

І. Г. Мудренко
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА СУДИННУ
 ДЕМЕНЦІЮ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ**

І. Г. Мудренко
Клинико-психопатологические особенности больных сосудистой деменцией с высоким риском суицида

І. Н. Mudrenko
Clinical-psychopathological features in patients with vascular dementia with high risk of suicide

Проведено комплексне клініко-анамнестичне, нейровізуалізаційне та патопсихологічне обстеження 73 хворих на судинну деменцію. Серед них виокремлено основну групу з високим ризиком суїциду (39 хворих) та без ознак суїцидальної поведінки (СП) — контрольну (34 хворих). У хворих з СП частіше виявлялись ознаки лейкоареозису, атрофія звивин мозку та мозочка, розширення субарахноїдального простору. Встановлені такі фактори ризику суїциду у хворих на судинну деменцію: психотравмуючі (небезпечна для життя хвороба, зміни в соціально-фінансовому статусі хворого, в житті чи в оточенні); комунікативні (відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів, внутрішня спрямованість комунікацій та відсутність турботи про пацієнта); анамнестичні (суїцидальні спроби та депресивні епізоди в минулому); особистісні (фізична і непрямая агресія, образливість та роздратованість); клінічні (депресивний синдром, емоційна нестійкість, галюцинаторно-параноїдний синдром).
Ключові слова: судинна деменція, суїцидальний ризик, предиктори суїциду, клініко-психопатологічні особливості

Проведены комплексное клинико-анамнестическое, нейровизуализационное и патопсихологическое обследование 73 больных сосудистой деменцией. Среди них выделены основная группа с высоким риском суицида (39 больных) и без признаков суицидального поведения (СП) — контрольная (34 больных). У больных с СП чаще выявлялись признаки лейкоареозиса, атрофия извилин мозга и мозжечка, расширение субарахноидального пространства. Установлены следующие факторы риска суицида у больных сосудистой деменцией: психотравмирующие (опасная для жизни болезнь, изменения в социально-финансовом статусе больного, в жизни или в окружении); коммуникативные (отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей, внутренняя направленность коммуникаций и отсутствие заботы о пациенте); анамнестические (суицидальные попытки и депрессивные эпизоды в прошлом); личностные (физическая и косвенная агрессия, обидчивость и раздражительность); клинические (депрессивный синдром, эмоциональная неустойчивость, галлюцинаторно-параноидный синдром).
Ключевые слова: сосудистая деменция, суицидальный риск, предикторы суицида, клинико-психопатологические особенности

Complex clinical-anamnestic, neuroimaging and patopsychological examination of 73 patients with vascular dementia was performed. Among them, the main group with high suicide risk (39 patients) and without suicidal behavior — control group (34 patients) were identified. In patients of the main group, there were signs of leukoareosis, atrophy bends of brain and cerebellum, expansion of subarachnoid space. The following risk factors for suicide in patients with vascular dementia are established: psychotraumatic (life-threatening illness, changes in the socio-financial status of the patient, in the life or in the environment of the patient); communicative (lack of emotional support from family and friends, internal orientation of communication and lack of caring for the patient); anamnestic (suicidal attempts and depressive episodes in the past); personal (physical and indirect aggression, touchiness and irritability); clinical (depressive syndrome, emotional instability, hallucinatory-paranoid syndrome).
Key words: vascular dementia, suicidal risk, predictors of suicide, clinical and psychopathological features

Сучасний стан поширеності деменцій в Україні демонструє переважання судинних форм над іншими. Питома вага хворих на судинну деменцію становить близько 41 % [1—6]. Така тенденція відрізняється від загальносвітової і зумовлена високою поширеністю цереброваскулярної патології у нашій країні, низькою якістю допомоги при мозкових катастрофах, недостатньою діагностикою хвороби Альцгеймера та меншою тривалістю життя. Відомо, що наявність психічних розладів в разі підвищує суїцидальний ризик. Особливо небезпечно щодо скоєння суїциду є депресивна симптоматика. Зокрема, при первинно-дегенеративних деменціях депресивні прояви діагностуються в 20—30 % випадків, а при судинній — в 25—30 % епізодів [1—3; 7—10]. Наявність коморбідної психопатологічної симптоматики при слабоумстві є прогностично несприятливою ознакою прогресування когнітивного дефіциту, обмеження активності у повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті [11, 12, 1—5].
 Враховуючи високу спорідненість цереброваскулярної патології з емоційно-вольовими розладами нам вважається за потрібне вивчення особливостей формування суїцидальної поведінки у цієї групи хворих.

