



I. Г. Мудренко

УДК: 616.89-008.454:616.89.441.44]-053.9:616.831.2:616-058:314.04

Мудренко Ірина Григорівна (Україна) – к.м.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, Медичний інститут Сумського державного університету, вул. Санаторна, 31, м. Суми, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

Irina Mudrenko (Ukraine) – PhD in Medicine, Assistant of Department of Neurosurgery and Neurology, Medical Institute of Sumy State University, 31, Sanatorna Street, Sumy, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

Мудренко Ирина Григорьевна (Украина) – к.м.н., ассистент кафедры нейрохирургии и неврологии, Медицинский институт Сумского государственного университета, ул. Санаторная, 31, г. Сумы, 40018; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 35–44

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ СУЇЦИДОГЕНЕЗУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ТА МЕТОДИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

THE MODERN VIEWS ON SOCIO-PSYCHOLOGICAL,
CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL LAWS
OF SUICIDOGENESIS AT DEMENTIA
AND METHODS OF MEDICAL AND SOCIAL AID

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, КЛИНИКО-
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ
СУИЦИДОГЕНЕЗА ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ
И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Summary. Modern views on the etiopathogenesis of suicidal behavior in patients with dementia are highlighted on the basis of the review of scientific periodicals. The role of demographic, gender, socio-economic, psychological influences on the formation of a life crisis in the form of suicidal behavior is indicated. The leading clinical and psychopathological correlates of suicide in this group of patients are depression and anxiety; feeling of hopelessness and helplessness; decrease of the amount of operative memory; reduction of cognitive control over emotions; mild cognitive deficiency; relatively preserved social functioning; duration of the disease up to 1 year; presence of suicidal history. Factors decreasing the risk of suicide at dementia according to literature data are the prescription of the disease for more than three years; stay in a boarding school; absence of comorbid depression; deep cognitive deficiency. Comprehensive care for patients with dementia is carried out within the limits of the biopsychosocial model.

Key words: dementia, suicidal behavior, socio-psychological, clinical and psychopathological predictors, medical and social aid.

Аннотація. На основанні обзора наукової періодики освітлені сучасні погляди на етіопатогенез суїцидального поведіння у хворих з деменцією. Указана роль демографічних, гендерних, соціо-економічних, психологічних впливів на формування життєвого кризи в формі суїцидального поведіння. Ведущими клініко-психопатологічними корелятами суїцида у даної групи хворих є депресія та тривога; почуття безнадійності та неможливості; зниження об'єму оперативної пам'яті; зниження когнітивного контролю над емоціями; м'який когнітивний дефіцит; відносно збережене соціальне функціонування; тривалість захворювання до 1 року; наявність суїцидальної історії. Факторами антириска суїцида при деменціях за даними літератури є давність захворювання більше трьох років; перебування в домі інтернату; відсутність коморбідної депресії; глибокий когнітивний дефіцит. Комплексна допомога дементним хворим проводиться в рамках біопсихосоціальної моделі.

Ключевые слова: деменции, суицидальное поведение, социально-психологические, клинико-психопатологические предикторы, медико-социальная помощь.

Похилий вік визнано одним із піків суїцидальної активності. Цей період життя зазвичай характеризується втратами роботи, фінансової незалежності, соціального статусу, кола спілкування, близьких родичів, подружжя та у більшості випадків – фізичного здоров'я. Одночасно з біологічними процесами старіння вищезазначені психогенні чинники запускають механізм фор-

мування психічних розладів. В Україні цей процес протікає особливо гостро, що обумовлено певними соціально-економічними факторами, і зараз Україна входить до десятки країн Європи з найбільшим рівнем аутоагресії: з кожних 100 тис. населення 22 особи здійснюють самогубства. Це відбувається, зокрема, внаслідок збільшення питомої ваги громадян похилого віку та

значної розповсюженості цереброваскулярної патології, яка провокує стрімкий ріст захворюваності на деменції.

У дослідженнях, проведених раніше, дані щодо частоти суїцидальної поведінки (СП) у хворих із деменціями відрізняються: деякі вчені наголошують на тому, що ризик суїциду в осіб з цим захворюванням низький; інші звертають увагу на непоодинокі випадки самогубств. Відомо, що при патоморфологічному дослідженні самовбивць часто знаходять характерні для хвороби Альцгеймера (ХА) зміни, хоча за життя це захворювання діагностовано не було.

Усе вищевикладене обумовлює актуальність теми і вимагає подальшого дослідження механізму суїцидогенезу при деменціях, адже вивчення закономірностей, які лежать в основі суїцидальної поведінки (СП), має вирішальне значення для систематичного попередження самогубств. Метою нашої роботи є пошук за даними літератури соціально-психологічних, клініко-психопатологічних предикторів суїцидальної поведінки у хворих із деменціями та відомих методів їх корекції. Пошук здійснювався в інформаційних наукових базах Google Scholar, PubMed, Medscape, Elibrary.ru.

Узагальнюючи отримані протягом дослідження дані, ми маємо підстави стверджувати, що всі чинники, які викликають СП, умовно можна розподілити на соціально-демографічні, гендерні, патопсихологічні, клініко-психопатологічні та біологічні. У даній роботі ми зосередимо увагу лише на соціальних і клініко-психопатологічних факторах, які впливають на формування СП при деменціях.

Епідеміологія деменцій, соціально-демографічні предиктори суїциду

Деменція – набуте зниження пам'яті та інтелекту внаслідок органічного враження головного мозку, яке призводить до втрати професійних навичок та здатності до самообслуговування. На деменції страждають 5% осіб віком 65–69 років, а зі збільшенням віку на кожні 10 років поширеність подвоюється. У світі зараз налічується приблизно 24–25 млн пацієнтів із цим захворюванням, і щороку реєструється майже 9,9 млн нових випадків [1–3].

