

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»



МУДРЕНКО ІРИНА ГРИГОРІВНА

УДК 616.89-008.441.44:616.89-008.454-052(043.5)

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ ІЗ ДЕМЕНЦІЯМИ

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2020

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Науковий консультант:

доктор медичних наук, професор **Марута Наталія Олександрівна**,
Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», завідувач відділу пограничної психіатрії, заступник директора з НДР

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**,
Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри
- доктор медичних наук, професор **Скрипніков Андрій Миколайович**,
Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, завідувач кафедри
- доктор медичних наук, професор **Михайлов Борис Володимирович**,
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, професор кафедри

Захист відбудеться «29» жовтня 2020 року о 10:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 у Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

Автореферат розісланий «29» вересня 2020 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01,
кандидат медичних наук



Н. А. Байбарак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Превенція самогубств – один з основних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я в багатьох країнах світу (Юр'єва Л. М., 2015; Волошин П. В., Марута Н. О., 2015; Пілягіна Г. Я., 2017; Seyfried L., 2011; Nock M., Borges G., 2012; Andrew N., Osvaldo P., 2015). Україна входить до країн Європи з середнім рівнем суїцидів. Суїцид є провідною причиною смертності серед осіб різних вікових категорій. На похилий вік припадає один із піків за частотою суїцидів (Рахман Л. В., Маркова М. В., 2015; Кожина Г.М. з співавт., 2016; Михайлов Б. В., 2017; Скрипніков А. М., Животовська Л. В., 2019; Erlangsen A., Zarit S., Conwell Y., 2008; Clark L., Dombrovski A., 2011; Sampson E., 2014; Serafini G., Calcagno P., 2016; Matschke J., Sehner S., 2018; Bachmann S., 2018).

Суїцидом відповідно до інтегративної моделі прийнято вважати багатокомпонентне явище, спричинене біологічними, особистісно-психологічними, клінічними та психогенними чинниками. Серед клінічних тригерів суїцидів перше місце займають психічні розлади. У зв'язку з постарінням населення всього світу в цілому та України, зокрема, деменція як вікозалежне захворювання, має високий суїцидогенний потенціал (Бачериков А. М., 2012; Левин О. С., 2014; Чугунов В.В., 2014; Білобривка Р. І., 2015; Мішиєв В. Д. із співавт., 2018). Згідно з даними епідеміологічних досліджень на деменції страждає не менше, ніж 5–8 % населення віком понад 65 років (Бачинская Н. Ю., Копчак Н. Ю., 2014; Норіс Грем, 2014; Fonseca L., 2014; Matschke J. et al., 2018). Деменція є основною причиною втрати працездатності після онкозахворювань та уражень спинного мозку і відбирає 11,2 % років працездатного періоду осіб віком понад 60 років. Медичні витрати на деменцію виключно високі й становлять у США 40 тис. доларів за 1 рік на одного хворого. Основна частина витрат (70 %) спрямована на здійснення догляду за хворими, поведінкові розлади, включаючи суїцидальну поведінку (СП), що супроводжують перебіг деменцій, посилюють економічний тягар і становлять труднощі для осіб, які доглядають за пацієнтами (Пшук Н. Г. із співавт., 2015; Чабан О. С. із співавт., 2017; Коростій В. І., 2017; Овчаренко М. О. із співавт., 2020; Draper V. et al., 2010).

Провідним симптомом деменції є значне порушення вищих психічних функцій (ВПФ), що призводить до стійкої соціальної та побутової дезадаптації індивіда. До найпоширеніших варіантів деменції відносять хворобу Альцгеймера (ХА), судинну деменцію (СД) та змішану деменцію (ЗД) (Чабан О. С., Хаустова О. А., Левада О. А., 2013; Марценковський І. А. із співавт., 2014; Strozyk D. et al., 2010; Cunningham E., 2015; Prince M. et al., 2015; Kim J. et al., 2016). Поряд із когнітивним дефіцитом більше ніж у 50 % пацієнтів із деменцією наявні психотичні (галюцинації та маячення), афективні (тривога, депресія, емоційна нестійкість) та поведінкові розлади (агресія, розгальмованість, ажитація, СП, блукання, порушення харчової поведінки). Поширеність депресій серед хворих на деменцію досягає 30–40 %. Наявність депресивної симптоматики в пацієнтів із деменцією в рази знижує якість життя

та підвищує ризик СП. Депресивні порушення при деменції є прогностично несприятливою ознакою обмеження активності в повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті (Марута Н. О. із співавт., 2012; Шкробот С. І., Венгер О. П., 2014; Копчак О. О., 2017; Потапов О. О. із співавт., 2019; Sampson E., 2014; M. C. Verrocchio et al., 2018).

Деменція часто поєднується із соматичними й неврологічними захворюваннями, характерними для похилого і старечого віку, та комплексом психологічних хвилювань людини, пов'язаних із старінням та очікуванням смерті, неможливістю обслуговувати себе в побуті й залежністю від інших осіб. Усвідомлення інтелектуальної неспроможності є додатковим тригером СП при деменціях (Пінчук І. Я., 2011; Хаустова О. О. із співавт., 2014; Аймедов К. В., Волошук Д. А., 2016; Kales H., Gitlin L., 2015).

У сучасних дослідженнях доведено, що близько 45 % хворих на деменції мають ознаки СП. Найбільш небезпечними щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції, в міру прогресування когнітивного дефіциту ризик суїциду знижується. Під час патоморфологічного дослідження часто виявляють характерні для деменцій зміни, хоча за життя це захворювання діагностоване не було (Haw C., 2009; Draper B., 2010; Conejero I., 2018).

У низці наукових праць доведено причетність нейродегенеративного процесу до самогубства: під час посмертного гістохімічного, патоморфологічного досліджень самовбивць достовірно частіше виявляють тау-протеїн, тільця Леві, атрофію гіпокампа, бета-амілоїд, ніж в осіб, померлих унаслідок соматичного захворювання (Serafini G., Calcagno P., Lester D., 2016; Matschke J., Sehner S., Gallinat J., 2018).

З огляду на неухильне збільшення відсотка осіб старших вікових груп в Україні, зростання захворюваності цієї вікової групи на деменції, коморбідність деменцій з широким колом поведінкових розладів проблема виявлення СП, медико-психологічної реабілітації та превенції (МПП) СП серед цих пацієнтів має високу актуальність і значущість.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційну роботу виконано згідно з планом науково-дослідних робіт ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», як фрагмент представлено в темі «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації» (номер державної реєстрації 0116U000016, шифр теми НАМН.ДР.2П.16).

Мета цього дослідження – на підставі комплексного оцінювання соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, особистісно-психологічних, біологічних особливостей хворих із СП визначити клініко-психопатологічні характеристики, чинники ризику-антиризiku СП, розробити діагностичні критерії СП та диференційовану комплексну програму МПП СП з урахуванням патогенетичних механізмів її формування при різних варіантах деменцій (ХА, СД, ЗД).

Завдання дослідження:

1. Вивчити форми СП за різних видів деменцій (ХА, СД, ЗД).
2. Проаналізувати рівень суїцидального ризику (СР) за різних клінічних варіантів деменції (ХА, СД, ЗД).
3. Вивчити фактори ризику та антиризиків формування СП за різних видів деменцій (соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні).
4. Проаналізувати клініко-психопатологічні особливості різних форм деменцій та їх взаємозв'язок із вираженістю СП.
5. Вивчити патопсихологічні закономірності формування СП у пацієнтів із різними видами деменцій.
6. Вивчити особливості соціального функціонування та рівень життєдіяльності в пацієнтів із різними варіантами деменцій і вплив цих показників на СП.
7. Визначити гендерні особливості СП за різних варіантів деменції.
8. Дослідити біоелектричну активність і нейровізуалізаційні зміни головного мозку (ГМ) в пацієнтів із деменціями та визначити нейрофізіологічні й структурні кореляти СП.
9. Розробити диференційовану систему МПРП СП для хворих із деменціями при ХА, СД та ЗД.

Об'єкт дослідження – СП у хворих із різними клінічними формами деменцій (при ХА, СД та ЗД).

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні особливості СП, типологія СП, предиктори СП, чинники ризику-антиризиків СП, механізми формування, діагностика та МПРП СП за різних варіантів деменцій.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, метод нейровізуалізації ГМ за допомогою комп'ютерної томографії (КТ), нейрофізіологічний метод (електроенцефалографічне дослідження ГМ) та методи математичної статистики.

Наукова новизна дисертації

На основі комплексного клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного, нейрофізіологічного, нейровізуалізаційного обстеження розроблена концепція формування та визначено предиктори СП при деменціях унаслідок ХА, СД, ЗД.

Вивчено вплив соціально-психологічних, психогенних, спадкових, клініко-анамнестичних факторів на формування СП за різних клінічних варіантів деменцій.

Установлено, що типологічні варіанти СП та рівень СР за різних варіантів деменцій відрізняються, виявлено найвищий СР у хворих із деменцією внаслідок ХА та ЗД.

Оцінено роль особливостей особистості, порушення міжособистісних комунікацій, ступеня обмеження життєдіяльності пацієнтів у генезі СП за різних форм деменцій. Визначено, що до переддиспозиційних особистісних рис, що корелюють із високим СР, відносять різноманітні прояви та вектори

агресії (вербальну, фізичну, пряму, непряму), відчуття провини, негативізм, образливість і підозрілість.

Клініко-психопатологічний аналіз дав можливість ідентифікувати психопатологічні механізми формування СП залежно від форми та ступеня тяжкості деменції, наявної клініко-психопатологічної симптоматики, а саме: депресивний, психотичний та когнітивний. Доведено, що при деменції внаслідок ХА СП формується переважно за депресивним та когнітивним механізмами; при СД – за психотичним та когнітивним; при ЗД реалізуються всі механізми СП (когнітивний, депресивний та психотичний).

Визначено закономірності феноменології СП при різних її механізмів. При депресивному механізмі переважали внутрішньоповедінкові форми (ВПФ СП) (суїцидальні думки), при психотичному – зовнішньоповедінкові форми (ЗПФ СП) (наміри, спроби, антивітальні висловлювання), при когнітивному – спостерігалася трансформація форм СП залежно від тяжкості когнітивного дефіциту: легкий ступінь вираженості деменції був пов'язаний з ВПФ СП, а помірний – із ЗПФ СП. Визначено, що високий СР взаємозв'язаний із легким ступенем деменції, відносно збереженими організаційними, виконавчими та конструктивними функціями. Додатковим тригером СП було усвідомлення пацієнтами власної неспроможності за легкого ступеня деменції.

Вивчено гендерний аспект клініко-психопатологічної структури СП за різних клінічних варіантів деменцій. Уперше доведено, що в психопатологічних механізмах формування СП у чоловіків пусковим механізмом є порушення соціальних когніцій, а в жінок – мнестичних, конструктивних та організаційних здібностей.

Визначено нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні особливості, притаманні пацієнтам із СП при деменціях.

У результаті проведеного дослідження науково обґрунтовано й розроблено критерії діагностики і комплексну диференційовану систему МПРП СП при деменціях.

Практичне значення одержаних результатів

У результаті проведеного комплексного дослідження для ранньої діагностики, профілактики і лікування у хворих на ХА, СД та ЗД з СП визначені соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, патопсихологічні, нейрофізіологічні та структурні предиктори СП, що є діагностичними критеріями та симптомами-мішенями для використання комплексної диференційованої програми МПРП СП.

Установлено, що предиктори СП хворих на деменції утворюють складний мультифакторний симптомокомплекс, який містить екстра- та інтраперсональні чинники ризику СП. Інтраперсональні чинники містять клініко-психопатологічні, особистісно-психологічні та анамнестичні особливості пацієнтів із СП, а екстраперсональні – фактори психічної травматизації, показники комунікативної дисфункції й соціального функціонування.

Визначено, що *інтраперсональними* клініко-психопатологічними предикторами СП при деменціях є супутня депресивна симптоматика та всі її складові. Суїцидальні наміри сильно взаємозв'язані з високим СР незалежно від

статі та виду деменції. Помірно сприяють зростанню СР наявність і вираженість депресивного настрою, різноманітні порушення сну, почуття провини, наявність ажитованого або фобічного типу депресії, хронічні соматичні захворювання та симптом дереалізації/деперсоналізації. Легкий ступінь деменції та ініціальні когнітивні порушення є чинниками СП при ХА, а тяжкий ступінь деменції – при ЗД.

Екстраперсональними чинниками СП при деменціях є травматичні події в анамнезі, досвід суїцидальних спроб, депресивні епізоди в минулому, порушення міжособистісних та соціальних зв'язків, вплив стресорів упродовж життя.

Вивчено біологічні нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні кореляти СП при різних варіантах деменції.

У результаті проведеного дослідження науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено диференційовану комплексну програму МПРП СП за різних варіантів деменції, що базувалася на врахуванні механізмів формування СП (депресивний, психотичний, когнітивний).

Лікувальні заходи реалізовувалися за допомогою фармакотерапії (інгібітори ацетилхолінестерази (ІАХЕ) та/або блокатори NMDA рецепторів, антидепресанти, нейролептики), психотерапії (когнітивно-поведінкової (КПП) та сімейної), когнітивних тренінгів, психоосвіти, що були спрямовані на відновлення соціального функціонування та якості життя пацієнтів із СП за різних варіантів деменцій.

Розроблена система МПРП СП характеризується більш високою, порівняно з традиційними методами, ефективністю, що підтверджено катамнестичними дослідженнями рівня СР, когнітивних функцій, життєдіяльності, особистісно-психологічних та клініко-психопатологічних факторів.

Результати проведеного комплексного дослідження впроваджено в роботу психіатричних установ України: КЛПЗ «Чернігівська обласна психоневрологічна лікарня» (акти впровадження від 30.07.2018 року та 01.12.2018 року); КЗ СОР «Перша обласна спеціалізована лікарня», м. Ромни Сумської області (акти впровадження від 28.09.2018 р. та 29.12.2018 р.); КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер», м. Суми (акт впровадження від 24.12.2018 р.); КЗ СОР «Сумський обласний госпіталь ветеранів війни» (акт впровадження від 04.02.2019 р.); КЗ СОР «Третя обласна спеціалізована психіатрична лікарня», м. Глухів Сумської області (акт впровадження від 04.02.2019 р.); Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева Полтавської обласної ради» (акт впровадження від 01.03.2019 р.); КНП «Черкаська обласна клінічна психіатрична лікарня» ЧОР, м. Сміла Черкаської області (акти впровадження від 02.11.2018 р., 30.11.2018 р., 01.03.2019 р.); КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Стрілеча Харківської області (акт впровадження від 01.04.2019 р.); КУ ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів (акт впровадження від 27.02.2019 р.);

КУ ЗОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Запоріжжя (акт впровадження від 15.02.2019 р.).

