



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

Мудренко І. Г.

СУЇЦИДОЛОГІЯ

Конспект лекцій

Суми
Сумський державний університет
2022

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

СУЇЦИДОЛОГІЯ

Конспект лекцій

із дисципліни «**Психіатрія, наркологія**»

для студентів спеціальностей

221 «*Стоматологія*», 222 «*Медицина*», 228 «*Педіатрія*»

освітнього ступеня магістр і лікарів-інтернів

Затверджено на засіданні

кафедри нейрохірургії та неврології

як конспект лекцій

із дисципліни «Психіатрія, наркологія».

Протокол № 9 від 09.02.2022 р.



Суми

Сумський державний університет

2022

Суїцидологія : конспект лекцій / укладач
І. Г. Мудренко. – Суми : Сумський державний
університет, 2022. – 76 с.

Кафедра нейрохірургії та неврології НН МІ

ЗМІСТ

Передмова.....	6
Частина I ВСТУП ДО СУЇЦИДОЛОГІЇ	
Лекція 1 Уведення в суїцидологію.....	6
1.1 Соціально-демографічні характеристики суїциду..	9
1.2 Феноменологія суїцидальної поведінки.....	10
1.3 Предиктори суїцидальної поведінки	15
Частина II КЛІНІЧНА СУЇЦИДОЛОГІЯ	
Лекція 2 Депресія й суїцид	19
2.1 Діагностичні критерії депресивного розладу за МКХ-10	21
Лекція 3 Суїцид і шизофренія, первинний психотичний епізод	22
Лекція 4 Суїцид і когнітивні розлади.....	26
4.1 Феноменологія суїцидальної поведінки за деменцій	27
4.2 Предиктори суїцидальної поведінки за деменцій .	29
4.3 Механізми суїцидогенезу за деменцій.....	32
4.4 Структурно-морфологічні й нейрофізіологічні кореляти суїцидальної поведінки за деменцій	35
Лекція 5 Суїцидальна поведінка за адиктивних розладів	37
5.1 Нехімічні адикції та суїцидальна поведінка.....	41
Лекція 6 Відомі способи лікування й попередження. суїцидальної поведінки	41
6.1 Поради лікарів	49
Питання для самоконтролю	50
Тести	51
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	58
Додаток А	59
Додаток Б.....	64
Додаток В	66
Додаток Г.....	68
Додаток Д	72
Додаток Е.....	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКРОЧЕНЬ

АП – аутоагресивна поведінка.

ВПФ – вищі психічні функції.

ГМ – головний мозок.

ЕЕГ – електроенцефалографія.

ЗД – змішана деменція.

ЗПФ СП – зовнішньоповедінкова форма суїцидальної поведінки.

ІАХЕ – інгібітори ацетилхолінестерази.

КД – когнітивний дефіцит.

МППП – медико-психологічна реабілітація та превенція.

ППЕ – первинний психотичний епізод

СД – судинна деменція.

СП – суїцидальна поведінка.

СР – суїцидальний ризик.

ХА – хвороба Альцгеймера.

NMDA – N-метил-D-аспартат.

Передмова

Конспект лекцій призначений для підготовки до практичних занять та самостійної роботи студентів четвертого курсу, які вивчають навчальну дисципліну «Психіатрія, наркологія», лікарів-інтернів, що проходять підготовку за спеціальностями «Психіатрія» та «Загальна медична практика – сімейна медицина», зацікавлених осіб. У навчальному виданні структуровано питання клінічної суїцидології, а саме: основні чинники ризику-антиризик суїцидальної поведінки (СП) за психічних захворювань, клінічну феноменологію, методи превенції самогубств. Воно може бути корисним студентам медичних ЗВО під час підготовки до поточних практичних занять, підсумкового модулю з дисципліни «Психіатрія, наркологія», інтернів, психіатрів, наркологів, психотерапевтів, лікарів загальної практики — сімейної медицини. Стисле викладення дає змогу швидко повторити вивчений матеріал, а також доповнити й розширити свої знання з цього розділу знань.

Частина I ВСТУП ДО СУЇЦИДОЛОГІЇ

Лекція 1

Уведення в суїцидологію

Суїцидальна поведінка (СП) є актуальною етичною, моральною, соціальною й медичною проблемою. Превенція суїцидів — один з основних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я в багатьох країнах світу. Україна належить до країн Європи із середнім рівнем суїцидів. За офіційними даними Державної служби статистики, смертність від суїцидів у 2016 році становила 17,4 на 100 000 населення, у 2017 році - 16,6, а в 2018 році - 14,9 відповідно. Суїцид є найпоширенішою причиною смертності серед осіб різних вікових категорій. Серед причин смерті підлітків він посідає 4-те місце, а осіб віком понад 60 років – 11-те.

Суїцидальна поведінка – це така поведінка людини, метою якої є закінчення життя самогубством.

Аутоагресивна поведінка (аутодеструктивна поведінка) – це поведінка, спрямована на завдання шкоди своєму психічному та фізичному здоров'ю. Вона охоплює ширше коло поведінкових актів. Наприклад, до аутоагресій належать алкоголізм, наркоманія, пірсинг, татуювання, схильність до ризикованих видів спорту (стрибання з парашутом, скелелазіння, джампінгу). Тобто необов'язково

метою АП є завершення життя самогубством. Один із її різновидів - синдром Мюнхаузена, за якого пацієнти схильні до інвазивних методів обстеження (колоноскопії, лапароскопії та ін.).

1.1 Соціально-демографічні характеристики суїциду

Відомо, що серед сільського населення рівень суїцидів у 1,5 рази вищий, ніж серед міського, що пов'язано з більшою алкоголізацією першого. Гендерне співвідношення суїцидів становить 1:5, тобто чоловіки в п'ятеро частіше скоюють завершені суїциди. Статистика нелетальних суїцидальних спроб протилежна: жінки роблять їх у 7 разів частіше, ніж чоловіки.

У сучасних умовах «хронічного» збройного конфлікту на сході України з'явилася нова когорта населення з високим ризиком суїциду - учасники й ветерани АТО. Станом на кінець 2018 року з 326 тис. військовослужбовців 554 особи вчинили самогубство. За різними даними, серед причин усіх втрат учасників бойових дій і ветеранів до 20 % – суїциди. Обставинами, що спонукають солдата (ветерана) вкоротити собі віку, психологи вважають конфлікти, зумовлені особливостями несення військової служби, а також проблеми в родинному житті після повернення додому, загальний стан здоров'я та соціально-побутові негаразди тощо.

Епідеміологія СП неоднакова в різних регіонах України. Зокрема у західних регіонах суїцидальна активність населення нижча, ніж у східно-північному. У Чернігівській і Сумській областях цей показник найвищий. Нижчий рівень суїцидів у

західних областях зумовлений сильними релігійними традиціями, міцним інститутом шлюбу й сім'ї, більшою готовністю населення до соціально-економічних змін, меншою щільністю населення.

Суїцидальна активність відрізняється в різних вікових категоріях. До 14 років вона мінімальна, з огляду на відсутність у дітей сформованих уявлень про смерть, її піки припадають на 20—29, 45—59 років і вік понад 60 років.

1.2 Феноменологія суїцидальної поведінки

За мотивами СП поділяють на істинну й демонстративно-шантажну. Метою першої є справжнє бажання піти з життя, а другої - досягнення власних інтересів за допомогою шантажування оточення.

У клініці можна відрізнити ці види СП за наведеними далі критеріями.

Істинна поведінка становить велику небезпеку внаслідок високого ризику завершеного суїциду. Зазвичай такі спроби скоюють у період доби, коли родичі на роботі та не можуть прийти на допомогу або запобігти завершенню спроби. У такому разі віддають перевагу високотравматичним способам суїциду (самоповішенню, падінню під рухомий транспорт,

стрибанню з висоти, самострілянню). Відсоток завершених суїцидів досить високий.

Демонстративно-шантажні спроби, навпаки, люди скоюють у присутності «глядачів», маючи на меті досягнення своїх цілей. Пошкодження в такому разі незначні, наприклад поверхневі самопорізи в ділянці передпліччя. До демонстративних суїцидальних спроб схильні жінки, які мають і стероїдну акцентуацію характеру або психопатію.

Феноменологічно СП має внутрішньо- й зовнішньоповедінкові прояви. Внутрішні форми СП охоплюють: антивітальний настрій, суїцидальні думки; фантазії на тему смерті («заснути та не прокинутися», «якби зі мною щось трапилося і я помер»); суїцидальні задуми: продумування й вибір засобів самогубства та його часу; суїцидальні наміри: до задуму приєднується вольовий компонент, людина налаштовує себе на дію. До зовнішніх форм СП належать: суїцидальні спроби - цілеспрямовані акти поведінки, для позбавлення себе життя, що не закінчилися смертю; завершений суїцид, тобто загибель людини.

Періоди СП:

- досуїцидальний;
- пресуїцидальний;

- реалізація суїцидальних задумів;
- постсуїцидальний.

I період – до суїцидальний. Характеризується появою відчуттів самотності, туги, аналізом нереалізованих мрій, формуванням ангедонії (стану, за якого втрачається здатність одержувати задоволення від життя), втратою інтересу, відсутністю почуття насолоди від звичайних активностей.

