

УДК 616.89_008.454-008.441.44:616.831-005

Канд. мед. наук І. Г. МУДРЕНКО

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМ РИЗИКОМ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ

Сумський державний університет, медичний інститут

Науково обґрунтовано роль порушень різних сфер психіки (емоцій, мислення, сприйняття, уваги, волі, мовлення) у формуванні суїцидальної поведінки у хворих із судинною деменцією. Установлено, що пацієнтам із високим суїцидальним ризиком були притаманні такі клініко-психопатологічні особливості, як виснаженість уваги, загальмованість темпу мовлення, зниження лібідо, ініціативи та вольових спонукань, відчуття відчаю та безнадії, пригнічений настрій та астения. Отримані дані мають діагностичне значення.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, судинна деменція, порушення мислення, сприйняття, волі, емоцій, мовлення, уваги.

Судинна деменція (СД) — це гостре або хронічне порушення когнітивних функцій у результаті дифузного чи локального порушення кровопостачання головного мозку, що пов'язано із цереброваскулярним захворюванням [1]. До найважливіших причин цієї патології відносять: артеріальну гіпертонію в середньому віці, ожиріння, цукровий діабет, кардіальну патологію, інфаркт міокарда в анамнезі, куріння [2]. До генетичних предрозпоряджених чинників розвитку СД належать, за даними літератури: наявність аполіпопротеїну (апоЕ-ε4), сімейна історія із цереброваскулярних захворювань, аутосомно-домінантні форми артеріопатій (CADASIL) [3, 4]. Проте провідною етіопатогенетичною ланкою у формуванні деменції залишається мозковий інсульт (МІ). Перенесений

МІ підвищує ризик розвитку деменції в 4–12 разів. Поширеність деменції серед осіб, що перенесли інсульт, сягає 30 % [5, 6].

СД розвивається як наслідок ураження великих судин, так і після лакунарних інфарктів, хронічної ішемії мозку, так званих «німих інфарктів», що виявляється ураженням білої речовини — хвороба Бісвангера [7].

Перебіг СД ускладнюється поєднанням неврологічних та психічних порушень, що врешті-решт обмежує життєдіяльність хворих.

Осередкові ураження головного мозку призводять до порушень вищих психічних функцій (праксісу, гнозису, мовлення, читання, письма, лічби). Поряд із ними характерними для хворих із СД є афективні розлади, зокрема депресивні,

Розлади мислення у пацієнтів із судинною деменцією

Показник	Основна група		Контрольна група	
	%±m %			
<i>I. Патологія асоціативного процесу</i>				
Порушення темпу мислення	прискорене	10,26±2,56	26,47±6,88	
	загальмоване	66,67±10,13	38,24±9,11	
Порушення рухливості мислення	деталізоване	46,15±8,91	29,41±7,49	
	обставинне	38,46±7,94	32,35±8,06	
	в'язке	15,38±3,72	38,24±9,11	
Порушення цілеспрямованості мислення	резонерське	5,13±1,31	8,82±2,55	
	розірване	10,26±2,56	14,71±4,12	
	паралогічне	12,82±3,15	20,59±5,56	
	символічне	7,69±1,94	5,88±1,73	
<i>II. Патологія суджень та умовиводів</i>				
Нав'язливі думки		17,95±4,28	14,71±4,12	
Надцінні ідеї		12,82±3,15	8,82±2,55	
Маячні ідеї	ідеї збитку	12,82±3,15	14,71±4,12	
	ідеї відношення	10,26±2,56	17,65±4,85	
	ідеї самозвинувачення	15,38±3,72	5,88±1,73	
	ідеї самоприниження	23,08±5,33	2,94±0,88	
	ідеї гріховності	2,56±0,67	17,65±4,85	
	ідеї переслідування	5,13±1,31	11,76±3,35	
Труднощі планування та організації діяльності		46,15±8,91	67,65±11,66	

www.mps.kh.ua

нетримання афекту; особистісні зміни (апатія, звуження кола інтересів, загострення преморбідних рис), порушення абстрактного мислення, суджень [2, 4, 8].