Результати дослідження упроваджено в науково-педагогічний процес кафедр психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії м. Полтави (акт впровадження від 05.02.2019 р.); психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 25.01.2019 р.); психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (акт впровадження від 01.03.2019 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є особистою науковою працею здобувача. Автор особисто сформулювала робочу гіпотезу наукової роботи, провела інформаційно-патентний пошук та вивчення вітчизняної і світової медичної літератури, підбір методів дослідження та розподіл за групами пацієнтів, а також соціально-демографічне, клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження пацієнтів, створила комп'ютерну базу даних одержаних результатів та виконала їх математичний аналіз. Здобувач самостійно сформулювала теоретичні положення роботи і практичні рекомендації, впроваджені в практичну діяльність закладів охорони здоров'я, зокрема прогностичні фактори ризику-антиризиків СП у хворих із СД, ХА, ЗД, розробила та оцінила ефективність комплексної диференційованої програми МППП СП у пацієнтів із деменціями.

Особистий внесок здобувача в роботах, виконаних у співавторстві, відображено в публікаціях № 15, № 24, № 29.

Апробація результатів дисертації. Основні положення, матеріали та результати дисертації доповідалися та обговорювалися на міжнародних та вітчизняних наукових форумах: науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мозок та стрес» (1–2 жовтня 2015 року, м. Дніпропетровськ); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях» (6–7 жовтня 2016 року, м. Ужгород); V національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики» 16–17 березня 2017 року, м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти фармакотерапії захворювань нервової системи» (14–15 березня 2018 року, м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (17–18 травня 2018 року, м. Харків); науковому симпозиумі з міжнародною участю «Разом задля покращання неврологічного та психічного здоров'я» (3–4 жовтня 2018 року, м. Запоріжжя); обласній науково-практичній конференції наркологів та психіатрів «Актуальні питання психіатрії та наркології» (22 лютого 2019 року, м. Ромни Сумської області); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (15–16 травня 2019 року, м. Харків); науково-практичному симпозиумі «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (3–4 жовтня 2019 року, м. Тернопіль); науково-практичній конференції з

міжнародною участю «Оптимізація психофармакологічних підходів до лікування психічних і поведінкових розладів (4–5 червня 2020 року, м. Харків).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 33 друковані праці, з яких 23 статті (зокрема, 21 одноосібна): 20 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України, 3 – в міжнародних виданнях, віднесених до наукометричної бази Scopus, 10 – тези в матеріалах конгресів, конференцій, симпозіумів (зокрема, 2 – у закордонному виданні, віднесеному до першого і другого квартилів (Q1 і Q2) відповідно до класифікації SCImago Journal and Country Rank або Journal Citation Reports.

Обсяг і структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 257 сторінках машинописного тексту. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків і списку використаних джерел, що містить 350 найменування (186 – кирилицею, 164 – латиницею). Роботу ілюстровано 42 рисунками, 65 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дизайн дослідження та характеристика обстежених. В основу роботи покладено результати дослідження 208 хворих на деменції, зокрема, 75 пацієнтів із ХА, 73 хворих на СД та 60 хворих із ЗД. Серед обстежених виділені групи пацієнтів за чинником наявності чи відсутності СП в анамнезі та під час клініко-психопатологічного обстеження. До основної групи увійшли 105 пацієнтів із СП, а до контрольної – 103 пацієнти без ознак СП. Групи за наявності СП та без неї були групами порівняння. Серед пацієнтів із ХА основну групу становили 36 хворих, групу порівняння – 39 хворих; при СД 39 осіб увійшли до основної групи та 34 – до контрольної; при ЗД 30 пацієнтів становили основну групу та 30 – контрольну.

В основній групі пацієнтів із деменцією при ХА в 58,33 % виявляли деменцію з пізнім початком (F00.1), у 27,78 % – ХА атипового типу (F00.2) та в 13,89 % – деменцію з раннім початком (F00.0). У контрольній групі пацієнтів із раннім початком було 53,85 %, із пізнім початком – 35,90 %, із атиповим типом ХА – 10,26 %.

Серед хворих із СД в основній групі 33,33 % мали діагноз підкіркова СД (F01.2), 25,64 % – мультиінфарктна (F01.1), 15,38 % – СД з гострим початком (F01.0), по 15,38 % – змішана (F01.3) та неуточнена СД (F01.9). У контрольній групі пацієнтів із мультиінфарктною СД було 38,24 %, із деменцією з гострим початком – 23,53 %, з неуточненою СД – 14,71 %, та з підкірковою і змішаною СД – по 11,76 %.

В основній групі пацієнтів із ЗД спостерігалось поєднання деменції при ХА з раннім початком та підкіркової СД (F00.0/F01.2) – 33,33 %, поєднанням деменції з пізнім початком при ХА та підкірковою СД (F00.1/F01.2) – 16,67 %, мультиінфарктною (F00.1/F01.1) – 16,67 % та неуточненою СД (F00.1/F01.9) – 16,67 %, а 16,67 % пацієнтів були з поєднанням атипової деменції при ХА та мультиінфарктної СД (F00.2/F01.1). У контрольній групі із ЗД 20,00 %

пацієнтів мали діагноз поєднаної деменції при ХА з раннім початком та змішаної СД і неуточненої СД – 20,00 %, у 20,00 % хворих був установлений діагноз деменції при ХА з пізнім початком і підкіркової СД.

Дослідження проводили на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру ім. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни, геріатричного пансіонату, міської лікарні № 4 м. Сум, обласної спеціалізованої лікарні № 1 м. Ромен Сумської області впродовж 2015–2018 років із додержанням принципів біоетики та медичної деонтології.

Аналіз соціально-демографічних та клініко-анамнестичних особливостей пацієнтів порівнюваних груп показав таке.

В основній групі переважали пацієнти 78–88 років ($p \leq 0,005$), а в контрольній – хворі 56–66 років ($p \leq 0,05$). За статтю хворі на деменцію були розподілені таким чином: в основній групі були 61 чоловік ($(58,09 \pm 3,62) \%$) та 44 жінки ($(41,90 \pm 3,07) \%$). У контрольній групі – 52 чоловіки ($(50,48 \pm 3,48) \%$) та 51 жінка ($(49,51 \pm 3,45) \%$), імовірних розбіжностей за статтю виявлено не було.

Встановлено, що серед хворих із СП при ХА більшість становили чоловіки ($(58,6 \pm 4,84) \%$, $p \leq 0,01$), самотні ($(44,4 \pm 8,4) \%$, $p < 0,001$), із низьким рівнем освіти ($(66,7 \pm 7,97) \%$, $p < 0,001$). Серед хворих із деменцією внаслідок ХА без СП переважали особи жіночої статі ($(61,5 \pm 5,66) \%$, $p \leq 0,01$), із вищою освітою ($(30,8 \pm 7,49) \%$, $p < 0,01$) та одружені ($(46,2 \pm 8,09) \%$, $p < 0,001$).

Більшість обстежених із СП при СД були чоловічої статі ($(64,1 \pm 7,78) \%$), у віковій категорії 78–88 років ($(43,6 \pm 8,04) \%$, $p \leq 0,05$) та самотні особи ($(48,7 \pm 8,11) \%$, $p < 0,001$). У групі пацієнтів без ознак СП при СД домінували також чоловіки ($(55,9 \pm 8,64) \%$) та особи, які перебували в шлюбі й мали сім'ю ($(52,9 \pm 8,69) \%$, $p < 0,05$).

Аналіз соціально-демографічних особливостей пацієнтів із ЗД свідчив про те, що в основній групі переважали особи старечого віку 78–88 років ($(83,3 \pm 6,92) \%$, $p < 0,001$), водночас у контрольній групі більшість пацієнтів були віком 40–55 років ($(20,0 \pm 7,43) \%$, $p < 0,01$) та 67–77 років ($(30,0 \pm 8,51) \%$, $p < 0,001$).

За статтю пацієнти із ЗД основної і контрольної груп розподілилися рівномірно: чоловіки і жінки по $50,0 \pm 9,28 \%$. Повну середню освіту мали ($66,7 \pm 8,75 \%$) пацієнтів основної та ($50,0 \pm 9,28 \%$) – контрольної груп, середню спеціальну та вищу по ($10,0 \pm 5,57 \%$ та $20,0 \pm 7,43 \%$ відповідно). Аналіз сімейного стану показав таке: одружених було ($66,7 \pm 8,75 \%$ – в основній та $50,0 \pm 9,28 \%$ – в контрольній групі), вдівців (по $16,7 \pm 6,92 \%$ та $30,0 \pm 8,51 \%$), самотніх осіб ($16,7 \pm 6,92 \%$ та $20,0 \pm 7,43 \%$ відповідно). У групі хворих із ЗД ймовірних розбіжностей за статтю, сімейним станом і рівнем освіти між пацієнтами основної та контрольної груп встановлено не було.

Вивчення клініко-анамнестичних особливостей у пацієнтів із різними типами деменцій свідчило про те, що у хворих із СП при ХА спостерігалася (порівняно з групою контролю) супутня соматична патологія у формі цукрового діабету (ЦД) ($(11,1 \pm 5,31) \%$), хронічного обструктивного

захворювання легень (ХОЗЛ) ($(11,1 \pm 5,31) \%$) та деформівного остеоартрозу (ДОА) ($(11,1 \pm 5,31) \%$, $p < 0,05$). Більшість пацієнтів із СП при ХА мала в анамнезі суїцидальні спроби ($(33,3 \pm 7,97) \%$, $p < 0,001$), черепно-мозкові травми (ЧМТ), переломи кісток тулуба та кінцівок, страждала на хронічну алкогольну залежність (відповідно по $(11,1 \pm 5,31) \%$, $p < 0,05$).

Соматична патологія в групі пацієнтів із СП при СД була представлена переважно цереброваскулярним ураженням у формі гіпертонічної хвороби (ГХ) та дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП) ($(56,4 \pm 8,04) \%$) та $(41 \pm 7,98) \%$), контрольній групі – $(61,8 \pm 8,46) \%$ і $(52,9 \pm 8,69) \%$. Проте достовірних розбіжностей за частотою цереброваскулярної патології в порівнюваних групах встановлено не було. Аналіз результатів засвідчив, що достовірно частіше в основній групі при СД спостерігалася кардіальна патологія у формі ішемічної хвороби серця (ІХС) ($(46,2 \pm 8,09) \%$, $p < 0,001$). Серед анамнестичних факторів у пацієнтів із СП при СД асоціювалися: ЧМТ ($(41,0 \pm 7,98) \%$, $p < 0,01$), оперативні втручання ($(35,9 \pm 7,78) \%$, $p < 0,001$) та суїцидальні спроби ($(28,2 \pm 7,3) \%$, $p < 0,001$). Специфічних спадкових чинників СП при СД виявлено не було, але спадкова обтяженість хворих обох груп виявлялася когнітивними порушеннями у поєднанні з цереброваскулярною патологією.

Вивчення етіопатогенетичних чинників розвитку СП у хворих із ЗД свідчило про те, що в пацієнтів із СП достовірно частіше спостерігалися поєднання цереброваскулярної патології з ЦД ($(50,0 \pm 9,28) \%$ та $(0 \pm 0) \%$, $p < 0,001$), гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за геморагічним типом в анамнезі ($(16,7 \pm 6,92) \%$ та $(0 \pm 0) \%$ відповідно, $p < 0,05$), ЧМТ та суїцидальні спроби впродовж життя (по $(16,7 \pm 6,92) \%$ та $(0 \pm 0) \%$ відповідно, $p < 0,05$). Фактором спадкової обтяженості при ЗД із СП були когнітивні порушення ($(16,7 \pm 6,92) \%$ та $(0 \pm 0) \%$, $p < 0,05$).

Таким чином, наведені дані свідчать про наявність соціально-демографічних та клініко-анамнестичних факторів, асоційованих із СП за різних видів деменцій.

Вибір методів дослідження ґрунтувався на біопсихосоціальному підході та вмещував такі блоки: клініко-патопсихологічне, психодіагностичне, психометричне, нейровізуалізаційне та нейрофізіологічне дослідження та статистичний метод оброблення одержаних результатів.

Клініко-психопатологічний метод передбачав збирання скарг, анамнестичних даних, проведення клінічного інтерв'ю, оцінювання симптомів та синдромів у динаміці та доповнювався використанням психометричних методик: коротка оцінна шкала оцінювання психічного статусу (Mini Mental State Examination – MMSE, M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. Hugh, 1975) – для визначення ступеня когнітивного дефіциту; клінічна рейтингова шкала деменції (Clinical Dementia Ratingscale – CDR, Morris, 1993) – для визначення ступеня порушення мислення, пам'яті, орієнтування, здатності до соціальної взаємодії та незалежності в побуті; шкала оцінювання ризику суїциду (The Sad Persons Scale) (Patterson et al., 1983) – для оцінювання ризику суїциду; оцінювання самосвідомості смерті ((В. Л. Гавенко та співавт., 2001) – для визначення рівня усвідомлення смерті; Лос-Анджелеська шкала суїцидального ризику

(А. І. Нечипоренко, В. К. Шамрей, 2007) – для виявлення значущих чинників, що впливали на формування СП у хворих із різними клінічними варіантами деменцій; шкала Гамільтона для оцінювання депресії (HDRS, М. Hamilton, 1967) – для визначення ступеня вираженості депресії та її типу; індекс активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index, за F. Mahoney, D. Barthel, 1965; С. Granger і співавт., 1979; D. Wade, 1992) – для визначення рівня обмеження самообслуговування хворих.

Психодіагностичний метод реалізовували за допомогою опитувальника Басса – Даркі – для визначення рівня особистісної агресії в досліджуваних пацієнтів (И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников, 2008).

Метод нейровізуалізації ГМ здійснювали за допомогою КТ – для визначення структурних особливостей ГМ пацієнтів із високим СР за різних варіантів деменцій. Дослідження проводили на обчислювальному рентгенівському томографі «Toshiba action 16» (Туманська Н.В. із співавт., 2018).

Нейрофізіологічний метод (електроенцефалографічне (ЕЕГ) дослідження ГМ) здійснювали за допомогою системи комп'ютерної ЕЕГ AxonSt для виявлення змін біоелектричної активності ГМ хворих порівнюваних груп (Белоусова Л. В., Разумникова О. М., Вольф Н. В., 2015).

Метод статистичного аналізу інформації реалізовували за допомогою пакета статистичного оброблення інформації Statistica Electronic Futures 6,0 та програмного пакета Excel. Для виявлення достовірних відмінностей у порівнюваних групах використовували критерій Стюдента – Фішера (t). Для визначення взаємозв'язків між параметрами, які вивчали, застосовували метод кореляційного аналізу, тобто визначали коефіцієнт кореляції Пірсона (r) з врахуванням напрямку, сили та значущості зв'язків. Також оцінювали діагностичну цінність одержаних результатів (діагностичні коефіцієнти (ДК)) і міри інформативності (МІ) Кульбака (Гублер Е. В., Генкин А. А., 1973; Е. В. Сидоренко, 2001).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що феноменологія СП за різних типів деменцій має специфічні особливості. Так, при ХА 50,00 % хворих висловлювали бажання скоїти самогубство, у 41,67 % пацієнтів визначалися суїцидальні думки, у 25,00 % хворих були зафіксовані суїцидальні наміри та в 11,11 % пацієнтів в анамнезі мали місце суїцидальні спроби. Необхідно зазначити, що серед суїцидальних спроб, які були здійснені пацієнтами цієї групи, переважали повішання ((5,56 ± 1,54) %) та отруєння медикаментами ((5,56 ± 1,54) %).

