

ЛЕКЦИЯ/ОБЗОР

© КУТЛУБАЕВ М.А., 2016
УДК 616.85-06:616.89-008.441.44]-02-084

Кутлубаев М.А.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ЧАСТОТА, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Неврологическое отделение ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, 450005, Уфа, Россия; кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», 450000, Уфа, Россия

Поиск источников информации проводился в базах данных PubMed и Google Scholar по основным ключевым словам «suicide», «suicidal behavior», «stroke», «epilepsy», «multiple sclerosis», «motor neuron disease», «Parkinson's disease», «dementia», «neurological disorders». Риск развития суицидального поведения повышен среди пациентов с неврологическими заболеваниями. При эпилепсии, например, до трети всех смертей связано с суицидом. Особенно высок риск суицида при височно-долевой эпилепсии, при фармакорезистентных формах. Среди пациентов с рассеянным склерозом частота суицидов примерно в 2 раза выше, чем в среднем по популяции. Риск суицидов повышен среди пациентов с болезнью двигательного нейрона, в первые годы после инсульта, а также после установки диагноза деменции или болезни Гентингтона. При всех перечисленных заболеваниях высока частота суицидальных мыслей.

Основными факторами риска развития суицидального поведения являются психические расстройства, социальные проблемы (одиночество, низкий уровень доходов). Дискутируется роль некоторых лекарственных препаратов (препараты бета-интерферона, противосудорожные средства) в развитии суицидального поведения при неврологических заболеваниях. Риск суицида повышен непосредственно после установки диагноза инвалидизирующего заболевания нервной системы.

При организации помощи пациентам с неврологическими заболеваниями необходимо уделять особое внимание скринингу и коррекции психических расстройств в рамках неврологических заболеваний. Для профилактики суицидов при неврологических заболеваниях врачу необходимо устанавливать уважительные терапевтические отношения, привлекать к работе с пациентами психологов, психотерапевтов для проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, представителей социальных служб. Отделения неврологического профиля желательно располагать на нижних этажах больничных зданий.

Ключевые слова: суицидальное поведение; неврологические заболевания; инсульт; рассеянный склероз; эпилепсия; болезнь Паркинсона; деменция; болезнь двигательного нейрона; профилактика.

Для цитирования: Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике. *Неврологический журнал* 2016; 21 (3): 124–130 (Russian). DOI 10.18821/1560-9545-2016-21-3-124-130.

Для корреспонденции: Кутлубаев Мансур Амирович – канд.мед.наук, врач-невролог неврологического отделения Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, ассистент кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики БГМУ, Уфа, Россия; e-mail: Mansur.Kutlubaev@yahoo.com

Kutlubaev M.A.

SUICIDAL BEHAVIOR IN NEUROLOGICAL DISEASES: FREQUENCY, PREDICTORS AND PREVENTION MEASURES

Budgetary Public Health Facility “G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital”, Neurological Department, 450005, Ufa, Russian Federation; Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of “Bashkir State Medical University” of Ministry of Health of the Russian Federation, 450000 Ufa, Russian Federation

The article is devoted to the problem of suicidal behavior in some neurological diseases. PubMed and Google scholar were browsed using key words «suicide», «suicidal behavior», «stroke», «epilepsy», «multiple sclerosis», «motor neuron disease», «Parkinson's disease», «dementia», «neurological disorders». The risk of suicidal behavior is increased among patients with neurological diseases. For instance, up to third of deaths among patients with epilepsy is associated with suicide. The risk of suicide is especially high in temporal-lobe epilepsy and in drug-resistant forms. The frequency of suicide in patients with multiple sclerosis is approximately twice higher than on average in population. The risk of suicide is increased among patients with motor neuron disease, during first years after stroke, after diagnosing of dementia or Huntington's disease. There is high frequency of suicidal thoughts in all the above mentioned diseases.

The main risk factors of suicidal behavior in neurological diseases are affective disorders, social problems (loneliness, low income). The role of certain medications (beta-interferon, anticonvulsive drugs) in the development of suicidal behavior in neurological disorders is also discussed. The risk of suicide is especially high immediately after the establishing of disabling disease. Arranging medical care for patients it is necessary to pay special attention to screening and correction of psychiatric complications of neurological diseases. Suicidal behavior in neurological diseases could be prevented by establishing respectful therapeutic relationship between healthcare professional and a patient, involving in the medical care the psychologists,

psychotherapists for cognitive-behavioral therapy and social workers. Neurological wards should be located on the lower floors of hospital buildings.

