

**Abstract**

**I. H. Mudrenko,**

*Sumy State University, Medical Institute, Department of Neurosurgery and Neurology, 2 Rimsky-Korsakov str, Sumy, 40007 Ukraine*

**CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL CORRELATES OF SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH DEMENTIA**

**Rationale.** Due to increase of duration of life, the number of patients with dementia is increasing in the world and in Ukraine. Dementia has a high affinity to depression, which accordingly determines the high risk of suicide at this mental illness.

**The aim** of our study is to examine the correlation between clinical and psychopathological, pathopsychological, socio-psychological features of patients with dementia with a high risk of suicide.

**Methods and materials.** 105 patients with various clinical forms of dementia (vascular, due to Alzheimer's disease, of mixed type) were examined. Clinical and anamnestic, pathopsychological and psychodiagnostic methods of research (the method of determining suicide risk, determining the level of consciousness of death) (Havenko V. L. et al. 2001; The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) (Hamilton M., 1967), Bass-Darkie questionnaire, Los Angeles Suicide Prevention Center Scale (Nechyporenko V. V., Shamrei V. K., 2007), the Method of Statistical Processing of Results were used.

**Results of the study.** Clinical and psychopathological predictors of suicidal behaviour consisted in the severity of depressive disorders of the inhibitory ( $r = 0.790$ ) and agitated types ( $r = 0.773$ ), in the prevalence of such symptoms of depression as depressed mood ( $r = 0.730$ ), sleep disturbance ( $r = 0.616$ ), retardation ( $r = 0.615$ ), a sense of helplessness and exhaustion ( $r = 0.338$ ), stress and anxiety ( $r = 0.554$ ), feelings of guilt ( $r = 0.473$ ). The presence of productive hallucinatory symptoms, illusions, disorientation and general disorganization of the psyche increased proportionally the risk of suicide ( $r = 0.419$ ). It is established that the presence of suicidal intentions ( $r = 0.561$ ) and suicide attempts in the past, as well as the presence of depressive episodes in the past ( $r = 0.782$ ) are a significant risk factor for committing a suicide in future.

Social predictors of suicidal behavior were represented by the specificities of communication with others, namely: hostile attitude of the patients to the environment ( $r = 0,514$ ), they influenced the increase of suicidal risk among patients with dementia.

The pathopsychological predictors of suicidal behavior consisted in the presence and severity of high level of aggression and hostility, manifested in verbal ( $r = 0.472$ ) aggression, feeling of guilty ( $r = 0.473$ ) and abuse ( $r = 0.417$ ) and hiding negative emotions in the form of suspicion and irritability ( $r = 0,413$ ).

It is established that the factors of mental traumatization (the presence of a life-threatening illness ( $p \leq 0.0001$ ), loss of work, money or status ( $r = 0,698$ ), changes in life or in the environment, the loss of a beloved person ( $r = 0,351$ ), as well their sudden onset ( $r = 0.483$ ), peri-

odicity and repeatability ( $r = 0.385$ ) contributed to the increase in suicidal risk among patients with dementia.

**Conclusions.** Thus, the factors that increase the risk of autodestructive behavior at dementia are identified: the presence and severity of depressive disorders, sudden factors of mental traumatization, increased aggressiveness and hostility, suicidal attempts in the past, and the lack of interpersonal communication.

The obtained data are the symptoms of targets for the prevention of suicide in patients with dementia.

**Keywords:** dementia, risk of suicide, predictors of suicide, clinical and psychopathological peculiarities.

**Corresponding author:** [mudrenko.irina@gmail.com](mailto:mudrenko.irina@gmail.com)

#### Резюме

**І. Г. Мудренко,**

Сумський державний університет,  
медичний інститут,  
вул. Римського-Корсакова, 2,  
4007, м. Суми, Україна

#### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЇ

**Мета роботи:** вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних, соціально-психологічних особливостей хворих на деменції з високим ризиком суїциду.

**Матеріали та методи.** Обстежено 105 осіб з різними клінічними формами деменцій (судинною, внаслідок хвороби Альцгеймера, змішаного типу). Використовувались клініко-анамнестичний, патопсихологічний та психодіагностичний методи дослідження (методика визначення суїцидального ризику; визначення рівня самосвідомості смерті (Гавенко В.Л. та інші 2001; шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton M., 1967), опитувальник Баса-Даркі, шкала суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру (Нечипоренко В.В., Шамрей В.К., 2007), метод статистичної обробки результатів.