Доведено, що наявність та вираженість депресивної симптоматики є фактором ризику суїциду. Дотепер залишаються недостатньо вивченими механізми формування суїцидальної поведінки (СП) у хворих із СД.

Метою нашого дослідження є вивчення впливу порушень вищих психічних функцій та емоційно-вольової сфери на формування СП у хворих із СД.

У дослідженні взяли участь 73 хворих, яким було виконане клініко-психопатологічне та нейровізуалізаційне обстеження на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансера ім. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни, Геріатричного пансіонату, міської лікарні № 4 м. Суми. Із них 39 осіб, які мали ознаки СП у клінічній картині (спроби, думки, наміри), увійшли до основної групи, а 34 хворих без проявів СП становили контрольну групу. Діагноз установлювався відповідно до МКХ-10.

Визначення клініко-психопатологічної структури вищих психічних функцій відбувалося завдяки

аналізу порушень мислення, мнестичних процесів, емоційно-вольової сфери, мовлення, процесів уваги та сприйняття при різних типах деменції з урахуванням особливостей суїцидального ризику при цих патологіях.

Усі розлади мислення згідно з клінічною класифікацією (П. И. Сидоров, А. В. Парняков, 2000) були розділені на дві групи: кількісні (патологія асоціативного процесу) та якісні (патологія суджень та умовиводів) порушення. До патології асоціативного процесу було включено порушення темпу, рухливості та цілеспрямованості мислення, а до патології суджень та умовиводів — нав'язливі думки, надцінні та маячні ідеї, а також здібності до планування та організації діяльності.

У статистичній обробці отриманих результатів ми використовували критерій Стьюдента та точний метод Фішера.

Серед хворих в основній групі у 33,33% випадків було встановлено підкоркову СД, у 25,64% — мультиінфарктну, у 15,38% — деменцію з гострим початком, таким самим був показник змішаної та неуточненої СД. У контрольній групі переважали пацієнти з мультиінфарктною деменцією — (38,24±9,11)%, у 23,53% хворих установлено

Таблиця 2

**Порушення емоційної сфери
у пацієнтів із судинною деменцією**

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Внутрішній неспокій	46,15±8,91	44,12±9,99
Страх	25,64±5,82	52,94±11,01
Апатія	43,59±8,62	29,41±7,49
Емоційна лабільність	53,85±9,63	67,65±11,66
Роздратованість	48,72±9,18	61,76±11,57
Відчуття відчаю	66,67±10,13	44,12±9,99
Афект депресії	51,28±9,42	32,35±8,06
Тривога	33,33±7,16	44,12±9,99
Вербальна агресія	38,46±7,94	29,41±7,49
Фізична агресія	35,90±7,56	23,53±6,24
Астенія	46,15±8,91	17,65±4,85
Аутизм (замкнутість)	28,21±6,29	14,71±4,12
Вина (сором)	41,03±8,29	26,47±6,88
Відчуття безнадійності	46,15±8,91	20,59±5,56
Відчуття безпорадності	41,03±8,29	23,53±6,24
Відчуття виснаження	46,15±8,91	32,35±8,06
Ейфорія	2,56±0,67	14,71±4,12

деменцію з гострим початком, у 14,71% — не уточнену, у 11,76% випадків зафіксовано підкоркову та змішану СД.

Клініко-психопатологічний аналіз розладів мислення у пацієнтів із СД продемонстрував, що в основній групі серед патології асоціативного процесу провідними були порушення темпу мислення: у 66,67% хворих відзначалася загальмованість розумових процесів, яка виявлялася у зниженні кількості асоціацій за одиницю часу та позначалася на зниженні продуктивності мислення. У 10,26% хворих спостерігалася прискорення розумових процесів, що також позначалось на зниженні продуктивності мислення за рахунок поверховості та спрощення асоціативного процесу (табл. 1).