Найпоширенішою формою деменції у світі є ХА (60–80%), менш розповсюджені васкулярна деменція (10–25%) і деменція

з тільцями Леві (7–25%). Інші форми цього розладу зустрічаються рідше, їх кількість не перевищує 10%. Часто зустрічаються змішані форми [4; 5].

Збільшення захворюваності на деменції у світі пов'язане, перш за все, з прискоренням темпів старіння населення (особливо в країнах із низьким і середнім рівнями доходів), зі збільшенням частки людей похилого та старечого віку, а також із удосконаленням методів діагностики, що дає змогу точніше виявляти захворювання. Аналогічно загальносвітовим тенденціям в Україні відбувається зростання розповсюженості деменцій [1–6].

Найбільшу зустрічальність деменції зареєстровано в Азійсько-Тихоокеанському регіоні – 9,9 млн випадків, тоді як у Європі – 7,7 млн, у Північній та Південній Америці – 5,2 млн, а в Африці лише 1,5 млн [2]. Відносно невелика кількість хворих в Африці обумовлена не тільки короткою тривалістю життя, а й складними умовами виживання, частими випадками приховування захворювання, поганим доступом до медичної допомоги, а також недостатніми дослідженнями цього регіону. У 2010 році кількість людей з деменцією у світі зросла до 35,56 млн: 15,94 млн випадків було зафіксовано в Азії, де захворювання продовжувало набирати темпи; 9,95 млн – в Європі; 7,82 млн – у країнах Північної та Південної Америки й лише 1,86 млн – в Африці.

Сучасний стан поширеності деменцій в Україні демонструє перевагу судинних форм над іншими. Питома вага хворих на судинну деменцію становить приблизно 41% [1; 4–6]. Така тенденція відрізняється від загальносвітової і обумовлена високою поширеністю цереброваскулярної патології у нашій країні, низькою якістю допомоги при мозкових катастрофах, недостатньою діагностикою ХА та меншою тривалістю життя.

Пацієнти з деменцією потребують тривалого догляду, тому їх часто влаштовують у притулки для старих. Згідно з даними літератури, поширеність деменції серед пацієнтів цих закладів становить від 39 до 87%. Основна частина витрат на дементних пацієнтів пов'язана зі здійсненням догляду в будинках-інтернатах, і у США, наприклад, потреба на одного хворого орієнтовно становить 40 тис. доларів на рік [5–8]. На пізніх стадіях деменції доволі часто виявляють поведінкові

та психопатологічні розлади, які ще більше посилюють економічний тягар і викликають труднощі в піклувальників [1].

Привертає до себе увагу високий рівень завершених суїцидів серед літніх людей. Аналіз даних ВООЗ дозволив встановити, що особи віком понад 65 років йдуть з життя добровільно в 1,3 рази частіше, ніж у загальній популяції [9–13].

Л. С. Сейфрід повідомляє, що зі 100 000 душевнохворих похилого віку 81 людина вкорочує собі віку [14]. За результатами дослідження, проведеного в Данії, встановлено, що серед респондентів 50–69 років з деменцією ризик самогубства у 8–10 разів вищий, ніж в осіб без недоумства; цікаво, що після 70 років ймовірність суїциду зменшується, але все ж перевищує загальну кількість у 3 рази [15]. Щодо гендерних відмінностей СП у похилому віці, відомості різняться: одні автори зазначають, що чоловіки скоюють самогубства у 10 разів частіше за жінок, інші доводять, що СП зустрічається у літніх осіб обох статей з однаковою частотою [16].

Вивчення суїцидів у міській та сільській місцевостях дозволило встановити тенденцію до прогресуючого зростання суїцидів у селах (особливо в чоловічій популяції зрілого працездатного віку) та їх переважання в усіх регіонах України. Це обумовлено зростаючою соціальною ізоляцією, прогресуючим старінням, високим ступенем залежності населення від психоактивних речовин і недостатньо розвиненим медичним сервісом, а також вищим рівнем безробіття на тлі нижчих культурно-освітніх стандартів та якості життя порівняно з міськими [11; 17].

Клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих з деменціями

Похилі люди страждають на психічні розлади значно частіше, ніж населення в цілому, проте до психіатрів і психотерапевтів звертаються рідше [4; 8]: часто особи старші за 60 років не надають значення розладам пам'яті, настрою та поведінки, розглядаючи їх як неминучий результат старіння [5; 8].

На сьогодні пріоритет у психіатрії мають інтегруючі моделі формування СП, у яких на тлі психопатологічних, психологічних та біологічних чинників життєвий стрес стає

пусковим механізмом для здійснення самогубства [4]. Суїцид – багатокомпонентне явище, зумовлене характерологічними особливостями, біологічними змінами в головному мозку та психогенними впливами соціуму. Прихильники традиційної медичної моделі підкреслюють провідну роль психопатології в патогенезі СП; ті ж, хто орієнтуються на психосоціальну модель, підкреслюють значення соціальної ізоляції, соціальної неспроможності внаслідок когнітивних змін [5; 9; 10; 12].

Існує тісний зв'язок когнітивних розладів при деменціях із широким колом психопатологічних синдромів та поведінкових розладів [4–6]. Так, при первинно-дегенеративних деменціях депресивні прояви діагностуються в 20–30% випадків, а при судинній (мультиінфарктній) – в 25–30% епізодів [4–6]. Наявність коморбідної психопатологічної симптоматики при слабоумстві є прогностично несприятливою ознакою прогресу когнітивного дефіциту, обмеження активності у повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті [4–6; 18].