**Результати дослідження.** В статті висвітлено взаємозв'язок між клініко - психопатологічними, патопсихологічними, соціально-психологічними особливостями хворих на деменції та ризиком суїциду. На підставі отриманих кореляцій сформульовані предиктори суїциду у хворих з деменціями. До найвагоміших відносяться: коморбідна депресія гальмівного та ажитованого типів; наявність галюцинацій, ілюзій, дезорганізація психіки та дезорієнтація; збільшення рівня агресії; суїцидальні спроби в анамнезі; зниження кількості та якості комунікативних зв'язків; раптовий вплив психотравмуючих чинників (втрата роботи, статусу, близької людини); наявність тяжкої хвороби.

Отримані дані є симптомами-мішенями для превенції суїциду у хворих на деменції.

**Ключові слова:** деменції, ризик суїциду, предиктори суїциду, клініко-психопатологічні особливості.



**Резюме****И. Г. Мудренко,***Сумський державний університет, медичинський інститут, ул. Римського-Корсакова, 2, 4007, г. Сумы, Україна***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ**

**Цель работы:** изучение клинико-психопатологических, патопсихологических, социально-психологических особенностей больных деменцией с высоким риском суицида.

**Материалы и методы.** Обследовано 105 человек с разными клиническими формами деменций (сосудистой, в результате болезни Альцгеймера, смешанного типа). Использовались клинико-анамнестический, патопсихологический и психодиагностический методы, метод статистической обработки результатов.

**Результаты исследования и выводы.** В статье отражена взаимосвязь между клинико-психопатологическими, патопсихологическими социально-психологическими особенностями больных деменциями и риском суицида. На основании полученных корреляций сформулированы предикторы суицида у больных с деменциями. К самым весомым относятся: коморбидная депрессия торпидного и ажитованного типов; наличие галлюцинаций, иллюзий, дезорганизация психики и дезориентация; увеличение уровня агрессии; суицидальные попытки в анамнезе; снижение количества и качества коммуникативных связей; внезапное начало психотравмирующих факторов (потеря работы, статуса, близкого человека); наличие тяжелой болезни.

Полученные данные являются симптомами мишенями для профилактики суицида у больных деменцией.

**Ключевые слова:** деменции, риск суицида, предикторы суицида, клинико-психопатологические особенности.

**Автор, відповідальний за листування:** [mudrenko.irina@gmail.com](mailto:mudrenko.irina@gmail.com)

**Вступ**

Причини суїцидальної поведінки дуже складні та численні. Вони полягають у біологічних, генетичних, психологічних і соціальних чинниках [1]. За деякими прогнозами смертність внаслідок суїцидів впродовж 2002-2030 років зросте на 50 % [2,3]. Профілактика самогубств – один з головних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я у багатьох країнах світу [4]. Кількість осіб хворих на деменції у популяції зростає з віком. Деменція поліморбідна з соматичними захворюваннями, характерними в похилому та старечому віці, депресивною симптоматикою та комплексом психологічних хвилювань людини пов'язаних зі старінням та очікуванням смерті, неспроможністю обслуговувати себе в побуті та залежністю від інших осіб [1,5,6]. Відомо, що в патогенезі виникнення як депресій, так і когнітивних розладів лежить подібний механізм порушення нейропластичності, зменшення розмірів гіпокампу та кількості нейрональних клітин у ньому. До-

ведено, що нейрокогнітивний дефіцит прогресує у відповідності до кількості перенесених депресивних епізодів [7]. Депресія є незалежним фактором, що збільшує смертність [8] та порушує функціонування дементних пацієнтів [9]. Вважають доведеним, що депресія старшого віку збільшує ризик виникнення основних форм деменцій – хвороби Альцгеймера (ХА) та судинної (СД) [10]. 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.

Тому метою нашого дослідження є вивчення клініко-психопатологічних, патопсихологічних, соціально-психологічних особливостей хворих на деменцію з високим ризиком суїциду.

**Матеріали та методи дослідження**

У дослідженні прийняли участь 208 хворих на деменцію. Обстеження проводилось на базі



КЗ СОР «Сумський геріатричний пансіонат для ветеранів війни та праці», КЗ СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни», КУ «СМКЛ №4», КЗ СОР «СОКПНД ім. Співака». Усі хворі були розподілені на 2 групи за чинником наявності чи відсутності суїцидального ризику. Так, основну групу хворих на деменцію, у яких визначався високий суїцидальний ризик, склали 105 пацієнтів, а контрольну групу – 103 пацієнта без ознак суїцидального ризику. В результаті проведення дослідження аналізувалися вік, вид деменції, анамнестичні відомості, специфіка комунікативної сфери, соціального функціонування, особливості психопатологічної симптоматики, психотравмуючі фактори та інші чинники суїцидальної поведінки.