Key words: suicidal behavior; neurological disorders; stroke; multiple sclerosis; epilepsy; Parkinson's disease; dementia; motor neuron disease; prevention.

For citation: Kutlubaev M.A. Suicidal Behavior in Neurological Diseases: Frequency, Predictors and Prevention measures. *Nevrologicheskiy Zhurnal (Neurological Journal)* 2016; 21 (3): 124–130 (Russian). DOI 10.18821/1560-9545-2016-21-3-124-130.

For correspondence: Kutlubaev Mansur Amirovich, MD, PhD, Teaching assistant of Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of "Bashkir State Medical University", the neurologist in neurological department of G.G. Kuvатов Republican Clinical Hospital, Ufa, Russia; e-mail: Mansur.Kutlubaev@yahoo.com

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 07.01.16

Accepted 12.04.16

Суицидальное поведение – широкое понятие, которое включает суицид – преднамеренное лишение себя жизни, а также суицидальные попытки, мысли, а также самоповреждения [1]. Увеличение числа суицидов среди населения представляет собой одну из глобальных проблем современного общества. Частота суицидов в Восточной Европе достигает 30 случаев на 100 000 населения. В России в 1990-е годы произошел резкий рост частоты суицидов – до 40 случаев на 100 000 населения; в настоящее время она составляет около 20 случаев на 100 000 населения [2, 3].

Неврологические заболевания наряду с классическими симптомами (например, двигательные, чувствительные нарушения) нередко сопровождаются аффективными и когнитивными расстройствами. У пациентов неврологического профиля часто наблюдаются снижение качества жизни, социально-трудовая и бытовая дезадаптация. Все это обуславливает высокую частоту развития суицидального поведения у данной категории пациентов [4]. В настоящем обзоре проанализированы частота и факторы риска развития суицидального поведения при распространенных неврологических заболеваниях – инсульте, рассеянном склерозе, эпилепсии, болезни Паркинсона, деменциях, болезни двигательного нейрона и других.

Инсульт

Риск суицида повышен после инсульта. По данным 25-летнего датского ретроспективного исследования (1973–1998 гг.), проведенного E.N. Stenager и соавт. [5], завершённые суициды были зарегистрированы у 140 (0,37%) из 37 869 пациентов после инсульта. Однако в данном исследовании не было контрольной группы для сравнения. Схожие результаты были получены T.W. Teasdale и соавт. [6], которые проанализировали данные по внегоспитальной смертности пациентов после инсульта с 1979 по 1993 г. в Дании. Смерть в результате суицида была зарегистрирована у 359 (0,31%) из 114 098 пациентов. Наиболее высоким был риск суицида в первые 5 лет после инсульта. В данных работах не регистрировались другие проявления суицидального поведения, кроме суицида.

M. Eriksson и соавт. [7] провели изучение суицидального поведения в когортном исследовании

шведской популяции пациентов, перенесших инсульт между 2001 и 2012 гг. Было включено 220 336 человек после инсульта (общая продолжительность наблюдения 860 713 человеко-лет). Зарегистрировано 1,217 попытки суицида у 985 пациентов (у 852 – однократно, у 90 – дважды, у 43 – 3 и более раз). В 260 случаях зарегистрированы завершённые суициды, из них у 233 суицидальная попытка была первой. 147 пациентов совершили попытку суицида в первые 3 мес после инсульта, при этом 44 находясь в стационаре. Наиболее высоким был уровень суицидов в первые 2 года после инсульта. Частота суицидов после инсультов в 2 раза превысила таковую в среднем по популяции (30 и 16 случаев на 100 тыс. человек-лет соответственно).

Частота суицидальных мыслей в остром периоде инсульта, по данным разных исследований, составила от 6,6% ($n = 301$) [8] до 12,8% ($n = 595$) [9] и 15% ($n = 117$) [10], а в восстановительном периоде – 11,3% [8] – 15,2% ($n = 132$ –221) [11]. В эти исследования не включались пациенты с афазией, а также не принималось во внимание явление пассивного суицида, сущность которого заключается в том, что пациент сознательно отказывается от приема препаратов и не следует советам врача с целью ухудшения своего состояния и лишения себя жизни. В некоторых работах набирались пациенты в основном с низким социально-экономическим положением, что также ограничивало значимость полученных данных.