У контрольній групі у 38,24% випадків було зафіксовано гальмування, а в 26,47% — прискорення темпу мислення. У пацієнтів із СД спостерігалася порушення рухливості мислення: у 46,15% хворих основної групи та у 29,41% контрольної визначалося деталізоване мислення, що виявлялося у вторинних асоціаціях, несуттєвих деталях і подробицях у процесі мислення. У 38,46% хворих основної групи та у 32,35% контрольної відзначалось обставинне мислення, що виявлялося вираженою деталізацією із застряганням на побічних асоціаціях та втратою продуктивності розумового процесу.

В'язке мислення також було визначено у 15,38% хворих основної групи та 38,24% контрольної.

Порушення цілеспрямованості виявлялося переважно атаксично-асоціативним (розірваним) та паралогічним мисленням. У 10,26% пацієнтів основної групи та у 14,71% контрольної відзначалось атаксично-асоціативне мислення, а саме — відсутність логічних зв'язків між асоціаціями у процесі мислення. У 12,82% обстежених основної групи та 20,59% контрольної спостерігалася паралогічність мислення, що виражалось у порушенні формальної логіки.

В обстежених із СД серед патології суджень та умовиводів переважали труднощі у плануванні та організації діяльності (46,15% випадків в основній групі та 67,65% — в контрольній). Було зафіксовано наявність нав'язливих думок (17,95% випадків в основній групі та 14,71% — у контрольній) та маячних ідей. Фабула маячних ідей відрізнялась у хворих основної та контрольної груп: у пацієнтів із високим суїцидальним ризиком при СД переважали ідеї самоприпинення (23,08±5,33%) і самозвинувачення (15,38±3,72%), а також ідеї збитку (12,82±3,15%). У контрольній групі переважали ідеї гріховності (23,53±6,24%), відношення (17,65±4,85%) та збитку (14,71±4,12%). При цьому було встановлено достовірні відмінності, що полягали у переважанні маячних ідей

самоприпинення серед пацієнтів із високим суїцидальним ризиком ($p \leq 0,01$, ДК = 8,95, МІ = 0,90), тоді як у контрольній групі — здебільшого маячних ідей гріховності ($p \leq 0,01$, ДК = 9,63, МІ = 1,01).

Порівняння хворих основної та контрольної груп між собою продемонструвало суттєві відмінності, що полягали у переважанні кількості пацієнтів із загальмованим мисленням в основній групі ($p \leq 0,01$, ДК = -2,41, МІ = 0,34) та кількості осіб із прискореним мисленням у контрольній. Труднощі планування та організації діяльності були більш вагомими у хворих контрольної групи ($p \leq 0,05$, ДК = 1,66, МІ = 0,18).

Аналіз порушень емоційної сфери у пацієнтів із СД дав змогу визначити, що у хворих основної групи переважали відчуття відчаю (66,67±10,13)%, емоційна лабільність (53,85±9,63)%, пригнічений настрій (депресивний афект) (51,28±9,42)%, а також були виражені роздратованість (48,72±9,18)%, внутрішній неспокій (46,15±8,91)%, астенія (46,15±8,91)%, відчуття безнадійності та виснаження (46,15±8,91)% (табл. 2).

У хворих контрольної групи серед афективних проявів зафіксовано насамперед емоційну лабільність (67,65±11,66)%, роздратованість (61,76±11,57)%, почуття страху (52,94±11,01)%,

Таблиця 3

Порушення вольової сфери та довільної регуляції у пацієнтів із судинною деменцією

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
<i>I. Порушення мотиваційного компоненту вольового акту</i>		
Гіпобулія	46,15±8,91	38,24±9,11
Анорексія	38,46±7,94	26,47±6,88
Зниження лібідо	7,69±1,94	11,76±3,35
Гіпербулія	30,77±6,74	29,41±7,49
Булімія	20,51±4,81	26,47±6,88
Підвищення лібідо	10,26±2,56	23,53±6,24
Парабулія	23,08±5,33	32,35±8,06
<i>II. Порушення реалізації вольового зусилля</i>		
Гіпокінезія	30,77±6,74	29,41±7,49
Гіпомімія	17,95±4,28	8,82±2,55
Гіперкінезія	30,77±6,74	35,29±8,60
Паракінезія	15,38±3,72	14,71±4,12
Негативізм	38,46±7,94	29,41±7,49
Ехопраксія	33,33±7,16	29,41±7,49
Ехолалія	20,51±4,81	26,47±6,88

у них були виражені тривога (44,12±9,99) %, внутрішній неспокій (44,12±9,99) % та відчуття відчаю (44,12±9,99) %.

