім початком ($r=0,699$ та $r=0,482$ відповідно).

Також відмічалась залежність СП від вираженості деменції. Так, наявність суїцидальних думок асоціювалась з легким рівнем вираженості деменції ($r=0,482$), суїцидальні наміри були поєднані з легким та помірним рівнями вираженості деменції ($r=0,461$ та $r=0,507$ відповідно) та наявність суїцидальних спроб в анамнезі була притаманна хворим з тяжким рівнем деменції ($r=0,470$).

Аналіз додаткових симптомів дозволив встановити, що суїцидальні думки були асоційовані з депресивними симптомами при хворобі Альцгеймера ($r=0,682$), а суїцидальні спроби – з відсутністю додаткових симптомів в клінічній картині пацієнтів з хворобою Альцгеймера.

Оцінка феноменологічної структури СП серед пацієнтів з судинною деменцією продемонструвала, що антивітальний настрій та суїцидальні думки були поєднані з мультиінфарктною деменцією ($r=0,402$ та $r=0,503$ відповідно), суїцидальні наміри корелювали з судиною деменцією з гострим початком та підкорковою судинною деменцією ($r=0,549$ та $r=0,559$ відповідно). Суїцидальні спроби були асоційовані зі змішаною корковою та підкорковою судинною деменцією ($r=0,454$), при чому з цим діагнозом корелювали такі засоби скоєння суїциду як «повішання» ($r=0,416$) та скоєння суїциду через порізи ($r=0,686$) (табл. 3).

Таблиця 2

Кореляційні зв'язки феноменології СП з клінічними особливостями пацієнтів з хворобою Альцгеймера

Найменування показників		Ідеаторна форма		Зовнішньо-поведінкова форма		
		Суїцидальні думки	Антивітальні висловлювання	Суїцидальні наміри	Суїцидальні спроби	
Деменція при хворобі Альцгеймера з раннім початком		0,575	-0,402	-0,232	-0,142	
Деменція при хворобі Альцгеймера з пізнім початком		-0,789	0,482	-0,163	0,699	
Деменція при хворобі Альцгеймера змішаного або атипичного типу		0,734	0,000	0,558	-0,219	
Вираженість деменції	легка	0,482	0,228	0,461	-0,282	
	помірна	0,163	-0,064	0,507	-0,204	
	тяжка	-0,635	-0,173	0,100	0,470	
Додаткові симптоми	без додаткових симптомів	0,163	-0,577	-0,333	0,612	
	маячні	-0,488	0,064	0,259	-0,204	
	депресивні	0,682	0,228	0,197	-0,282	

Таблиця 3

Кореляційні зв'язки феноменології СП з клінічними особливостями пацієнтів з судинною деменцією

Найменування показників		Ідеаторна форма		Зовнішньо-поведінкова форма			Форма суїцидальної поведінки	
		Суїцидальний настрій	Суїцидальні думки	Антивітальні висловлювання	Суїцидальні наміри	Суїцидальні спроби	Скоєння суїциду через повішання	Скоєння суїциду через самопорізи
Судинна деменція з гострим початком		-0,103	-0,341	0,138	0,549	0,158	-0,186	-0,126
Мультиінфарктна деменція		0,402	0,503	-0,195	-0,344	-0,048	0,242	-0,174
Підкоркова судинна деменція		-0,155	0,098	-0,233	0,559	0,049	-0,275	-0,183
Змішана коркова та підкоркова судинна деменція		-0,104	-0,346	0,135	0,243	0,454	0,416	0,686
Неуточнена судинна деменція		-0,102	-0,049	0,273	-0,258	-0,306	-0,186	-0,127
Вираженість деменції	легка	-0,126	0,645	-0,386	-0,302	0,048	0,318	-0,158
	помірна	-0,247	-0,289	0,707	-0,029	-0,183	-0,013	0,282
	тяжка	0,378	-0,264	0,018	0,286	0,166	-0,272	-0,185
Додаткові симптоми	без додаткових симптомів	0,335	-0,006	0,049	-0,044	-0,152	-0,306	-0,207
	маячні	-0,054	-0,183	0,512	-0,148	-0,161	-0,106	-0,072
	галюцинаторні	-0,051	-0,188	-0,171	0,403	0,637	-0,104	-0,076
	депресивні	-0,152	-0,033	0,122	-0,116	-0,207	-0,276	-0,185
	змішані	-0,132	0,222	-0,419	0,105	0,391	0,784	0,532

Вираженість судинної деменції також впливала на феноменологію СП хворих: суїцидальні думки були пов'язані з легким рівнем вираженості деменції ($r=0,645$), антивітальні висловлювання – з помірним ($r=0,707$), а суїцидальний настрій – з тяжким рівнем вираженості деменції ($r=0,378$).