II період – пресуїцидальний. Під час нього змінюється зміст психічного життя, формуються антивітальні переживання та суїцидальна ідеація, що охоплює пасивні суїцидальні думки (уявлення смерті, але без власної участі: «а що, якщо мене зіб'є автомобіль», «що буде, якщо я помру вві сні?»); суїцидальні задуми (обмірковування способів та методів самогубства, планування, як позбавити себе життя); суїцидальні наміри (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до задумів вольового компонента). За тривалістю пресуїцидів їх класифікують на гострий і хронічний. Гострий пресуїцид триває декілька хвилин: суїцидальні задуми й наміри виникають відразу, без пасивних суїцидальних думок та антивітальних переживань. Хронічний пресуїцид може тривати місяцями й охоплює всі вищезазначені симптоми. Якщо пресуїцидальний період довготривалий, то зростає вірогідність впливу антисуїцидальних факторів, що може запобігти суїциду.

III період – реалізація суїцидальних задумів. За даними ВОЗ, способів самогубства безліч. У цьому періоді виділяють дві фази: зворотну, упродовж якої людина самостійно або в результаті впливу інших припиняє спробу самогубства), і незворотну, що призводять до смерті.

IV період – постсуїцидальний. У перші дні після спроби самогубства людина переоцінює цінності й формує ставлення до того, що з нею сталося. Також дуже важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків. Виділяють такі типи постсуїциду. Найближчий (перший тиждень після самогубства), ранній (від тижня до місяця після суїциду), пізній (наступні 4-5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появи депресивної симптоматики або можливої трансформації психічного стану під дією соматоневрологічних наслідків, пов'язаних зі скоєним суїцидом (наприклад, розвитку астеничного синдрому або змінення динаміки вже діагностованого психічного розладу). Варто встановити, чи актуальний для пацієнта внутрішній конфлікт, що призвів до суїциду, та звернути увагу на характер і наявність суїцидальних тенденцій. Виділяють такі варіанти постсуїцидального періоду:

- 1) суїцидально-фіксований, за якого конфлікт, що призвів до самогубства, залишається актуальним. Під час діалогу

людина висловлює позитивне ставлення до своєї спроби самогубства, тому ризик повторного суїциду в таких пацієнтів дуже високий;

- 2) аналітичний, за якого пацієнт критично ставиться до того, що сталося, кається. Але водночас суїцидогенний конфлікт залишається актуальним, є ризик повторення спроби самогубства;
- 3) маніпулятивний, за якого суїцид виконувався для шантажування або провокації. Якщо спроба самогубства привела до вирішення конфліктної ситуації, то виразність суїцидальних проявів істотно зменшується. А якщо мета суїциду не досягнута, зберігається конфлікт, а відповідно і суїцидальна активність. Такі пацієнти потребують психотерапевтичного лікування з подальшою зміною стереотипів поведінки й формуванням негативного ставлення до самогубства;
- 4) критичний, за якого повністю відсутні суїцидогенний конфлікт і суїцидальні прояви. Ризик повторного скоєння суїциду такими пацієнтами є мінімальним, лікування полягає в проведенні раціональної психотерапії.

1.3 Предиктори суїцидальної поведінки

Повертаючись до причин суїциду, варто наголосити, що на сьогодні пріоритет мають інтегрувальні моделі формування СП, що розглядають суїцид як сукупність психопатологічних, психологічних і біологічних чинників на тлі життєвого стресу.

Суїцид – це дезадаптивна поведінка людини в умовах життєвої кризи, внаслідок неспроможності адаптивних механізмів психіки. Отже, до *складових СП* належать: психотравмувальний вплив оточення, особистісні особливості, психопатологічні розлади, соціально-демографічні чинники, біологічні детермінанти.

Серед психотравмуючих чинників найбільш суїцидонебезпечними є такі конфлікти в особистісній сфері:

- смерть близьких родичів / подружжя;
- розлучення з чоловіком / дружиною (розрив стосунків із коханою людиною);
- конфлікти в професійній сфері (загроза звільнення, банкрутство, нестача та ін.);
- тяжка соматична хвороба.

Як відомо з лікарської практики, у пацієнтів зі СНІДом, онкологічними хворобами, невиліковними діагнозами загалом у 90 % випадків виникає бажання покинути життя.

Тому лікарям необхідно приділяти особливу увагу саме цій категорії хворих.

Серед соціальних чинників сприяють формуванню СП:

- бідність, хронічна недостатність матеріальних благ, неможливість самореалізуватися в особистісній і професійній сфері;
- неможливість забезпечити потребу в якісній освіті, умовах побуту, відпочинку;
- чоловіча стать;
- проживання в сільській місцевості;
- алкоголізм, або залежність від інших наркотичних речовин;
- психічне захворювання в родичів;
- суїцидальні спроби в анамнезі або суїцидальна історія в родині (найбільш небезпечний чинник);
- бездітність;
- відсутність власної родини / самотність.

Особистісні особливості, що сприяють формуванню СП:

- агресивні риси (грубість, недодержання правил поведінки в суспільстві, запальність, агресивність, ворожість, імпульсивність);
- порушення комунікативних здібностей (відчуття незручності під час спілкування з людьми, залежність від думки оточення, невміння формувати довірливі стосунки, труднощі під час вирішування внаслідок невпевненості);
- тривожно-довірливі риси вдачі зі схильністю до самозвинувачення, дратівливістю, нервовістю, невпевненістю в собі;
- максималізм, владність.

До антисуїцидальних чинників належать:

- наявність дітей;
- перебування в шлюбі;
- проживання в міській місцевості;
- жіноча стать;
- відсутність соматичних хвороб.

Класифікація суїцидальних спроб за механізмом:

- стрибки з висоти;
- падіння під рухомий транспорт;
- самопорізи;
- самоотруєння;
- самоповішення;

➤ самостріли.

Найпоширеніший спосіб завершених самогубств – самоповішення, спроб – отруєння медикаментами.

Жінки частіше використовують менш травматичні спроби самогубства, з низькою ймовірністю смерті (наприклад, самоотруєння), чоловіки високо травматичні (зокрема завдання коліно-різаних поранень у ділянку живота або серця).

Одним із важливих факторів, що сприяє формуванню СП, є наявність психічного захворювання. У нозологічному спектрі найсуїцидонебезпечніші є депресія, шизофренія та алкоголізм. Суїцидальна історія в родині або суїциди у минулому значно підвищують суїцидальний ризик.

Крім соціально-економічних, клініко-психопатологічних, особистісних чинників суїциду, вагому роль відіграють **біологічні детермінанти**. Доведена значущість у генезі само руйнівної поведінки, нейробиологічних, генетичних, біохімічних, структурно-анатомічних особливостей хворих. До біологічних детермінант належать носійство алілопротеїну Eε4; атрофічні зміни гіпокампа, мозолистого тіла; порушення нейропластичності, нейрогенезу, нейронального транспортування й дефіцит у серотонінергічній, норадреналінергічній, моноаміновій біохімічних системах; поліморфізм генів, зниження рівня нейротрофінів тощо.

Частина II КЛІНІЧНА СУЇЦИДОЛОГІЯ

Лекція 2

Депресія й суїцид

Серед осіб, які хворіють на психічні та поведінкові розлади й скоїли суїцид, близько 80% становлять пацієнти з депресіями. Майже 70% депресивних хворих мають суїцидальні думки, а 30 – 40% із них здійснюють суїцидальні спроби. Ризик суїциду серед пацієнтів із депресіями в 30 разів вищий, ніж у загальній популяції.

Предикторами СП в разі депресій є:

- важкий депресивний епізод;
- дебют депресивного розладу (перші три місяці від початку депресивного епізоду);
- маревний варіант депресії (ідеї зубожіння, малоцінності, гріховності, самозвинувачення, марення Котара, іпохондричне марення);
- відчуття провини;
- тужлива депресія;
- тривожна депресія;
- тривалість депресивного епізоду понад 6 місяців;
- суїцидальна історія в родині;
- суїцидальні спроби в анамнезі.

Імовірність суїциду найвища в разі важких психотичних депресій і в дебюті депресивного розладу.

Для психодіагностики депресії як найбільш потенційно суїцидонебезпечного стану зазвичай застосовують такі методики:

- самооцінювання – госпітальну шкалу тривоги й депресії (HADS);
- шкалу депресії НДІ ім. В.М. Бехтерева;
- шкалу У. Зунга;
- шкалу М. Гамільтона для оцінки депресії (HDRS);

- шкалу Монтгомері – Асберга для оцінки депресії (MADRS);
- опитувальник депресії А. Бека;
- діагностику депресивних станів за критеріями, рекомендованими МКХ-10, і за рекомендаціями DSM-IV;
- тести MMPI;
- BDI, SDS, FPI та інші клінічно-орієнтовані опитувальники (Райгородский Д.Я. (1998), Дерманова И.Б. (2002), Реан А.А. (2001), Рубінштейн С.Я. (2004));

2.1 Діагностичні критерії депресивного розладу за МКХ-10

Основні:

- Пригнічений настрій (упродовж більшої частини дня);
- Зниження інтересів і здатності відчувати задоволення;
- Зниження енергійності, підвищена стомлюваність.

Додаткові:

- Зниження концентрації уваги, нездатність зосередитися;
- Порушення апетиту (зі зміною маси тіла);
- порушення сну;
- зниження статевого потягу;
- похмура, песимістичне бачення майбутнього;
- зниження самооцінки та впевненості в собі;
- ідеї винності;
- суїцидальні думки, наміри, спроби.