Більшість авторів вважає, що ризик суїциду найбільший при депресії та тривозі. Депресія може бути єдиною клінічною ознакою на початкових стадіях деменції. Встановлено, що хворі з тяжким ступенем когнітивного дефіциту мають більший рівень симптомів депресії, ніж пацієнти з помірним або легким ступенем прояву симптомів. Приблизно дві третини хворих з коморбідною депресивною симптоматикою думають про самогубство, а 10–15% вчиняють спроби вкоротити собі віку. Найнебезпечнішими щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції – більшість випадків позбавлення себе життя відбувається у перші три роки з моменту встановлення діагнозу «деменція» [15].

До захворювань, які підвищують суїцидальний ризик (СР) у похилому віці, належать наявність тяжкої соматичної хвороби та синдрому залежності від алкоголю. Такі психопатологічні розлади, як депресія, тривога, відчуття внутрішнього дискомфорту, наростання диссомнії сприяють переходу ідеаторних форм СП до безпосереднього здійснення поведінкових аутодеструктивних актів. СП у осіб даної групи характеризується вибором високолетального способу, повторними суїцидальними спробами та мають істинний характер [19].

У сучасних наукових джерелах існують різні, часто розбіжні, думки щодо СР при деменції: деякі вчені вважають, що СР при слабоумстві низький; інші ж, навпаки, наполягають, що ризик високий, мотивуючи це великою спорідненістю деменції і депресії. СР знижується з посиленням когнітивного дефіциту, але це твердження є суперечливим, існують непоодинокі повідомлення про спроби самогубства в стадії глибокої деменції [15].

У похилому віці ідеаторні форми СП переважають над зовнішньоповедінковими актами, проте погіршення когнітивних функцій запобігає реалізації суїцидальних намірів. Відомо, що думки про самогубство виникають приблизно у 40% літніх людей з депресією та когнітивним дефіцитом (від м'якого – до помірної деменції). Феноменологія форм СП у похилому віці має свої особливості. Так, у хворих з нейрокогнітивним дефіцитом СП може мати пасивний характер та проявлятися у відмові від їжі, води та ліків [15]. Відмінною особливістю літніх суїцидентів є те, що смерть сприймається ними як бажаний засіб позбавлення від труднощів.

Й.Й.Манн висунув концепцію стрес-діатезу, відповідно до якої в основі суїциду лежить порушення когнітивного (ментального) контролю, а також дефіцит соціального функціонування та імпульсивність [20].

В роботах Н.О.Марути повідомляється, що особистісні переживання осіб похилого віку характеризуються відчуттям провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості й втрати емоційного відгуку, а також зниженою впевненістю у собі. Виявлені якості свідчать про помітну фіксованість таких хворих на скороченні соціальної активності та потребі в близькому оточенні. Самогубці скаржились на відсутність соціальної підтримки та безгрошів'я [7].

У більшості досліджень, присвячених проблемі самогубств у похилому віці, проводять паралель з почуттям безнадії. Ступінь безнадії достеменно вища в осіб, які вчиняли спроби самогубства, ніж у тих, хто висловлював суїцидальні думки [7; 12]. До психологічних детермінант СП у хворих з деменціями, окрім відчуття безнадії, належать низький рівень позитивних емоцій і екстраверсії, високий невротизм, недостатні показники когнітивної регуляції емоцій, почуття гніву, провини. Натомість зменшення інтенсивності негатив-

них емоцій (депресії, песимізму, неспокою, самоприниження) сприяє зменшенню суїцидальних інтенцій [4; 5].

Дефіцит когнітивного контролю виявлений як у хворих, що вчинили замах на власне життя, так й у їхніх близьких родичів. У осіб з високим СР при деменції виявлено низький ступінь активної супресії бажань, порушення процесу прийняття рішень у складних ситуаціях, проблеми у навчанні, зниження уваги і робочої пам'яті [4; 5]. Під час дослідження [21] з'ясовано, що неспроможність обмежувати потік несуттєвої інформації при деменціях може погіршити здатність адекватно реагувати на стресові ситуації, що підвищує ризик суїциду.

Вчені, які вивчали взаємозв'язок між ступенем когнітивного дефіциту та схильністю до самогубства, встановили, що стан пізнавальних функцій не залежить від форми СП (думки, спроби, наміри); також не виявлено достовірного зниження пам'яті та інтелекту у хворих на деменцію, які скоїли суїцидальну спробу і в групі контролю (без СП). Таким чином, у ході досліджень доведено, що стан когнітивних функцій не залежить від стану афективної сфери [3; 14; 21].

У роботах іноземних науковців відзначено, що існує взаємозв'язок між низьким рівнем соціальної взаємодії, порушенням пізнавальних функцій та СП у літніх осіб. К.Сзанто, А.І.Домбровські, Б.Й.Сахакіан висловили припущення, що суттєвий вплив на формування СП справляють неможливість розпізнавати складні емоційні стани оточуючих, схильність до обмеження соціальних контактів; ворожнеча, імпульсивність у комунікаціях, брак соціальної підтримки та невирішеність соціальних проблем [22].

У дослідженні Л.Цларк наголошується, що рівень оперативної пам'яті у самогубців похилого віку нижчий, ніж у групі хворих на депресію без проявів СП [20].

Під час проведення ретроспективного когортного дослідження виявлено вищий ризик СП у респондентів європеоїдної раси – з частими госпіталізаціями до психіатричних лікарень, лікуванням антидепресантами та анксиолітиками (більшість з них (73%) загинули від використання вогнепальної зброї). Вираженість супутньої соматичної патології на СР у хворих на деменцію не впливала. Перебування пацієнтів у бунках-інтернатах зменшувало СР у цієї категорії хворих [14].