Аналіз поєднання додаткових симптомів з суїцидальними проявами пацієнтів з судинною деменцією продемонстрував, що суїцидальні наміри та спроби були поєднані з наявністю галюцинаторних додаткових симптомів ($r=0,403$ та $r=0,637$ відповідно), а антивітальні висловлювання – з додатковими маячними симптомами ($r=0,512$). Суїцидальні спроби також асоціювались з наявністю змішаної симптоматики ($r=0,391$), при цьому переважними типами скоєння суїциду були спроби через повішення та самопорізи ($r=0,784$ та $r=0,532$ відповідно).

Аналіз феноменології СП з клінічними особливостями пацієнтів зі змішаною деменцією дозволив

встановити, що наявність антивітального настрою та суїцидальних думок корелювала з поєднанням атипової деменції при хворобі Альцгеймера з мультиінфарктною судинною деменцією ($r=0,897$ та $r=0,316$ відповідно), а також з поєднанням раннього початку при хворобі Альцгеймера та підкорковою судинною деменцією ($r=0,316$ та $r=0,500$ відповідно) (табл. 4). Наявність суїцидальних думок була асоційована також з поєднанням пізнього початку при хворобі Альцгеймера з неуточненою судинною деменцією ($r=0,316$).

Суїцидальні наміри та спроби корелювали з поєднанням пізнього початку при хворобі Альцгеймера з підкорковою судинною деменцією ($r=0,447$ та $r=0,897$ відповідно), що відображалось у зв'язку даного типу змішаної деменції з таким видом скоєння суїциду як «потрапляння під автотранспорт» ($r=0,632$). Суїцидальні наміри були асоційовані з поєднанням пізнього початку при хворобі Альцгеймера з мультиінфарктною судинною деменцією ($r=0,447$).

Таблиця 4

Кореляційні зв'язки феноменології СП з клінічними особливостями пацієнтів зі змішаною деменцією

Найменування показників	Ідеаторна форма		Зовнішньо-поведінкова форма		Форма суїцидальної поведінки	
	Суїцидальний настрій	Суїцидальні думки	Суїцидальні наміри	Суїцидальні спроби	Скоєння суїциду через потрапляння під транспорт	
Поєднання хвороби Альцгеймера з раннім початком з підкорковою судинною деменцією	0,316	0,500	0	-0,316	-0,200	
Поєднання хвороби Альцгеймера з пізнім початком з мультиінфарктною судинною деменцією	-0,200	-0,632	0,447	-0,200	-0,200	
Поєднання хвороби Альцгеймера з пізнім початком з підкорковою судинною деменцією	-0,200	-0,632	0,447	0,897	0,632	
Поєднання хвороби Альцгеймера з пізнім початком з неуточненою судинною деменцією	-0,200	0,316	-0,447	-0,200	-0,200	
Поєднання хвороби Альцгеймера змішаного типу з мультиінфарктною судинною деменцією	0,897	0,316	-0,447	-0,200	-0,200	
Вираженість деменції	легка	-0,200	0,316	-0,447	-0,200	-0,200
	помірна	-0,447	0,000	0,333	0,447	0,447
	тяжка	0,632	-0,250	0	-0,316	-0,316
Додаткові симптоми	без додаткових симптомів	0,897	0,316	-0,447	-0,200	-0,200
	маячні	-0,200	-0,632	0,447	-0,200	-0,200
	галюцинаторні	-0,200	-0,632	0,447	0,897	-0,200
	депресивні	0,316	0,500	-0,707	-0,316	-0,316
	змішані	-0,200	-0,316	0,447	0,495	0,897

Вираженість деменції впливала на феноменологію СП при змішаному типі деменції. Так, помірний рівень вираженості деменції був асоційований з суїцидальними намірами та спробами ($r=0,333$ та $r=0,447$ відповідно), а також з особливостями скоєння суїциду через потрапляння під транспорт ($r=0,447$). Тяжкий рівень вираженості деменції корелював з антивітальним настроєм ($r=0,632$), а легкий рівень вираженості деменції був прямо пов'язаний з суїцидальними думками та зворотно пов'язаний з суїцидальними намірами ($r=0,316$ та $r=-0,447$ відповідно).