При СД відзначали переважання 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 скоювалися через повішання та в 7,69 % випадків – із використанням гострих предметів (ножі, леза та ін.). Водночас 25,64 % хворих мали наміри щодо скоєння суїциду в майбутньому та в 5,13 % пацієнтів був зафіксований антивітальний настрій.

У хворих із ЗД аналіз феноменології СП показав, що в переважній більшості пацієнтів цієї групи була зафіксована наявність суїцидальних думок

((66,67 ± 13,27) %) та намірів ((50,00 ± 12,19) %). Потрібно зазначити, що в 16,67 % пацієнтів в анамнезі фіксували суїцидальні спроби, що здійснювалися через потрапляння під колеса автотранспорту ((16,67 ± 5,25) %), також у хворих із ЗД був зафіксований антивітальний настрій ((16,67 ± 5,25) %).

Аналіз вираженості СР за різних типів деменцій продемонстрував, що у 58,33 % пацієнтів із ХА був установлений високий СР, а в 41,67 % – низький. У хворих на СД високий СР зафіксований у 54,79 % пацієнтів, а низький – у 42,47 % хворих. При ЗД у 48,33 % хворих відзначали високий СР, а в 51,67 % – низький. Тобто ХА 58,33 % та СД 54,79 % є більш уразливими формами деменцій, які характеризуються найбільш високим СР.

Усі хворі були поділені на основну і контрольну групи за фактором вираженості СР, що первинно визначали за клінічними ознаками та анамнестичними даними. Аналіз вираженості СР за різних типів деменції за шкалою оцінювання ризику суїциду (The Sad Persons Scale) дозволив об'єктивізувати розподіл груп на основну та контрольну. Так, у пацієнтів із ХА в основній групі всі пацієнти відрізнялися наявністю високого СР (100 %), пацієнтів із низьким СР в основній групі визначено не було. При СД в основній групі у 75,00 % відзначали високий СР та 25,00 % – низький СР. У групі порівняння спостерігали протилежну тенденцію: в 67,74 % пацієнтів був установлений низький СР, а в 32,26 % пацієнтів – високий СР. При ЗД у 66,67 % пацієнтів основної групи визначали високий СР та в 33,33 % – низький СР. У групі порівняння в більшості хворих був установлений низький СР (70,00 %).

Аналіз клініко-психопатологічної структури СП за різних форм деменцій дозволив визначити їх специфічні відмінності.

Так, клінічними ознаками, що відрізняли пацієнтів із СП при ХА, були: в'язкість мислення (33,33 %), переважання депресії (77,78 %), тривоги (55,56 %), замкнутості (52,78 %), вираженості гіпобулії (77,78 %) і гіпомімії (52,78 %), зниження лібідо (80,56 %), стереотипність мовлення (88,89 %), наявність сенсорної афазії (33,33 %), звуження обсягу уваги (100 %), вираженість фіксаційної та прогресуючої амнезії (58,33 % та 77,78 %).

Клініко-психопатологічними ознаками, що відрізняли пацієнтів основної групи при СД були: деталізованість мислення (46,15 %), виражена емоційна лабільність (53,85 %), гіпербулія (30,77 %), гіперкінезія й ехопраксія (30,77 % і 33,33 %) та наявність конфабуляцій (20,51 %).

Пацієнтів із СП при ЗД характеризували: прискореність або в'язкість мислення (20,00 % та 33,33 %), розірваність розумового процесу (26,67 %), вираженість емоційної лабільності (43,33 %), відчуття виснаженості (66,67 %), гіпербулія (30,00 %), парабулія (36,67 %), зниження лібідо (26,67 %), порушення реалізації вольового зусилля (наявність гіпомімії, паракінезії та ехопраксії (40,00 %, 40,00 % і 30,00 %), наявність сенсорної та оптико-мнестичної афазії (43,33 % та 56,67 %), розсіяності та звуження обсягу уваги (76,67 % і 96,67 %), вираженість фіксаційної та прогресуючої амнезії (63,33 % та 76,67 %).

У процесі дослідження встановлений взаємозв'язок СП із депресією. Були визначені особливості депресивних порушень у пацієнтів із різними типами

деменції. Так, при ХА в пацієнтів основної групи було виявлене переважання гальмівного (43,18 %, $p \leq 0,05$) та ажитованого (39,20 %, $p \leq 0,05$) типів депресії, серед симптомів яких реєструвалися наявність суїцидальних намірів ($(2,56 \pm 1,27)$ бала, $p \leq 0,0001$), багаторазові пробудження вночі ($(1,22 \pm 0,80)$ бала, $p \leq 0,01$), травні ($(1,00 \pm 0,83)$ бала, $p \leq 0,025$), загальносоматичні ($(1,33 \pm 0,48)$ бала, $p \leq 0,01$) й генітальні порушення ($(1,00 \pm 0,96)$ бала, $p \leq 0,001$) та збережена критика до власної хвороби ($(1,00 \pm 0,68)$ бала, $p \leq 0,0001$).

При СД в основній групі було зафіксоване переважання гальмівного (41,32 %, $p \leq 0,01$), соматизованого (36,22 %, $p \leq 0,05$) та ажитованого (34,33 %, $p \leq 0,05$) типів депресії, що виявлялося відчуттям безнадії й безпорадності ($(5,67 \pm 4,11)$ бала, $p \leq 0,01$), симптомами дезорганізації та дезорієнтації ($(5,51 \pm 3,98)$ бала, $p \leq 0,01$), підозрілістю ($(4,62 \pm 2,56)$ бала, $p \leq 0,0001$), почуттям провини ($(1,90 \pm 2,63)$ бала, $p \leq 0,025$), напруженістю ($(3,74 \pm 2,76)$ бала, $p \leq 0,005$), наявністю суїцидальних намірів ($(2,08 \pm 3,84)$ бала, $p \leq 0,025$), генітальних симптомів ($(1,10 \pm 0,97)$ бала, $p \leq 0,025$), численних пробуджень уночі ($(1,36 \pm 0,74)$ бала, $p \leq 0,05$) та зловживанням алкоголем ($(2,90 \pm 3,94)$ бала, $p \leq 0,05$).

При ЗД в основній групі визначені переважання гальмівного (42,42 %, $p \leq 0,05$) та ажитованого (37,04 %, $p \leq 0,0001$) типів депресії, наявність суїцидальних намірів ($(2,17 \pm 1,36)$ бала, $p \leq 0,0001$), труднощів під час засинання ($(1,33 \pm 0,75)$ бала, $p \leq 0,0001$), параноїдних симптомів ($(1,83 \pm 1,70)$ бала, $p \leq 0,05$), вираженість добових коливань настрою ($(1,33 \pm 0,75)$ бала, $p \leq 0,001$), відчуття безнадії й безпорадності ($(5,67 \pm 4,13)$ бала, $p \leq 0,005$), агресії та почуття провини (83,33 %, $p \leq 0,0001$).

Вивчення рівня когнітивного дефіциту (КД) в пацієнтів із високим СР за різних типів деменцій свідчило про таке. При ХА в 33,33 % пацієнтів основної групи визначали легкий ступінь деменції, у 25,00 % пацієнтів – помірний, у 36,11 % – тяжкий, а в 5,56 % – окремі ознаки КД. У групі порівняння в більшості хворих був установлений тяжкий ступінь деменції (53,85 %). Доведено, що в пацієнтів із ХА високий СР достовірно переважав у групах із легким ступенем деменції та її окремими ознаками, а низький рівень СР – у групі з тяжким ступенем деменції.

При СД та ЗД у більшості пацієнтів основної (51,28 % та 50,00 % відповідно) та контрольної (51,28 % та 50,00 % відповідно) груп був установлений помірний (41,18 % і 50,00 % відповідно) ступінь деменції. Ймовірних розбіжностей між групами визначено не було.

Для розуміння феноменології СП за різних типів деменцій був проведений кореляційний аналіз, що дозволив установити певні зв'язки між особливостями клінічної картини та характером проявів СП.

Аналіз кореляційних зв'язків при деменціях унаслідок ХА засвідчив, що ВПФ СП пов'язані з деменцією з раннім початком ($r = 0,575$), атипичним варіантом ХА ($r = 0,734$) та наявністю депресивних симптомів ($r = 0,682$). Зовнішньоповедінкові форми СП – з деменцією із пізнім початком ($r = 0,699$) та деменцією помірного ступеня вираженості ($r = 0,507$).

У пацієнтів із СД ВПФ СП корелювали з мультиінфарктною деменцією ($r = 0,503$), легким ($r = 0,645$) та помірним ($r = 0,707$) ступенями деменції, маячними симптомами ($r = 0,512$), а ЗПФ СП – зі змішаною кірковою та підкірковою СД і СД із гострим початком ($r = 0,549$ та $r = 0,559$ відповідно), наявністю галюцинаторних симптомів ($r = 0,637$).

При ЗД ВПФ СП корелювали з поєднанням атипової деменції при ХА з мультиінфарктною СД ($r = 0,897$), а також із поєднанням раннього початку при ХА та підкірковою СД ($r = 0,500$), тяжким ступенем КД ($r = 0,632$), депресивними симптомами ($r = 0,500$), а ЗПФ СП – із поєднанням ХА з пізнім початком із підкірковою СД ($r = 0,897$) та галюцинаторними симптомами ($r = 0,897$).

На підставі одержаних даних були визначені психопатологічні механізми формування СП залежно від форми та ступеня тяжкості деменції, а саме: депресивний, психотичний та когнітивний.

При *когнітивному механізмі формування тригером* СП було усвідомлення власної соціальної та побутової неспроможності, неповноцінності існування та на фоні вираженого порушення організаційних, конструктивних, виконавчих функцій, ослаблення ментального контролю за поведінкою. При цьому механізмі завершені спроби самогубства малоімовірні через порушення механізмів планування та реалізації суїцидальних задумів.

При *депресивному механізмі формування СП* суб'єктивно високу значущість для пацієнтів набували депресивний настрій, вітальний афект туги та надцінні почуття провини, безнадії, безпорадності, безперспективності існування на тлі іпохондризації соматичних проявів, перебільшення фінансових та міжособистісних проблем. У таких умовах переважно формувались ідеаторні прояви СП (суїцидальні думки й антивітальний настрій).

Психотичний механізм суїцидогенезу при деменціях виявлявся імпульсивними суїцидальними діями (ЗПФ СП) під впливом галюцинаторних, маячних та/або змішаних симптомів. Цей механізм формування СП виявився найбільш небезпечним щодо скоєння непередбачуваних суїцидальних спроб.

Доведено, що при деменції внаслідок ХА СП формується переважно за *депресивним та когнітивним механізмами* (38,89 % та 47,22 % відповідно); при СД – за *психотичним та когнітивним механізмами* (35,90 % та 41,03 % відповідно); при ЗД рівнозначно реалізуються всі механізми СП (*когнітивний, депресивний і психотичний* – 33,33 %, 36,67 % та 30,00 % відповідно).

Результати проведеного кореляційного аналізу дозволили визначити інтраперсональні та екстраперсональні чинники ризику СП як для групи деменцій у цілому, так і для кожного виду патології зокрема. До інтраперсональних чинників СП при деменціях віднесені клініко-психопатологічні, особистісно-психологічні та анамнестичні фактори; до екстраперсональних – психогенії, показники комунікативної дисфункції і порушень соціального функціонування.

Інтраперсональні фактори ризику СП при деменціях були представлені клініко-психопатологічними особливостями, що полягали у вираженості депресії ($r = 0,550$), зокрема гальмівного ($r = 0,790$) та ажитованого ($r = 0,773$),

фобічного або соматичного типів ($r = 0,703$ та $r = 0,735$ відповідно); у переважанні таких симптомів депресії, як пригнічений настрій ($r = 0,730$), порушення сну у формі середньої та пізньої інсомнії ($r = 0,616$ та $r = 0,618$, відповідно), загальмованості ($r = 0,615$) та соматичної тривоги ($r = 0,554$).

До особистісно-психологічних рис, що підвищують ризик СП, віднесені наявність та вираженість відчуття ворожості ($r = 0,514$), підозрливості ($r = 0,514$), образливості ($r = 0,532$).

Анамнестичні предиктори були представлені наявністю суїцидальних намірів ($r = 0,561$) та депресивних епізодів у минулому ($r = 0,782$).

Екстраперсональні фактори ризику СП віддзеркалювали гострий вплив психогеній ($r = 0,583$) у вигляді втрати грошей, роботи або статусу ($r = 0,698$) і характеризувалися збільшенням симптомів стресу ($r = 0,685$).

Тобто до недиференційованих чинників ризику СП при деменціях незалежно від їх клінічного варіанта віднесені: наявність і вираженість депресивних порушень, вплив повторних, гострих психогеній, підвищена ворожість, наявність суїцидальних спроб у минулому та депресивні епізоди в анамнезі.

На наступному етапі дослідження оцінювали багатофакторні чинники ризику СП при кожному окремому варіанті деменції (ХА, СД, ЗД).

Специфічними інтраперсональними чинниками СП при ХА були легкий ступінь деменції ($r = -0,542$); відносно збережені конструктивні ($r = -0,671$), мовні ($r = -0,401$) та виконавчі ($r = -0,592$) функції на тлі зниження мнестичних функцій ($r = 0,542$); відчуття труднощів щодо ухвалення рішень ($r = 0,720$); вираженість депресії ($r = 0,505$); переважання ажитованого її типу ($r = 0,646$); почуття провини ($r = 0,694$); наявність суїцидальних намірів ($r = 0,887$); порушення сну (наявність ранньої ($r = 0,659$), середньої ($r = 0,710$) або пізньої ($r = 0,586$) інсомнії); наявність депресивних епізодів упродовж життя ($r = 0,605$).

Екстраперсональні чинники СП при ХА були представлені факторами психічної травматизації («небезпечна для життя хвороба» ($r = 0,727$) та «втрата роботи, грошей або статусу» ($r = 0,616$)); повторюваністю впливу стресів ($r = 0,539$); комунікативною дисфункцією у формі порушення міжособистісних зв'язків ($r = 0,759$); порушенням соціального функціонування ($r = -0,606$), що виявлялося в зниженні індексу життєвої активності ($r = -0,584$), звуженні кола інтересів ($r = 0,609$), зменшенні незалежності в самообслуговуванні ($r = 0,507$) та виконання повсякденних справ поза домом ($r = 0,697$).

При СД до *інтраперсональних чинників СП* належали: депресія ($r = 0,481$) вираженого ступеня ($r = 0,549$), соматизованого типу ($r = 0,558$); наявність добових коливань настрою ($r = 0,613$); порушення сну (наявність ранньої ($r = 0,684$), середньої ($r = 0,527$) або пізньої ($r = 0,618$) інсомнії); підвищення рівня підозрливості ($r = 0,817$); обтяжений суїцидологічний анамнез ($r = 0,558$) та депресивні епізоди в минулому ($r = 0,550$).

Екстраперсональні суїцидогенні чинники при СД були представлені факторами психічної травматизації у вигляді «втрати коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням» ($r = 0,552$), «втрати роботи, грошей чи статусу»

($r = 0,562$); порушенням міжособистісних комунікацій у вигляді відсутності джерел фінансової підтримки у хворих ($r = 0,690$).