Для класичної депресії характерний особливий циркадний ритм – велика вираженість усієї симптоматики (зниження настрою, почуття втоми, соматичних скарг та ін.) в уранішні години. До вечора стан пацієнтів зазвичай покращається. Типовий добовий ритм депресії спостерігається далеко не в усіх пацієнтів, водночас його наявність безперечно свідчить про депресивний розлад.

Великий депресивний епізод у більшості осіб завершується одужанням, проте приблизно у 25 % пацієнтів

відзначається досить стійка залишкова симптоматика, найчастіше астенічна або соматовегетативна. У кожного третього пацієнта, який переніс депресивний епізод, спостерігаються рецидиви захворювання.

Лекція 3

Суїцид і шизофренія, первинний психотичний епізод

За шизофренії встановлено пряму залежність між давністю психічного захворювання й ризиком суїциду. Ризик суїциду високий на його початкових стадіях, особливо під час первинного психотичного епізоду (ППЕ). У хворих із великою давністю захворювання та сформованою дефіцитарною симптоматикою ризик суїциду низький.

До психопатологічних предикторів СП під час ППЕ шизофренії належать:

- імперативні вербальні галюцинації, так звані «голоси»;
- ідеї вкладення чужих думок;
- надмірна напруга та хвилювання;
- тривога, страх;
- когнітивний дефіцит (КД);
- депресивна симптоматика й майже всі її складові (відчуття безнадії та безпорадності, суїцидальні наміри, ідеї самоприниження).

У 58 % випадків ППЕ маніфестує аутоагресивними проявами, що дає змогу класифікувати цей контингент хворих до групи ризику щодо скоєння суїцидів. Аутоагресивна поведінка(АП)у хворих із ППЕ переважно реальна, демонстративно-шантажні спроби реєструються лише в 6,9 % випадків. Серед аутоагресивних проявів у пацієнтів із ППЕ переважають суїцидальні думки (31 %), як спосіб аутоагресування хворі з ППЕ найчастіше застосовують незвичні спроби (12,1 %) та самоотруєння (6,9 %). Чоловікам притаманні високотравматичні способи самогубств: коліно-різані поранення грудної й черевної порожнин (11,6 %), самоповішення (7,69 %), самопорізи (7,69 %) і комбіновані способи (7,69 %). У жінок переважають самоотруєння (12,50 %).

Відомо, що ризик виникнення АП найбільший у разі маніфесту гострого поліморфного психотичного розладу й параноїдної форми шизофренії.

Визначальна роль у формуванні СП у хворих із ППЕ належить психопатологічній симптоматиці, у 76 % із них СП формується за психопатологічним варіантом. Основним у формуванні СП під час ППЕ є параноїдний синдром із відчуттям вкладення, відкритості й навіювання думок; депресивно-параноїдний синдром із маренням самоосуду та

самоприниження; феномен деперсоналізації; obsesивно-компульсивні симптоми.

Аналізуючи соціально-статутні характеристики хворих, можна помітити, що високий суїцидальний ризик під час ППЕ має молодь віком 20 – 29 років, переважно жінки, особи, які не перебувають у шлюбі, з вищою або середньою освітою. Приводом для суїцидонебезпечних кризових станів є сімейні (67,13 %) і службові (56,15 %) конфлікти. Після 40 років ризик виникнення АП знижується. До антисуїцидальних факторів також належить наявність своєї сім'ї. Конституційні чинники – СП або завершені самогубства серед родичів, спадкова обтяженість психічними захворюваннями, наявність особово змінених родичів та суїцидальні спроби в анамнезі – істотно підвищують ризик АП у пацієнтів із ППЕ. Серед клініко-психопатологічних симптомів найбільше підвищують суїцидальний ризик (СР) такі: дереалізація; відчуття вкладення, відкритості й навіювання думок, розірване та паралогічне мислення; маревні ідеї засудження й самоприниження; психомоторне збудження; внутрішня напруга. Навпаки, негативні психопатологічні прояви, зокрема аморфність і розпливчастість мислення, апатія, зниження потягу до спілкування, запобігають формуванню АП.

Особистісними чинниками суїциду за шизофренії є агресивні риси характеру (грубість, недодержання правил поведінки в суспільстві, запальність, агресивність, ворожість, імпульсивність) у поєднанні з порушенням комунікативних здібностей (відчуттям ніяковості під час спілкування з людьми, залежністю від думки оточення, невмінням формувати довірливі відносини, підозрілістю, труднощами під час вирішування, відмовою від співпраці, уникненням міжособистісних стосунків, пасивно-апатичною соціальною відстороненістю).

До психологічних детермінант СП належать такі особливості пацієнтів, як зниження турботи про своє здоров'я внаслідок формування суїцидальних намірів; тривожно-довірливі риси вдачі зі схильністю до самозвинувачення, дратівливістю, нервовістю, невпевненістю в собі; недостатня стриманість, імпульсивність, максималізм, владність, низький самоконтроль, емоційна холодність, вибіркковість і поверхневість контактів, схильність до соціальної ізоляції й інтраспекції.

Хворих на ППЕ з аутоагресивними проявами в клінічній картині або високим СР необхідно лікувати за допомогою невідкладної комплексної суїцидологічної допомоги із застосуванням кризової фармакотерапії та психотерапії. Фармакотерапію таким пацієнтам проводять атиповими

нейролептиками, антидепресантами та транквілізаторами з урахуванням основного психопатологічного синдрому. Психотерапевтична робота з пацієнтами передбачає кризову психотерапію та охоплює такі етапи: кризову підтримку, кризове втручання й підвищення рівня адаптації хворих. Для лікування та профілактики СП у хворих під час ППЕ найбільш ефективними є когнітивна терапія Бека й техніка, що моделює поведінку за Дж. Якобсоном, паралельно потрібна сімейна психотерапія з родичами хворого.

Лекція 4

Суїцид і когнітивні розлади

Серед клінічних тригерів СП загалом перше місце посідають психічні розлади та деменція. За даними Державної служби статистики України, поширеність і захворюваність на деменції характеризується високими значеннями. З огляду на неухильне збільшення відсотка людей старших вікових груп в Україні, а деменція належить до пов'язаних із віком захворювань, проблема СП за деменцій та їх превенції надзвичайно актуальна.

Деменція часто поєднується із соматичними й неврологічними захворюваннями, характерними для похилого та старечого віку, а також комплексом психологічних хвилювань

людини, пов'язаних із старінням та очікуванням смерті, неможливістю обслуговувати себе в побуті, залежністю від інших осіб. Усвідомлення інтелектуальної неспроможності є додатковим тригером СП за деменцій.

Водночас із КД більше ніж у 50 % пацієнтів із деменцією діагностують психотичні (галюцинації та маячення), афективні (тривогу, депресію, емоційну нестійкість) і поведінкові (агресію, загальмованість, ажитацію, суїцидальну поведінку, блукання, порушення харчової поведінки) розлади. Поширеність депресій серед хворих на деменцію досягає 30–40 %. Депресивна симптоматика в пацієнтів із деменцією істотно знижує якість життя і підвищує ризик СП. Близько 45 % хворих на деменції мають ознаки СП. Найбільш небезпечними щодо скоєння суїциду є початкові стадії деменції, із прогресуванням когнітивного дефіциту ризик суїциду знижується.

4.1 Феноменологія суїцидальної поведінки за деменцій

Одним із найдраматичніших наслідків нейродегенеративних змін за деменцій є СП, що проявляється в 56 % випадків за деменції внаслідок хвороби Альцгеймера(ХА), у 65 % в разі судинної деменції(СД)та в 56 % за змішаної деменції (ЗД). У структурі СП пацієнтів із ХА переважають антивітальні висловлювання (50 %), у пацієнтів зі ЗД –

суїцидальні думки й наміри (66,6 % і 50 % відповідно), серед проявів СП у пацієнтів із СД спостерігаються суїцидальні спроби в анамнезі та антивітальні висловлювання (33,3 % і 35,9 % відповідно). Як спосіб суїциду пацієнти із СД частіше вибирають самоповішення (20,5%), а зі ЗД – стрибання під транспорт (16,6 %).

Соціально-демографічні й клініко-анамнестичні чинники високого СР за ХА:

- чоловіча стать (58,6 %);
- самотність (44,4 %);
- низький рівень освіти (66,7 %);
- супутня соматична патологія (цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, деформівний остеоартроз);
- травми, алкогольна залежність і суїцидальні спроби в анамнезі.

За СД переддиспозиційними чинниками СП є:

- чоловіча стать (64,1 %);
- самотність (48,7 %);
- вік 78–88 років (43,6 %);
- супутня ішемічна хвороба серця (46,2 %);

- перенесені черепно-мозкові травми (41,3 %), оперативні втручання (35,9 %), та суїцидальні спроби в анамнезі (28,2 %).

За ЗД переддиспозиційним чинником формування СП є супутня соматична патологія – цукровий діабет (50,9 %).

4.2 Предиктори суїцидальної поведінки за деменцій

Предиктори СП хворих на деменції утворюють складний мультифакторний симптомокомплекс, що містить собі *інтра-* й *екстраперсональні* чинники ризику СП. **Інтраперсональні чинники** охоплюють клініко-психопатологічні, особистісно-психологічні та анамнестичні особливості пацієнтів із СП, а **екстраперсональні** – фактори психічної травматизації, показники комунікативної дисфункції й соціального функціонування.