Особливості додаткових симптомів також впливали на феноменологію СП при змішаних деменціях. Суїцидальній настрої та думки та відсутність суїцидальних намірів були асоційовані з відсутністю додаткових симптомів ($r=0,897$ та $r=0,316$ та $r=-0,447$ відповідно), Депресивні додаткові симптоми поєднувались з наявністю суїцидальних думок та антивітального настрою ($r=0,500$ та $r=0,316$) та відсутністю реальних намірів та спроб скоєння суїциду ($r=-0,707$ та $r=-0,316$ відповідно). Наявність додаткових галюцинаторних симптомів була асоційована з зовнішньо-поведінковою формою суїцидальної поведінки: з наявністю суїцидальних спроб у минулому та намірів скоєння суїциду у майбутньому ($r=0,897$ та $r=0,447$ відповідно) та негативно корелювала з наявністю суїцидальних думок ($r=-0,632$). Додаткові маячні симптоми були поєднані з суїцидальними намірами ($r=0,447$) та зворотно поєднані з наявністю суїцидальних думок ($r=-0,632$). Наявність додаткових змішаних симптомів була асоційована з наявністю суїцидальних спроб у минулому ($r=0,495$) переважно через потрапляння під транспорт ($r=0,897$), а також з антивітальними намірами у майбутньому ($r=0,447$).

6. Обговорення результатів дослідження

Отже, проведений аналіз феноменології СП у пацієнтів з різними типами деменцій та встановлена специфіка суїцидального реагування в залежності від типу й вираженості деменції та наявності в її структурі додаткових симптомів.

Проведений кореляційний аналіз залежності клінічних особливостей від форм СП, при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера, свідчить, що ідеаторна форма СП більш притаманна пацієнтам з раннім початком або з атиповим типом хвороби Альцгеймера, у той час коли зовнішньо-поведінкова складова суїцидального реагування більш притаманна пацієнтам з пізнім початком при хворобі Альцгеймера (табл. 2).

При судинній деменції отримані дані дають змогу стверджувати, що ідеаторна форма СП була більш характерна для пацієнтів з мультиінфарктною деменцією, а зовнішньо-поведінкова – для пацієнтів зі змішаною корковою та підкорковою судинною деменцією та з судиною деменцією з гострим початком (табл. 3).

Для змішаних форм слабоумства (поєднання судинного та нейродегенеративного процесу) най-

більш небезпечною, щодо скоєння суїциду є поєднання хвороби Альцгеймера з пізнім початком з підкорковою судинною деменцією (табл. 4). Для хворих з цією формою деменції характерним було переважання суїцидальних проявів всіх форм (намірів, спроб, думок).

Встановлена загальна закономірність для всіх форм деменції, щодо ризику виникнення ідеаторних форм СП при легкому ступеню деменції, що відповідає даним отриманим іншими вченими [15]. Результати дослідження демонструють перевагу зовнішньо-поведінкових проявів (спроб, висловлювань, намірів) по мірі прогресування когнітивного дефіциту, що попередніми дослідниками не встановлено [16].

7. Висновки

1. Була встановлена феноменологічна структура СП серед пацієнтів з хворобою Альцгеймера, що полягала в переважанні ідеаторної форми СП при деменції з раннім початком або з атиповим типом хвороби Альцгеймера, у той час коли зовнішньо-поведінкова складова суїцидального реагування більш притаманна пацієнтам з пізнім початком при хворобі Альцгеймера.

2. Була встановлена феноменологічна структура СП серед пацієнтів з судинною деменцією, що полягала в переважанні ідеаторної форми СП у пацієнтів з мультиінфарктною деменцією, а зовнішньо-поведінкової – у пацієнтів зі змішаною корковою та підкорковою судинною деменцією та з судиною деменцією з гострим початком.

3. Була встановлена феноменологічна структура СП серед пацієнтів зі змішаною деменцією, що полягала в переважанні ідеаторної форми СП у пацієнтів з поєднанням атипової деменції при хворобі Альцгеймера з мультиінфарктною судинною деменцією, а також у пацієнтів з поєднанням раннього початку при хворобі Альцгеймера та підкорковою судинною деменцією, а зовнішньо-поведінкової – у пацієнтів з поєднанням хвороби Альцгеймера з пізнім початком з підкорковою судинною деменцією.