Для об'єктивізації предикторів суїцидальної поведінки нами досліджувались особливості пацієнтів з високим ризиком суїциду за даними психометричних методик та наявністю суїцидальної поведінки при клініко-анамнестичному обстеженні (враховувались суїцидальні думки, антивітальні висловлювання, наміри, реальні спроби самогубства). Ці пацієнти увійшли в основну групу (з високим суїцидальним ризиком) – всього 105 чоловік. За статтю хворі розподілились наступним чином: 61 чоловік ( $58,09 \pm 3,62$  %) та 44 жінки ( $41,90 \pm 3,07$  %).

Клінічна структура обстежених хворих: з деменцією при хворобі Альцгеймера – 36 чоловік (34,2 %), судинною – 39 (37,1 %) та змішаною формою – 30 (28,5 %). Діагнози встановлювались у відповідності до МКХ-10 (F00-03).

Використовувались наступні методи дослідження: клінічна бесіда (збір скарг, анамнезу від хворого та його родичів), психометричний: шкала визначення вираженості суїцидального ризику, шкала визначення самосвідомості смерті (В. Л. Гавенко та співав., 2001), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton M., 1967), тест Бартела для оцінки активності у повсякденному житті (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index)), опитувальник Баса-Даркі, шкала суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру (Нечипоренко В. В., Шамрей В. К., 2007), метод статистичної обробки результатів (коефіцієнт кореляції Пірсона).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Для встановлення предикторів суїцидального ризику був проведений кореляційний аналіз клініко-психопатологічних, патопсихологічних

особливостей та соціально-психологічних чинників у хворих з деменціями, результати якого представлені у таблиці 1. Як видно з таблиці 1, низькі показники самосвідомості смерті були асоційовані з почуттям провини ( $r = 0,317$ ) та самозвинуваченням ( $r = 0,494$ ), різкими змінами в житті чи в оточенні ( $r = 0,353$ ) та гострим початком стресових подій ( $r = 0,532$ ), наявністю суїцидальних намірів ( $r = 0,391$ ), з надмірною фіксацією уваги на соматичних симптомах ( $r = 0,377$ ), а також були пов'язані з втратою ваги ( $r = 0,474$ ) та наявністю непрямой агресії ( $r = 0,428$ ).

Високий суїцидальний ризик хворих з деменцією був пов'язаний з високим рівнем депресії ( $r = 0,759$ ) та вираженими симптомами депресії ( $r = 0,550$ ), такими як: дезорганізація і дезорієнтація ( $r = 0,419$ ), почуття провини ( $r = 0,473$ ), відчуття ворожості, роздратованості й підозрливості ( $r = 0,514$ ), суїцидальні наміри ( $r = 0,561$ ), порушення сну (рання, середня та пізня інсомнія) ( $r = 0,474$ ), ( $r = 0,616$ ) та ( $r = 0,618$  відповідно), апатія та відчуття неспроможності у роботі ( $r = 0,338$ ), симптоми загальмованості або збудженості ( $r = 0,615$ ) та ( $r = 0,377$ ) відповідно), наявність психічної та соматичної тривоги ( $r = 0,366$ ) та ( $r = 0,554$ ) відповідно), загальні соматичні симптоми ( $r = 0,532$ ), які викликають надмірне занепокоєння ( $r = 0,460$ ).

Також були пов'язані з високим суїцидальним ризиком наявність депресивних епізодів у минулому ( $r = 0,782$ ) та фактор безпеки суїцидальних спроб в минулому ( $r = 0,400$ ).

Відзначались прямі кореляційні зв'язки рівню суїцидального ризику з типами депресивних порушень: чим більш виражені показники депресивних порушень гальмівного ( $r = 0,790$ ), ажитованого ( $r = 0,703$ ), фобічного або соматичного типів ( $r = 0,735$ ), тим вище рівень суїцидального ризику у хворих з деменціями.

Високий суїцидальний ризик також був асоційований зі стресовими факторами, які розпочалися раптово ( $r = 0,483$ ), а саме зі втратою коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням ( $r = 0,351$ ) та втратою грошей, роботи або статусу ( $r = 0,698$ ) та характеризувалися зростанням симптомів стресу ( $r = 0,385$ ).

Суїцидальний ризик був пов'язаний також з рівнем агресії у хворих на деменції: образливість ( $r = 0,417$ ), підозрливість ( $r = 0,413$ ) та вербальна агресія ( $r = 0,472$ ) асоціювалась з високим суїцидальним ризиком.