Метою нашої роботи є пошук патоанатомічних, клініко-анамнестичних, психопатологічних предикторів суїцидальної поведінки у хворих на судинну деменцію.

Всього обстежено 73 хворих на судинну деменцію, з них 39 мали суїцидальні прояви (антивітальні висловлювання, суїцидальні думки, наміри, спроби) та увійшли в основну групу. Контрольну групу склали 34 хворих без ознак суїцидальної поведінки (СП) при клініко-анамнестичному обстеженні. Середній проміжок часу між початком захворювання і обстеженням склав 6,7 років. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв МКХ-10, спираючись на наявність судинної патології головного мозку та дані об'єктивних методів дослідження.

Використовували такі методи дослідження: метод нейровізуалізації, клініко-анамнестичний, психодіагностичний: шкала MMSE; клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), шкала визначення вираженості суїцидального ризику, шкала визначення самосвідомості смерті, шкала Гамільтона для оцінки депресії, тест Бартела, опитувальний Басса — Даркі; метод статистичної обробки результатів.

Хворі з СП у 100 % мали атрофію звивин мозку та мозочка, у 80 % випадків — ознаки лейкоареозису, розширення та деформацію шлуночкової системи головного мозку, у 60 % — розширення субарахноїдального простору; у 40 % випадків — судинні ураження ішемічного характеру в ділянці білої речовини мозку, базальних ядер та стовбура.

75 % обстежуваних контрольної групи виявляли судинні ураження в зоні базальних ядер; 50 % — в басейні кровопостачання правої та лівої середніх мозкових

артерій; 100 % — враження білої речовини півкуль мозку. Неприятним для хворих без СП є наявність перивентрикулярного враження білої речовини (лейкоареозису) та розширення шлуночкової системи мозку та субарахноїдальних просторів — у 25 % обстежуваних відповідно. У жодного хворого без СП не виявлено ознак атрофії звини мозку та мозочку.

Супутня цереброваскулярна патологія проявляється такими захворюваннями: гіпертонічна хвороба виявлена у 61,5 % хворих, ішемічна хвороба серця — у 53,8 %, дисциркуляторна енцефалопатія 2—3 ступеня — 38,5 %, хронічне порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу — 23 % обстежуваних, а гостре порушення мозкового кровообігу по геморагічному типу — 15,2 % (крововиливи внаслідок розриву аневризми, геморагічні інсульти).

Спадкова обтяженість мозковими катастрофами (інфаркти, інсульти) в родині спостерігалася у 16 % обстежених; по 8 % мали розумово відсталіх або дементних родичів; 8 % хворих — спадкову обтяженість цукровим діабетом. Покінчили життя самогубством родичі 8 % респондентів.

В клінічній картині серед супутньої психопатологічної симптоматики переважав галюцинаторний синдром у 23 % хворих, у 31 % — маячні ідеї обкрадання, ставлення, чаклунства; у 54 % — коморбідна депресія; у 2 % — розлади свідомості по деліріозному типу; у 30,7 % — емоційна нестійкість та роздратованість.

Клінічна феноменологія СП відрізнялась переважанням ідеаторних форм над зовнішньоповедінковими. Зокрема, в основній групі 61,5 % пацієнтів висловлювали антивітальні настрої, 15,4 % — реальні суїцидальні думки, а 23 % вже вчинили в анамнезі суїцидальні спроби.

В процесі дослідження аналізували чинники суїцидальної поведінки, вираженість та специфіку когнітивних порушень, соціального функціонування, особливості депресивної симптоматики та проявів агресії.