Інтраперсональними предикторами СП за деменцій є:

- супутня депресивна симптоматика та всі її складові (порушення сну, почуття провини, тривоги, напруження);
- ажитований або гальмівний тип депресії;
- особистісні риси (відчуття ворожості, роздратованості, агресії, провини);
- хронічні соматичні захворювання;

- травматичні події, суїцидальні спроби, депресивні епізоди в анамнезі.

Екстраперсональними чинниками СП за деменцій вважають:

- порушення міжособистісних і соціальних зв'язків (відсутність емоційної й фінансової підтримки від близького оточення);
- психогенія (небезпечна для життя хвороба, втрата роботи, грошей чи статусу, негативні зміни в житті чи оточенні).

Тобто до недиференційованих чинників ризику СП за деменцій незалежно від їх клінічного варіанта належать: наявність і вираженість депресивних порушень, вплив повторних, гострих психогеній, підвищена ворожість, суїцидальні спроби й депресивні епізоди в анамнезі.

Специфічні предиктори СП за різних варіантів деменцій (ХА, СД та ЗД) відображено в таблиці 1.(ст.30)

Предиктори суїцидального ризику	Хвороба Альцгеймера	Сутинна депресія	Змінна депресія
Варіант деменції	<ul style="list-style-type: none"> ✓ деменція за ХА з пізнім початком; ✓ деменція за ХА атипова; ✓ деменція за ХА змішана 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ підкривова СД 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ послання клінічних ознак деменції за ХА з раннім початком й підкривкової СД; ✓ послання клінічних ознак деменції за ХА з пізнім початком та неуточною СД; ✓ послання клінічних ознак атипової деменції за ХА й мультифактної СД
Характеристика когнітивних порушень	<ul style="list-style-type: none"> ✓ легкий рівень деменції та окремі ознаки когнітивного дефіциту 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ легкий та помірний рівень вираженості деменції 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ тяжкий рівень деменції з значними порушеннями концентрації уваги, пам'яті та виконавчих функцій
Клініко-психологічні предиктори	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість ажитованого типу депресії; ✓ відчуття безнадії й безпорадності; ✓ почуття провини; ✓ суїцидальні наміри; ✓ багатеразове пробудження вночі 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість соматизованого типу депресії; ✓ дезорганізація й дезорієнтація; ✓ роздратованість і підозрливість; ✓ внутрішність та тривога; ✓ гачувальні симптоми; ✓ суїцидальні наміри; ✓ багатеразове пробудження вночі 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ вираженість гальмівного типу депресії; ✓ суїцидальні наміри; ✓ равня інсомнія; ✓ парадоксні симптоми; ✓ наявність і вираженість любовних коливань; ✓ відчуття безнадії й безпорадності; ✓ соматична тривога; ✓ роздратованість і підозрливість; ✓ хронічні захворювання, що ускладнюють розлучення; ✓ втрата коханої людини внаслідок смерті або розлучення; ✓ зміни в житті чи оточенні
Фактори психічної травмизації	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата роботи, грошей, статусу; ✓ погорованість літ стресів; ✓ неспецична для життя хвороба 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата коханої людини внаслідок смерті чи розлучення; ✓ втрата роботи, грошей, статусу; ✓ неспецична для життя хвороба 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ втрата коханої людини внаслідок смерті або розлучення; ✓ зміни в житті чи оточенні
Анамнестичні предиктори	<ul style="list-style-type: none"> ✓ депресивні епізоди в анамнезі 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ суїцидальні спроби в анамнезі 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ суїцидальні спроби в анамнезі; ✓ депресивні епізоди в анамнезі;
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, негативизм і підозрливість; ✓ почуття провини 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ переважання фізичної та непрямої агресії; ✓ роздратованість; ✓ образливість 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ переважання прямої вербальної агресії; ✓ почуття провини

Установлено, що ризик суїциду високий за легких деменцій. Із прогресуванням КД ризик суїциду зменшується,

відбувається трансформація форм від ідеаторних до зовнішньо поведінкових.

Вищенаведене свідчить про багатовекторність складових формування СП за деменцій. Зокрема, СП зумовлена: послабленням антисуїцидальних механізмів, таких як відсутність підтримки близького оточення, втрата соціального статусу, фінансових статків, значущого іншого, дефіцит комунікацій, залежність від оточення; підвищенням деструктивних суїцидогенних психопатологічних впливів, таких як КД, зниження продуктивності мислення та, як наслідок, погіршення ментального контролю за поведінкою, численні емоційні й афективні прояви: депресивний синдром, інсомнії; посиленням психогенних чинників і порушення комунікацій.

4.3 Механізми суїцидогенезу за деменцій

Виділяють такі психопатологічні механізми формування СП залежно від форми й ступеня тяжкості деменції, а саме: **когнітивний, депресивний, психотичний.**

За *когнітивного механізму формування* тригером СП є усвідомлення власної соціальної та побутової неспроможності, неповноцінності життєдіяльності на тлі вираженого порушення організаційних, конструктивних, виконавчих функцій, ослаблення ментального контролю за поведінкою. У такому разі

завершені спроби самогубства мало ймовірні з огляду на порушення механізмів планування й реалізації суїцидальних задумів.

За *депресивного механізму формування СП* суб'єктивно високої значущості для пацієнтів набувають депресивний настрій, вітальний афект туги та надцінні почуття провини, безнадії, безпорадності, безперспективності життєдіяльності на тлі іпохондризації соматичних проявів, перебільшення фінансових і міжособистісних проблем. У таких умовах переважно формуються ідеаторні прояви СП (суїцидальні думки й антивітальний настрій).

Психотичний механізм суїцидогенезу за деменцій проявляється імпульсивними суїцидальними діями (ЗПФ СП) під впливом галюцинаторних, маячних та/або змішаних симптомів. Цей механізм формування СП є найбільш небезпечним щодо скоєння непередбачуваних суїцидальних спроб.

У разі деменції внаслідок ХА СП формується переважно за *депресивним і когнітивним механізмами*; у разі СД – за *психотичним та когнітивним*; у разі ЗД рівнозначно реалізуються всі механізми СП (*когнітивний, депресивний і психотичний*).

Гендерною особливістю СП за деменцій є те, що для чоловіків основними психогенними чинниками суїцидогенезу є нездатність до реалізації ключової соціальної ролі (годувальника) і самообслуговування, втрата соціальних зв'язків із навколишнім світом, а для жінок – втрата когнітивних здібностей (порушення мислення, запам'ятовування, відтворення інформації, здатності рахувати, просторове дезорієнтування). Характерною для всіх клінічних варіантів деменцій є кореляція окремих клініко-психопатологічних симптомів та СР, що є більш вираженою в чоловіків, ніж у жінок. Аналіз когнітивного статусу продемонстрував, що за ХА глибший КД є маркером СП для чоловіків, а за СД та ЗД – для жінок.

На формування СП незалежно від статі істотніше впливає депресивна симптоматика, ніж порушення когнітивних функцій. Помірно підвищують СР наявність і вираженість депресивного настрою, депресивні епізоди в анамнезі, хронічні захворювання, що ослаблюють, різноманітні порушення сну, почуття провини, ажитований або фобічний тип депресивного порушення, хронічні соматичні захворювання й симптом дереалізації / деперсоналізації.

4.4 Структурно-морфологічні й нейрофізіологічні кореляти суїцидальної поведінки за деменцій

Суїцидальна поведінка за різних варіантів деменцій характеризується певними структурно-морфологічними й нейрофізіологічними змінами. За даними комп'ютерної томографії в разі деменції внаслідок ХА більшість хворих із СП мають атрофічні зміни головного мозку внаслідок нейродегенеративного процесу: атрофії звивин в лобовій і скроневій частках та мозочка, розширення субарахноїдальних просторів, поглиблення щілин. Проте у хворих із низьким суїцидальним ризиком частіше фіксують томографічні зміни – хронічну церебральну ішемію (зниження густини речовини мозку в проєкції базальних ядер і білої речовини).

Аналізуючи предиктори СП за СД, виявили, що хворі з високим суїцидальним ризиком СП частіше мають такі зміни: нейровізуалізаційні (перивентрикулярний лейкоареозис); атрофічні (розширення субарахноїдальних просторів та поглиблення щілин мозку). Навпаки, ознаки хронічної ішемії, що проявляються зниженням густини речовини мозку в проєкції базальних ядер та білої речовини мозку, перенесені мозкові катастрофи за типом інфарктів у басейні правої й лівої середньої мозкової артерії асоціюються з низьким ризиком СП у хворих на СД.

За ЗД чинниками суїцидального ризику, за даними нейровізуалізації, є розширення субарахноїдальних просторів, цистерн основи мозку, перивентрикулярний лейкоареозис, зниження густини речовини головного мозку (ГМ) у проєкції базальних ядер, гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним та ішемічним типами (розрив аневризми, інфаркт мозку в басейні середньої й задньої мозкових артерій).

До неспецифічних змін біоелектричної активності ГМ, що корелює з високим суїцидальним ризиком, належить переважання патологічних хвиль δ - і θ -діапазонів. Специфічним корелятом низького суїцидального ризику, за даними ЕЕГ-дослідження, є переважання спектральної щільності θ -ритму по всій поверхні мозку та δ -ритму в проєкції лобно-потиличних відведень. Незважаючи на глибоке органічне ураження ЦНС за деменцій, хворі з високим СР мають кращу функціональну здатність. ГМ, тобто відносно переважання активності в α -діапазоні – правих центральних (С4) і скроневих ділянках (Т4).