Таблиця 1 – Результати кореляційного аналізу у пацієнтів з деменціями з суїцидальним ризиком

Найменування показників	Самосвідомість смерті (r-коефіцієнт кореляції)	Суїцидальний ризик (r-коефіцієнт кореляції)
Чоловіки віком вище за 60 років	0,064	0,041
Чоловіки віком 15-34 років	0,161	0,266
Жінки	-0,106	-0,183
Глибока депресія	-0,108	<b>0,550</b>
Відчуття безнадії, безпорадності та виснаження	0,241	0,251
Дезорганізація, дезорієнтація, ілюзії, галюцинації	0,136	<b>0,419</b>
Алкоголізм, прийом наркотиків, гомосексуальні стосунки	-0,219	0,210
Переживання, напруженість, тривога	0,040	0,128
Провина	<b>0,317</b>	<b>0,402</b>
Відчуття ворожості, роздратованості, підозрливості	0,087	<b>0,514</b>
Слабкий імпульсивний контроль, недостатня розсудливість	0,156	0,032
Хронічні захворювання, що ослаблюють	0,295	-0,018
Повторні переживання негараздів, пов'язаних зі зверненням до лікарів та психотерапевтів	-0,272	-0,141
Психосоматичні хвороби чи іпохондричність	0,117	-0,121
Втрата коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням	0,216	<b>0,351</b>
Втрата роботи, грошей, статусу	0,072	<b>0,698</b>
Небезпечна для життя хвороба	-0,229	0,373
Загроза судового впровадження	0,032	0,229
Зміни в житті чи в оточенні	<b>0,353</b>	0,013
Гострий та випадковий початок симптомів стресу	<b>0,532</b>	<b>0,483</b>
Симптоми стресу, що час від часу повторюються	-0,278	0,271
Збільшення симптомів стресу	0,104	<b>0,385</b>
Небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб	-0,147	<b>0,400</b>
Повторні загрози та депресії у минулому	0,268	<b>0,782</b>
Особливості, пов'язані з намірами, та смертельна загроза методів, що плануються	0,135	0,092
Достатність способів, що плануються та особливості, пов'язані з вибором часу	-0,011	0,330
Відсутність джерел фінансової підтримки	0,128	0,199
Відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів	-0,280	0,162
Порушення зв'язків, що супроводжуються відказом від спроб їх відновлення	-0,140	0,084
Зв'язки мають внутрішньо спрямовану ціль	<b>0,494</b>	0,162
Комунікативні зв'язки мають міжособистісну спрямованість	0,102	0,280
Заперечення потреби у допомозі	-0,088	0,210
Відсутність турботи за пацієнта, відсутність розуміння пацієнта	-0,263	0,043
Нершуча або мінлива позиція	0,238	0,192
Гальмівний тип депресивних порушень	0,209	<b>0,790</b>
Ажитований тип депресивних порушень	0,095	<b>0,773</b>



Найменування показників	Самосвідомість смерті (r-коефіцієнт кореляції)	Суїцидальний ризик (r-коефіцієнт кореляції)
Фобічний тип депресивних порушень	0,044	<b>0,703</b>
Соматичний тип депресивних порушень	0,127	<b>0,735</b>
Депресивний настрій	0,313	<b>0,730</b>
Почуття провини	0,310	<b>0,473</b>
Суїцидальні наміри	<b>0,391</b>	<b>0,561</b>
Інсомнія рання	0,161	<b>0,474</b>
Інсомнія середня	0,072	<b>0,616</b>
Інсомнія пізня	0,118	<b>0,618</b>
Відчуття неспроможності у роботі, втрата інтересу до роботи	-0,174	<b>0,338</b>
Загальмованість	-0,101	<b>0,615</b>
Збудженість	-0,112	<b>0,377</b>
Психічна тривога	-0,229	<b>0,366</b>
Соматична тривога	0,225	<b>0,554</b>
Травні соматичні порушення	0,127	0,223
Загальні соматичні симптоми	-0,108	<b>0,532</b>
Геніальні симптоми	0,116	0,225
Іпохондричний розлад	<b>0,377</b>	<b>0,460</b>
Втрата ваги	0,157	-0,058
Втрата ваги (фактична)	<b>0,474</b>	0,044
Критичність	-0,237	0,231
Добові коливання	-0,110	0,152
Добові коливання (ступінь)	0,099	0,033
Деперсоналізація/дереалізація	0,026	0,301
Параноїдні симптоми	-0,005	0,113
Обсесивні та компульсивні симптоми	0,070	0,279
Рівень депресії (за тестом Гамільтона)	0,177	<b>0,759</b>
Фізична агресія	0,034	0,007
Непряма агресія	<b>0,428</b>	0,293
Роздратованість	0,107	0,294
Негативизм	0,096	0,315
Образливість	0,017	<b>0,417</b>
Підозрілість	0,102	<b>0,413</b>
Вербальна агресія	0,174	<b>0,472</b>
Почуття провини	0,232	0,261

Примітка: жирним шрифтом виділені середні та сильні кореляційні зв'язки

### Висновки

Отже, в результаті проведеного аналізу виділено специфічні предиктори суїцидальної поведінки хворих на деменції, що утворюють складний симптомокомплекс.