При порівнянні показників обстежених основної та контрольної груп було встановлено численні відмінності, що полягали у переважанні відчуття відчаю ($p \leq 0,025$, ДК = -1,79, МІ = 0,20) та безнадії ($p \leq 0,01$, ДК = -3,51, МІ = 0,45), пригніченого настрою ($p \leq 0,05$, ДК = -2,00, МІ = 0,19) та астенії ($p \leq 0,01$, ДК = -4,18, МІ = 0,60) у пацієнтів із високим суїцидальним ризиком при СД.

Клініко-психопатологічний аналіз порушень вольової сфери та довільної регуляції діяльності у пацієнтів із різними типами деменцій дав змогу розділити усі вольові порушення на дві категорії: мотиваційного компоненту вольового акту та реалізації вольового зусилля.

Аналіз порушень вольової сфери у пацієнтів із СД свідчить, що серед порушень мотиваційного компоненту вольового акту найбільш вираженою була гіпобулія (46,15% випадків в основній групі та 38,24% — у контрольній), яка виявлялася у зниженні інтенсивності і кількості спонукань до діяльності з регресом мотивів (табл. 3). Пригнічення вольової сфери виражалось у наявності анорексії у 38,46% випадків в основній групі та 26,47% — у контрольній. При цьому у 30,77% пацієнтів основної групи та у 29,41% контрольної

Таблиця 4

Порушення мовної функції у пацієнтів із судинною деменцією

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
<i>I. Порушення усного мовлення</i>		
Брадилалія	53,85±9,63	32,35±8,06
Стереотипність	69,23±10,11	76,47±11,24
Сенсорна афазія	12,82±3,15	20,59±5,56
Акустико-мнестична афазія	35,90±7,56	50,00±10,71
Отпико-мнестична афазія	30,77±6,74	47,06±10,38
Моторна афазія	38,46±7,94	29,41±7,49
Семантична афазія	23,08±5,33	26,47±6,88
<i>II. Порушення письмового мовлення</i>		
Дизлексія	7,69±1,94	8,82±2,55
Дизграфія	28,21±6,29	38,24±9,11

було зафіксовано гіпербулію, тобто надмірну неадекватну активність та розгальмування харчового потягу у вигляді булімії (20,51% — для основної та 26,47% — для контрольної групи). Слід зазначити, що у значній кількості пацієнтів із СД (23,08% випадків в основній групі та 32,35% — у контрольній) діагностовано парабулію, що виявлялась у викривленні спонукань та мотивів діяльності.

Порушення реалізації вольового зусилля у пацієнтів із СД значною мірою були виражені як наявність негативізму (38,46% випадків в основній групі та 29,41% — у контрольній), гіпо- та гіперкінезії (30,77% і 30,77% — в основній та 29,41% і 35,29% — у контрольній групі), а також ехопраксії та ехолалії (33,33% і 20,51% — в основній та 29,41% і 26,47% — у контрольній групі).

Зіставлення результатів аналізу вольових порушень серед хворих із СД не продемонструвало достовірних розбіжностей між основною та контрольною групами.

Клініко-психопатологічний аналіз порушення мовної функції дав змогу визначити типові особливості порушення письмового та усного мовлення у пацієнтів із суїцидальним ризиком при різних типах деменції. Так, порушення усного мовлення були представлені переважно стереотипністю (69,23% випадків в основній групі та 76,47% — у контрольній) (табл. 4). Поряд із цим в основній групі також була виражена брадилалія (53,85±9,63) %, яка виявлялася у патологічному уповільненні темпу мовлення, та різні форми афазій, серед яких найбільш вираженими були моторна та акустико-мнестична ((38,46±7,94) % та (35,90±7,56) %

Таблиця 5

**Порушення уваги
у пацієнтів із судинною деменцією**

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Апрозексія	0	2,94±0,88
Гіпопрозексія	87,18±8,21	88,24±9,17
Парапрозексія	12,82±3,15	8,82±2,55
Розсіяність	51,28±9,42	55,88±11,25
Виснаженість	76,92±9,72	58,82±11,44
Звуження об'єму уваги	56,41±9,80	79,41±10,92

відповідно). У контрольній групі також спостерігалися різні види афазії, серед яких провідне місце займали акустико-мнестична та оптико-мнестична ((50,00±10,71) % і (47,06±10,38) % відповідно).