4. Було встановлено, що додаткові депресивні симптоми впливали на ідеаторний компонент суїцидального реагування (наявність суїцидальних думок та антивітального настрою) при хворобі Альцгеймера та при змішаних деменціях. Додаткові галюцинаторні та змішані симптоми впливали на зовнішньо-поведінковий компонент суїцидального реагування (наявність суїцидальних спроб та намірів) при змішаних деменціях.

5. Було визначено, що рівень легкий вираженості деменції був пов'язаний з ідеаторним компонентом СП, а помірний – з зовнішньо-поведінковим компонентом суїцидального реагування.

6. Були визначені специфічні особливості суїцидальних спроб в залежності від типу деменції: зі змішаною корковою та підкорковою судинною деменцією були пов'язані такі засоби скоєння суїциду як «повішання» ($r=0,416$) та скоєння суїциду через

самопорізи ($r=0,686$); змішана деменція (поєднання пізнього початку при хворобі Альцгеймера з підкорковою судинною деменцією) була асоційована з спробою самогубства через потрапляння під транспорт ($r=0,632$).

Отримані дані слід враховувати при проведенні діагностики суїцидального ризику при деменціях різного типу та можуть бути використані при створенні механізмів формування СП у пацієнтів з різними типами деменцій.

Література

1. Левин О. С. Диагностика и лечение деменций в клинической практике. Москва: Медпресс, 2010. 256 с.
2. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах «Деменція» // Реєстр медико-технологічних документів Міністерства охорони здоров'я України, 2016. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf
3. Suicide and Suicidal Behavior / Nock M. K. et. al. // *Epidemiologic Reviews*. 2008. Vol. 30, Issue 1. P. 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
4. Suicide prevention (SUPRE) // World Health Organization. Geneva. 2007. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
5. Social Emotion Recognition, Social Functioning, and Attempted Suicide in Late-Life Depression / Szanto K. et. al. // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012. Vol. 20, Issue 3. Vol. P. 257–265. doi: 10.1097/jgp.0b013e31820eea0c
6. Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour // *Nature Reviews Neuroscience*. 2003. Vol. 4, Issue 10. P. 819–828. doi: 10.1038/nrn1220
7. Мудренко І. Г. Чинники суїцидальної поведінки у хворих з деменціями // *Медична психологія*. 2017. № 3 (47). С. 53–57.
8. Мудренко І. Г. Фармакологічна корекція депресивних симптомів у хворих з різними клінічними варіантами деменції // *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, № 3 (92). С. 49–54.
9. Мудренко І. Г. Ефективність Когніфену у хворих з різними клінічними варіантами деменцій // *Психіатрія, психотерапія и клиническая психология*. 2017. Т. 8, № 1 (12). С. 409–421.
10. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у пацієнтів з деменціями // *Архів психіатрії*. 2017. Т. 22, № 2 (85). С. 112–113.
11. Maruta N., Mudrenko I. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia // 25 th European congress of psychiatry. *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41. P. 365–404. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.463
12. Марута Н. О., Явдак І. Я., Черднякова О. С. Особливості потребово-емоційної сфери у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним ризиком // *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, № 3 (68). С. 50–53.
13. Erlangsen A., Zarit S. H., Conwell Y. Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008. Vol. 16, Issue 3. P. 220–228. doi: 10.1097/jgp.0b013e3181602a12
14. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales / Purandare N. et. al. // *British Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 194, Issue 2. P. 175–180. doi: 10.1192/bjp.bp.108.050500
15. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia / Draper B. et. al. // *Alzheimer's & Dementia*. 2010. Vol. 6, Issue 1. P. 75–82. doi: 10.1016/j.jalz.2009.04.1229
16. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*. 2009. Vol. 21, Issue 3. P. 440–453. doi: 10.1017/s1041610209009065

Дата надходження рукопису 20.12.2017

Мудренко Ірина Григорівна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра нейрохірургії та неврології, Медичний інститут, Сумський державний університет, вул. Санаторна, 31, м. Суми, Україна, 40018
E-mail: mudrenko.irina@gmail.com