За даними методики визначення суїцидального ризику в основній групі у 75,00 % пацієнтів виявлений високий суїцидальний ризик (СР) та у 25,00 % — низький СР (табл. 1). В групі порівняння спостерігалась протилежна тенденція: у 67,74 % пацієнтів був встановлений низький СР, а у 32,26 % пацієнтів — високий СР. При цьому кількість пацієнтів з високим СР була більшою в основній групі ($p \leq 0,001$, ДК = 3,45, MI = 0,68), а з низьким СР — в групі порівняння ($p \leq 0,001$, ДК = 3,75, MI = 0,73), де ДК — діагностичні коефіцієнти, MI — міри інформативності Кульбака.

При судинних деменціях у 57,14 % пацієнтів основної групи був встановлений високий та у 42,86 % — низький рівень самосвідомості смерті. В групі порівняння у більшій частині пацієнтів визначено низький рівень самосвідомості смерті ($83,87 \pm 11,22$ %). Статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що кількість пацієнтів з високим рівнем самосвідомості смерті була більшою в основній групі ($p \leq 0,0005$, ДК = 5,49, MI = 1,13), а з низьким — в групі порівняння ($p \leq 0,0005$, ДК = 2,92, MI = 0,60).

Таблиця 1. Чинники суїцидального ризику хворих на судинну деменцію (за даними опитувальника Лос-анджелеського суїцидологічного центру)

Найменування показників	Основна група	Група порівняння	t-value	p
	(m ± σ), бали			
Симптоми				
Глибока депресія	7,92 ± 2,43	5,03 ± 3,38	4,236	0,000
Відчуття безнадії, безпорадності та виснаження	5,67 ± 4,11	3,06 ± 3,64	2,823	0,006
Дезорганізація, дезорієнтація, ілюзії, галюцинації	5,51 ± 3,98	3,26 ± 3,17	2,641	0,010
Алкоголізм, прийом наркотиків, гомосексуальні стосунки, участь в ризикованих подіях	2,90 ± 3,94	1,21 ± 2,27	2,205	0,031
Переживання, напруженість, тривога	3,74 ± 2,76	2,00 ± 2,20	2,954	0,004
Провина	1,90 ± 2,63	0,68 ± 1,68	2,321	0,023
Відчуття ворожості, роздратованості, підозрливості	4,62 ± 2,56	1,82 ± 2,28	4,891	0,000
Слабкий імпульсивний контроль, недостатня розсудливість	1,31 ± 2,43	1,76 ± 2,46	-0,797	0,428
Хронічні захворювання, що ослаблюють	3,05 ± 3,24	3,41 ± 2,72	-0,510	0,612
Повторні переживання негараздів, пов'язаних зі зверненням до лікарів та психотерапевтів	0,46 ± 1,62	0,24 ± 0,96	0,713	0,478
Психосоматичні хвороби чи іпохондричність	0,15 ± 0,54	0,14 ± 0,70	0,047	0,963
Стрес				
Втрата коханої людини у зв'язку зі смертю або розлученням	3,08 ± 3,98	2,38 ± 3,27	0,807	0,422
Втрата роботи, грошей, статусу	2,69 ± 4,10	0,71 ± 2,01	2,569	0,012
Небезпечна для життя хвороба	4,77 ± 4,48	2,15 ± 3,12	2,859	0,006
Загроза судового провадження	1,15 ± 2,81	0,18 ± 0,87	1,950	0,055
Зміни в житті чи в оточенні	1,92 ± 3,59	0,47 ± 1,58	2,182	0,032
Гострий та випадковий початок симптомів стресу	2,69 ± 4,10	1,38 ± 2,91	1,552	0,125
Симптоми стресу, що час від часу повторюються	2,00 ± 3,71	0,26 ± 1,08	2,632	0,010
Збільшення симптомів стресу	0,62 ± 2,16	0,15 ± 0,86	1,185	0,240