Основным фактором риска в развитии суицидальных мыслей/планов и суицидальных попыток были аффективные расстройства, в частности постинсультная депрессия и депрессия до инсульта [8, 10, 11]. Примечательно, что, по данным одного исследования, более половины пациентов, совершивших попытку суицида после инсульта, принимали антидепрессанты [7]. Другими словами, им был установлен диагноз депрессии на момент попытки суицида, а прием антидепрессантов не имел профилактического эффекта в отношении суицида.

W.K. Tang и соавт. показано, что суицидальное поведение может быть связано с постинсультной утомляемостью и апатией. Эта связь не была обусловлена депрессией, проявлением которой могут быть патологическая усталость и апатия [9, 13]. Риск суицида был выше среди пациентов с повторными инсультами и более тяжелыми функциональными ограниче-

ниями как за счет физического, так и когнитивного дефицита [12]. У молодых пациентов после инсульта риск суицида был выше, чем у пожилых. Условной пограничной точкой является 75 лет – у пациентов старшего этого возраста риск суицида не выше, чем в целом по популяции [7]. Описаны также другие факторы риска суицида после инсульта: мужской пол, алкоголизм, социальная изоляция, более низкий уровень образования, поражение лобных долей [10, 12]. Примечательно, что факторы риска суицида после инсульта во многом совпадали с таковыми в целом по популяции. Многие исследования были проведены в скандинавских странах, где относительно высокая частота суицидов в популяции, например, в 2 раза выше, чем в Великобритании или Италии [14].

Эпилепсия

Частота суицидальных попыток в течение жизни пациентов с эпилепсией составляет 5–14%, в то время как в среднем по популяции этот показатель незначительно превышает 1% [15]. В ретроспективном популяционном исследовании типа случай – контроль, проведенном J. Christinsen и соавт. [16], (проанализировано 21169 случаев суицида, произошедших с 1980 по 1997 г. в Дании) было показано, что 492 (2,32%) человека, совершивших суицид, страдали эпилепсией, а в контрольной группе частота суицидов составила 3140 (0,74%) человек – т.е. примерно в 3 раза меньше. Высокая частота суицидов среди пациентов с эпилепсией подтвердилась и в корейском исследовании MERCY [17]. Метаанализ, проведенный M. Pomplii и соавт. [18], включал результаты 30 исследований (51216 пациентов и 188 случаев суицида). Его результаты показали, что суициды при эпилепсии составляют 32,5% всех смертей. Частота суицидов среди пациентов составила 112 ± 172 на 100 тыс. населения, в то время как в среднем по популяции эти значения соответствовали $13,2 \pm 6$ на 100 тыс. населения. По наблюдениям H. Necimovic и соавт. [19] частота суицидальных мыслей у пациентов с эпилепсией также высока и составляет 11,9%.

Повышение риска суицида при эпилепсии связано с молодым возрастом (моложе 55 лет), с височно-долевой эпилепсией и комплексными парциальными пароксизмами, а также с женским полом, более ранним началом заболевания, доступностью оружия. Наиболее высок риск суицида в первый год после постановки диагноза эпилепсии [15, 17].

Особого внимания заслуживает височно-долевая эпилепсия. При ней частота суицидов в 25 раз выше, чем в среднем по популяции [15, 20]. Сочетание височно-долевой эпилепсии и депрессии повышает вероятность завершеного суицида в 32 раза [20]. Эта связь обусловлена как психосоциальными последствиями дезадаптирующего влияния эпилепсии на повседневную жизнь пациента, так и клиническими особенностями поражения височной доли и ее связей. К последним относится в первую очередь высокая частота депрессии, тревожных расстройств, проявлений импульсивного поведения и когнитивных расстройств. Развитие психических нарушений при

височно-долевой эпилепсии связано с дисфункцией лимбической лобно-подкорковой петли, а также с нейротрансмиссивными изменениями (в частности, связанными с серотонинергической системой) и снижением нейропластичности [20].