На думку групи вчених, збереження семантичної пам'яті має вирішальне значення в усвідомленні самого себе та самоідентифікації в певний період часу на підставі досвіду, набутого в минулому. Однією з причин СП є неможливість виконання дій, звичних для хворих у минулому. Результати тестів у осіб зі слабоумством, схильних до суїциду, довели, що через дементний процес у них відсутній потенційний досвід, конкретне мислення переважає над абстрактно-логічним, а також наявні порушення самоусвідомлення, самоідентифікації та проєкції себе в майбутньому [23].

10-річний ретроспективний аналіз показав, що 7,6% хворих на ХА загинули в результаті суїциду. Більшість авторів зазначає, що ризик самогубства в пацієнтів з ХА збільшується за наявності коморбідної депресії. Але, враховуючи високу поширеність депресивних розладів при судинній деменції, вважаємо за доцільне подальше вивчення хворих із різними клінічними формами деменції [4; 5].

Крім безпосередньо когнітивного дефіциту, пацієнтів із слабоумством відзначають прояви ажитації, агресивної поведінки, бродяжництва, делірій, загальна дезорганізація психіки, що є безпосередньою причиною суїциду та госпіталізації до психіатричних стаціонарних закладів [24].

Методи лікування та превенції суїциду, поведінкових та коморбідних психопатологічних розладів при деменціях

Лікування хворих з аутоагресивними проявами в клінічній картині необхідно проводити методом невідкладної комплексної суїцидологічної допомоги із застосуванням кризової фармакотерапії та психотерапії. Фармакотерапевтичні препарати – атипіві нейролептики, антидепресанти та транквілізатори – призначаються з урахуванням провідного психопатологічного синдрому. Психотерапевтичні заходи реалізуються у формі індивідуальної кризової психотерапії і включають такі етапи: кризову підтримку, кризове втручання, підвищення рівня адаптації хворих [16].

Повертаючись до деменцій, зауважимо, що концепція лікування хворих зі слабоумством спрямована на покращення їхніх когнітивних функцій та соціального функціонування. В сучасній психіатрії застосовується

багатовекторний підхід у межах біопсихосоціальної моделі надання допомоги таким пацієнтам. Базовою метою організації медичної допомоги хворим на деменції є:

- якомога більш рання діагностика когнітивного дефіциту за допомогою скрінг-методу в первинній медичній мережі;
- оптимізація фізичного здоров'я та когнітивних здібностей;
- виявлення та лікування поведінкових та коморбідних психопатологічних симптомів;
- виявлення та лікування супутньої соматичної хвороби;
- оптимізація фізичної активності, комунікацій та соціального благополуччя;
- психоосвітня робота з особами, які здійснюють догляд за хворими.

Внаслідок ураження ацетилхолінергічних рецепторів патологічним (атрофічним, судинним) процесом, патогенетично доцільним є призначення антихолінергічних препаратів. До інгібіторів ацетилхолінергази (АХЕ) належать донепезіл, рівастигмін, галантамін, іпідакрін [7; 8]. Але стратегія впливу на нейротрансмітерні системи все частіше піддається сумніву, оскільки базується на інтактності нейрональних мішеней. Наприклад, при ХА часто відсутній очікуваний ефект від застосування холінергічних препаратів саме через прогресування загибелі холінергічних нейронів зі зменшенням загальної насиченості рецепторів, на які мають діяти ці препарати [25].

Фармакотерапія коморбідних суїцидо-небезпечних психопатологічних станів у хворих на деменції ускладнюється віковими змінами фармакокінетики і фармакодинаміки препаратів, а також наявністю органічних змін мозку і різними соматичними захворюваннями. Побічні дії виникають при застосуванні навіть не середньотерапевтичних, а мінімальних доз лікарських засобів. Підкіркова дисфункція, яка спостерігається в осіб похилого віку, сприяє розвитку характерних для депресій старечого віку екстрапірамідних розладів, у першу чергу, паркінсонізму і пізньої дискінезії.

Лікування депресій при ХА здійснюється антидепресантами нового покоління – селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СИЗС) та зворотними селективними інгібіторами

моноаміноксидази (ИМАО) у поєднанні з патогенетичною терапією ХА антихолінестеразними засобами та блокаторами NMDA-рецепторів [8; 24]. Застосування інгібіторів АХЕ, у свою чергу, сприяє зменшенню роздратованості, емоційної лабільності у хворих на деменції та зменшує дистрес у осіб, які здійснюють догляд за хворими.

Більшість авторів висловлює думку, що лікування коморбідної афективної та психотичної симптоматики антипсихотиками необхідно поєднувати безпосередньо з нейропротективною терапією. Так, серед препаратів для лікування когнітивних судинних порушень вигідно вирізняється гідрохлорид γ -аміно- β -фенилмасляної кислоти (фенібут) – цей ноотроп комплексної дії з широким спектром фармакологічної активності через його адаптогенний, антистресовий, снодійний ефекти відносять до транквілоноотропів.

Можливість тривалого застосування лікарських засобів без побічних ефектів у будь-якому віці обумовлена спорідненістю до природних метаболітів організму. У випадках постінсультного когнітивного дефіциту важливу роль відіграють антиаритмічний та гіпотензивний ефекти, поліпшення церебральної гемодинаміки при ішемії мозку, нормалізація вегетативної регуляції при церебральній ангіодистонії. Окрім цього, фенібут призначають при постінсультному судомному синдромі та спастичності [26].