Найменування показників	Основна група	Група порівняння	t-value	p
	(m ± σ), бали			
Суїцидальна поведінка в минулому та поточні плани				
Небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб	1,38 ± 3,29	0	2,452	0,017
Повторні загрози та депресії у минулому	2,69 ± 4,10	0	3,827	0,000
Особливості, пов'язані з намірами, та смертельна загроза методів, що плануються	2,08 ± 3,84	0	3,150	0,002
Можливості, комунікативні аспекти та відповідь значимих інших				
Відсутність джерел фінансової підтримки	1,31 ± 3,11	0,74 ± 1,76	0,947	0,347
Відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів	2,77 ± 3,94	1,24 ± 2,22	2,010	0,048
Порушення зв'язків, що супроводжується відмовою від спроб їх відновлення	2,69 ± 4,10	1,24 ± 2,31	1,833	0,071
Зв'язки мають внутрішньо спрямовану ціль	2,08 ± 3,84	0,26 ± 1,08	2,658	0,010
Комунікативні зв'язки мають міжособистісну спрямованість	1,92 ± 3,59	1,00 ± 2,23	1,297	0,199
Реакція значимих інших				
Захист, паранояльність, позиція, пов'язана з покаранням	0	0,24 ± 0,99	-1,491	0,140
Заперечення потреби у допомозі	0	0,50 ± 1,66	-1,887	0,063
Відсутність турботи про пацієнта, відсутність розуміння пацієнта	2,08 ± 3,84	0,21 ± 0,91	2,770	0,007
Нерішуча або мінлива позиція	0,69 ± 2,43	0,44 ± 1,50	0,522	0,603
Загальна сума	84,13 ± 39,46	41,03 ± 27,14	5,357	0,000

Серед стресових факторів, що впливали на підвищення СР, визначені: наявність небезпечної для життя хвороби (4,77 ± 4,48 бала), ($t = 2,859, p \leq 0,01$); втрата роботи, грошей чи статусу (2,69 ± 4,10 бала), ($t = 2,569, p \leq 0,01$); зміни в житті чи в оточенні (1,92 ± 3,59 бала), ($t = 2,182, p \leq 0,05$) та повторюваність дії стресових факторів (2,00 ± 3,71 бала), ($t = 2,632, p \leq 0,01$).

Суїцидальна поведінка в минулому та поточні плани були вагомими чинниками СР при судинних деменціях. Наявність суїцидальних спроб в анамнезі (1,38 ± 3,29 бала), суїцидальні наміри (2,08 ± 3,84 бала), депресивні епізоди в минулому (2,69 ± 4,10 бала) переважали у пацієнтів основної групи порівняно з групою контролю ($t = 2,452, p \leq 0,01$), ($t = 3,150, p \leq 0,025$) та ($t = 3,827, p \leq 0,0001$) відповідно.

Порушення комунікацій хворих з судинними деменціями були чинником СР, а саме відсутність емоційної під-

тримки з боку сім'ї та друзів (2,77 ± 3,94 бала), внутрішня спрямованість комунікацій (2,08 ± 3,84 бала) та відсутність турботи про пацієнта (2,08 ± 3,84 бала) більш виражені у хворих з високим СР: ($t = 2,010, p \leq 0,05$), ($t = 2,658, p \leq 0,01$) та ($t = 2,770, p \leq 0,01$) відповідно.

Статистичний аналіз продемонстрував переважання гальмівного, ажитованого та соматизованого типів депресивного порушення у пацієнтів з високим СР при судинних деменціях ($t = 2,713, p \leq 0,01$; $t = 2,241, p \leq 0,05$ та $t = 1,952, p \leq 0,05$ відповідно).

Аналізом депресивної симптоматики за результатами шкали Гамільтона встановлено, що загальна вираженість депресивних проявів вища у хворих основної групи ($t = 2,035, p \leq 0,05$), що дозволяє стверджувати, що депресивні порушення при судинних деменціях є вагомим чинником, що впливає на підвищення СР (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості депресивної симптоматики у хворих на судинну деменцію (за шкалою Гамільтона)