Спорным остается вопрос о связи между приемом антиэпилептических препаратов (АЭП) и риском суицида. Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) в 2006 г. опубликовало результаты метаанализа, в котором было показано, что прием 11 АЭП (все основные средства из данной группы) связан с повышенным риском развития суицидальных мыслей и поведения. В связи с этим всем производителям АЭП в США было предписано указывать в инструкции к препарату о данном риске. Однако целый ряд исследований не выявили подобной связи, более того, альтернативный метаанализ имеющихся данных не подтвердил наличие связи между приемом АЭП и повышением риска суицида. Авторы только констатировали, что включенные исследования отличались значительной гетерогенностью, что не позволило им сделать достоверные выводы [21]. С другой стороны, своевременное назначение антиконвульсантов может оказывать профилактическое действие в отношении суицида у пациентов с эпилепсией как за счет снижения частоты приступов, так и за счет нормотимического эффекта. Для более точного ответа на вопрос о роли АЭП в развитии суицидального поведения при эпилепсии необходимо проведение четко спланированных проспективных исследований.

Имеются данные о повышении риска суицида у больных после хирургического лечения эпилепсии. Это может быть связано с повышенной частотой психотических и аффективных расстройств в первые месяцы после оперативного вмешательства [22]. Связь между повышенным риском суицида после начала лечения АЭП или оперативного вмешательства может быть объяснена феноменом насильственной нормализации (синдром Ландольта), который проявляется урежением приступов, нормализацией ЭЭГ-картины и развитием интериктального психоза [23].

Рассеянный склероз

Частота суицидов среди пациентов с РС примерно в 2 раза выше, чем в среднем по популяции [24–26]. Однако, по данным некоторых авторов, частота суицидов среди пациентов с РС не выше, чем в среднем по популяции [27, 28]. Например, в датском исследовании частота суицидов среди пациентов с РС составила 3,7% (15 случаев на 404 пациента). Сравнительный анализ не выявил различий в частоте суицидов среди пациентов с РС, получавших и не получавших препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС), а также среди пациентов с РС и в популяции в целом. В то же время в 16-летнем ретроспективном исследовании, проведенном в Канаде ($n = 3126$), частота суицидов была в 7,5 раза выше, чем в целом в популяции, 15,1% летальных исходов были связаны с суицидами [29]. По данным метаана-

лиза 12 исследований ($n = 27\,423$), стандартизированный коэффициент смертности от суицида среди пациентов с РС составил 2,13 (95% ДИ 1,80–2,51), что достоверно превышало общий показатель по популяции [30]. Суицидальные попытки при РС чаще наблюдались в течение первого года после установки диагноза, а также среди молодых мужчин [24].

По данным А. Feinstein и соавт. [31], около четверти пациентов с РС рассматривают возможность суицида: из 140 больных у 40 выявлены суицидальные мысли, у 9 зарегистрированы суицидальные попытки. Частота суицидальных мыслей в недавнем срезовом исследовании R. Viner и соавт. [32] составила 8,3% ($n = 180$). По данным отечественных авторов, суицидальные мысли наблюдались у 27,9%, а попытки – у 5,7% из 154 пациентов с РС [33].

Факторами риска развития суицидальных мыслей при РС являются тревожно-депрессивные расстройства, молодой возраст, раннее начало и прогрессирующее течение заболевания, проживание в одиночестве, социальная изоляция, низкий уровень доходов, выраженный физический и когнитивный неврологический дефицит, психические заболевания в семейном анамнезе, большой депрессивный эпизод, тревожное расстройство в прошлом, злоупотребление алкоголем [29–33]. К числу факторов антисуицидального барьера у пациентов с РС в первую очередь можно отнести надежду на выздоровление и страх смерти [33]. Прием ПИТРС (в частности, препаратов бета-интерферона), может приводить к развитию депрессии и тем самым повышать риск суицида [34]. Имеется единичное сообщение о развитии суицидального поведения у пациента с РС, принимавшего натализумаб [35].

Болезнь двигательного нейрона

По данным шведского популяционного исследования (6642 пациента, наблюдение с 1965 по 2004 г.) [36], частота суицидов среди пациентов с болезнью двигательного нейрона (БДН) в 6 раз выше (стандартизированный показатель смертности 5,8; 95% ДИ 3,6–8,8), чем в общей популяции. Пациенты, совершившие суицид, были в среднем на 7 лет моложе во время первой госпитализации по поводу БДН по сравнению с теми, кто не совершал суицида. По данным А. Palmieri и соавт. [37], суицидальные мысли при БДН чаще развиваются у тех, кому диагноз был установлен недавно. Когнитивные нарушения при БДН также связаны с повышением риска суицида.