Порушення письмового мовлення було представлено в обох групах переважно дизграфією (28,21% випадків в основній групі та 38,24% — у контрольній), що виявлялося у нестійкості оптико-просторового образу літери, у змішаннях та пропусках літер.

Порівняння пацієнтів основної та контрольної груп за особливостями порушень мовних функцій дало змогу встановити, що особи із високим ризиком суїциду відрізнялися від контрольної групи переважанням брадилалії ($p \leq 0,05$, ДК = -2,21, МІ = 0,24).

Те саме стосується й порушення уваги, у більшості хворих із СД спостерігалось зменшення її функції у вигляді послаблення (87,18% випадків в основній та 88,24% — у контрольній групі (табл. 5)).

Виразеними були також звуження об'єму уваги (56,41% випадків в основній групі та 79,41% — у контрольній) і розсіяність (51,28% та 55,88% відповідно). У пацієнтів основної групи серед особливостей порушень уваги частіше спостерігалася виснаженість (76,92±9,72) %, яка виявлялась у прогресуючому ослабленні інтенсивності уваги в процесі роботи. У контрольній групі виснаженість процесу уваги була притаманна 58,82% хворих.

При порівнянні показників обстежених основної та контрольної груп було встановлено, що виснаженість більш виражена у пацієнтів із високим ризиком суїциду ($p \leq 0,05$, ДК = -1,17, МІ = 0,11), водночас звуження об'єму уваги спостерігалось переважно у хворих контрольної групи ($p \leq 0,025$, ДК = 1,49, МІ = 0,17).

Вивчення стану мнестичних функцій у хворих із СД продемонструвало, що особи з високим суїцидальним ризиком при судинних деменціях

Таблиця 6

**Порушення мнестичних функцій
у пацієнтів із судинною деменцією**

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Кількісні порушення	фіксаційна амнезія	30,77±6,74 50,00±10,71
	прогресуюча амнезія	46,15±8,91 47,06±10,38
Якісні порушення	псевдоремінісценції	25,64±5,82 35,29±8,60
	конфабуляції	20,51±4,81 32,35±8,06

Таблиця 7

**Порушення сприйняття
у пацієнтів із судинною деменцією**

Показник	Основна група	Контрольна група
	%±m %	
Психосенсорні розлади	дереалізація	28,21±6,29 38,24±9,11
	деперсоналізація	15,38±3,72 23,53±6,24
Ілюзії		28,21±6,29 26,47±6,88
Агнозії		25,64±5,82 41,18±9,57
Галюцинації	слухові	5,13±1,31 11,76±3,35
	зорові	17,95±4,28 32,35±8,06

відрізнялись меншою вираженістю фіксаційної амнезії ($p \leq 0,05$, ДК = 2,11, МІ = 0,20) (табл. 6).

Клініко-психопатологічний аналіз порушень процесу сприйняття дав змогу встановити деякі типові особливості, характерні для пацієнтів з ризиком суїциду при різних типах деменцій. У 43,59% пацієнтів із СД в основній групі та у 61,77% випадків у контрольній групі спостерігалися порушення сенсорного синтезу, що виявлялось у дереалізації (28,21% та 38,24% відповідно) та деперсоналізації (15,38% та 23,53%) (табл. 7). При СД серед порушень сприйняття визначалась наявність ілюзій (28,21% випадків в основній групі та 26,47% — у контрольній) та агнозій (25,64% та 41,18% відповідно). Порушення сприйняття були представлені переважно зоровими галюцинаціями (17,95% пацієнтів в основній групі та 32,35% — у контрольній). Достовірних розбіжностей між основною та контрольною групами визначено не було.