При *ЗД інтраперсональними чинниками ризику* були: КД, що виявлявся в порушенні орієнтування ($r = 0,666$); торпідність мислення ($r = 0,571$); труднощі щодо ухвалення рішень ($r = 0,475$); переважання гальмівного ($r = 0,528$) типу депресії; труднощі під час засинання ($r = -0,870$); відчуття безнадії та беспорядності ($r = 0,613$), соматичної тривоги ($r = 0,774$); наявність соматичних і геніальних симптомів ($r = 0,687$, $r = 0,687$ відповідно) з іпохондричною фіксацією на них ($r = 0,630$); зниження критичності ($r = 0,568$); переважання непрямої агресії ($r = 0,715$); почуття провини ($r = 0,688$) та негативізм ($r = 0,865$).

До *екстраперсональних факторів ризику СП* при *ЗД* належать: чинники психічної травматизації; «зміни в житті чи оточенні» ($r = 0,610$); порушення міжособистісних комунікацій; відсутність джерел фінансової підтримки ($r = 0,586$); особливості соціального функціонування; зниження рівня соціального функціонування ($r = -0,577$), що виявлялося звуженням кола спілкування з оточенням ($r = -0,565$) та незалежною поведінкою поза домом ($r = 0,674$).

Вищевикладене свідчить про багатовекторність складових формування СП при деменціях. З одного боку, СП зумовлена послабленням антисуїцидальних механізмів (відсутність підтримки близького оточення, втрата соціального статусу, фінансових статків, значущого іншого, дефіцит комунікацій, залежність від оточення) та посиленням деструктивних суїцидогенних психопатологічних впливів (КД, зниження продуктивності мислення та, як наслідок, зниження ментального контролю за поведінкою, численні емоційні й афективні прояви у формі депресивного синдрому, інсомнії), посилення психогенних чинників та порушення комунікацій.

Результати нейровізуалізаційного дослідження за допомогою КТ пацієнтів порівнюваних груп дозволили виявити певний взаємозв'язок між структурними змінами ГМ хворих на деменції різних типів та СР, які можна розглядати як відповідні діагностичні предиктори високого СР за цієї патології.

За даними КТ, при деменції внаслідок ХА більшість хворих порівнюваних груп мали атрофічні зміни ГМ унаслідок нейродегенеративного процесу у формі атрофії звивин мозку в лобовій і скроневої частках ГМ і мозочка ($(69,4 \pm 7,79) \%$ – в основній та $(74,4 \pm 7,08) \%$ – в контрольній групах), розширення субарахноїдальних просторів ($(86,1 \pm 5,85) \%$ та $(84,6 \pm 5,85) \%$ відповідно), поглиблення щілин мозку ($(41,7 \pm 8,33) \%$ та $(56,4 \pm 8,04) \%$ відповідно). Проте у хворих із низьким СР частіше фіксували наявність нейровізуалізаційних змін у формі розширення шлуночкової системи мозку ($(27,8 \pm 7,57) \%$ – в основній та $(51,3 \pm 8,11) \%$ – в контрольній групах, $p \leq 0,001$) і хронічної церебральної ішемії у вигляді зниження густини речовини ГМ у проекції базальних ядер та білої речовини ($(27,8 \pm 7,57) \%$ і $(66,7 \pm 7,65) \%$ відповідно, $p \leq 0,05$). У цих умовах можна припустити, що більш глибоке органічне ураження та приєднання судинної патології у формі хронічної ішемії ГМ асоціювалися з низьким СР при ХА.

Аналізуючи структурні предиктори СП при СД виявилось, що хворі з високим СР частіше мали нейровізуалізаційні зміни у вигляді перивентрикулярного лейкоареозису ($(66,7 \pm 7,65) \%$ – в основній та $(41,2 \pm 8,57) \%$ – в контрольній групах, $p \leq 0,05$); атрофічні зміни у формі розширення субарахноїдальних просторів ($(82,1 \pm 6,23) \%$ та $(55,9 \pm 8,64) \%$ відповідно, $p \leq 0,05$), цистерн основи ГМ ($(48,7 \pm 8,11) \%$ та $(17,6 \pm 6,64) \%$ відповідно, $p \leq 0,01$), поглиблення щілин ГМ ($(66,7 \pm 7,65) \%$ та $(29,4 \pm 7,93) \%$ відповідно, $p \leq 0,001$).

Навпаки, ознаки хронічної ішемії, що візуалізувалися зниженням густини речовини мозку в проєкції базальних ядер та білої речовини мозку ($(33,3 \pm 7,65) \%$ – в основній та $(73,5 \pm 7,68) \%$ – контрольній групах, $p \leq 0,001$), перенесені мозкові катастрофи за типом інфарктів у басейні правої та лівої середніх мозкових артерій (СМА) ($(15,4 \pm 5,85) \%$ – в основній та $(44,1 \pm 8,64) \%$ – в контрольній групах, $p \leq 0,01$) асоціювалися з низьким СР у хворих на СД.

При ЗД фактором СР, за даними КТ дослідження було розширення субарахноїдальних просторів ($(100,0 \pm 0) \%$ – в основній та $(80,0 \pm 7,43) \%$ – в контрольній групах, $p \leq 0,01$), перивентрикулярний лейкоареозис ($(86,7 \pm 6,31) \%$ та $(60,0 \pm 9,1) \%$ відповідно, $p \leq 0,005$), розширення цистерн основи ГМ ($(86,7 \pm 6,31) \%$ та $(40,0 \pm 9,1) \%$ відповідно, $p \leq 0,001$), зниження густини речовини ГМ у проєкції базальних ядер ($(100,0 \pm 0) \%$ та $(80,0 \pm 7,43) \%$ відповідно, $p \leq 0,01$), гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним та ішемічним типами (розрив аневризми, інфаркт мозку в басейні СМА і задньої мозкової артерії (ЗМА) ($(16,7 \pm 6,92) \%$ – в основній групі, порівнюючи $(0 \pm 0) \%$ – в контрольній групі, $p \leq 0,05$). Фактором низького СР при ЗД було поглиблення щілин ГМ в $(33,3 \pm 8,75) \%$ – в основній, порівнюючи $(40 \pm 9,1) \%$ – в контрольній групі; $p \leq 0,001$).

Встановлено, що хворі обох груп мали неспецифічні зміни біоелектричної активності ГМ у вигляді наявності та переважання патологічних хвиль δ - та θ -діапазонів. Під час фонового дослідження виявлені специфічні відмінності, асоційовані з СР. Зокрема, ЕЕГ-дослідження продемонструвало переважання спектральної щільності θ -ритму у хворих без СР по всій поверхні мозку порівняно з основною групою ($p < 0,001$) та δ -ритму в проєкції лобно-потиличних відведень ($p < 0,001$). Незважаючи на глибоке органічне ураження ЦНС при деменціях, хворі з високим СР мали кращу функціональну здатність ГМ порівняно з групою контролю, про що свідчило відносне переважання активності в α -діапазоні ($p < 0,05$).

До зональних ЕЕГ-корелятивів високого СР належать відносне збільшення спектральної щільності та амплітуди (в мкВ) швидкого альфа-ритму в правих центральних (С4) ($(109,4 \pm 2,5)$ – в основній групі, порівняно з $(64,5 \pm 4,1)$ – в контрольній) та скроневих ділянках (Т4) ($(132,2 \pm 3,4)$ – в основній групі, $(70,0 \pm 3,8)$ – в контрольній групі при $p < 0,001$), що свідчить про менше ураження мозкових структур патологічним процесом.

Навпаки, переважання спектральної щільності повільного θ -ритму по всій поверхні ГМ ($p < 0,001$) та δ -ритму в проєкції Fp2 ($(82,3 \pm 4,3)$ – в основній та $(116,1 \pm 7,6)$ – в контрольній групах, $p < 0,001$), F3 ($(54,8 \pm 4,0)$ та $(68,1 \pm 4,6)$

відповідно, $p < 0,05$), F4 ((52,4 ± 3,0) та (67,3 ± 4,5) відповідно, $p < 0,01$), C4 ((52,0 ± 3,5) та (62,0 ± 3,5) відповідно, $p < 0,05$), P3 ((44,4 ± 2,9) та (58,9 ± 3,3) відповідно, $p < 0,01$), O1 ((67,6 ± 2,4) та (89,4 ± 5,1), $p < 0,001$), O2 ((68,5 ± 3,3) і (85,8 ± 3,5) відповідно, $p < 0,001$) відведень свідчить про більш виражене органічне ураження та глибокий КД, що запобігають ментальному процесу формування та реалізації СП.

Аналізуючи одержані дані, необхідно зазначити, що з прогресуванням патоморфологічних змін у ГМ внаслідок нейродегенеративного та судинного процесів при деменціях СР зменшується. Навпаки, на початкових стадіях дементуючого процесу за відносно збереженої функціональної здатності ГМ ризик формування та реалізації СП є високим.

За результатами клініко-психопатологічного дослідження з урахуванням варіантів дементуючого процесу були розраховані ДК та МІ, що дозволяють прогнозувати формування СП.

Визначено, що при ХА клініко-психопатологічними діагностичними ознаками СР є деменція з пізнім початком (ДК = 2,11; МІ = 0,24) та атипова деменція (ДК = -4,33; МІ = 0,38), легкий ступінь вираженості деменції (ДК = -5,79; МІ = 0,83), наявність додаткових депресивних симптомів (ДК = -4,03; МІ = 0,47). Діагностичними ознаками відсутності СП при ХА є деменція з раннім початком (ДК = 5,88; МІ = 1,18), тяжкий ступінь вираженості деменції (ДК = 1,74; МІ = 0,15).

При СД діагностичною ознакою СП є наявність підкіркової СД (ДК = -4,52; МІ = 0,49). Наявність додаткової маячної симптоматики є діагностичною ознакою відсутності СП при СД (ДК = -6,62; МІ = 0,61).

При ЗД діагностичними ознаками СП є поєднання клінічних ознак деменції при ХА з раннім початком та підкіркової СД (ДК = -5,23; МІ = 0,61); поєднання клінічних ознак деменції при ХА з пізнім початком та неуточною СД (ДК = 2,73; МІ = 0,31); поєднання клінічних ознак атипової деменції при ХА і мультиінфарктної СД (ДК = 3,10; МІ = 0,41); наявність додаткових депресивних та галюцинаторних симптомів (ДК = -5,23; МІ = 0,61). Діагностичними ознаками відсутності СП при ЗД є відсутність додаткової симптоматики (ДК = 3,80; МІ = 0,44).

Аналіз клініко-психопатологічної структури ВПФ та емоційної сфери дозволив визначити диференційовані клініко-психопатологічні діагностичні критерії СП за кожного типу деменцій.

Діагностичними ознаками СП пацієнтів при ХА є: в сфері мислення – в'язкість (ДК = 4,03; МІ = 0,47); в афективній сфері – вираженість депресії (ДК = 1,81; МІ = 0,24) і тривоги (ДК = 2,22; МІ = 0,25), замкнутості (ДК = 2,72; МІ = 0,33); у вольовій сфері – вираженість гіпобулії (ДК = 2,27; МІ = 0,36), гіпомімії (ДК = 4,68; МІ = 0,82), зниження лібідо (ДК = 10,20; МІ = 3,72); в сфері мовних функцій – стереотипність мовлення (ДК = 4,15; МІ = 0,43), наявність сенсорної афазії (ДК = 4,15; МІ = 0,43); у когнітивній сфері – звуження обсягу уваги (ДК = 2,49; МІ = 0,54); вираженість фіксаційної та прогресуючої амнезії (ДК = 2,78; МІ = 0,38 та ДК = 2,27; МІ = 0,36 відповідно) на тлі високого рівня самосвідомості смерті (ДК = 5,49; МІ = 1,13).

Визначені такі діагностичні ознаки СП при ЗД: в сфері мислення – прискореність (ДК = 8,57; МІ = 0,74), в'язкість (ДК = 3,36; МІ = 0,30), розірваність мислення (ДК = 4,15; МІ = 0,34); в афективній сфері – емоційна лабільність (ДК = 2,90; МІ = 0,31), відчуття виснаженості (ДК = 3,01; МІ = 0,50); у вольовій сфері – гіпербулія (ДК = 4,31; МІ = 0,41) і парабулія (ДК = 5,19; МІ = 0,66), зниження лібідо (ДК = 5,40; МІ = 0,51), порушення реалізації вольового зусилля (наявність гіпомімії, паракінезії та ехопраксії (ДК = 3,48; МІ = 0,38; ДК = 11,58; МІ = 2,16 та ДК = 5,56; МІ = 0,60 відповідно); в сфері мовних функцій – наявність сенсорної та оптико-мнестичної афазії (ДК = 5,29; МІ = 0,81 та ДК = 2,65; МІ = 0,34 відповідно); в сфері когнітивних функцій – розсіяність та звуження обсягу уваги (ДК = 3,62; МІ = 0,78 та ДК = 2,34; МІ = 0,47 відповідно); вираженість фіксаційної (ДК = 3,14; МІ = 0,51) та прогресуючої амнезії (ДК = 2,20; МІ = 0,34).

Діагностичними ознаками СП при СД визначені: в сфері мислення – деталізованість мислення (ДК = 3,35; МІ = 0,59); в емоційній – емоційна лабільність (ДК = 3,84; МІ = 0,61); у вольовій сфері – гіпербулія (ДК = 4,42; МІ = 0,43), гіперкінезія та ехопраксія (ДК = 7,43; МІ = 0,94 і ДК = 6,02; МІ = 0,75 відповідно); в когнітивній сфері – наявність конфабуляцій (ДК = 4,22; МІ = 0,48).

Проведені комплексні дослідження дозволили визначити інформативні діагностичні ознаки СП за різних типів деменцій, асоційовані зі статтю.

Клініко-психопатологічними інформативними ознаками у чоловіків із СП при ХА є наступні порушення в когнітивній сфері (в порядку зменшення інформативності): порушення пам'яті (ДК = 0,736; МІ = 0,772), здатності рахувати (ДК = -0,90; МІ = 1,05), орієнтування (ДК = 0,877; МІ = 0,97), зокрема орієнтування в часі (ДК = -0,94; МІ = 1,03); в афективній сфері: зниження критичності (ДК = 0,737; МІ = 0,351), наявність та вираженість суїцидальних намірів (ДК = 0,607; МІ = 0,636), торпідність психічних процесів (ДК = 0,525; МІ = 0,412); у сфері міжособистісних комунікацій та соціальної взаємодії: порушення соціального функціонування (ДК = 2,265; МІ = 2,291) і взаємодії з оточенням (ДК = 0,58; МІ = 0,50).

У жінок із СП при ХА діагностичну значущість набували переважно ознаки депресивних проявів: афективні коливання впродовж однієї доби (ДК = -3,044; МІ = 4,204) та ступінь їх вираженості (ДК = -2,754; МІ = 3,017), наявність параноїдних симптомів (ДК = -1,910; МІ = 3,013).