До зональних ЕЕГ-маркерів низького СР за деменцій належать переважання спектральної щільності повільного θ -ритму по всій поверхні ГМ та δ -ритму в проєкції Fp2-, F3-, F4-, C4-, P3-, O1-, O2-відведень, що свідчить про виваженіше

органічне ураження й глибокий КД, які запобігають ментальному процесу формування та реалізації СП.

Лекція 5

Суїцидальна поведінка за адиктивних розладів

Більше ніж 50 % самогубств пов'язані з адиктивною поведінкою з огляду на їх високу комор бідність із депресивними розладами. У пацієнтів з адиктивними розладами виділяють тріаду суїцидальних факторів: справжні суїцидальні спроби, демонстративно-шантажну СП та імпульсивні суїцидальні спроби.

Алкогольна депресія є однією з причин розвитку СП. Агресивні дії на різних етапах лікування алкоголізму відрізняються, найчастіше суїцидальні спроби здійснюють в алкогольному сп'янінні й стані «відміни» алкоголю, значно рідше – у період ремісії алкогольної залежності. Аутоагресивна поведінка в стані алкогольної інтоксикації типова в таких ситуаціях:

1) людина вживає алкоголь після того як вирішила здійснити суїцид для зняття емоційної напруги. Це свідчить про неоднозначність її рішення, коливання;

2) людина вживає алкоголь ще до вирішення здійснити суїцид для зняття емоційної напруги або вирішення конфліктів.

У стані алкогольного сп'яніння переважають такі способи самогубства:

- завдання самопорізів;
- самоповішення;
- комбіновані за способом аутоагресії.

На першій стадії хронічного алкоголізму характерні справжні суїциди, а на другій, крім них, – демонстративно-шантажні форми СП. На третій стадії зростає алкогольна деградація особистості з явищами вторинної психопатизації, тому справжні суїцидальні спроби у хворих із вираженими психоорганічними змінами рідкісні. Загалом чим вираженіший психоорганічний дефект, тим менша ймовірність скоєння суїциду. У структурі алкогольних психозів суїцидальні дії обумовлені психологічним станом пацієнта й корелюють із характером імперативних слухових галюцинацій або зоровими обманами сприйняття, фабулою маревних проявів і ступенем афективної насиченості таких переживань. У ремісії ймовірність СП у залежних від алкоголю пацієнтів значно нижча, ніж в алкогольному сп'янінні й стані абстиненції, та становить близько 5% від усіх суїцидів. На жаль, алкоголізм часто супроводжує самогубства творчих, незадоволених і не адаптованих до змін повсякденного життя людей.

У разі наркотичної залежності рівень суїцидальної активності досить високий. Проте дуже часто в таких пацієнтів майже неможливо встановити причину смерті й провести межу між передозуванням, нещасним випадком або навмисним позбавленням себе життя. На першій стадії проявляються несуйцидальні форми аутоагресії, зокрема передозування препаратами для досягнення ейфорії, що інколи призводить до летальних наслідків, на другій стадії захворювання загострюються психопатичні зміни характеру, що створюють передумови для високого суїцидального ризику. У стані інтоксикації в багатьох наркозалежних виникає бажання «бачити кров», що дає їм емоційний імпульс до завдання самопорізів. Цей вид ауто агресії належить до несуйцидальних форм і має тенденцію до повторення. Найбільш суїцидонебезпечним є не період інтоксикації, а стан відміни, що розвивається ще до кінця другої доби відібрання наркотика й суб'єктивно проявляється найважчими соматичними симптомами. Нерідко зі зникненням абстиненції редукується суїцидальний потенціал хворого. Основним антисуйцидальним фактором у цих осіб є можливість продовження наркотизації. Найчастіше для реалізації СП хворі, які вживають опіоїди, застосовують такі методи: свідоме внутрішньовенне введення смертельної дози споживаного препарату; поєднане введення

наркотичної речовини з барбітуратами або транквілізаторами. Серед осіб, які вживають седативні й снодійні засоби, СП дуже часта. У пацієнтів, залежних від барбітуратів, найбільш суїцидонебезпечними є період гострої інтоксикації та абстинентного синдрому. Половину всіх спроб самогубства становить гостре отруєння барбітуратами. Стан відміни, який триває тижні, підштовхує до суїцидального рішення через постійне безсоння, виникнення транзиторних галюцинаторних феноменів і параноїдних включень. Дуже часто хворим, які мають суїцидальні тенденції з переважанням відчуттів емоційної напруги й тривоги, лікарі призначають транквілізатори. У результаті аналізу було виявлено, що в багатьох пацієнтів ці препарати викликають парадоксальний суїцидогенний ефект. У такому разі наркозалежні потрапляють у замкнене коло, у якому для редукції зазначених вище станів призначають седативний снодійний препарат і до нього поступово формується хвороблива пристрасть. Потім, під час спроби припинити його прийом, загострюється симптоматика й спокій та сон стають такими бажаними, що людина готова заснути навечно. Розвиток СП в разі вживання галюциногенів можливий під час сп'яніння, коли виражені афективні коливання настрою: від містичного екстазу до вітальної туги. Панічний жах і страх з'їхати з глузду, типові в разі вживання

цих речовин, лише потенціюють розвиток суїцидальних думок та намірів.

5.1 Нехімічні адикції та суїцидальна поведінка

Є багатовидів нехімічних адикцій, але ми розглянемо розвиток СП на прикладі гемблінгу. Патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг) формує суїцидальний ризик, що обумовлено його високою коморбідністю з афективними розладами та різними видами хімічної адикції. Згідно зі статистикою, розвиток гемблінгу в 23 рази ймовірніший у людей з алкогольною залежністю, ніж у непитущих. Розвиток зазначеної схильності охоплює три стадії, найбільш суїцидонебезпечними з яких є програші, що призводять до синдрому відміни, а також розпач, коли гравець зазнає особистих, сімейних, професійних і фінансових невдач.

Лекція 6

Відомі способи лікування й попередження суїцидальної поведінки

Зростання рівня самогубств у світі привело до поглибленого вивчення цієї проблеми в різних країнах, розроблення й здійснення національних програм та

впровадження широких заходів щодо запобігання поширенню СП. Питання вивчення предикторів і розроблення ефективних методів терапії й профілактики СП завжди були основним напрямком суїцидологічних досліджень. Профілактика СП полягає у своєчасній діагностиці та адекватному лікуванні аутоагресивних тенденцій. Вона пов'язана з необхідністю проведення багатопланових заходів так і якомога ранішим адекватним контактом із психіатричними службами. До медикаментозних методів терапії СП належить насамперед використання психофармакологічних препаратів. Здебільшого психофармакотерапія СП залежить від синдромологічної специфіки психічної патології, від якої страждає суїцидент. Ґрунтуючись на положенні про порушення нейротрансміттерного обміну й зниження рівня серотоніну в крові за СП, призначають атипіві нейролептики або серотонінергічні антидепресанти нового покоління для впливу на аутоагресивні прояви. Допомогу варто надавати в рамках комплексної невідкладної суїцидологічної допомоги (КНСД), що повинна охоплювати негайну фармакологічну терапію та психотерапію. Невідкладну фармакотерапію за психотичного рівня психічних розладів потрібно спрямовувати на зниження виразності галюцинаторно-параноїдної симптоматики, психофізичної напруги, імпульсивності.

На сьогодні розроблено різні психотерапевтичні методи корекції суїцидальної активності – види психотерапії, орієнтовані на корекцію й профілактику суїцидальної активності, такі як: раціональна, сугестивна, гештальт-терапія, психоаналіз, психосинтез, клієнтоцентровані методики та ін. До прицільних методів психотерапевтичної корекції суїцидальної активності належать кризова й когнітивна психотерапія, аксіологічна корекція. Традиційні методи психотерапії спрямовані на особистісне зростання (активацію внутрішніх ресурсів), зміну основних установок, що призвели до формування СП (на відміну від кризової психотерапії, мета якої – перетворення кризової ситуації). Невідкладну психотерапію проводять для відреагування негативних емоцій, активації антисуїцидального бар'єру, трансформації неконструктивних форм переборювальної поведінки й редукції аутодеструктивних установок. Схематично завдання кризової психотерапії можуть бути репрезентованими як така індивідуальна терапевтична програма, що містить у собі конкретні терапевтичні цілі (мішені), для пацієнта, який уперше звернувся за зазначеною психотерапією на піку кризового стану з високим суїцидальним ризиком.

Приклад індивідуальної програми

1 Етап кризової підтримки:

- а) установлення терапевтичного контакту;
- б) розкриття суїцидо небезпечних хвилювань;
- в) мобілізація адаптивних варіантів копінг-поведінки й особистісного захисту;
- г) висновок щодо терапевтичного контракту.

2 Етап кризового втручання:

- а) когнітивний аналіз невипробуваних способів вирішення кризової ситуації;
- б) виявлення неадаптивних когнітивних механізмів, що блокують оптимальні способи вирішення кризової ситуації;
- в) корекція неадаптивних когнітивних механізмів.

3 Етап підвищення рівня адаптації:

- а) поведінковий тренінг невипробуваних способів виходу з кризової ситуації;
- б) вироблення навичок самоаналізу та самоспостереження за неадаптивними когнітивними механізмами, а також їх подолання;
- в) введення нових значущих відносин для підтримки й допомоги після завершення кризової терапії.