Найменування показників	Основна група	Контрольна група	t-value	p
	(m ± σ), бали			
Депресивний настрій	2,03 ± 1,11	1,66 ± 1,29	1,298	0,199
Почуття провини	1,49 ± 1,17	1,31 ± 1,42	0,568	0,572
Суїцидальні наміри*	1,85 ± 1,53	0,16 ± 0,37	6,093	0,000
Інсомнія рання	1,26 ± 0,82	0,97 ± 0,78	1,503	0,137
Інсомнія середня*	1,36 ± 0,74	0,97 ± 0,82	2,098	0,040
Інсомнія пізня	1,00 ± 0,79	0,97 ± 0,82	0,162	0,872
Робота та діяльність	3,38 ± 1,09	3,16 ± 1,25	0,823	0,414
Загальмованість	1,95 ± 0,97	2,19 ± 1,00	-1,018	0,312
Збудженість	1,67 ± 1,32	1,44 ± 1,48	0,668	0,494
Психічна тривога	1,54 ± 1,33	1,25 ± 1,37	0,896	0,373
Соматична тривога	1,79 ± 0,98	1,72 ± 1,11	0,306	0,760
Травні соматичні порушення	0,79 ± 0,70	0,72 ± 0,81	0,425	0,672

Найменування показників	Основна група	Контрольна група	t-value	p
	(m ± σ), бали			
Загальні соматичні симптоми	1,64 ± 0,63	1,34 ± 0,70	1,884	0,064
Генітальні симптоми*	1,10 ± 0,97	0,59 ± 0,87	2,301	0,024
Іпохондричний розлад	1,54 ± 1,41	1,28 ± 1,37	0,773	0,442
Втрата маси тіла	0,74 ± 0,82	0,59 ± 0,76	0,794	0,430
Втрата маси тіла (фактична)	0,54 ± 0,76	0,41 ± 0,67	0,774	0,442
Критичність	0,77 ± 0,99	1,03 ± 0,93	-1,142	0,258
Добові коливання настрою	0,69 ± 0,73	0,78 ± 0,75	-0,504	0,616
Добові коливання настрою (ступінь)	0,85 ± 0,84	0,72 ± 0,73	0,672	0,504
Деперсоналізація/дереалізація	0,72 ± 1,05	1,00 ± 1,27	-1,025	0,309
Параноїдні симптоми	0,23 ± 0,58	1,34 ± 1,54	-0,519	0,605
Обсесивні та компульсивні симптоми	1,15 ± 1,53	0,38 ± 0,66	-0,977	0,332
Сумарний бал*	30,08 ± 11,56	24,44 ± 12,08	2,035	0,046

Примітка: * — різниця вірогідна на рівні $p \leq 0,05$

Характерними для хворих з СП є прояви апатії, зниження продуктивності в роботі та діяльності (3,38 ± 1,09 бала), депресивний настрій (2,03 ± 1,11 бала), суїцидальні наміри (1,85 ± 1,53 бала), загальмованість (1,95 ± 0,97 бала) або збудженість (1,67 ± 1,32 бала), соматична (1,79 ± 0,98 бала) та психічна (1,54 ± 1,33 бала) тривога, порушення сну (1,36 ± 0,74 бала), почуття провини (1,49 ± 1,17 бала), загальні соматичні симптоми (1,64 ± 0,63 бала), схильність до іпохондрії (1,54 ± 1,41 бала). Нехарактерними для хворих з СП були параноїдна симптоматика (0,23 ± 0,58 бала), схуднення (0,54 ± 0,76 бала) та добові коливання настрою (0,69 ± 0,73 бала).

У хворих без СП серед депресивних симптомів переважали зниження активності в роботі та діяльності (3,16 ± 1,25 бала), загальмованість і збудженість ((2,19 ± 1,00 та 1,44 ± 1,48 бала відповідно) та соматична тривога (1,72 ± 1,11 бала). Не характерні для пацієнтів групи порівняння суїцидальні наміри (0,16 ± 0,37 бала), втрата маси тіла (0,41 ± 0,67 бала), обсесивно-компульсивні (0,38 ± 0,66 бала) та генітальні симптоми (0,59 ± 0,87 бала).

Отже, наявність суїцидальних намірів ($t = 6,093$, $p \leq 0,0001$), генітальних симптомів ($t = 2,301$, $p \leq 0,025$) та диссомнія ($t = 2,098$, $p \leq 0,05$) характеризують пацієнтів з високим СР при судинній деменції.