Для лікування деменцій використовують широке коло нейротрофічних, антихолінестеразних та ноотропних препаратів. Результати власного наукового дослідження щодо лікування коморбідної депресивної симптоматики у хворих із різними клінічними варіантами деменції продемонстрували ефективність препарату когніфен. Цей лікувальний засіб є комбінованим та містить нообут і нейромідин – отже впливає як ноотроп з седативною дією та як антихолінестеразний засіб. Хворих досліджували в трьох групах, утворених за типом деменції: внаслідок ХА, з судинною та змішаного типу. Доведено позитивний вплив препарату на редукцію депресивної симптоматики при різних клінічних варіантах деменцій та зниження рівня депресії з тяжкого і помірного – до легкого. Відзначено сприятливу дію на редукцію суїцидальних проявів (анти-

вітальних висловлювань, думок, намірів, спроб) у хворих з деменцією внаслідок ХА та змішаного типу на рівні $p \leq 0,05$. Отже, на думку авторів, застосування когніфену для купірування коморбідної депресивної симптоматики у хворих з деменціями дозволяє уникнути поліпрагмазії та додаткового призначення антидепресантів та транквілізаторів [8; 27; 28].

Найсучасніші дослідження в області нейропротекції вивчають механізми клітинної та тканинної трансплантації при дегенеративних захворюваннях головного мозку. Безпосереднє введення клітин мозку ембріона хворому не стимулює нейрогенез, але посилює нейротрофічний ефект, який лежить в основі механізму дії відповідних препаратів. Так, доведено ефективність ноотропного препарату церебролізін, який є продуктом протеолітичного розщеплення білків головного мозку свині. За даними дослідників, церебролізін пригнічує активність β -амілоїду, чим активує нейрогенез в гіпокампі при ХА. Доведено позитивний вплив препарату на синаптичну передачу, шляхом впливу на пресинаптичні аденозиннові рецептори. Застосування церебролізіну в експерименті сприяє підвищенню кількості нейрогенних клітин кори великого мозку [8; 27; 28].

В Японії з метою лікування депресивних проявів у людей похилого віку застосували акупунктуру. Обстеження під час сесії голковколівання за допомогою позитронної емісійної томографії (ПЕТ) продемонструвало покращення кровотоку в передніх і задніх ділянках кори головного мозку. Після сеансу зменшилася вираженість симптомів депресії за шкалою Гамільтона [29].

Досить ефективними біологічними методами терапії СП є латеральна фізіотерапія, окремі види терапії (електросудомна, парнополяризуюча, перемінним магнітним полем низької частоти), краніоцеребральна гіпотермія. Латеральна фізіотерапія (зонально-латеральна електростимуляція) – біологічний вплив, заснований на функціональній міжпівкулевій асиметрії мозку, – дозволяє впливати на «суїцидальний симптомокомплекс» шляхом створення достатньої контрлатеральної домінантної активності в менш ушкодженій хворобою півкулі головного мозку [12].

Догляд за дементними хворими викликає дистрес у членів їхніх родин. Рівень

соціального функціонування та психологічного здоров'я осіб, які здійснюють опіку, прямо корелює з тягарем щоденного догляду за літнім хворим; вираженістю поведінкових, афективних, диссомнічних порушень, а також втратою довіри, емоційної близькості між членами родини внаслідок наростання нейрокогнітивного дефіциту в людини, яка хворіє [30].

З огляду на це, ефективним є застосування комплексної сімейно-центрованої реабілітації за участю членів родин хворих. Вона включає заходи, спрямовані як на пацієнта, так і на родичів (психодіагностика, психокорекція, психологічне консультування). Важливими елементами програми комплексної реабілітації хворих на деменції є створення комфортного середовища для них, розробка і дотримання оптимального режиму дня з раціональною організацією обов'язкових щоденних справ (сон, вдягання, прийом їжі, індивідуальна гігієна), а також підтримка їхньої соціальної активності.

Задля створення максимально ефективних умов соціально-психологічної адаптації хворих на деменції Д. А. Волощук радить проведення тренінгів соціальних навичок для пацієнтів та здійснення тривалої психологічної підтримки родичів на амбулаторному етапі лікування. З цією метою використано соціальну мережу Facebook, де створено тематичну сторінку та відкрито тематичний форум для учасників програми [30].

За кордоном функціонують клініки пам'яті для людей з порушеннями когнітивних функцій. Основним завданням таких центрів є встановлення і з'ясування когнітивних порушень різного ступеня та ґенези, а також надання нефармакологічної соціально-психологічної допомоги хворим та піклувальникам [5].

З метою діагностики доклінічної стадії сімейної форми ХА, науковці радять пройти генетичне консультування для з'ясування ризиків. При цьому увага в публікаціях приділяється реакції хворих на інформацію про встановлення діагнозу «деменція». Подання інформації про невиліковну хворобу в неправильній формі спричиняє життєвий стрес та не виключає катастрофічної реакції у вигляді суїциду. Автори наголошують на необхідності поступового розкриття інформації в повному обсязі, необхідності в бесіді вказувати на можливість повільного прогресування хвороби, збереженні яко-

сті життя на донозологічному рівні та доступності лікування. Бажаним є залучення членів родини, за згодою хворого, для підтримки життєдіяльності пацієнта та емоційної підтримки [30].

Серед психотерапевтичних втручань у літніх пацієнтів перевага надається когнітивно-поведінковій психотерапії з акцентом на аналізі життєвого шляху. Застосовуються техніки формування позитивного погляду на стан справ і його порівняння з ситуацією в інших; самоідентифікація з долею дітей та внуків; зниження рівня власних життєвих вимог. У самотніх пацієнтів доволі ефективною є інтерперсональна психотерапія [5; 30].