Виділять три основні форми кризової психотерапії: індивідуальну, сімейну та групову.

Перша охоплює різні методи й варіанти короткострокової психотерапії, що проводять із додержанням зазначених вище

етапів. Особливістю індивідуальної кризової психотерапії є спеціальні технічні прийоми. Зокрема, на етапі кризової підтримки під час установаження терапевтичного контакту застосовують вислуховування, надзвичайно важливе в кризовій психотерапії, адже це фактично єдиний спосіб, що дає змогу в разі його правильності значно дезактуалізувати суїцидогенні хвилювання за короткий термін. Основою психотерапії є те, що всі суїциденти потребують психологічної підтримки.

Структура суїцидологічної служби передбачає такі підрозділи:

1) телефон довіри (кризове консультування), цілодобовий і діє за межами психіатричної лікарні;

2) кабінет соціально-психологічної допомоги. Основне завдання психолога цього кабінету – виявлення осіб у кризових та суїцидонебезпечних станах, а також їх амбулаторне обслуговування;

3) кризовий стаціонар, який є структурним підрозділом соматичної або лікарні швидкої допомоги.

Для підвищення обізнаності лікарів загальної практики – сімейної медицини проводять тематичні навчання з питань діагностики й превенції СП.

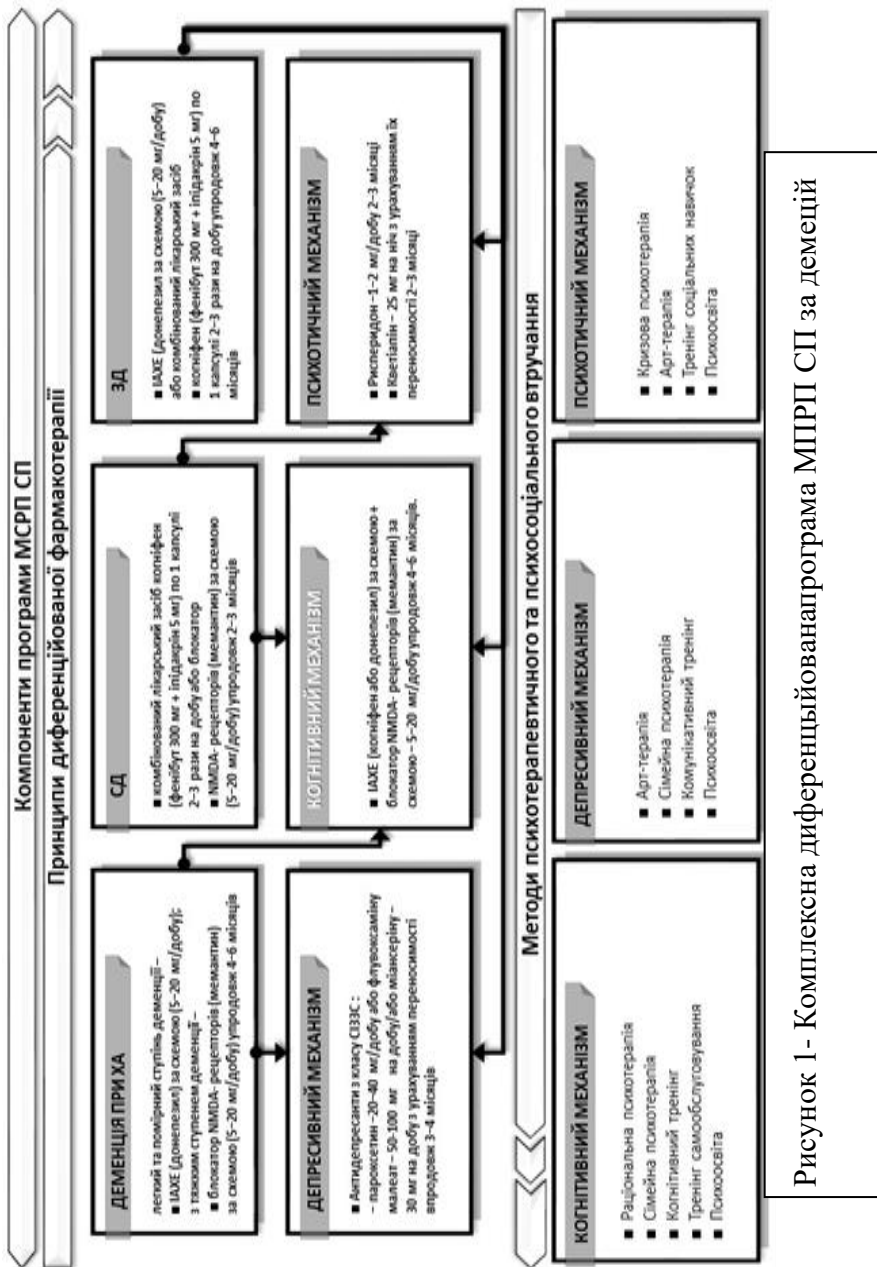
Програма медико-психологічної реабілітації та превенції СП (МПП) за деменцій повинна бути спрямованою на

розширення міжособистісних комунікацій, відновлення когнітивних здібностей, купірування супутньої депресивної / психотичної симптоматики (див. рис. 1).

Програма МПРП СП за деменцій базується на принципах етапності (I – діагностика; II – активна терапія; III – психопрофілактика); комплексності (поєднання фармакотерапії, психотерапії, психоосвіти, психологічних тренінгів); диференційованості реабілітаційних впливів. Серед фармакологічних засобів залежно від типу деменції та ступеня КД ефективною є базова терапія препаратами з групи інгібіторів ацетилхолін-естерази (IAXE), зокрема, донепезилом, когніфеном або блокаторів N-метил-D-аспартат-рецепторів (NMDA), насамперед мемантином, упродовж 4–6 місяців. За депресивного механізму СП додатково призначають антидепресанти з класу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (пароксетин 20–40 мг/добу або флувоксаміnumалеат 50–100 мг/добу чи міансерин 30 мг/добу з урахуванням стерпності) упродовж 3–4 місяців. Пацієнтам із психотичним механізмом СП додатково показані мінімально ефективні дози нейролептиків (1–2 мг/добу рисперидону та/або 25 мг на ніч кветіапіну), зважаючи на їх стерпність упродовж 2–3 місяців. Хворим на деменцію з когнітивним механізмом СП одночасно призначають препарат із групи IAXE (когніфен

або донепезил) за схемою й препарат із групи блокаторів NMDA-рецепторів (зокрема, 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 охоплюють раціональну й сімейну психотерапію, когнітивні тренінги, тренінг самообслуговування та психоосвіту; із *депресивним* – арт-терапію й сімейну психотерапію, комунікативні тренінги та психоосвіту; із *психотичним* – кризову психотерапію й арт-терапію, тренінг соціальних навичок і психоосвітні заняття (див. рис. 1).



6.1 Поради лікареві

1. Усі особи, які мають суїцидальні наміри чи вже вчиняли суїцидальні спроби, повинні бути негайно оглянуті психіатром.
2. Можлива короткочасна госпіталізація до психіатричного стаціонару, діагностики можливого депресивного чи психотичного розладу.
3. Бажана психотерапевтична інтервенція для відреагування суїцидогенних хвилювань спеціалістом – психологом чи психотерапевтом. Довірлива бесіда з фахівцями первинної медичної ланки також забезпечить позитивний ефект.
4. Не бажано залишати суїцидента наодинці вдома, необхідно сховати будь-які ліки, що можуть бути використаними для здійснення повторного суїциду.
5. Варто надати пацієнтові вичерпну інформацію з контактами екстрених кризових служб телефону довіри, гарячих ліній органів місцевого самоврядування.
6. Повністю СП діагностують застосування клінічного (збирання анамнезу й скарг, бесіди), психодіагностичного та психометричного (використання опитувальників (шкал), певні з яких наведено в додатках А,Е) методів.

Питання для самоконтролю

- 1 Відмінності суїцидальної та аутоагресивної поведінки?
- 2 Гендерні особливості СП.
- 3 Соціально-демографічні пре диктори саморуйнівної поведінки.
- 4 Психотравмувальні чинники формування СП.
- 5 Найсуїцидонебезпечніші риси характеру.
- 6 Психічні захворювання із найвищим ризиком суїциду.
- 7 Механізм формування СП за шизофренії та ППЕ.
- 8 Психопатологічна симптоматика з найбільшою вірогідністю виникнення СП за шизофренії й ППЕ.
- 9 Чинники антиризиків СП, зокрема за шизофренії.
- 10 Клініко-психопатологічні особливості СП в разі депресій.
- 12 Предиктори СП в разі когнітивних розладів, зокрема деменцій.
- 13 Чинники антиризиків суїциду за деменцій.
- 14 Особливості СП в разі алкоголізму та наркоманії.
- 15 Методи превенції СП.
- 16 Дистанційні форми превенції СП. Сутність кризової служби «Телефон довіри».

Тести

1 До факторів ризику розвитку СП не належать:

- а) ситуаційні фактори;
- б) маячні ідеї власної провини;
- в) емоційні порушення;
- г) алкоголізм;
- д) сприятливі стосунки в колективі.

2 Який вік не є суїцидально ризикованим?

- а) літній;
- б) дитячий;
- в) працездатний;
- г) юнацький.

3 Чинниками ризику СП можуть бути:

- а) депресивні стани;
- б) імперативні галюцинації;
- в) зниження пам'яті;
- г) еротичні марення;
- д) маячні ідеї своєї провинності;
- е) нічого із зазначеного.