Для оцінення когнітивного статусу та аналізу його впливу на СР використовували такі методи: MMSE, CDR та шкала Бартела.

Більшість пацієнтів основної групи мали помірний рівень деменції (50,00 ± 8,62 %), у 21,43 % пацієнтів — легкий та у 14,29 % пацієнтів — тяжкий рівень когнітивного дефіциту. У 14,29 % хворих основної групи спостерігались лише окремі ознаки деменції. В групі порівняння 39,39 % пацієнтів мали помірний, 27,27 % — тяжкий, у 18,18 % — легкий рівень деменції та у 15,15 % пацієнтів були зафіксовані окремі ознаки когнітивного дефіциту. Вірогідних різниць між основною групою та групою порівняння за рівнями деменції у хворих на судинну деменцію визначено не було.

В основній групі хворих з СР спостерігалось зниження процесу запам'ятовування (16,33 ± 0,04 %), порушення праксису (31,00 ± 0,08 %) та зниження концентрації уваги і здатності до лічення (39,00 ± 0,09 %) (рис. 1).

Процеси «орієнтування у часі» (45,20 ± 0,11 %), «читання» (47,50 ± 0,12 %) набували середніх значень.

Найменш порушеними виявилися функції «сприйняття» (89,66 ± 0,22 %), «орієнтування у місці» (67,20 ± 0,16 %), «мова» (64,00 ± 0,16 %) та «виконання команд» (64,00 ± 0,16 %).

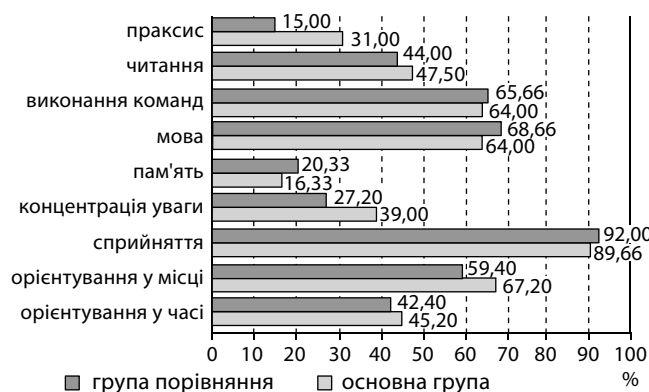


Рис. 1. Особливості когнітивних порушень у хворих на судинну деменцію (за даними MMSE)

У хворих групи порівняння спостерігались такі когнітивні порушення: праксису (15,00 ± 0,05 %), пам'яті (20,33 ± 0,06 %), концентрації уваги та акалькулія (27,20 ± 0,08 %). Порушення читання (44,00 ± 0,14 %), орієнтування у часі та місці ((42,40 ± 0,13 %) та (59,40 ± 0,19 %) відповідно) набували середніх значень. Когнітивні функції як-от «сприйняття» (92,00 ± 0,29 %), «мова» (68,66 ± 0,21 %) та «виконання команд» (65,66 ± 0,20 %) були найменш ураженими.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував відсутність залежності СР від стану когнітивних функцій.

При судинній деменції у хворих з високим СР спостерігались помірні порушення в інтелектуальній (1,74 ± 0,90 бала) та мнестичній (1,64 ± 0,86 бала) сферах, зниження незалежності поза домом (1,80 ± 0,92) та в процесі самообслуговування (1,59 ± 0,96) бала, звуження кола спілкування (1,76 ± 0,89 бала) та труднощі при орієнтуванні (1,38 ± 0,96 бала) (рис. 2).

У пацієнтів групи порівняння також були встановлені помірні порушення в інтелектуальній (1,95 ± 0,96 бала) та мнестичній (1,76 ± 0,89 бала) сферах та, наявність дезорієнтації (1,86 ± 1,10 бала), звуження кола інтересів

та спілкування ($1,91 \pm 0,93$ бала), помірна втрата самостійності поза домом ($1,90 \pm 0,96$ бала) та при виконанні гігієнічних процедур ($1,52 \pm 0,90$ бала). Суттєвих різниць між двома групами виявлено не було.