Клініко-психопатологічні предиктори суїцидальної поведінки полягали у вираженості де-

пресивних порушень гальмівного ( $r = 0,790$ ) та ажитованого типів ( $r = 0,773$ ), в переважанні таких симптомів депресії як пригнічений настрій ( $r = 0,730$ ), порушення сну ( $r = 0,616$ ), загальмованість ( $r = 0,615$ ), відчуття безпорадності й виснаженості ( $r = 0,338$ ), напруження й тривоги ( $r = 0,554$ ), почуття провини ( $r = 0,473$ ).



Наявність продуктивної галюцинаторної симптоматики, ілюзій, дезорієнтації та загальної дезорганізації психіки пропорційно підвищувала ризик суїциду ( $r = 0,419$ ).

Встановлено, що наявність суїцидальних намірів ( $r = 0,561$ ) та спроб скоєння суїциду в минулому, а також наявність депресивних епізодів у минулому ( $r = 0,782$ ) являються вагомими факторами ризику скоєння суїциду в майбутньому.

Соціальні предиктори суїцидальної поведінки полягали в особливостях комунікацій з оточуючими, а саме: вороже ставлення самих пацієнтів до оточення ( $r = 0,514$ ) впливали на підвищення суїцидального ризику серед пацієнтів з деменціями.

Патопсихологічні предиктори суїцидальної поведінки полягали у наявності та вираженості високого рівню агресивності та ворожості, що проявлялось у вербальній ( $r = 0,472$ ) агресії, по-

чутті провини ( $r = 0,473$ ) та образливості ( $r = 0,417$ ) та прихованості негативних емоцій у формі підозрливості і дратівливості ( $r = 0,413$ ).

Встановлено, що фактори психічної травматизації (наявність небезпечної для життя хвороби, втрата роботи, грошей чи статусу ( $r = 0,698$ ), зміни в житті чи в оточенні, втрата коханої людини ( $r = 0,351$ ), а також їх раптовий початок ( $r = 0,483$ ) та періодичність та повторюваність ( $r = 0,385$ ) сприяли підвищенню суїцидального ризику серед пацієнтів з деменцією.

Таким чином, визначено чинники, що підвищують ризик аутодеструктивної поведінки при деменціях, до яких відносилися: наявність та вираженість депресивних порушень, раптові фактори психічної травматизації, підвищена агресивність та ворожість, досвід суїцидальних спроб у минулому та дефіцит міжособистісних комунікацій.

#### References (список літератури)

1. Bacherykov AM, Lakyns'kyu RV, Tkachenko TV. [Suicidal behavior and prevention (literature review)]. *Ukrayins'kyu visnyk psikhonevrolohiyi*. 2012; 20(71):53-56.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological review*. 2008; 30(1):133–154.
3. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva. Switzerland URL. 2007. Retrieved from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
4. Tkach BM, Kostiuk GS. [Neuropsychological mechanisms of the suicidal behavior]. *Problemyi sovremennoy psihologii*. 2016; 32:489–501.
5. Bacherykov AN, Mudrenko IH. [Auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode (clinic, diagnosis, treatment)]. *Ukrayins'kyu visnyk psikhonevrolohiyi*. 2007;15(52):30-33.
6. Mudrenko IH. [The urgency of the problem of suicidal behavior in patients with dementia]. *Arkhiv psykiatriyi*. 2016; 2 (85):112-113.
7. Rakhman LV. [Features of neurocognitive deficiency in patients with therapeutically resistant depression in the aspect of their clinical polymorphism]. *Medychna psikhologhiya*. 2014;3:17-21.
8. Bertolote JM, Fleishmann AA. Global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002; 7:6–8.
9. Diniz BS., Butters MA., Albert SM et al. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br. J. Psychiatry*. 2013; 202:329-335.
10. Levada OYa, Pinchuk IYA. [Features of the vascular depressive episode at the stages of development of subcortical vascular dementia in oblique and aging]. *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal*. 2013; 5(59):88-94.

(received 10.10.2017, published online 09.01.2018)

(одержано 10.10.2017, опубліковано 09.01.2018)