4 Імовірність СП у психічнохворих може зростати в разі:

- а) думок про безцільність життєдіяльності;
- б) думок про безпросвітність майбутнього;
- в) ідей малоцінності;
- г) немає правильної відповіді.

5 За яких із зазначених депресій імовірність суїцидних спроб найбільша:

- а) маскованої;
- б) тривожної;
- в) астеничної;
- г) слізливої.

6 Суїцидальна поведінка може протікати у формі:

- а) завзятих суїцидальних висловлювань;
- б) прагнення до самогубства;
- в) суїцидальних намірів із їх дисимуляцією;
- г) нічого із зазначеного.

7 Суїцидальні спроби в підлітків за маніакально-депресивного психозу найчастіше є:

- а) істинними;

- б) парасуїцидальними;
- в) демонстративно-шантажними.

8 Профілактика суїцидів полягає в:

- а) усуненні або зменшенні кількості стресових ситуацій;
- б) психотерапевтичних заходах;
- в) призначенні необхідного лікування;
- г) усі відповіді правильні;
- д) немає правильної відповіді.

9 Профілактика суїцидів полягає в усьому, крім:

- а) адекватної кваліфікації психічного стану хворих;
- б) оцінювання ступеня суїцидальної небезпеки хворого;
- в) вживання необхідних заходів (госпіталізації, адекватної терапії, установа суворого нагляду);
- г) застосування комплексів психотерапевтичних заходів -за потреби;
- д) необхідних гігієнічних заходів.

10 У психічнохворих спостерігаються такі типи суїцидів:

- а) демонстративний;
- б) істинний, що зумовлений суїцидальними думками;

- в) розширений;
- г) усі зазначені;
- д) жоден із зазначених.

11 Суїцидальні спроби за маніакально-депресивного психозу в підлітків найчастіші такої глибини депресії:

- а) циклотимічної;
- б) психотичної;
- в) не має значення.

12 Суїцидальна поведінка у психічно хворих виражається в:

- а) почутті відчаю;
- б) суїцидальних думках;
- в) суїцидальних спробах;
- г) ні в чому із зазначеного;
- д) усьому зазначеному.

13 До суїцидально-небезпечних станів належать усі, крім:

- а) анестетичної депресії;
- б) тривожної депресії;
- в) депресії з ідеями самозвинувачення;
- г) слізливої депресії;
- д) ступорозної депресії.

14 Поняття суїциду та пара суїциду можна зіставити із:

- а) суїцидальними думками й намірами, що передують суїциду;
- б) станом у момент суїциду;
- в) станом після суїцидальних спроб;
- г) усім зазначеним;
- д) ні з чим із зазначеного.

15 Факторами ризику СП в психічно хворих є всі, крім:

- а) масивності депресій;
- б) суїцидальних думок;
- в) масивних ідей самозвинувачення;
- г) масивного рухового гальмування;
- д) малої виразності рухового гальмування в масивній депресії.

16 Не становлять суїцидальної небезпеки:

- а) депресії з фобіями;
- б) ступорозні депресії;
- в) масивні апатичні депресії без добових коливань;
- г) усі зазначені депресії;
- д) жодна із зазначених депресій.

17 За маніакально-депресивного психозу в підлітків найбільш типовим є такий тип суїцидальних спроб:

- а) справжні обдумані суїциди, спричинені глибокими афективними розладами;
- б) на зразок ситуаційних реакцій, що виникають унаслідок неглибокої депресії;
- в) безглузді суїциди;
- г) за типом перекручених потягів.

18 Завжди суїцидонебезпечна така депресія:

- а) іронічна депресія;
- б) дисфорична депресія;
- в) апатична депресія;
- г) усі зазначені депресії;
- д) жодна із зазначених депресій.

19 Ризик СП обумовлений:

- а) масивністю депресій;
- б) структурою депресій;
- в) неадекватною реабілітаційно-терапевтичною тактикою;
- г) усім зазначеним;
- д) нічим із зазначеного.

20 Суїцидальну небезпеку становлять усі перелічені стани, крім:

- а) психостенічної депресії;
- б) депресії з депресивним маренням;
- в) ажитованої депресії;
- г) загальмованої меланхолійної депресії;
- д) адинамічних депресій із добовими коливаннями.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мудренко І. Г. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.16 / І. Г. Мудренко. – Харків, 2020. – 40 с.
2. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. / І. Г. Мудренко. – Харків, 2008. – 30 с.
3. Мудренко І. Г. Клінічна суїцидологія : посібник / І. Г. Мудренко; за ред. Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. – Харків : Строков Д.В., 2020. – 302 с.
4. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник / С. Н. Саржевський. – Запоріжжя, 2020. – 87 с.

Додаток А
(обов'язковий)

Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікареві зрозуміти, як Ви себе почуваєте.

Прочитайте уважно кожне твердження й виберіть те, що найбільше відповідає вашому самопочуттю себе на минулому тижні.

Позначте кружечок, твердженням, що ви вибираєте.

Не думайте надто довго, оскільки Ваша перша реакція завжди найправильнішою.

Т Я відчуваю напруженість, мені ніякового.

3 Увесь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім ні.

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає його в мене.

0 Це так.

1 Напевно, це так.

2 Так, але дуже мало.

3 Зовсім ні.

Продовження додатка А

Т Я відчуваю страх. Здається, ось-ось може статися щось жахливе.

- 3 О Це так, і страх дуже сильний.
- 2 О Це так, але страх не дуже сильний.
- 1 О Іноді, але це мене не турбує.
- 0 О Зовсім ні.

Д Я здатний розсміятися та знайти в тій чи іншій події смішне.

- 0 О Це так.
- 1 О Напевно, це так.
- 2 О Це так, але дуже мало.
- 3 О Зовсім ні.

Т Метушливі думки крутяться в мене в голові.

- 3 О Постійно.
- 2 О Більшість часу.
- 1 О Час від часу й це не так часто.
- 0 О Іноді.

Д Я відчуваю бадьорість.

- 3 О Зовсім ні
- 2 О Дуже рідко.
- 1 О Іноді.
- 0 О Майже весь час.

Продовження додатка А

Т Я можу легко сісти та розслабитися.

- 0 О Це так
- 1 О Напевно, це так
- 2 О Зрідка це так
- 3 О Зовсім ні .

Д Здається, я став робити все дуже повільно.

- 3 О Майже весь час.
- 2 О Часто.
- 1 О Іноді.
- 0 О Зовсім ні.

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння.

- 0 О Зовсім ні.
- 1 О Іноді.
- 2 О Часто.
- 3 О Дуже часто.

Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

- 3 О Це так
- 2 О Не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 О Здається, я став приділяти цьому менше уваги.
- 0 О Я стежу за собою так, як раніше.

Продовження додатка А

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно необхідно рухатися.

3 О Це так.

2 О Напевно, це так.

1 О Певною мірою це так.

0 О Зовсім ні.

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення.

0 О Так, як зазвичай.

1 О Так, але не стільки, як зазвичай.

2 О Значно менше, ніж зазвичай.

3 О Зовсім ні.

Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 О Дуже часто.

2 О Досить часто.

1 О Зрідка.

0 О Зовсім ні.

Продовження додатка А

Д Я можу одержувати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми.

0 О Часто.

1 О Іноді.

2 О Зрідка.

3 О Дуже рідко.

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д).
Критеріями оцінки даних за HADS є: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток Б
(обов'язковий)

Шкала SADPERSONS Scale
(*W. M. Patterson, H. H. Dohn, J. Bird*)

Для експрес-оцінювання ризику суїциду використовують шкалу SADPERSONS Scale. Її назва шкали – це акронім із 10 ознак.

<i>S</i>	Стать	1 – чоловіча
<i>A</i>	Вік	1 – 19 років і молодше або 45 років або старше
<i>D</i>	Депресія	1 – є
<i>P</i>	Попередні спроби	1 – були
<i>E</i>	Зловживання етанолом	1 – є
<i>R</i>	Втрата раціонального мислення	1 – пацієнт-психотик будь-якої нозології (шизофренія, афективні розлади, органічне ураження центральної нервової системи)
<i>S</i>	Втрата соціальної підтримки	1 – втрата, особливо нещодавня значущого іншого
<i>O</i>	Підготовка плану	1 – є план із вибраним детальним методом
<i>N</i>	Немає чоловіка (дружини)	1 – розлучений, удівець, неодружений чи самотній
<i>S</i>	Хвороби	1 – тяжкі, такі, що інвалідизують

Продовження додатка Б

Керівництво до дій відповідно до шкали SADPERSONS

Scale:

Кількість балів	Передбачувана клінічна дія
-2	Дозвіл перебувати вдома без подальшого клінічного спостереження
-4	Ретельне спостереження; розгляд питання щодо госпіталізації
-6	Необхідність госпіталізації, постійний нагляд
-10	Госпіталізація або примусова допомога

Додаток В
(обов'язковий)

Опитувальник для визначення ризику суїциду
(методика Б. Любан-Плоцца)

Згідно з інструкцією ризик суїциду тим вищий, чим більше відповідей «так» на запитання 1 - 11 і «ні» на запитання 12 - 16.