Висновки

1. Спроби суїциду у літніх осіб пов'язані з незадовільними соціальними комунікаціями, звуженням кола спілкування та порушенням міжособистісних відносин.

2. До психологічних детермінант суїциду в похилому віці належать вороже ставлення до оточуючих, відчуття безнадії, гніву, провини, імпульсивність, прояви агресії; низький рівень екстраверсії, позитивних емоцій; високий рівень нейротизму, слабкий когнітивний (ментальний) контроль регуляції емоцій; зменшення об'єму оперативної пам'яті та концентрації уваги; порушення пізнавальних функцій, зокрема, проблеми у диференціації складних емоцій оточуючих.

3. Серед обстежених з різними формами слабоумства найвищий ризик суїциду встановлено у хворих з деменцією внаслідок ХА.

4. Клініко-анамнестичними предикторами суїциду при деменціях, за даними літератури, є початкові стадії деменції, м'який когнітивний дефіцит, давність захворювання до 1 року, часті госпіталізації до психіатричних стаціонарів, наявність в клініці чи анамнезі епізодів тривоги чи депресії, прийом антидепресантів та анксиолітиків, високий рівень функціонування, збереження здатності виконувати цілеспрямовані дії, суїцидальна історія в анамнезі.

5. Факторами антиризиків суїциду при деменціях, за даними літератури, є давність захворювання понад 3 роки, перебування в будинку-інтернаті, відсутність коморбідної депресії, глибокий когнітивний дефіцит.

6. Лікування хворих на деменцію проводять в рамках біопсихосоціальної моделі.

До надання допомоги разом з медичними закладами залучаються соціальні, релігійні, волонтерські організації. Фармакотерапія осіб з високим ризиком суїциду включає інгібітори АХЕ та блокатори NMDA-рецепторів у поєднанні з симптоматичним лікуванням коморбідної афектив-

ної та продуктивної симптоматики. Препаратами вибору для лікування депресивних симптомів є антидепресанти класу СИЗС. Невід'ємною частиною допомоги є психологічне консультування хворих та осіб, які їх доглядають, психоосвітні програми та використання психотерапії.

Література

1. Соломенчук Т. М. Проблема сосудистой деменции в общемедицинской практике: рациональная антигипертензивная терапия как приоритет в лечении / Т. М. Соломенчук // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 1(21). – С. 9–15.
2. Rizzi L. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types [Electronic Resource] / L. Rizzi, I. Rosset, M. Roriz-Cruz // BioMed Research International. – 2014. – P. 2. – Way of access : <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915/>.
3. Dementia: a public health priority [Electronic Resource] / World Health Organization, Alzheimer's Disease International // World Health Organization. – 2012. – P. 23. – Way of access : http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги при деменціях: наказ МОЗ України від 19.07.2016 № 736 // Реєстр медико-технологічних документів МОЗ. – 2016. – С. 565.
5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Деменція» [Електронний ресурс] // Реєстр медико-технологічних документів МОЗ України. – 2016. – С. 112. – Режим доступу : http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf.
6. Мудренко І. Г. До актуальності проблеми суїцидальної поведінки у хворих з деменціями / І. Г. Мудренко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», Київ, Архів психіатрії. – 2016. – С. 112–113.
7. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресії та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – № 19(66). – С. 66–72.
8. Бачинская Н. Ю. Холинергическая стратегия в терапии когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. Ю. Бачинская, О. О. Копчак // Международной неврологический журнал. – 2014. – №2 (64). – С. 84–92.
9. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А. М. Бачериков, І. Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 3 (52). – С. 30–33.
10. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з дебютом шизофренії / І. Г. Мудренко // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів «Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини», Суми. – 2005. – С. 70–71.
11. Мудренко І. Г. Психологічні предиктори аутоагресивної поведінки у хворих з маніфестним психозом шизофренії / І. Г. Мудренко // Матеріали X Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2006. – С. 125.
12. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом : дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук.: 14.01.16: захищена 08.03.2008: затв. 20.10.2008 / І. Г. Мудренко. – Харків, 2008. – 190 с.
13. Юрьева Л. Н. Региональная и гендерная динамика суицидальной смертности среди городского и сельского населения Украины / Л. Н. Юрьева // Психічне здоров'я. – 2012. – № 4(37). – С. 76–80.
14. Predictors of suicide in patients with dementia / L. S. Seyfried, H. C. Kales, R. V. Ignacio, Y. Conwell, M. Valenstein // *Alzheimers Dement.* – 2011. – № 7(6). – P. 567–573.
15. Erlangsen A. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data / A. Erlangsen, S. H. Zarit, Y. Conwell // *Am. J. Geriatr Psychiatry.* – 2008. – № 16(3). – P. 220–228.
16. Суицидология и кризисная психотерапия / под ред. Г. В. Старшенбаума. – М. : Когито-центр, 2005. – 217 с.
17. Решедько Л. А. Суицидальное поведение у лиц пожилого возраста, страдающих психической патологией на примере контингента геронтопсихиатрического стационара / Л. А. Решедько, С. В. Ваулин, М. В. Алексеева // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – Т. 15 (2). – С. 72–77.
18. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons / I. C. Bogers, M. Zuidersma, M. L. Boshuisen [et al.] // *Int. Psychogeriatr.* – 2013. – № 25(11). – P. 1775–1782.
19. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любов, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 33–38.
20. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression / L. Clark, A. Y. Dombrowski, G. J. Siegle [et al.] // *Psychology and Aging.* – 2011. – № 26(2). – P. 321–330.
21. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: aneurocognitive marker of suicidal risk / S. Richard-Devantoy, F. Jollant, Z. Kefi [et al.] // *J. Affect Disord.* – 2012. – № 140 (2). – P. 193–199.
22. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression / K. Szanto, A. Y. Dombrowski, B. J. Sahakian [et al.] // *Am. J. Geriatr Psychiatry.* – 2012. – № 20(3). – P. 257–265.