Болезнь Паркинсона

По данным S. Nazem и соавт. [38], частота суицидальных попыток среди пациентов с болезнью Паркинсона (БП) составила 4% ($n = 116$). Мысли о смерти отмечались у 28%, суицидальные мысли – у 11% пациентов. К их развитию предрасполагали тяжелая депрессия, импульсивное поведение, психоз. В срезовом исследовании А. Kummer и соавт. [39] среди 90 пациентов с БП суицидальных попыток зарегистри-

ровано не было, частота суицидальных мыслей составила 14,4% (13 пациентов). Факторами риска по развитию суицидальных мыслей были в первую очередь депрессия, а также молодой возраст, более раннее начало заболевания, наличие социальной фобии. В 8-летнем наблюдении V.S. Kostić и соавт. [40] ($n = 102$) частота суицидов среди пациентов с БП была в 5,3 раза выше (95% ДИ 2,1–21,7), чем ожидалось. Частота мыслей о суициде и смерти составила 22,7% ($n = 128$), они чаще отмечались у пациентов с депрессией, тревогой и чувством безнадежности; связи между наличием суицидальных мыслей и показателями, отражающими тяжесть БП, выявлено не было. Примечательно, что во всех приведенных исследованиях набирались пациенты с БП без деменции, что может частично объяснить относительно низкую частоту суицидальных попыток. Другая возможная причина этого – частое развитием у пациентов с БП депрессии и нарушений управляющих (лобных) функций, сохранность которых необходима для планирования суицидальной попытки.

Деменции

В 10-летнем лонгитюдном исследовании Y. Barak [41], которое проводилось с 1991 по 2000 г., 16 (7,4%) из 215 пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) были госпитализированы в психиатрическую больницу после суицидальных попыток. У пациентов в данной группе выявлялись более выраженные когнитивные нарушения и чаще отмечались суицидальные попытки в анамнезе. Фактором риска также был относительно высокий уровень функциональной активности пациентов в повседневной жизни. В срезовом исследовании А. Koyama и соавт. [42] частота суицидальных мыслей у пациентов с БА составила 10,1%.

В систематическом обзоре C. Naw и соавт. [43] были проанализированы результаты исследований, посвященные в основном БА. Как отметили авторы, проблема суицидального поведения при лобно-височной деменции, деменции с тельцами Леви, ВИЧ-ассоциированной энцефалопатии исследована недостаточно. В работе продемонстрирована близкая частота суицидального поведения при деменции и у сопоставимых по возрасту пациентов без деменции. Относительное повышение риска суицида наблюдалось непосредственно после установки диагноза деменции, а также после генетического тестирования на болезнь Гентингтона. Предикторами суицидального поведения были: депрессия, чувство безнадежности, умеренный когнитивный дефицит, сохранение адекватной самооценки (инсайта), молодой возраст, низкая чувствительность к препаратам для лечения деменции.

В обзоре литературы В.М. Draper [44] было отмечено, что риск суицида относительно повышен у пациентов с деменцией особенно на ранних стадиях, когда у пациентов сохранена дееспособность и адекватная самооценка. В перспективе повышение риска суицида может быть связано с внедрением ранней (доклинической) диагностики БА, как в случае с бо-

лезную Гентингтона [45–47]. По данным некоторых авторов, риск суицида относительно повышен при семантической деменции, а также лобно-височной дегенерации [48, 49].

Другие неврологические заболевания

Имеются сообщения, основанные на эмпирических данных, о взаимосвязи между мигренью (особенно мигренью с аурой) и повышенным риском суицида [50]. Н.У. Liu и соавт. [51] показали, что независимым предиктором суицидального поведения при мигрени является наличие сопутствующей фибромиалгии. Высок риск развития суицидального поведения после черепно-мозговой травмы. Однако необходимы дальнейшие исследования для уточнения этой взаимосвязи [52–55].

Профилактика суицидов при неврологических заболеваниях

Скрининг пациентов неврологического профиля для определения риска суицида является важным условием для своевременной профилактики суицидального поведения. В группу высокого риска по развитию суицидального поведения входят пациенты с депрессивными расстройствами, с социальными проблемами, а также с суицидами в наследственном анамнезе [56]. Неврологический дефицит может играть двойственную роль в развитии суицидального поведения, с одной стороны, являясь причиной социально-бытовой дезадаптации и дистресса, он предрасполагает к развитию депрессии и суицида, с другой – нарушение мобильности и когнитивные расстройства препятствуют реализации суицидальных планов. Некоторые препараты (противосудорожные, препараты бета-интерферона) могут усугубить течение депрессии и тем самым повысить риск суицида. Предложен ряд скрининговых инструментов для выявления пациентов с высоким риском суицида (табл. 1, 2).