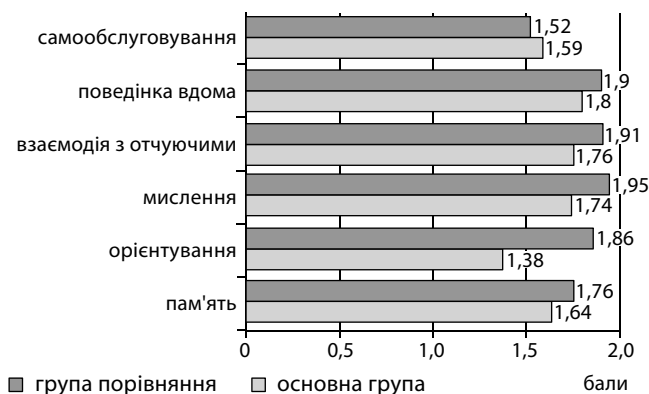


Рис. 2. Особливості соціального функціонування у хворих на судинну деменцію (за даними клінічної рейтингової шкали деменції CDR)

Загальний індекс активності повсякденного життя при судинній деменції у пацієнтів з СП становив 57,05 %, що відображає виражену залежність в повсякденному житті від оточуючих. В групі порівняння загальний індекс активності повсякденного життя становив 64,26 %, що також відповідало помірному рівню залежності від оточуючих.

Для більшості пацієнтів з високим СП характерна виражена (42,86 %) або повна залежність від оточуючих (14,29 % хворих), лише у 11,90 % — помірний рівень та у 7,14 % — легкий рівень залежності. У пацієнтів групи порівняння у 40,74 % хворих був встановлений виражений рівень залежності, у 37,04 % — помірний, у 7,41 % — легкий рівень залежності, 3,70 % пацієнтів повністю були залежними від оточуючих та 11,11 % не потребували допомоги.

Статистичний аналіз результатів пацієнтів двох груп продемонстрував, що пацієнтів з помірним рівнем залежності ($p \leq 0,01$, ДК = 4,93, MI = 0,62) та відсутністю потреби у допомозі від оточуючих ($p \leq 0,05$) було більше в групі порівняння, ніж у хворих з високим СП.

Аналіз агресивності (як реакції, що розвивається внаслідок негативних почуттів і негативних оцінок людей і подій) у пацієнтів з СП продемонстрував переважання образливості ($76,14 \pm 10,06$ %), почуття провини ($68,69 \pm 22,98$ %), вербальної ($62,94 \pm 16,92$ %), фізичної ($56,36 \pm 22,19$ %) та непрямой агресії ($57,58 \pm 17,88$ %), а також наявність роздратованості ($60,33 \pm 16,83$ %) та негативізму ($60,00 \pm 31,22$ %).

В групі порівняння переважали почуття провини ($69,70 \pm 18,84$ %), вербальна агресія ($62,24 \pm 15,55$ %) та образливість ($59,09 \pm 22,55$ %). Під час порівняння двох груп визначено, що фізична ($t = 2,403$, $p \leq 0,025$) і пряма агресія ($t = 1,976$, $p \leq 0,05$), а також образливість ($t = 3,821$, $p \leq 0,0001$) та роздратованість ($t = 2,532$, $p \leq 0,01$) були більш виражені у хворих на судинну деменцію з високим СП.

Проведений нами кореляційний аналіз дозволив виокремити взаємозв'язки високого ризику суїциду з клініко-психопатологічними особливостями пацієнтів.

При судинній деменції мnestичні порушення ($r = 0,482$) та відчуття труднощів в прийнятті рішень ($r = 0,431$) були чинником ризику, а порушення кон-

структивних ($r = -0,3821$), організаційних ($r = -0,378$) та мовних функцій ($r = -0,465$) — фактором антиризико суїцидальної поведінки.

Зменшення незалежності поза домівкою було асоційовано з високим суїцидальним ризиком ($r = 0,424$).