23. Takacs R. Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia / R. Takacs, G. S. Ungvari, G. Gazdag // *Neuropsychopharmacol Hung.* – 2015. – № 17(3). – P. 141–145.

24. Suicidal behavior and loss of the future self in semantic dementia / J. J. Hsiao, N. Kaiser, S. S. Fong [et al.] // *Cogn Behav Neurol.* – 2013. – № 26(2). – P. 85–92.

25. Harwey P. D. Cognitive Enhancement in Schizophrenia: Pharmacological and cognitive remediation Approaches / P. D. Harwey, C. R. Bowie // *Psychiatr Clin North Am.* – 2012. – № 35. – P. 683–698.

26. Возможности реабилитации постинсультных когнитивных нарушений / А. Н. Стоянов, А. Р. Пулык, Д. Н. Храмов и др. // *Український вісник психоневрології.* – 2017. – Т. 25, вип. 3 (92). – С. 108–110.

27. Тиганов А. С. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний / А. С. Тиганов // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2013. – № 2(11). – С. 3–6.

28. Мудренко І. Г. Фармакологічна корекція депресивних симптомів у хворих з різними клінічними варіантами деменцій / І. Г. Мудренко // *Український вісник психоневрології.* – 2017. – Т. 25, вип. 3 (92). – С. 49–54.

29. Increased cerebral blood flow in depressed patients responding to electroconvulsive therapy / O. Bonne, Y. Krausz, B. Shapira [et al.] // *J Nucl Med.* – 1996. – № 37(7). – 1075–1080.

30. Аймедов К. В. Оцінка ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією / К. В. Аймедов, Д. А. Волощук // *Архів психіатрії.* – 2016. – № 22(86). – С. 20–27.

References

1. Solomenchuk T. M. Problema sosudistoy dementsii v obshchemeditsinskoj praktike: ratsional'naya antigipertenzivnaya terapiya kak prioritet v lechenii [The problem of vascular dementia in general medical practice: rational antihypertensive therapy as a priority in treatment]. *Arterial'naya gipertenziya [Arterial hypertension]*, 2012, no. 1(21), pp. 9-15. (In Russ.)

2. Rizzi L., Rosset I., Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia. *Alzheimer's and Vascular Types.* *BioMed Research International*, 2014, p. 2. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/908915/>.

3. Dementia: a public health priority. *World Health Organization, Alzheimer's Disease International.* *World Health Organization*, 2012, p. 23. Available at: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.

4. Unifikovanyj klinichnyj protokol pervynnoi', vtorynnoi' (specializovanoi'), tretynnoi' (vysokospecializovanoi') ta paliatyvnoi' medychnoi' dopomogy pry demencijah: nakaz MOZ Ukrainy vid 19.07.2016 №736 [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care at dementia: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 07.19.2016 №736], 2016, pp. 565. (In Ukr.)

5. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazah «Demencija» [Adapted clinical guidance, based on the evidence «Dementia»]. *Rejestr medyko-technologichnyh dokumentiv MOZ Ukrainy [Register of medical and technological documents of the Ministry of Health of Ukraine]*, 2016, p. 112. Available at: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_736_Demencia/2016_736_AKN_Dem.pdf. (In Ukr.)

6. Mudrenko I. G. Do aktual'nosti problemy sui'cydal'noi' povedinky u hvoryh z demencijamy [The urgency of the problem of suicidal behavior in patients with dementia]. *Materialy nauko-praktychnoi' konferencii' z mizhnarodnoju uchastju «Vid specializovanoi' psyhiatrychnoi' dopomogy do systemy ohorony psyhichnogo zdorov'ja»*, Kyi'v, Arhiv psyhiatrii' [Materials of the scientific-practical conference with international participation "From specialized psychiatric care to the system of mental health", Kyiv, Archive of psychiatry], 2016, pp. 112-113. (In Ukr.)

7. Maruta N. O., Pan'ko T. V. Kliniko-psyhopatologichni osoblyvosti depresii' ta i'h terapija u osib pohy-

logo viku [Clinico-psychopathological features of depression and their therapy in the elderly]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology]*, no. 19(66), pp. 66-72. (In Ukr.)

8. Bachinskaya N. Yu., Kopchak O. O. Kholinergicheskaya strategiya v terapii kognitivnykh narusheniy u patsientov pozhilogo i starchykh vozrasta [Cholinergic strategy in the therapy of cognitive impairment in elderly and senile patients]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskij zhurnal [International neurological journal]*, 2014, no. 2 (64), pp. 84-92. (In Russ.)

9. Bacherykov A. M., Mudrenko I. G. Autoagresyvnaya povedinka u hvoryh z pershyh psyhotychnym epizodom (diagnostyka, klinika, likuvannja) [Auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode (diagnosis, clinic, treatment)]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal of Psychoneurology]*, 2007, vol. 15, issue 3 (52), pp. 30-33. (In Ukr.)

10. Mudrenko I. G. Autoagresyvnaya povedinka u hvoryh z debutom shyzofrenii' [Auto-aggressive behavior in patients with debut of schizophrenia]. *Materialy Mizhnarodnoi' nauko-praktychnoi' konferencii' studentiv, molodyh vchenykh, likariv ta vykladachiv "Suchasni problemy klinichnoi' ta teoretychnoi' medycyny"*, Sumy [Materials of the International Scientific and Practical Conference of Students, Young Scientists, Doctors and Teachers «Modern Problems of Clinical and Theoretical Medicine», Sumy], 2005, pp. 70-71. (In Ukr.)