У чоловіків із СД діагностичними ознаками СП були депресивні порушення у формі: вираженої депресії (ДК = 7,998; МІ = 12,20), суїцидальних намірів (ДК = 2,411; МІ = 4,464); нездатності до виконання робіт (ДК = 0,423; МІ = 0,391); рухової загальмованості та/або збудженості ((ДК = 0,623; МІ = 0,480 та ДК = 1,070; МІ = 1,345) відповідно); психічної (ДК = 0,841; МІ = 0,714) та соматичної (ДК = 0,648; МІ = 0,526) тривоги; схильності до іпохондрії (ДК = 1,070; МІ = 1,00); генітальних симптомів (ДК = 1,665; МІ = 1,55).

У жінок із СП при СД діагностичні ознаки виявлені переважно у сфері когнітивних функцій: вираженість КД (ДК = 8,568; МІ = 11,888) за рахунок порушень здатності до орієнтування в часі (ДК = 1,35; МІ = 2,40), у просторі

(ДК = 0,67; МІ = 0,94), здібностей до виконання рахункових операцій (ДК = 2,86; МІ = 6,42), виконання команд (ДК = 0,970; МІ = 1,198), зорово-просторових орієнтацій (ДК = 1,62; МІ = 0,482).

У чоловіків із ЗД інформативними ознаками СП були: мнестичні порушення (ДК = 0,459; МІ = 0,275); депресивні порушення – втрата ваги (ДК = 1,986; МІ = 1,589); порушення соціального функціонування – нездатність до самообслуговування (ДК = 0,750; МІ = 0,750).

У жінок із СП при ЗД до діагностичних ознак віднесені: наявність у когнітивній сфері дезорієнтування на місці (ДК = 1,029; МІ = 1,716), порушення здатності сприймати та відтворювати інформацію (ДК = 0,657; МІ = 0,657); в афективній сфері – вираженість депресії (ДК = -0,963; МІ = 1,281), тривоги (ДК = -1,22; МІ = 1,31), суїцидальних намірів (ДК = -1,037; МІ = 1,452), порушень сну у формі середньої інсомнії (ДК = -1,500; МІ = 1,290).

Вивчення кореляційних зв'язків СР з когнітивними та клініко-психопатологічними проявами в гендерному аспекті засвідчило таке. У чоловіків при деменції внаслідок ХА СР був прямо пов'язаний сильними та помірними зв'язками з такими депресивними проявами, як відчуття безнадії, безпорадності ($r = 0,821$), суїцидальні наміри ($r = 0,798$), труднощі із засинанням ($r = 0,586$) та часті пробудження вночі ($r = 0,675$), депресивний настрій ($r = 0,651$) і його вираженість ($r = 0,523$), почуття провини ($r = 0,597$), наявність депресивних епізодів у минулому ($r = 0,594$), ажитована депресія ($r = 0,591$); в когнітивній сфері прямі помірні кореляції встановлено між СР та порушенням виконавчих функцій ($r = 0,621$).

У жінок із СП при деменції внаслідок ХА усі достовірні кореляції віддзеркалювали наявність взаємозв'язку із супутньою депресивною симптоматикою: відчуттям безнадії, безпорадності ($r = 0,821$), наявністю суїцидальних намірів ($r = 0,657$), депресивного настрою ($r = 0,602$) та депресивних епізодів у минулому ($r = 0,541$), ажитованою депресією ($r = 0,501$), порушенням сну у формі середньої інсомнії ($r = 0,588$). Здатність до виконання команд ($r = -0,591$) характеризувалася зворотним зв'язком із СР.

У чоловіків із СД високий СР був пов'язаний у когнітивній сфері із порушеною здатністю до виконання команд ($r = 0,513$); в афективній – із відчуттям безнадії та безпорадності ($r = 0,802$), суїцидальними намірами ($r = 0,776$), порушеннями сну (рання ($r = 0,604$), середня ($r = 0,634$), пізньою інсомнією $r = 0,507$), відчуттям провини ($r = 0,564$), наявністю хронічних захворювань ($r = 0,503$), наявністю ($r = 0,521$) та вираженістю депресії ($r = 0,501$), зокрема, гальмівного ($r = 0,501$) та ажитованого ($r = 0,517$) типів.

У жінок із СД сильні кореляційні зв'язки СР виявлено з такими клініко-психопатологічними ознаками, як відчуття безнадії та безпорадності ($r = 0,808$), суїцидальні наміри ($r = 0,757$); помірні – з наявністю депресивної симптоматики ($r = 0,501$) та її вираженістю ($r = 0,505$), депресивними епізодами в анамнезі ($r = 0,521$), ранньою ($r = 0,593$) та середньою ($r = 0,610$) інсомнією, почуттям провини ($r = 0,527$).

Серед чоловіків при ЗД із СП сильні та помірні прямі кореляційні зв'язки зафіксовано з відчуттям безнадії та безпорадності ($r = 0,842$), почуттям провини ($r = 0,645$), наявністю суїцидальних намірів ($r = 0,843$), депресивним настроєм ($r = 0,661$) та його вираженістю ($r = 0,531$), порушенням усіх фаз сну (ранньою ($r = 0,628$), середньою ($r = 0,713$), пізньою ($r = 0,519$) інсомнією), з ажитованим типом депресії ($r = 0,601$) та симптомами надмірної збудженості ($r = 0,517$).

У жінок із ЗД виявлений сильний взаємозв'язок СР з показниками суїцидальних намірів ($r = 0,886$), порушень сну ($r = 0,609$), відчуття безнадії та безпорадності ($r = 0,863$), провини ($r = 0,643$).

Одержані дані свідчать про те, що формування СР більшою мірою пов'язане з депресивною симптоматикою, ніж із порушенням когнітивних функцій (відчуття безнадії та безпорадності, суїцидальні наміри сильно корелювали з високим СР незалежно від статі за всіх варіантів деменцій). Помірно сприяли росту СР наявність та вираженість депресивного настрою, депресивні епізоди в анамнезі, різноманітні порушення сну, почуття провини, наявність ажитованого або гальмівного типів депресивного порушення, хронічні соматичні захворювання.

Загальною тенденцією для усіх клінічних варіантів деменцій була більша спорідненість окремих клініко-психопатологічних симптомів та СР у чоловіків, ніж у жінок. Іншими словами, в жінок на формування СП психопатологічна симптоматика впливала меншою мірою.

*Проведені клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психометричне (за шкалами Гамільтона, Бартела, MMSE, CDR, Лос – Анджелеською шкалою СР), психодіагностичне дослідження (за методикою Баса-Даркі) та результати кореляційного аналізу (r) дозволили визначити предиктори СП у пацієнтів із різними варіантами деменцій, що базуються на аналізі впливу інтраперсональних та екстраперсональних чинників (табл. 1). Предикторами СП при ХА були такі *клініко-психопатологічні* характеристики: легкий ступінь деменції (33,33 %, $p \leq 0,005$), вираженість депресії ($1,78 \pm 1,24$ бали, $p \leq 0,025$), переважання ажитованого її типу (32,69 %, $p \leq 0,05$), суїцидальні наміри ($2,56 \pm 1,27$ бали, $p \leq 0,0001$), багаторазові пробудження вночі ($1,22 \pm 0,80$ бали, $p \leq 0,01$); *особистісні особливості*: роздратованість, образливість, негативізм та підозрілість ((51,52%, $p \leq 0,0001$; 58,33 %, $p \leq 0,05$; 53,33%, $p \leq 0,0001$ та 56,67 %, $p \leq 0,0001$) відповідно), почуття провини (77,78 %, $p \leq 0,0001$); *анамнестичні*: наявність депресивних епізодів у минулому ($4,67 \pm 4,28$ бала, $p \leq 0,0001$); *фактори психічної травматизації*: «небезпечна для життя хвороба» ($5,67 \pm 4,17$ бала, $p \leq 0,0001$), «втрата роботи, грошей або статусу» ($r = 0,616$), повторюваність дії стресів ($r = 0,539$); *характеристики соціального функціонування*: легкий ступінь залежності від оточення (44,44 %, $p \leq 0,0005$), відсутність емоційних ($5,67 \pm 3,88$ бала, $p \leq 0,0001$), фінансових ($4,67 \pm 4,06$ бала, $p \leq 0,0001$) та комунікативних ($4,22 \pm 4,22$ бала, $p \leq 0,0001$) джерел підтримки.*

Таблиця 1

Диференційовані предиктори суїцидальної поведінки в пацієнтів із різними варіантами деменції

Предиктор суїцидальної поведінки	Хвороба Альцгеймера	Судинна деменція	Змішана деменція
Варіант деменції	<ul style="list-style-type: none"> ✓ деменція при ХА з пізнім початком; ✓ деменція при ХА атипова або змішаного типу 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ підкріпка СД 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ поєднання клінічних ознак деменції при ХА з раннім початком та підкоркової СД; ✓ поєднання клінічних ознак деменції при ХА з пізнім початком та неуточненої СД; ✓ поєднання клінічних ознак атипової деменції при ХА та мультинфарктної СД
Характеристики когнітивних порушень	<ul style="list-style-type: none"> ✓ легкий ступінь деменції та окремі ознаки когнітивного дефіциту 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ легкий та помірний рівні вираженості деменції 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ КД зі значними порушеннями концентрації уваги та виконавчих функцій
Клініко-психонатологічні предиктори	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість ажитованого типу депресії; ✓ відчуття безнадії та безпорадності; ✓ почуття провини; ✓ суїцидальні наміри; ✓ багаторазові пробудження вночі; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість соматизованого типу депресії; ✓ дезорганізація та дезорієнтація; ✓ роздратованість і підозрілість; ✓ напруженість й тривога; ✓ геніальні симптоми; ✓ суїцидальні наміри; ✓ багаторазові пробудження вночі 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість гальмівного типу депресії; ✓ суїцидальні наміри; ✓ рання інсомнія; ✓ параноїдні симптоми; ✓ наявність та вираженість добових коливань; ✓ відчуття безнадії та безпорадності; ✓ соматична тривога; ✓ роздратованість й підозрілість; ✓ наявність хронічних захворювань, що ослаблюють
Фактори психічної травматизації	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата роботи, грошей, статусу; ✓ повторюваність дії стресів; ✓ небезпечна для життя хвороба 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата коханої людини у зв'язку зі смертю чи розлученням; ✓ втрата роботи, грошей, статусу; ✓ небезпечна для життя хвороба 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням; ✓ зміни в житті чи в оточенні
Анамнестичні предиктори	<ul style="list-style-type: none"> ✓ наявність депресивних епізодів у минулому 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ наявність попередніх суїцидальних спроб; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ наявність попередніх суїцидальних спроб; ✓ наявність депресивних епізодів у минулому
Характеристики соціального функціонування	<ul style="list-style-type: none"> ✓ переважання легкого рівня залежності від оточення; ✓ відсутність емоційних, фінансових, комунікативних джерел підтримки 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ відсутність джерел фінансової підтримки 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ відсутність емоційної та фінансової підтримки; ✓ виражена залежність від оточення
Особистісні особливості	<ul style="list-style-type: none"> ✓ роздратованість; ✓ образливість; ✓ негативізм і підозрілість; ✓ почуття провини 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ переважання фізичної та непрямой агресії; ✓ роздратованість; ✓ образливість 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ переважання вербальної, непрямой агресії; ✓ почуття провини

При СД предикторами СП були клініко-психопатологічні прояви: соматизований тип депресії (36,22 %, $p \leq 0,05$), дезорганізація та дезорієнтація ((5,51 \pm 3,98) бала, $p \leq 0,01$), роздратованість й підозрілість ((4,62 \pm 2,56) бала, $p \leq 0,0001$), напруженість й тривога ((3,74 \pm 2,76) бала, $p \leq 0,005$), суїцидальні наміри ((1,85 \pm 1,53) бали, $p \leq 0,0001$), генітальні симптоми ((1,10 \pm 0,97) бала, $p \leq 0,025$), багаторазові пробудження уночі ((1,36 \pm 0,74) бала, $p \leq 0,05$); особистісні особливості: підвищення рівня фізичної (56,36%) непрямої агресії (57,58 %) ($p \leq 0,025$ та $p \leq 0,05$) відповідно), а також образливості (76,14 %, $p \leq 0,01$) й роздратованості (60,33 %, $p \leq 0,01$); анамнестичні: обтяжений суїцидологічний анамнез ($r = 0,550$); фактори психічної травматизації: «небезпечна для життя хвороба» ((4,77 \pm 4,48) бали, $p \leq 0,01$), «втрата коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням» ($r = 0,552$), «втрата роботи, грошей, статусу» ($r = 0,562$); характеристики соціального функціонування: відсутність джерел фінансової підтримки ($r = 0,690$).

При ЗД предикторами СП були клініко-психопатологічні характеристики: КД із значним порушенням концентрації уваги (20,00 %; $p \leq 0,05$) та виконавчих функцій (39,00 %, $p \leq 0,005$), гальмівний тип депресії (42,42 %, $p \leq 0,05$), труднощі під час засинання ((1,33 \pm 0,75) бала, $p \leq 0,0001$), параноїдні симптоми ((1,83 \pm 1,70) бала, $p \leq 0,05$), відчуття безнадії та безпорадності ((5,67 \pm 4,13) бали, $p \leq 0,005$), соматична тривога (1,67 \pm 1,26 бали, $p \leq 0,0001$); особистісні особливості: переважання непрямої (63,89%, $p \leq 0,01$) агресії та почуття провини (83,33%, $p \leq 0,0001$); анамнестичні: обтяжений суїцидологічний анамнез ((1,50 \pm 1,41) бала, $p \leq 0,01$) та депресивні епізоди в минулому ((3,00 \pm 2,31) бала, $p \leq 0,0025$); фактори психічної травматизації: «втрата коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням» ((4,50 \pm 3,57) бала, $p \leq 0,0001$), «зміни в житті чи в оточенні» ((4,33 \pm 3,42) бала, $p \leq 0,01$); характеристики соціального функціонування: відсутність емоційної ((3,33 \pm 3,13) бала, $p \leq 0,001$), фінансової підтримки ((2,83 \pm 2,08) бала, $p \leq 0,025$), виражена залежність від оточення (33,33 %, $p \leq 0,05$). Розроблена програма комплексної диференційованої МПРП СП у хворих на деменції враховує механізми та предиктори СП, визначені за результатами проведеного комплексного аналізу. Основною метою розробленого комплексу є профілактика СП за рахунок редукції депресивної симптоматики, стабілізації настрою і когнітивного статусу хворого, зниження аутоагресії, підвищення соціального функціонування та автономії пацієнтів із деменцією (редукція впливу інтерперсональних і екстраперсональних чинників).

Запропонована програма МПРП базується на комплексному підході до реабілітації, поєднує фармакотерапію, психотерапію (кризова психотерапія, раціональна психотерапія, арт-терапія, сімейна психотерапія), психоосвіту, психологічні тренінги (тренінг когнітивних, комунікативних, соціальних навичок) з додержанням принципів: системності, комплексності, інтегративності, етапності; диференційованого характеру впливів, своєчасності надання допомоги (рис. 1).