У пацієнтів з судинною деменцією високий суїцидальний ризик корелював з вираженістю депресії ($r = 0,549$), насамперед, з її соматизованим типом ($r = 0,558$), а також з наявністю депресивних епізодів в минулому ($r = 0,350$). Також високий суїцидальний ризик був поєднаний з депресивним настроєм ($r = 0,481$), почуттям провини ($r = 0,480$), відчуттям безнадії, безпорадності й виснаження ($r = 0,481$), порушенням сну (наявності ранньої ($r = 0,684$), середньої ($r = 0,527$) або пізньої ($r = 0,618$) інсомнії), наявністю психічної ($r = 0,366$) та соматичної ($r = 0,355$) тривоги, добових коливань ($r = 0,613$) та симптомами дереалізації ($r = 0,409$).

Серед чинників психічної травматизації з високим суїцидальним ризиком були поєднані раптова втрата коханої людини ($r = 0,350$), грошей ($r = 0,552$), роботи або статусу ($r = 0,562$).

Отже, встановлені чинники ризику СП при судинній деменції:

- наявність нейровізуалізаційних змін у вигляді «бісвангеровської енцефалопатії», тобто лейкоареозису перивентрикулярно; атрофія звинин мозку та мозочка, розширення та деформація шлуночкової системи головного мозку;

- переважання в клінічній картині супутньої депресивної симптоматики, емоційної нестійкості, роздратованості та галюцинаторно-параноїдних симптомів;

- наявність гальмівного (41,32 %, $t = 2,713$, $p \leq 0,01$), соматизованого (36,22 %, $t = 1,952$, $p \leq 0,05$) та ажитованого (34,33 %, $t = 2,241$, $p \leq 0,05$) типів депресії;

- вираженість депресії ($t = 4,236$, $p \leq 0,0001$), відчуття безнадії та безпорадності ($t = 2,823$, $p \leq 0,01$), симптомів дезорганізації та дезорієнтації ($5,51 \pm 3,98$ бала), ($t = 2,641$, $p \leq 0,01$), роздратованості й підозрливості ($4,62 \pm 2,56$ бала, $t = 4,891$, $p \leq 0,0001$), почуття провини ($1,90 \pm 2,63$ бала, $t = 2,321$, $p \leq 0,025$), напруженості й тривоги ($3,74 \pm 2,76$ бала, $t = 2,954$, $p \leq 0,005$), наявність суїцидальних намірів ($t = 6,093$, $p \leq 0,0001$), генітальних симптомів ($t = 2,301$, $p \leq 0,025$) та многократних пробуджень вночі ($t = 2,098$, $p \leq 0,05$); зловживання алкоголем ($t = 2,205$, $p \leq 0,05$);

- наявність факторів психічної травматизації: «небезпечна для життя хвороба» ($t = 2,859$, $p \leq 0,01$); «втрата роботи, грошей чи статусу» ($t = 2,569$, $p \leq 0,01$), «зміни в житті чи в оточенні» ($t = 2,182$, $p \leq 0,05$) та повторюваність дії стресових факторів ($t = 2,632$, $p \leq 0,01$);

- анамнестичні дані: наявність попередніх суїцидальних спроб в анамнезі ($t = 2,452$, $p \leq 0,01$) та наявність депресивних епізодів в минулому ($t = 3,827$, $p \leq 0,0001$);

- комунікативні аспекти: відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів ($t = 2,010$, $p \leq 0,05$), внутрішня спрямованість комунікацій ($t = 2,658$, $p \leq 0,01$) та відсутність турботи про пацієнта ($t = 2,770$, $p \leq 0,01$);

- переважання високого рівня самосвідомості смерті ($p \leq 0,0005$, ДК = 5,49, MI = 1,13);

- особистісні особливості: переважання фізичної і непрямой агресії ($t = 2,403$, $p \leq 0,025$ та $t = 1,976$, $p \leq 0,05$ відповідно), а також образливості та роздратованості ($t = 3,821$, $p \leq 0,0001$ та $t = 2,532$, $p \leq 0,01$ відповідно);

- соціальне функціонування: повна залежність від оточуючих ($p \leq 0,01$) та потреба в сторонній допомозі ($p \leq 0,05$).