Важным аспектом профилактики суицида является лечение сопутствующей депрессии с помощью медикаментозных и немедикаментозных методов. При этом назначение антидепрессантов должно сочетаться с использованием анксиолитиков и немедикаментозных методов особенно в первые недели лечения. Из немедикаментозных методов следует отметить роль когнитивно-поведенческой терапии, которая позволяет выявить и скорректировать иррациональные мысли и убеждения [57, 58]. Эффективность такого подхода была продемонстрирована на группе пациентов с РС [59].

В профилактике суицидов при неврологических заболеваниях важную роль играют взаимоотношения между врачом и пациентом. Врачу необходимо стремиться к созданию уважительных взаимоотношений с пациентом начиная с самого первого осмотра. Находясь в таком альянсе, можно ожидать большей открытости со стороны пациента, что важно для раннего выявления суицидальных мыслей. Организация групп поддержки пациентов с определенными заболеваниями, а также вовлечение в уход за пациентом

Таблица 1 (Tabl. 1)

Медсестринская шкала глобальной оценки риска суицида [64]

The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk [64]

Предиктор	Значение, баллы
Присутствие чувства безнадежности	3
Недавняя стрессовая ситуация (потеря работы, финансовые проблемы, текущее судебное разбирательство)	1
Присутствие навязчивых голосов и мыслей	1
Признаки депрессии (потеря интересов, ангедония)	3
Признаки синдрома отмены (абстиненции)	1
Указания на суицидальные намерения	1
Признаки наличия суицидальных планов	3
Психическое заболевание или суицид в семейном анамнезе	1
Недавно пережитое горе или разрыв отношений	3
Психоз в анамнезе	1
Вдовство	1
Суицидальная попытка в анамнезе	3
Социально-экономические проблемы в прошлом	1
Алкоголизм в анамнезе	1
Наличие заболевания в терминальной стадии	1

Примечание. 5 баллов и менее – низкий риск суицида, 6–8 баллов – умеренный риск, 9–11 – высокий риск, более 12 баллов – очень высокий риск.

Таблица 2 (Tabl. 2)

Скрининговые вопросы для выявления повышенного риска суицида [57]

Screenings with suicide risk questions [57]

У Вас когда-нибудь было ощущение, что жить больше не стоит?
У Вас есть мысли или желание нанести себе повреждение или покончить с собой?
Вы когда-нибудь пробовали нанести себе повреждение или покончить с собой?

родственников и близких друзей позволяют уменьшить степень социальной изоляции, в той или иной степени возникающей при многих неврологических заболеваниях, например после инсульта [60, 61].

Основной способ суицида в стационаре – прыжок с высоты. В связи с этим важно обеспечить безопасность пациента как за счет оценки больничной среды, так и за счет тщательного наблюдения медицинского персонала, своевременной оценки эмоционального состояния пациента, повышения квали-

фикации медицинского персонала, а также тесного взаимодействия между различными его звеньями. Пациенты с риском суицида должны находиться под наблюдением медицинского персонала, должны быть размещены в палатах с другими пациентами и как можно ближе к сестринскому посту. К уходу за пациентом необходимо привлекать родственников или близких друзей [61, 62].

В литературе имеются сообщения о методе заключения своеобразного контракта между врачом и пациентом о несвершении суицида. Однако этот метод не следует использовать изолированно, а его эффективность требует дальнейшего исследования [60, 63].

Заключение

Суицидальное поведение при тяжелых неврологических заболеваниях, таких как эпилепсия и рассеянный склероз, наблюдается значительно чаще, чем в целом по популяции. Это связано с высокой частотой психических расстройств (невротических, невротоподобных, психотических) в клинической картине этих заболеваний, а также частой социально-трудовой и бытовой дезадаптацией. Врачу, наблюдающему пациента, важно помнить, что риск развития суицидального поведения особенно высок в первые дни и месяцы после установки диагноза, когда уровень психологического дистресса наиболее высок.