11. Mudrenko I. G. Psyhologichni predyktory auto-agresyvnoi' povedinky u hvoryh z manifestnym psyhozom shyzofrenii' [Psychological predictors of auto-aggressive behavior in patients with manifest psychosis of schizophrenia]. *Materialy X Mizhnarodnogo medychnogo kongresu studentiv i molodyh uchenykh [Materials of the X International Medical Congress of Students and Young Scientists]*. Ternopil, 2006, p. 125. (In Ukr.)

12. Mudrenko I. G. Autoagresyvnaya povedinka u hvoryh z pershyh psyhotychnym epizodom. *DySSERTACIJA na zdobuttja naukovogo stupenja kandydata medychnykh nauk.* 14.01.16 [Auto-aggressive behavior in patients with the first psychotic episode. Dissertation for the degree of candidate of medical sciences. January 14, 166]. Kharkiv, 2008, 190 p. (In Ukr.)

13. Yur'eva L. N. Regional'naya i gendernaya dinamika suitsidal'noy smertnosti sredi gorodskogo i sel'skogo

naseleniya Ukrainy [Regional and gender dynamics of suicidal mortality among urban and rural population of Ukraine]. *Psikhichne zdorov'ya* [Psychologically healthy], 2012, no. 4(37), pp. 76-80. (In Russ.)

14. Seyfried L. S., Kales H. C., Ignacio R. V., Conwell Y., Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement*, 2011, no. 7(6), pp. 567-573.

15. Erlangsen A., Zarit S. H., Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008, 16(3), pp. 220-228.

16. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya (pod red. G. V. Starshenbauma) [Suicidology and Crisis Psychotherapy (edited by G. V. Starshenbaum)]. Moscow, Kogito Center Publ., 2005, 217 p. (In Russ.)

17. Reshed'ko L. A., Vaulin S. V., Alekseeva M. V. Suitsidal'noe povedenie u lits pozhilogo vozrasta, stradayushchikh psikhicheskoy patologiei na primere kontingenta gerontopsikhiatricheskogo statsionara [Suicidal behavior in elderly people suffering from mental pathology using the example of the gerontopsychiatric hospital contingent]. *Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Smolensk State Medical Academy], 2016, vol. 15 (2), pp. 72-77. (In Russ.)

18. Bogers I. C., Zuidersma M., Boshuisen M. L. [et al.] Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons. *Int. Psychogeriatr.*, 2013, no. 25(11), pp. 1775-1782.

19. Lyubov E. B., Enaliev I. R., Kryuchenkova T. P. Kliniko-epidemiologicheskie, farmakoepidemiologicheskie i ekonomicheskie aspekty starcheskikh dementsiy [Clinical-epidemiological, pharmacoepidemiological and economic aspects of senile dementia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2010, no. 1, pp. 33-38. (In Russ.)

20. Clark L., Dombrovski A. Y., Siegle G. J. [et al.] Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychology and Aging.*, 2011, no. 26(2), pp. 321-330.

21. Richard-Devantoy S., Jollant F., Kefi Z. [et al.] Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord.*, 2012, no. 140 (2), pp. 193-199.

22. Szanto K., Dombrovski A. Y., Sahakian B. J. [et al.] Social emotion recognition, social functioning and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2012, no. 20(3), no. 257-265.

23. Takacs R., Ungvari G. S., Gazdag G. Reasons for acute psychiatric admission of patients with dementia. *Neuropsychopharmacol Hung.*, 2015, no. 17(3), pp. 141-145.

24. Hsiao J. J., Kaiser N., Fong S. S. [et al.] Suicidal behavior and loss of the future self in semantic dementia. *Cogn Behav Neurol.*, 2013, no. 26(2), pp. 85-92.

25. Harwey P. D., Bowie C. R. Cognitiv Enhancement in Schizophrenia: Pharmacological and cognitive remediation Approaches. *Psychiatr Clin North Am.*, 2012, no. 35, pp. 683-698.

26. Stoyanov A. N., Pulyk A. R., Khramtsov D. N. [et al.] Vozmozhnosti reabilitatsii postinsul'tnykh kognitivnykh narusheniy [Possibilities for the rehabilitation of post-stroke cognitive impairment]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2017, vol. 25, issue 3(92), pp. 108-110. (In Russ.)

27. Tiganov A. S. Problema vozrastnykh aspektov depressivnykh sostoyaniy [The problem of age aspects of depressive states]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 2013, no. 2(11), pp. 3-6. (In Russ.)

28. Mudrenko I. G. Farmakologichna korekcija depresyvnykh symptomiv u hvoryh z riznymy klinichnymy variantamy demencij [Pharmacological correction of depressive symptoms in patients with different clinical variants of dementia]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology], 2017, vol. 25, issue 3 (92), pp. 49-54.

29. Bonne O., Krausz Y., Shapira B., [et al.] Increased cerebral blood flow in depressed patients responding to electroconvulsive therapy. *J Nucl Med.*, 1996, no. 37(7), pp. 1075-1080.

30. Ajmedov K. V., Voloshhuk D. A. Ocinka efektyvnosti kompleksnogo medyko-social'nogo suprovodu pacijentiv z sudynnoju demencijeju [Evaluation of the effectiveness of integrated medical and social support for patients with vascular dementia]. *Arhiv psyhiatrii'* [Archive of psychiatry], 2016, no. 22(86), pp. 20-27. (In Ukr.)