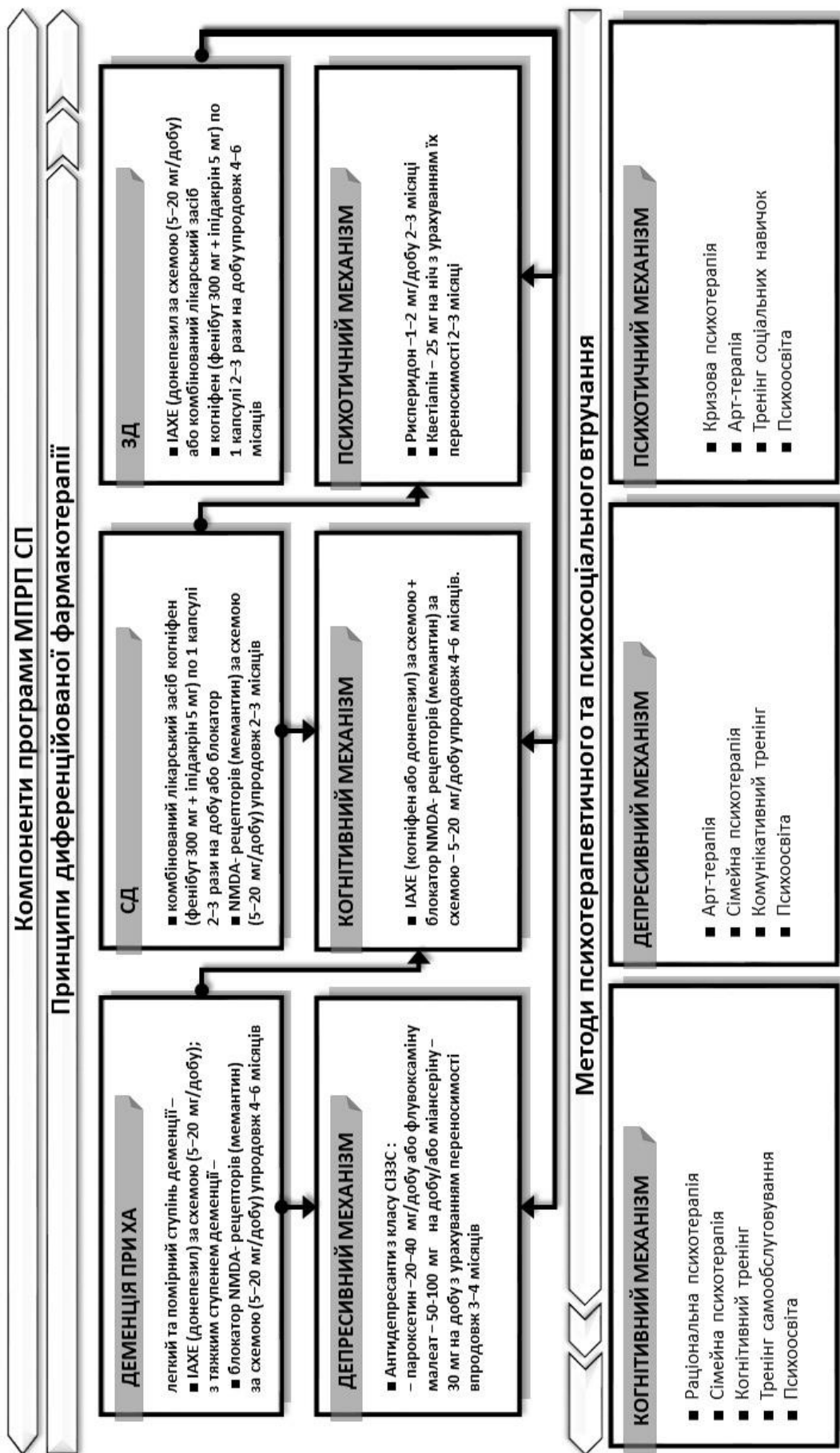


Рис. 1. Комплексна диференційована програма МПРП СП при деменціях

Диференційований підхід у профілактиці СП пацієнтів із деменціями полягав в урахуванні чинників СР (екстра- та інтраперсональних), механізмів формування СП (когнітивний, депресивний та психотичний), клініко-психопатологічних корелятивів СП (зокрема, гендерно обумовлених) за різних типів деменцій.

У процесі реалізації програми МПРП СП були виділені такі етапи: I – діагностичний етап; II – етап активного втручання (формування мотивації на лікування, стабілізація психоемоційного стану, терапевтичне втручання та психологічна «перебудова»); III – психопрофілактичний етап (етап підтримувального лікування та профілактика).

Фармакотерапію проводили диференційовано залежно від типу та ступеню вираженості деменції, клініко-психопатологічного механізму, особливостей СП, вона була спрямована на зниження ризику суїциду, редукцію депресивної та психотичної симптоматики і відновлення когнітивних можливостей пацієнтів.

Пацієнтам з деменцією при ХА із легким та помірним ступенями деменції як базові препарати призначали інгібітори ацетилхолінестерази (ІАХЕ) (донепезил) з титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу); з тяжким ступенем деменції – препарат із групи блокаторів NMDA- рецепторів (мемантин) із титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу) упродовж 4–6 місяців.

Патогенетичне лікування пацієнтів із СД включало комбінований лікарський засіб когніфен (фенібут 300 мг + іпідакрін 5 мг) по 1 капсулі 2–3 рази на добу або препарат із групи блокаторів NMDA- рецепторів (мемантин) із титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу) упродовж 2–3 місяців.

У хворих із ЗД базове лікування включало ІАХЕ (донепезил) з титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу) або когніфен по 1 капсулі 2–3 рази на добу упродовж 4–6 місяців.

Хворим на деменцію з депресивним механізмом СП призначали: патогенетичне лікування + антидепресанти з класу селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) (пароксетин – 20–40 мг/добу, або флувоксаміну малеат – 50–100 мг/добу, або міансерин – 30 мг/добу з урахуванням переносимості упродовж 3–4 місяців).

Хворим на деменцію з когнітивним механізмом СП без додаткової психопатологічної симптоматики одночасно призначали препарат з групи ІАХЕ (когніфен або донепезил) за схемою + препарат із групи блокаторів NMDA- рецепторів (мемантин) із титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу) упродовж 4–6 місяців.

Хворим на деменцію з психотичним механізмом СП призначали: базову терапію залежно від типу деменції + рисперидон – 1–2 мг/добу, та/або кветіапін – 25 мг на ніч з урахуванням їх переносимості (2–3 місяці).

Індивідуалізована система психотерапевтичного та психосоціального втручання включала для пацієнтів із когнітивним механізмом СП раціональну і сімейну психотерапію, когнітивні тренінги, тренінг самообслуговування та психоосвіту; для пацієнтів із депресивним механізмом СП – арт-терапію та сімейну психотерапію, комунікативні тренінги і психоосвіту; з психотичним механізмом – кризову психотерапію та арт-терапію, тренінг соціальних навичок і психоосвітні заняття.

В апробації комплексної диференційованої програми МПРП СП хворих на деменцію взяли участь 199 пацієнтів із СП при деменціях, з яких 107 осіб пройшли лікування відповідно до розробленої програми (основна група), 92 особи отримали традиційне лікування (контрольна група). Порівняльний аналіз результатів ефективності розробленої програми проводили за такими критеріями: оцінювання динаміки психічного та когнітивного стану, СР і СП, депресивної симптоматики й агресивності, а також показників соціального функціонування незалежності в повсякденному житті.

Оцінюючи ефективність розробленої та апробованої програми МПРП СП, було встановлено, що в 72,9 % пацієнтів діагностовано покращання психічного стану та редукцію ознак СП, а після використання традиційних форм профілактики – лише у 40,2 % (ДК = 2,58; МІ = 0,43, $p < 0,001$).

Порівняння показників ефективності в обох групах показало, що в групі хворих, які пройшли курс лікування за розробленою програмою, відзначалася редукція СР та СП, зменшення проявів депресивної симптоматики й агресивності, покращання когнітивних функцій пацієнтів, а також поліпшення соціального функціонування та незалежності. Згідно з результатами дворічного катамнестичного спостереження в основній групі хворі із суїцидальними думками і суїцидальними спробами становили 22,4 % і 6,54 % відповідно, а в контрольній групі – 48,9 % і 13,0 % ($p < 0,01$, $p < 0,04$ відповідно). Таким чином, катамнестичні дослідження, проведені впродовж двох років, підтвердили стійкість терапевтичного ефекту в основній групі.

За результатами апробації програми комплексної диференційованої МПРП СП хворих на деменції підтверджена її висока ефективність порівняно з традиційними програмами лікування цієї категорії пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. У праці наведені теоретичне обґрунтування та нове вирішення наукової проблеми вивчення предикторів та механізмів формування СП у пацієнтів із різними варіантами деменцій. Доведено значущість соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, особистісно-психопатологічних, нейровізуалізаційних та нейрофізіологічних характеристик в генезі СП у пацієнтів із СД, ЗД та деменцією при ХА, що дозволило визначити інтраперсональні та екстраперсональні чинники й механізми формування

(когнітивний, депресивний та психотичний) СП при деменціях та розробити диференційовану програму МПРП СП у пацієнтів із різними варіантами деменцій.

2. У 56 % випадків при деменції внаслідок ХА, в 65 % при СД і у 56 % при ЗД в клінічній картині спостерігається СП. Доведено, що в структурі СП пацієнтів із ХА переважають антивітальні висловлювання (50 %, $p \leq 0,0001$), у пацієнтів із ЗД – суїцидальні думки та наміри (66,67 % та 50,00 % відповідно, $p \leq 0,025$), серед проявів СП у пацієнтів із СД спостерігаються суїцидальні спроби в анамнезі та антивітальні висловлювання (33,33 % та 35,9 % відповідно, $p \leq 0,01$). Як спосіб суїциду пацієнти із СД частіше обирають самоповішення (20,51 %, $p \leq 0,05$), а із ЗД – кидання під транспорт (16,67 %, $p \leq 0,05$).

3. Аналіз соціально-демографічних та клініко-анамнестичних характеристик пацієнтів із СП при деменціях показав, що високий СР при ХА мають чоловіки (58,6 %, $p \leq 0,01$), самотні (44,4 %, $p < 0,001$), з низьким рівнем освіти (66,7 %, $p < 0,001$), такі, які мають супутню соматичну патологію у формі ЦД, ХОЗЛ, ДОА, в анамнезі – травми, алкогольну залежність та суїцидальні спроби ($(11,1 \pm 5,31)$ %, $p < 0,001$).

При СД переддиспозиційними чинниками СП були чоловіча стать ($(64,1 \pm 7,78)$ %, $p < 0,05$), самотність ($(48,7 \pm 8,11)$ %, $p < 0,001$), вік 78–88 років ($(43,6 \pm 8,04)$ %, $p \leq 0,05$), супутня ІХС ($(46,2 \pm 8,09)$ %, $p < 0,001$), перенесені ЧМТ ($(41,3 \pm 7,98)$ %, $p < 0,01$), оперативні втручання ($(35,9 \pm 7,78)$ %, $p < 0,001$) та суїцидальні спроби в анамнезі ($(28,2 \pm 7,30)$ %, $p < 0,001$).

При ЗД переддиспозиційні чинники формування СП включали супутню соматичну патологію у вигляді ЦД ($(50,9 \pm 9,28)$ %, $p < 0,05$).

4. На підставі одержаних даних визначено основні психопатологічні механізми формування СП залежно від форми, ступеня тяжкості деменції та коморбідної симптоматики, а саме: депресивний, психотичний та когнітивний. При депресивному механізмі у хворих на деменції переважають ВПФ СП (суїцидальні думки), при психотичному – ЗПФ СП (наміри, спроби, антивітальні висловлювання), при когнітивному механізмі спостерігається трансформація форм СП залежно від тяжкості когнітивного дефіциту: легкий ступінь вираженості деменції пов'язаний із ВПФ СП, а помірний – із ЗПФ СП. Високий СР взаємозв'язаний із легким ступенем деменції, відносно збереженими виконавчими функціями.

При деменції внаслідок ХА СП формується переважно за депресивним та когнітивним механізмами (38,89 % та 47,22 % відповідно); при СД – за психотичним і когнітивним механізмами (35,90 % та 41,03 %); при ЗД реалізуються всі механізми СП (когнітивний, афективний і психотичний) (33,33 %, 36,67 % та 30,00 %).

5. Установлено, що предиктори СП хворих на деменції утворюють складний мультифакторний комплекс, який вміщує екстра- та інтраперсональні чинники ризику СП. Інтраперсональні чинники включають клініко-психопатологічні, особистісно-психологічні та анамнестичні особливості пацієнтів із СП, а екстраперсональні – фактори психічної травматизації, показники комунікативної дисфункції та соціального функціонування.

Інтраперсональні фактори ризику СП при деменціях були представлені клініко-психопатологічними особливостями, що полягали у вираженості депресії, зокрема, гальмівного (41,77 %) та ажитованого (35,92 %) типів при $p \leq 0,005$; у переважанні таких симптомів депресії, як пригнічений настрій ((2,00 ± 1,12) бала, $p \leq 0,0001$), порушення сну у формі середньої інсомнії ((1,28 ± 0,74) бала, $p \leq 0,01$), хвилювань, напруження й тривоги ((3,83 ± 2,92) бала, $p \leq 0,0001$). Анамнестичні предиктори були представлені наявністю суїцидальних намірів ((2,07 ± 1,47) бала; $p \leq 0,0001$) у минулому, а також попередніми депресивними епізодами ($r = 0,782$).

До особистісних рис, що значно ускладнюють адаптаційні можливості та підвищують ризик СП, віднесені наявність та вираженість відчуття ворожості (62,14 %, $p \leq 0,05$), роздратованості (54,98 %, $p \leq 0,05$), підозрливості (55,24 %, $p \leq 0,001$) та агресії, що проявлялася фізичною (48,57 %, $p \leq 0,01$) та вербальною (53,97 %, $p \leq 0,025$) формами, почуттями провини (74,07 %, $p \leq 0,025$) та образливості (65,05 %, $p \leq 0,005$).

Екстраперсональні фактори ризику СП при деменціях охоплювали стан соціальної взаємодії пацієнтів із СП та ресурсів їх оточення й відзеркалювали наявність психогенній («небезпечна для життя хвороба» ((4,45 ± 4,37) бала, $p \leq 0,0001$), «втрата роботи, грошей чи статусу» ($r = 0,698$), а також їх гострий вплив ($r = 0,583$), наростання симптомів стресу ($r = 0,685$). Визначено, що повна та виражена залежність від оточення в побуті є фактором ризику СП (51,43 %, $p \leq 0,05$).

6. Вивчення гендерної специфіки СП показало, що для чоловіків провідним психогенним чинником суїцидогенезу є нездатність до реалізації основної соціальної ролі (годувальника), нездатність до самообслуговування та втрата соціальних зв'язків із навколишнім світом, а для жінок – втрата когнітивних здібностей (порушення мислення, запам'ятовування, відтворення інформації, рахунку, просторове дезорієнтування). Характерною для усіх клінічних варіантів деменцій є кореляція окремих клініко-психопатологічних симптомів та СР, яка є більш вираженою в чоловіків, ніж у жінок. Аналіз когнітивного статусу продемонстрував, що при ХА більш глибокий КД є маркером СП для чоловіків, а при СД та ЗД – у жінок.