При организации медицинской помощи пациентам неврологического профиля необходимо учитывать повышенный риск развития суицидального поведения. Для профилактики суицидального поведения необходим мультидисциплинарный подход. Неврологам следует проводить первичный скрининг пациентов из группы риска развития суицидального поведения. При выявлении повышенного риска суицида к работе с пациентом необходимо активно привлекать психиатров/психотерапевтов, психологов, представителей социальных служб. Важна разъяснительная работа с пациентом и его родственниками. Отделения неврологии лучше располагать на нижних этажах больничных зданий. Дальнейшие исследования должны уточнить патофизиологические основы развития суицидального поведения при неврологических заболеваниях, а также разработать наиболее эффективные методы его профилактики, учитывающие как биологические, так и социально-психологические аспекты его развития.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

(ПП. 1, 4–14, 16–32, 34–55, 57–64 CM. REFERENCES)

2. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1997; 97 (6): 9–15.

3. Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ. *Суицидология*. 2014; 5 (4): 12–6.
15. Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и риск суицида. *Русский журнал детской неврологии*. 2013; 8 (2): 23–40.
33. Зотов Б.П., Куценко Н.И. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом. *Суицидология*. 2011; 2 (3): 20–5.
56. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015; 6 (1): 3–7.

REFERENCES

1. WHO. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World health organization; 2014.
2. Zharikov N.M., Ivanova A.E., Aniskin D.B., Churkin A.A. Suicides in the Russian Federation as a sociopsychiatric problem. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1997; 97 (6): 9–15. (in Russian)
3. Polozhiy B.S., Fritlinskiy V.S., Ageev S.E. Suicides in the countries of CIS. *Suitsidologiya*. 2014; 5 (4): 12–6. (in Russian)
4. Coughlin S.S., Sher L. Suicidal Behavior and Neurological Illnesses. *J. Depress. Anxiety*. 2013; Suppl. 9 (1): 12 443.
5. Stenager E.N., Madsen C., Stenager E., Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ*. 1998; 316 (7139): 1206.
6. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J. Epidemiol. Community Health*. 2001; 55 (12): 863–6.
7. Eriksson M., Glader E.L., Norrving B., Asplund K. Poststroke suicide attempts and completed suicides. A socioeconomic and nationwide perspective. *Neurology*. 2015; 84: 1732–8.
8. Kishi Y., Robinson R.G., Kosier J.T. Suicidal plans in patients with stroke: comparison between acute-onset and delayed-onset suicidal plans. *Int. Psychogeriatr*. 1996; 8: 623–34.
9. Tang W.K., Lu J.Y., Mok V., Ungvari G.S., Wong K.S. Is fatigue associated with suicidality in stroke? *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 2011; 92: 1336–8.
10. Santos C.O., Caeiro L., Ferro J.M., Figueira M.L. A study of suicidal thoughts in acute stroke patients. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis*. 2012; 21 (8): 749–54.
11. Fuller-Thomson E., Tulipano M.J., Song M. The association between depression, suicidal ideation, and stroke in a population-based sample. *Int. J. Stroke*. 2012; 7: 188–94.
12. Kishi Y., Kosier J.T., Robinson R.G. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1996; 184: 274–80.
13. Tang W.K., Caeiro L., Lau C.G., Liang H., Mok V., Ungvari G.S. et al. Apathy and suicide-related ideation 3 months after stroke: a cross-sectional study. *BMC Neurol*. 2015; 15: 60.
14. Paolucci S., Ngeh J. Suicide in stroke survivors. Frequency and risk factors. *Neurology*. 2015; 84: 1724–5.
15. Pylaeva O.A., Mukhin K.Yu., Shatenshteyn A.A. Epilepsy and the risk of suicide. *Russkiy zhurnal detskoy neurologii*. 2013; 8 (2): 23–40. (in Russian)
16. Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B., Sidenius P., Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol*. 2007; 6 (8): 693–8.
17. Seo J.G., Lee J.J., Cho Y.W., Lee S.J., Kim J.E., Moon H.J. et al. Suicidality and Its Risk Factors in Korean People with Epilepsy: A MEPSY Study. *J. Clin. Neurol*. 2015; 11 (1): 32–41.
18. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav*. 2005; 7 (2): 305–10.
19. Hecimovic H., Santos J.M., Carter J., Attarian H.P., Fessler A.J., Vahle V., Gilliam F. Depression but not seizure factors or quality of life predicts suicidality in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2012; 24 (4): 426–9.
20. Garcia C.S. Depression in temporal lobe epilepsy: a review of prevalence, clinical features and management consideration. *Epilepsy Res. Treat*. 2012; 2012: 809 843.
21. Ferrer P., Ballarin E., Sabaté M., Vidal X., Rottenkolber M.,