- 1) Чи доводилося Вам останнім часом думати про самогубство?
- 2) Якщо так, то чи часто?
- 3) Чи виникали такі думки мимоволі?
- 4) Чи є у Вас конкретне уявлення про те, як би Ви вкоротили собі віку?
- 5) Чи починали Ви підготовку до цього?
- 6) Чи говорили Ви вже кому-небудь про свої суїцидальні наміри?
- 7) Чи намагалися Ви коли-небудь укоротити собі віку?
- 8) Чи був у Вашій родині або серед друзів і знайомих випадок самогубства?
- 9) Чи вважаєте Ви свою ситуацію безнадійною?
- 10) Чи складно Вам відволіктися від своїх проблем?
- 11) Чи зменшилося Ваше спілкування з рідними, друзями, знайомими останнім часом?
- 12) Чи цікаво Вам те, що відбувається у Вашій професійній сфері й оточенні? Чи залишився інтерес до Ваших захоплень?

Продовження додатка В

- 13) Чи є у Вас хтось, із ким Ви можете відверто та довірливо говорити про свої проблеми?
- 14) Чи живите Ви зі своєю сім'єю або знайомими?
- 15) Чи зберігаються у Вас сильні емоційні зв'язки з родиною і/або професійними обов'язками?
- 16) Чи відчуваєте Ви свою стійку належність до якоїсь релігійної чи іншої світоглядної спільноти?

Додаток Г
(обов'язковий)

Шкала суїцидальних намірів А.Т. Бека

Тест складається з двох розділів. У першому враховують об'єктивні обставини, що стосуються суїцидальної спроби (1 – 8-й пункти). Другий містить дані самозвіту (9 – 15-й пункти) досліджуваного.

Реєстраційний бланк

Прізвище, ім'я, по батькові _____.

Дата обстеження _____ Вік ___ Стать чол. / жін. (підкреслити).

Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____.

1) Ізоляція:

0 – хтось присутній поруч;

1 – хтось поблизу або в межах візуального чи голосового контакту;

2 – нікого немає поблизу або в межах візуального чи голосового контакту.

2) Вибір часу:

0 – втручання можливе;

1 – втручання мало ймовірно;

2 – втручання дуже мало ймовірно.

3) Запобіжні заходи проти розкриття – втручання:

0 – немає;

Продовження додатка Г

1 – пасивна обережність (наприклад, уникнення сторонніх), але відсутність запобіжних заходів проти їх втручання;

2 – активна обережність (наприклад, зачинені двері).

4) Дії, орієнтовані на одержання допомоги під час чи після спроби:

0 – повідомлення потенційного помічника про спробу;

1 – контакт без спеціального повідомлення потенційного помічника про спробу;

2 – контакту або повідомлення потенційного помічника не було.

5) Фінальні дії в очікуванні на смерть (наприклад, заповіт, подарунки, страховка, інше):

0 – немає;

1 – думки про це або яку-небудь підготовку;

2 – планував або завершив підготовку.

6) Активна підготовка до спроби:

0 – немає;

1 – мінімальна або помірна;

2 – розгорнута.

7) Передсмертні записки:

0 – немає;

1 – записка написана, але розірвана, або думки про це;

2 – наявність записки.

Продовження додатка Г

8) Відкрите повідомлення про намір перед спробою:

0 – немає;

1 – двозначне;

2 – недвозначне;

9) Приписувана мета спроби:

0 – маніпуляція оточенням, привернення уваги, помста;

1 – компоненти «0» і «2»;

2 – втеча, вирішення проблем.

10) Очікувана фатальність:

0 – думки про небажаність смерті;

1 – думки, що смерть можлива, але не обов'язкова;

2 – думки, що смерть можлива та обов'язкова.

11) Розуміння летальності дій:

0 – зробив менше дій, ніж необхідно для летальності;

1 – був невпевненим, у летальності дій;

2 – виконав або перевищив дії, від яких очікував летальності.

12) Серйозність спроби:

0 – не робив серйозних спроб заподіяти собі смерть;

1 – невизначеність щодо серйозності рішення заподіяти собі смерть;

2 – серйозно намагався заподіяти собі смерті.

Продовження додатка Г

13) Ставлення до життя / смерті:

0 – не хотів померти;

1 – компоненти «0» і «2»;

2 – хотів померти.

14) Уявлення про можливості медичної допомоги:

0 – думки, що смерть буде малоімовірною в разі медичного втручання;

1 – був невпевненим, що може уникнути смерті в разі медичного втручання;

2 – був упевнений у смерті навіть у разі медичного втручання.

15) Ступінь навмисності:

0 – немає, імпульсивна;

1 – обмірковування менше ніж 3 години перед спробою;

2 – обмірковування понад 3 години перед спробою.

Тест дає змогу оцінити в балах ступінь суїцидальної інтенції, тобто вираженість, напруженість, а отже, істинність суїцидальних тенденцій у осіб, які вже здійснювали суїцидальну спробу. Чим вищий загальний бал суїцидальної інтенції в результаті додавання балів всіма 15 параметрами, урахованими в тесті Бека, тим більша ймовірна реальність намірів людини заподіяти собі смерть.

Додаток Д
(обов'язковий)

Шкала суїцидальності Пейкеля

Шкала суїцидальності Е. С. Пейкеля належить до коротких скринінгових шкал, що дають змогу оцінити ризик суїциду. Вона передбачає п'ять запитань, що ставляться у процесі інтерв'ю, підвищуючи ступінь розкриття “суїцидального” змісту:

1. Чи відчували Ви коли-небудь, що життя не варте того, щоб жити?
2. Чи хотіли Ви коли-небудь померти, наприклад заснути й не прокинутися?
3. Чи думали Ви коли-небудь про те, щоб позбавити себе життя, навіть якщо ніколи не зробили б цього?
4. Чи розглядали Ви коли-небудь можливість серйозно позбавити себе життя або планували як це зробити ?
5. Чи робили Ви коли-небудь спробу позбавити себе життя?

Ці питання можна застосовувати для оцінювання суїцидальності за різні часові періоди : за останній тиждень, місяць, рік або все життя. На кожне запитання респондент відповідає «так» або «ні».

Незважаючи на те, що спочатку опитувальник не планували використовувати як шкалу, у дослідженні W. В. Meneese та

Продовження додатка Д

В. А. Yutrzenka підраховували бали від 1 до 5 (1 бал за кожен позитивну відповідь). Суб'єкти, які за результатами опитувальника проявляли суїцидальні почуття впродовж останнього року, мали більшу кількість психіатричних симптомів, соматичних скарг негативних подій у житті, частіше перебували в соціальній ізоляції порівняно з групою контролю. Крім того, таких респондентів частіше госпіталізували в психіатричний стаціонар з огляду на емоційні проблеми і вони частіше потребували транквілізаторів упродовж минулого року.

Додаток Е
(обов'язковий)

Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки

Л.С. Юрієва

Мета – виявлення СП.

Діагностичні показники: поточні думки про суїцид, плани або ставлення пацієнта до суїциду, попередні епізоди суїцидальних думок, альтернативи суїциду.

Термін «скринінг» походить від англійського screen, що означає відбирати або сортувати.

Скринінгові питання	Так	Ні
Можна розпочати зі з'ясування точки зору респондента щодо свого життя, рівень задоволення, що він одержує від нього		
1 Чи відчуваєте Ви, що у Вас є майбутнє?		
2 Чи буває у Вас таке відчуття, ніби життя не варте того, щоб його продовжувати?		
3 Чи траплялося Вам коли-небудь переживати абсолютно безпросвітний відчай і безнадію?		
4 Чи не буває у Вас відчуття, що краще померти й залишити все це?		

Продовження додатка Е

Якщо відповідь «життя не варте того, щоб його продовжувати»,
варто запитати

5 У вас коли-небудь виникали думки покінчити з життям?		
6 Чи були у Вас у минулому думки про вчинення суїциду?		
7 Чи здійснювали Ви в минулому суїцидальну спробу?		

У разі позитивних відповідей необхідно продовжити ставити запитання для оцінювання суїцидального ризику. Зокрема про:

- поточні думки про суїцид;
- плани або ставлення клієнта до суїциду;
- попередні епізоди суїцидальних думок;
- альтернативи суїциду або як клієнт уникав суїциду (відхід від небезпечної ситуації, звернення до іншого за допомогою тощо).

Продовження додатка Е

Більшість клієнтів відповідає на такі запитання чесно, але потрібно бути особливо обережним із тими, хто ухиляється від відповіді. Якщо нічого конкретного щодо СП не було виявлено, то можна запитати:

1. Багато людей мають суїцидальні думки. Як Ви вирішили, що не змогли б учинити самогубства?
2. Ви планували, що саме повинні зробити?

Якщо мова йде про передозування лікарськими препаратами, то питання доцільно сформулювати конкретніше, наприклад:

1. Чи не намагалися Ви накопичувати таблетки? Що Вас утримало?
2. Чи зроблені Вами будь-які розпорядження на випадок смерті? Ви мали намір довести спробу самогубства до кінця?

Навчальне видання

СУЇЦИДОЛОГІЯ

Конспект лекцій

із дисципліни **«Психіатрія, наркологія»**

для студентів спеціальностей

221 *«Стоматологія»*, 222 *«Медицина»*, 228 *«Педіатрія»* за
освітнього ступеня **«магістр»** і лікарів-інтернів

Відповідальний за випуск О. О. Потапов

Редактор О. В. Федяй

Комп'ютерне верстання І. Г. Мудренко

Підписано до друку 11.02.2022, поз. 36.

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид. арк. 4,14. Тираж 5 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач

Сумський державний університет,

вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2017