На формування СП незалежно від статі в більшій мірі впливала депресивна симптоматика, ніж порушення когнітивних функцій. Помірно

сприяють росту СР, як у чоловіків, так і у жінок, наявність та вираженість депресивного настрою, депресивні епізоди в анамнезі, хронічні захворювання, що ослаблюють, різноманітні порушення сну, почуття провини, наявність ажитованого або фобічного типів депресивного порушення, хронічні соматичні захворювання та симптом дереалізації/деперсоналізації.

7. Виявлені структурно-морфологічні кореляти СП при деменціях. У хворих із СП при ХА нейровізуалізаційна картина ГМ характеризується статистично достовірним розширенням цистерн основи ГМ ($(58,8 \pm 8,57) \%$, $p \leq 0,05$), проте хронічна ішемія, що виявляється у зниженні густини речовини мозку в проєкції базальних ядер та білої речовини ($(66,7 \pm 7,65) \%$, $p \leq 0,001$), розширенні шлуночкової системи мозку ($(51,3 \pm 8,11) \%$, $p \leq 0,05$), більш притаманні для хворих без СП.

При СД з СП виявляються нейровізуалізаційні зміни у вигляді перивентрикулярного лейкоареозису ($(66,7 \pm 7,65) \%$, $p \leq 0,05$), розширення субарахноїдальних просторів ($(82,1 \pm 6,23) \%$, $p \leq 0,05$) та поглиблення щілин ГМ ($(66,7 \pm 7,65) \%$, $p \leq 0,001$). Пацієнти без СП характеризувалися статистично достовірним зниженням густини речовини мозку в проєкції базальних ядер та білої речовини ($(73,5 \pm 7,68) \%$, $p \leq 0,001$).

При ЗД з СП реєструвалися розширення субарахноїдальних просторів ($(100 \pm 0) \%$, $p \leq 0,01$), цистерн основи мозку ($(86,7 \pm 6,31) \%$, $p \leq 0,001$), перивентрикулярний лейкоареозис ($(86,7 \pm 6,31) \%$, $p \leq 0,005$), зниження густини речовини ГМ в проєкції базальних ядер ($(100 \pm 0) \%$, $p \leq 0,01$). Пацієнти без СП при ЗД мали достовірно більше поглиблення щілин ГМ ($(40 \pm 9,1) \%$, $p \leq 0,001$).

8. Здійснений аналіз предикторів і механізмів формування СП при деменціях дозволив розробити та впровадити комплексну диференційовану програму МППП СП, що спрямована на розширення міжособистісних комунікацій, відновлення когнітивних здібностей, купірування супутньої депресивної/психотичної симптоматики. Програма МППП СП при деменціях передбачала використання фармакотерапії (ІАХЕ, блокатори NMDA-рецепторів, СІЗЗС, антипсихотичні та нейропротективні засоби), психотерапії (кризової, раціональної, сімейної, арт-терапії), психологічні тренінги (когнітивні, комунікативні, соціальних навичок) та психоосвіту. Вищеперелічені методи використовувалися диференційовано залежно від чинників СР, механізмів СП, гендерно обумовлених клініко-психопатологічних корелятив. Аналіз дієвості запропонованої програми дозволяє зробити висновок щодо ефективності розроблених заходів, що підтверджується динамікою клініко-психопатологічних показників, суїцидологічного статусу, соціального функціонування та рівнем життєдіяльності пацієнтів із СП при деменціях.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для діагностики СР при деменціях доцільно використовувати такі інформативні ознаки:

– для діагностики СР при ХА: деменція при ХА з пізнім початком (ДК = 2,11; МІ = 0,24) та деменція при ХА атипова (ДК = -4,33; МІ = 0,38), легкий ступінь вираженості деменції (ДК = -5,79; МІ = 0,83), наявність додаткових депресивних симптомів (ДК = -4,03; МІ = 0,47); переважання легкого ступеня залежності від оточення (ДК = 7,27; МІ = 1,3);

– для діагностики СР при СД: наявність підкіркової СД (ДК = -4,52; МІ = 0,49);

– для діагностики СР при ЗД: поєднання деменції при ХА з раннім початком та підкіркової СД (ДК = -5,23; МІ = 0,61); поєднання деменції при ХА з пізнім початком і неуточненої СД (ДК = 2,73; МІ = 0,3); наявність додаткових депресивних та галюцинаторних симптомів (ДК = -5,23; МІ = 0,61); тяжкий ступінь деменції (ДК = 2,22; МІ = 0,22).

2. Аналіз клініко-психопатологічної структури ВПФ та емоційної сфери дозволив визначити клінічні діагностичні критерії пацієнтів із СП за різних типів деменцій.

Діагностичними ознаками СП при ХА є: у сфері мислення – в'язкість (ДК = 4,03; МІ = 0,47); в афективній сфері – вираженість депресії (ДК = 1,81; МІ = 0,24) та тривоги (ДК = 2,22; МІ = 0,25), замкнутості (ДК = 2,72; МІ = 0,33); у вольовій сфері – вираженість гіпобулії (ДК = 2,27; МІ = 0,36) і гіпомімії (52,78 %; ДК = 4,68; МІ = 0,82), зниження лібідо (ДК = 10,20; МІ = 3,72); у структурі мовленнєвих функцій – стереотипність мовлення (ДК = 4,15; МІ = 0,43), наявність сенсорної афазії (ДК = 4,15; МІ = 0,43); в когнітивній сфері – звуження об'єму уваги (ДК = 2,49; МІ = 0,54), вираженість фіксаційної та прогресуючої амнезії (ДК = 2,78; МІ = 0,38 та ДК = 2,27; МІ = 0,36 відповідно).

При ЗД з СП: у сфері мислення – прискореність (ДК = 8,57; МІ = 0,74), в'язкість (ДК = 3,36; МІ = 0,30), розірваність мислення (26,67 %; ДК = 4,15; МІ = 0,34); в емоційній сфері – емоційна лабільність (ДК = 2,90; МІ = 0,31), відчуття виснаженості (ДК = 3,01; МІ = 0,50); у вольовій сфері – гіпербулія (ДК = 4,31; МІ = 0,41) і парабулія (ДК = 5,19; МІ = 0,66), зниження лібідо (ДК = 5,40; МІ = 0,51), порушення реалізації вольового зусилля (наявність гіпомімії, паракінезії та ехопраксії (ДК = 3,48; МІ = 0,38; ДК = 11,58; МІ = 2,16 та ДК = 5,5; МІ = 0,60 відповідно); в структурі мовленнєвих функцій – наявність сенсорної та оптико-мнестичної афазії (ДК = 5,29; МІ = 0,81 та

ДК = 2,65; МІ = 0,34 відповідно); *в когнітивній сфері* – розсіяність та звуження об'єму уваги (ДК = 3,62; МІ = 0,78 та ДК = 2,34; МІ = 0,47 відповідно), вираженість фіксаційної (ДК = 3,14; МІ = 0,51) та прогресуючої амнезії (ДК = 2,20; МІ = 0,34).

При СД із СП такими ознаками були: у сфері мислення – деталізованість мислення (ДК = 3,35; МІ = 0,59); *в емоційній сфері* – емоційна лабільність (ДК = 3,84; МІ = 0,61); у вольовій сфері – гіпербулія (ДК = 4,42; МІ = 0,43), гіперкінезія та ехопраксія (ДК = 7,43; МІ = 0,94 та ДК = 6,02; МІ = 0,75 відповідно); у мнестичній сфері – наявність конфабуляцій (ДК = 4,22; МІ = 0,48).

3. Ефективність програми МПРП СП при деменціях базується на принципах етапності (І – діагностичний етап; ІІ – етап активної терапії; ІІІ – психопрофілактичний); комплексності (поєднання фармакотерапії, психотерапії, психоосвіти, психологічних тренінгів); диференційованого характеру реабілітаційних впливів. Серед засобів фармакологічного впливу залежно від типу деменції та ступеню КД ефективною є базова терапія препаратами з групи ІАХЕ (донепезил, когніфен) або блокаторів NMDA-рецепторів (мемантин) упродовж 4-6 місяців, при депресивному механізмі СП додатково призначають антидепресанти з класу СІЗЗС (пароксетин – 20–40 мг/добу, або флувоксаміну малеат – 50–100 мг/добу, або міансерин – 30 мг/добу з урахуванням переносимості) упродовж 3–4 місяців; пацієнтам із психотичним механізмом СП додатково призначають нейролептики в мінімальній ефективній дозі (рисперидон – 1–2 мг/добу та/або кветіапін – 25 мг на ніч) з урахуванням їх переносимості упродовж 2–3 місяців. Хворим на деменцію з когнітивним механізмом СП одночасно призначали препарат з групи ІАХЕ (когніфен або донепезил) за схемою + препарат із групи блокаторів NMDA-рецепторів (мемантин) із титруванням дози за схемою (5–20 мг/добу) упродовж 4-6 місяців.

Методи психотерапевтичного та психосоціального втручання для пацієнтів із *когнітивним механізмом* СП включали раціональну і сімейну психотерапію, когнітивні тренінги, тренінг самообслуговування та психоосвіту; для пацієнтів із *депресивним механізмом* СП – арт-терапію та сімейну психотерапію, комунікативні тренінги і психоосвіту; з *психотичним механізмом* – кризову психотерапію та арт-терапію, тренінг соціальних навичок і психоосвітні заняття.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Мудренко І. Г. Фармакологічна корекція депресивних симптомів у хворих з різними клінічними варіантами деменцій // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 49–54.
2. Мудренко И. Г. Эффективность когнифена в лечении деменций // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. Т. 8, № 3. С. 409–421.
3. Мудренко І. Г. Нейропротекція когнітивного дефіциту у хворих з деменціями альцгеймерівського та неальцгеймерівського типів // Архів психіатрії. 2017. Т. 23, № 3 (90). С. 185–190.
4. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічна структура депресивних розладів у хворих на деменції з високим ризиком суїциду // Архів психіатрії. 2017. Т. 23, № 4 (91). С. 221–224.
5. Мудренко І. Г. Чинники суїцидальної поведінки у хворих із деменцією // Медична психологія. 2017. Т. 12, № 3. С. 53–57.
6. Мудренко І. Г. Біологічні особливості формування суїцидальної поведінки у хворих із деменціями (огляд літератури) // Медична психологія. 2017. Т. 12, № 4. С. 63–68.
7. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні кореляти суїцидального ризику у хворих на деменції // Журнал клінічних та експериментальних досліджень. 2017. Т. 5, № 4. С. 1013–1019.
8. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічні особливості хворих на судинну деменцію з високим ризиком суїциду // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 83–88.
9. Мудренко І. Г. Сучасні погляди на соціально-психологічні, клініко-психопатологічні закономірності суїцидогенезу при деменціях та методи медико-соціальної допомоги // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017. Т. 4, № 2 (8). С. 33–39.
10. Mudrenko I. G. Clinical-psychopathological features of patients with dementia in Alzheimer's disease with high risk of suicide // Inter Collegass. 2017. Vol. 4, № 4. P. 203–210.
11. Мудренко І. Г. Клінічна феноменологія суїцидальної поведінки при деменціях різного типу // Scinse Rise: Medical Science. 2018. № 1 (21). С. 38–44.
12. Mudrenko I. H. Peculiarities of higher psychological functions and emotional sphere in patients with dementia of various types associated with suicidal risk // Inter Collegass. 2018. Vol. 5, № 1. P. 46–49.

13. Мудренко І. Г. Клініко-психопатологічна структура вищих психічних функцій та емоційної сфери у пацієнтів із суїцидальним ризиком при судинній деменції // Медична психологія. 2018. Т. 13, № 1. С. 41–46.

14. Мудренко І. Г. Клінічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих з деменціями різних типів // Журнал клінічних та експериментальних досліджень. 2018. Т. 6, № 1. С. 89–96.

15. Марута Н. А., Потапов А. А., Мудренко І. Г., Сотников Д. Д. Клинико-психопатологические особенности больных с суицидальным поведением при смешанной форме деменции // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2018. Т. 8, № 1. С. 46–59 (*здобувач провела підбір, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, інтерпретацію даних і підготувала статтю до друку*).

16. Мудренко І. Г. Роль порушень вищих психічних функцій в суїцидогенезі при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера // Психосоматична медицина та загальна практика. 2018. Т. 3, № 3. С. 33–41.

17. Мудренко І. Г. Роль соціально-демографічних та клініко-анамнестичних чинників у формуванні суїцидальної поведінки у хворих на деменції // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 77–82.

18. Мудренко І. Г. Гендерний аспект стану когнітивних функцій та соціального функціонування в суїцидогенезі хворих на різні типи деменцій // Журнал клінічних та експериментальних досліджень. 2018. Т. 6, № 2. С. 285–293.

19. Mudrenko I. H. Gender characteristics of depressive symptoms in dementia in patients with suicidal behavior // Inter Collegass. 2018. Vol. 5, № 4. P. 182–187.

20. Мудренко І. Г. Нейрофізіологічні предиктори суїцидального ризику у хворих з деменціями // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4 (97). С. 69–72.

21. Мудренко І. Г. Патоморфологічні особливості головного мозку хворих з деменціями асоційовані із суїцидальним ризиком // Журнал клінічних та експериментальних досліджень. 2018. Т. 6, № 4. С. 416–423.

22. Мудренко І. Г. Агресивність як маркер ризику суїциду у хворих на деменції // Медична психологія. 2018. Т. 13, № 4. С. 47–50.

23. Мудренко І. Г., Потапов А. А., Сотников Д. Д. Гендерно обусловленные корреляты высокого суицидального риска у больных с деменциями различных типов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, № 1. С. 87–94 (*здобувач провела підбір, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, інтерпретацію даних, огляд літератури і підготувала статтю до друку*).

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

24. Maruta N. A., Mudrenko I. H. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia // 25th European congress of psychiatry (Italy, Florence, 1–4 April 2017). *European Psychiatry*. 2017. No. 41. 365 p. *(здобувач провела підбір, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, аналіз даних і підготувала тези до друку)*.

25. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у хворих з деменціями // Тези науково-практичної конференції за міжнародної участі «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я» (м. Київ, 14–15 квітня 2016 р). *Архів психіатрії*. Київ, 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 112–113.

26. Мудренко І. Г. Особливості застосування Когніфену у хворих з різними клінічними варіантами деменцій // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» (м. Харків, 20–21 квітня 2017 р.). Харків, 2017. 194 с.

27. Мудренко І. Г. Порівняльна ЕЕГ-характеристика різних видів деменції // Матеріали міжвузівської конференції «Медицина третього тисячоліття» (ХНМУ, 16–17 січня 2017 року). Харків, 2017. С. 369–371.

28. Мудренко І. Г. Нейрофізіологічні особливості суїцидентів // Всеукраїнська науково-методична конференція, присвячена 25-річчю Медичного інституту СумДУ «Перспективи розвитку медичної науки і освіти» (м. Суми, 16–17 листопада 2017 р.). Суми, 2017. 99 с.

29. Maruta N. A., Mudrenko I. H. Factors of a suicidal behavior in patients with dementia (age, gender aspects, psychotraumatic factors) // 26th European congress of psychiatry (France, Nice, 3–6 March 2018). *European Psychiatry*. 2018. No. 48S. 429 p. *(здобувач провела підбір, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів, аналіз даних і підготувала тези до друку)*.