Отримані дані слід ураховувати при проведенні диференційної діагностики пацієнтів із суїцидальним ризиком при різних типах деменцій.

Отже, аналіз клініко-психопатологічної структури вищих психічних функцій та емоційно-вольової сфери дав змогу визначити, що загальмованість мислення, маячні ідеї самоприниження, відчуття відчаю, безнадії, депресивний настрій, астения, брадилалія, виснаженість уваги, менша вираженість фіксаційної амнезії були характерними для пацієнтів із високим суїцидальним ризиком. Результати дослідження слід урахувати при діагностиці суїцидонебезпечних станів серед контингенту хворих із СД.

Список літератури

1. Яновська С. Я. Патопсихологічні основи формування реагування на захворювання в осіб з ішемічним мозковим інсультом / С. Я. Яновська // Медична психологія.— 2017.— Т. 12, № 3 (47).— С. 27–31.
2. Підкоритов В. С. Судинна деменція — сучасна проблема психіатрії / В. С. Підкоритов // Укр. вісн. психоневрології.— 2016.— Т. 24, вип. 4 (89).— С. 76–78.
3. Hauser P. S. Apolipoprotein E: from lipid transport to neurobiology / P. S. Hauser, V. Narayanaswami, R. O. Ryan // Prog. Lipid Res.— 2011.— Vol. 50, № 1.— P. 62–74.
4. Мищенко Т. С. Сосудистая деменция (эволюция взглядов на проблему) / Т. С. Мищенко // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 5–10.
5. Jellinger K. A. The pathology of «vascular dementia»: a critical update / K. A. Jellinger // J. Alzheimer's Dis.— 2008.— № 14.— P. 107–123.
6. Risk of dementia after stroke in a hospitalized cohort: results of a longitudinal study / T. K. Tatemichi, M. Paik, E. Bagiella [et al.] // Neurology.— 1994.— № 44.— P. 18–24.
7. Prestroke cognitive performance, incident stroke and risk of dementia. The Rotterdam study / C. J. Reitz, A. Hofman, P. J. Koudstal, M. B. Breteler // Stroke.— 2008.— № 39.— P. 36–41.
8. Pendlebury S. Prevalence, incidence and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis / S. Pendlebury, P. Rothwell // Lancet Neurol.— 2009.— № 8.— P. 1006–1018.
9. Мудренко І. Г. Чинники суїцидальної поведінки хворих з деменцією / І. Г. Мудренко // Медичинська психологія.— 2017.— Т. 12, № 3.— С. 53–57.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

И. Г. МУДРЕНКО

Научно обоснована роль нарушений различных сфер психики (эмоций, мышления, восприятия, внимания, воли, речи) в формировании суицидального поведения у больных с сосудистой деменцией. Установлено, что пациентам с высоким суицидальным риском были присущи такие клиничко-психопатологические особенности, как истощение внимания, заторможенность темпа речи, снижение либидо, инициативы и волевых побуждений, ощущение отчаяния и безнадежности, подавленное настроение и астения. Полученные данные имеют диагностическое значение.

Ключевые слова: суицидальное поведение, сосудистая деменция, нарушения мышления, восприятия, воли, эмоций, речи, внимания.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF THE HIGHER PSYCHIC FUNCTIONS AND EMOTIONAL SPHERE IN PATIENTS WITH SUICIDAL RISK AT VASCULAR DEMENTIA

I. H. MUDRENKO

The role of different mental disorders (emotions, volitional, perceptual, attention, thinking or speech) in formation of suicidal behavior in patients with vascular dementia was substantiated. The study revealed that such clinico-psychopathological peculiarities as impaired concentration, hypophrasia, loss of libido, initiative and volition drive, feeling of despair and hopelessness, depressed temper and asthenia are typical of the patients with high suicidal risk.

Key words: suicidal behavior, vascular dementia, disorders of thinking, perception, volition, emotions, speech, attention.

Надійшла 08.12.2017