30. Мудренко І. Г. Взаємозв'язок клініко-анамнестичних особливостей хворих та суїцидального ризику при деменціях // Матеріали науково-практичної конференції за міжнародної участі «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення» (м. Київ, 25–27 квітня 2018 р.). *Архів психіатрії*. Київ, 2018. Т. 24, № 1 (92). С. 325–327.

31. Мудренко І. Г. Соціально-демографічні чинники самогубства при деменціях // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасної медицини і фармації» (до 50-річчя заснування ЗДМУ) (м. Запоріжжя, 30 травня 2018 р.). Запоріжжя, 2018. 90 с. *(здобувач запропонувала ідею роботи, проаналізувала та узагальнила основні статистичні дані)*.

Праці, в яких додатково висвітлені результати дисертації:

32. Мудренко І. Г. Агресивність як маркер ризику суїциду при деменціях // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні проблеми клінічної та фундаментальної медицини» (м. Харків, 14 квітня 2017 р.). Харків, 2017. С. 142–143.

33. Mudrenko I. H., Mudrenko V. Yu. A medical-psychological rehabilitation system helps with suicidal behavior in dementia // Biomedical Perspectives: Abstract book of International Scientific and Practical Conference of Students, Postgraduates and Young Scientists (Sumy, October 16–18, 2019). 2019. 57 p.

АНОТАЦІЯ

Мудренко І. Г. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями.
– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 2020.

Дисертацію присвячено вивченню суїцидальної поведінки (СП) у хворих із різними клінічними варіантами деменцій (при хворобі Альцгеймера (ХА), судинній (СД), змішаній (ЗД)) на основі всебічного клініко-психопатологічного, психодіагностичного, нейровізуалізаційного, нейрофізіологічного обстеження хворих, оцінювання психогенних чинників та ресурсів оточення з метою розроблення прогностичних, діагностичних критеріїв СП та комплексної диференційованої програми медико-психологічної реабілітації та превенції МПРП СП за різних типів деменцій.

Проведено дослідження 203 пацієнтів, зокрема, 75 – із деменцією при ХА, 73 – із СД, та 60 – із ЗД. За чинником наявності/відсутності ознак СП (намірів, спроб, думок, антивітального настрою, висловлювань) пацієнти були поділені на основну та контрольну групи. Серед пацієнтів із ХА 36 пацієнтів становили основну групу, 39 – контрольну; при СД 39 пацієнтів – основну, 34 – контрольну; при ЗД 30 пацієнтів увійшли до основної групи, 30 – до контрольної.

Визначено комплекс чинників ризику-антиризиків СП, феноменологію та типологію суїцидогенезу при деменціях, що стали мішенями для розроблення диференційованої програми МПРП СП для даного контингенту хворих.

Розроблена концепція суїцидогенезу при деменціях, яка визначає механізми формування СП під впливом екстра- та інтраперсональних чинників. Інтраперсональні чинники включали клініко-психопатологічні, особистісно-

психологічні та анамнестичні фактори; екстраперсональні – психогенії, показники комунікативної дисфункції і порушень соціального функціонування.

Визначено психопатологічні механізми формування СП залежно від форми та ступеня тяжкості деменції, наявної коморбідної симптоматики, а саме: депресивний, психотичний і когнітивний, та їх домінування за різних типів деменцій, а також закономірності феноменологічних проявів за різних механізмів СП. Так, при депресивному механізмі переважали внутрішньо-поведінкові форми (ВПФ) СП, при психотичному – зовнішньоповедінкові форми (ЗПФ) СП, при когнітивному механізмі спостерігалася трансформація форм СП залежно від тяжкості когнітивного дефіциту. Вивчено гендерні особливості формування СП при деменціях.

Визначено нейрофізіологічні та нейровізуалізаційні ознаки, що корелюють із СП за різних типів деменцій.

З урахуванням механізмів формування та предикторів СП, особливостей клініко-психопатологічних і клініко-феноменологічних проявів СП за різних типів деменцій розроблено та апробовано комплексну диференційовану програму МПРП СП, що реалізувалася на основі комплексного підходу з використанням психофармакологічних, психотерапевтичних, психоосвітніх та психосоціальних заходів.

За результатами апробації розробленої системи доведена її висока ефективність, що підтверджується позитивною динамікою клініко-психопатологічних показників, суїцидологічного статусу та рівнем незалежності в повсякденному житті пацієнтів із СП при деменціях.

Ключові слова: деменція при хворобі Альцгеймера, судинна, змішана деменція, суїцидальний ризик, суїцидальна поведінка, фактори ризику-антиризик, маркери-мішені, механізми суїцидальної поведінки, клінічна феноменологія, клініко-психопатологічні особливості.

АННОТАЦІЯ

Мудренко І. Г. Суїцидальное поведение у больных с деменциями.
– Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, 2020.

Диссертация посвящена изучению суицидального поведения (СП) у больных с различными этиопатогенетическими клиническими вариантами деменции (при болезни Альцгеймера, сосудистой, смешанной) на основе всестороннего клинико-психопатологического, патопсихологического, психодиагностического, нейровизуализационного, функционального обследования больных, оценки психогенных факторов и ресурсов окружения с целью разработки прогностических, диагностических критериев СП и комплексной дифференцированной программы медико-психологической реабилитации (МПР) и превенции (МПРП) при различных типах деменции.

Проведено исследование 203 пациентов, в том числе 75 – с деменцией при болезни Альцгеймера, 73 – с сосудистой деменцией, и 60 – со смешанной деменцией. По фактору наличия/отсутствия признаков СП (намерений, попыток, мыслей, антивитального настроения, высказываний) пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Среди пациентов с болезнью Альцгеймера 36 пациентов составляли основную группу, 39 – контрольную; при сосудистой деменции 39 пациентов – основную, 34 – контрольную; при смешанной деменции 30 пациентов вошли в основную группу, 30 – в контрольную.

Установлено, что в 56 % случаев при деменции вследствие болезни Альцгеймера, в 65 % при сосудистой деменции и в 56 % при смешанной деменции клинической картины наблюдается СП.

Определен комплекс факторов риска-антириска СП и механизмов суицидогенеза при деменциях, ставших мишенями для разработки дифференцированной программы МПРП СП при деменциях.

Анализ социально-демографических особенностей больных показал, что к группе высокого СР относятся мужчины ($p \leq 0,01$), лица с низким уровнем образования ($p < 0,001$) при болезни Альцгеймера, одинокие при болезни Альцгеймера ($p < 0,001$) и смешанной деменции ($p < 0,001$), в возрасте 77–88 лет при сосудистой деменции ($p \leq 0,05$) и смешанной деменции ($p < 0,001$). Анамнестические предикторы были представлены наличием суицидальных намерений ($r = 0,561$) и попыток в прошлом, а также предшествующими депрессивными эпизодами ($r = 0,782$).

Клиническое исследование продемонстрировало единство и сходство психопатологических проявлений у пациентов с СП в форме: торпидности психических процессов (ДК = 2,41 при сосудистой деменции; ДК = 1,14 при болезни Альцгеймера; ДК = 1,58 при смешанной деменции), бредовых идей самообвинения (ДК = 5,79 при болезни Альцгеймера) и самоуничужения (ДК = 8,95 при сосудистой деменции и ДК = 9,89 при болезни Альцгеймера),

преобладания гипомимии (ДК = 2,72 при болезни Альцгеймера и ДК = 6,02 при смешанной деменции) и гипотимии (ДК = 2,00 при сосудистой деменции; ДК = 4,82 при болезни Альцгеймера; ДК = 2,79 при смешанной деменции), заторможенности речи (ДК = 2,21, ДК = 3,11, ДК = 2,79 соответственно при сосудистой деменции, болезни Альцгеймера и смешанной деменции), истощаемости внимания (ДК = 1,17, ДК = 1,96, ДК = 1,46 соответственно), нарушения коммуникативных функций (замкнутость (ДК = 4,68 при болезни Альцгеймера; ДК = 8,13 при смешанной деменции)) и депрессивного аффекта.

Разработана концепция суицидогенеза при деменциях, что имеет сложную структурно-функциональную организацию, состоящую из различных клинических показателей, способную к динамической трансформации под влиянием экстра- и интраперсональных факторов. Интраперсональные факторы включали клинко-психопатологические, патопсихологические, личностные, анамнестические особенности пациентов с СП, а экстраперсональные – факторы психической травматизации, показали коммуникативной дисфункции и социального функционирования. Изучено клиническую феноменологию и типологию СП при различных типах деменции.

Определены психопатологические механизмы формирования СП в зависимости от формы и степени тяжести деменции, имеющейся коморбидной симптоматики, а именно: депрессивный, психотический и когнитивный, и их доминирование при разных типах деменции, а также закономерности феноменологических проявлений при различных механизмах СП. При деменции вследствие болезни Альцгеймера СП преобладают депрессивный и когнитивный механизмы формирования СП (38,89 % и 47,22 % соответственно); при сосудистой деменции – психотический и когнитивный механизмы (35,90 % и 41,03 % соответственно); при смешанной деменции равнозначно реализуются все механизмы СП (когнитивный, аффективный и психотический) (33,33 %, 36,67 % и 30,00 % соответственно). Доказано, что дополнительные депрессивные симптомы способствовали формированию идеаторных форм СП при болезни Альцгеймера и при смешанной деменции ($r = 0,500$ и $r = 0,316$). Дополнительные галлюцинаторные ($r = 0,897$) и смешанные симптомы ($r = 0,495$) влияли на внешнеповеденческие формы СП при смешанной деменции. Легкая степень выраженности деменции взаимосвязана с идеаторным компонентом СП ($r = 0,482$ при болезни Альцгеймера; $r = 0,645$ при сосудистой деменции; $r = 0,316$ при смешанной деменции), а умеренная – с внешнеповеденческими формами СП ($r = 0,507$ при деменции вследствие болезни Альцгеймера; $r = 0,707$ при сосудистой деменции).

Изучены гендерные особенности формирования СП при деменциях.

Определены нейрофизиологические и нейровизуализационные признаки, коррелирующие с СП при различных типах деменции.

С учетом механизмов формирования и предикторов СП, особенностей клинико-психопатологических и клинико-феноменологических проявлений СП при различных типах деменции разработана и апробирована комплексная дифференцированная программа МПРП СП, что реализовывалась на основе комплексного подхода с использованием психофармакологических, психотерапевтических, психообразовательных и психосоциальных мероприятий.

По результатам апробации разработанной системы доказана ее высокая эффективность, что подтверждается положительной динамикой клинико-психопатологических показателей, суицидологического статуса и уровнем независимости в повседневной жизни пациентов с СП при деменциях.

Ключевые слова: деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая, смешанная деменция, суицидальный риск, суицидальное поведение, факторы риска-антириска, маркеры-мишени, механизмы суицидального поведения, клиническая феноменология, клинико-психопатологические особенности.

SUMMARY

Mudrenko I. H. Suicidal behavior in patients with dementia. – Manuscript.

A thesis on the degree of Doctor of Medicine on specialty 14.01.16 "Psychiatry". – State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine", – Kharkiv, 2020.

The dissertation is devoted to the study of suicidal behavior (SB) in patients with different etiopathogenetic clinical variants of dementia (in Alzheimer's disease (AD), vascular (VD), mixed (MD)) based on the comprehensive clinical and psychopathological, pathopsychological, psychodiagnostic, neuroimaging, functional examinations of patients, assessment of psychogenic factors and resources of the environment in order to develop prognostic, diagnostic criteria of SB and complex differentiated program of medical and psychological rehabilitation (MPR) and SB prevention in various types of dementia.

203 patients were examined, including 75 with dementia at AD, 73 with VD and 60 patients with MD. Patients were divided into main and control group by the factor of presence / absence of signs of SB (intentions, attempts, thoughts, anti-vital mood, statements). Among patients with AD, 36 patients were the main group, 39

were the control group; at VD 39 patients were main group, 34 were control group; in mixed dementia, 30 patients were included in the main group, 30 patients were in the control group.

The complex of factors of SB risk / anti-risk and suicide-genesis mechanisms in dementia, that became the targets for development of differentiated program for MPR patients with SB in dementia were distinguished.

The suicide-genesis concept in dementia that has complex structural and functional organization, formed by various clinical markers, being able to dynamic transformation under the influence of clinical and intra-personal indexes, was worked out. Intra-personal factors included clinical and psychopathological, pathopsychological and social special features of patient with SB, though extrapersonal – psychic traumatizing and surrounding resources. Clinical phenomenology and SB typology of various types of dementia was studied.

Psychopathological mechanisms of SB formation were studied. They depend on the form and level of dementia seriousness, presence of comorbide symptoms, namely: depressive, psychotic and cognitive and their dominance in various types of dementia, and the consistent pattern of phenomenological demonstration in various SB mechanisms. Thus, in the depressive mechanism the internal-behavioral forms of SB prevailed, in psychotic – external-behavioral forms, in cognitive mechanism the transformation of SB depending on the seriousness of cognitive deficiency was observed. The special features of SB formation depending on gender were studied.

Neurophysiologic and neuroimaging features, which correlate with SB in various types of dementia were distinguished.

Accounting the formation mechanisms and SB predictors, special features of clinical and psychopathological, clinical and phenomenological SB demonstration in various types of dementia the complex and differentiated MPR program and SB prevention, realized on the basis of complex approach including usage of psychopharmacological, psychotherapeutic, psychoeducational psychosocial actions was worked out and tested.

The result of the developed system testing proved its high efficiency, which is supported by the positive dynamics of clinical and psychopathological indexes of suicide status and level of independence in the everyday life of patients with SB in dementia

Key words: dementia in Alzheimer's disease, vascular, mixed dementia, suicidal risk, suicidal behavior, risk and anti-risk factors, target markers, mechanisms of suicidal behavior, clinical phenomenology, clinical-psychopathological features.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БАР – біполярний афективний розлад.
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.
ВПФ – вищі психічні функції.
ВПФ СП – внутрішньоповедінкова форма суїцидальної поведінки.
ГАМК – гамма-аміномасляна кислота.
ГМ – головний мозок.
ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу.
ГХ – гіпертонічна хвороба.
ДОА – деформівний остеоартроз.
ЕЕГ – електроенцефалографія.
ЗД – змішана деменція.
ЗМА – задня мозкова артерія.
ЗПФ СП – зовнішньоповедінкова форма суїцидальної поведінки.
ІАХЕ – інгібітори ацетилхолінестерази.
ІМАО – інгібітори моноаміноксидази.
ІХС – ішемічна хвороба серця.
КД – когнітивний дефіцит.
КПП – когнітивно-поведінкова психотерапія.
КТ – комп'ютерна томографія.
МПРП – медико-психологічна реабілітація та превенція.
МРТ – магніторезонансна томографія.
ООН – Організація Об'єднаних Націй.
ПМА – передня мозкова артерія.
СД – судинна деменція.
СП – суїцидальна поведінка.
СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну.
СМА – середньомозкова артерія.
СР – суїцидальний ризик.
ХА – хвороба Альцгеймера.
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень.
ЦД – цукровий діабет.
ЧМТ – черепно-мозкова травма.
DLB – деменція з тільцями Леві.
NMDA – N-метил-D-аспартат.