- Amelio J. et al. Antiepileptic drugs and suicide: a systematic review of adverse effects. *Neuroepidemiology*. 2014; 42 (2): 107–20.
22. Koch-Stoecker S., Schmitz B., Kanner A.M. Treatment of postsurgical psychiatric complications. *Epilepsia*. 2013; 54 (Suppl. 1): 46–52.
23. Trimble M.R., Schmitz B. *Seizures, Affective Disorders and Anticonvulsant Drugs*. Clarus Press Ltd, Guildford, UK; 2002.
24. Fredrikson S., Cheng Q., Jiang G.X., Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology*. 2003; 22: 146–52.
25. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N., Brønnum-Hansen H., Hyllested K., Jensen K. et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1992; 55: 542–5.
26. Brønnum-Hansen H., Stenager E., Nylev Stenager E., Koch-Henriksen N. Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2005; 76 (10): 1457–9.
27. Sumelahti M.L., Hakama M., Elovaara I., Pukkala E. Causes of death among patients with multiple sclerosis. *Mult. Scler.* 2010; 16: 1437–42.
28. Stenager E.N., Jensen B., Stenager M., Stenager K., Stenager E. Suicide attempts in multiple sclerosis. *Mult. Scler.* 2011; 17: 1265–8.
29. Sadovnick A.D., Ebers G.C., Wilson R.W., Paty D.W. Life expectancy in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology*. 1992; 42: 991–4.
30. Manouchehrinia A., Tanasescu R., Tench C.R., Constantinescu C.S. Mortality in multiple sclerosis: meta-analysis of standardised mortality ratios. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2016; 87 (3): 324–31.
31. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology*. 2002; 59: 674–8.
32. Viner R., Patten S.B., Berzins S., Bulloch A.G., Fiest K.M. Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population. *J. Psychosom. Res.* 2014; 76 (4): 312–6.
33. Zotov B.P., Kutsenko N.I. Motivations of suicidal activity and factors of antisuicidal barrier in patients with multiple sclerosis. *Suitsidologiya*. 2011; 2 (3): 20–5. (in Russian)
34. Frago Y.D., Frota E.R., Lopes J.S., Noal J.S., Giacomo M.C., Gomes S. et al. Severe depression, suicide attempts, and ideation during the use of interferon beta by patients with multiple sclerosis. *Clin. Neuropharmacol.* 2010; 33 (6): 312–6.
35. Mumoli L., Ciriaco M., Gambardella A., Bombardiere G.N., Valentino P., Palleria C. et al. A possible case of natalizumab-dependent suicide attempt: A brief review about drugs and suicide. *J. Pharmacol. Pharmacother.* 2013; 4 (Suppl. 1): S90–3.
36. Fang F., Valdimarsdóttir U., Fürst C.J., Hultman C., Fall K., Sparén P. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain*. 2008; 131: 2729–33.
37. Palmieri A., Sorarù G., Albertini E., Semenza C., Vottero-Ris F., D'Ascenzo C. et al. Psychopathological features and suicidal ideation in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Neurol. Sci.* 2010; 31 (6): 735–40.
38. Nazem S., Siderowf A.D., Duda J.E., Brown G.K., Ten Have T., Stern M.B. et al. Suicidal and death ideation in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 2008; 23 (11): 1573–9.
39. Kummer A., Cardoso F., Teixeira A.L. Suicidal ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectr.* 2009; 14 (8): 431–6.
40. Kostić V.S., Pekmezović T., Tomić A., Jecmenica-Lukić M., Stojković T., Spica V. et al. Suicide and suicidal ideation in Parkinson's disease. *J. Neurol. Sci.* 2010; 289 (1–2): 40–3.
41. Barak Y., Aizenberg D. Suicide amongst Alzheimer's disease patients: a 10-year survey. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2002; 14 (2): 101–3.
42. Koyama A., Fujise N., Matsushita M., Ishikawa T., Hashimoto M., Ikeda M. Suicidal ideation and related factors among dementia patients. *J. Affect. Disord.* 2015; 178: 66–70.
43. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int. Psychogeriatr.* 2009; 21 (3): 440–53.
44. Draper B.M. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. *Int. Psychogeriatr.* 2015; 27 (10): 1601–11.
45. Draper B., Peisah C., Snowdon J., Brodaty H. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimers Dement.* 2010; 6 (1): 75–82.
46. Davis D.S. Alzheimer disease and pre-emptive suicide. *J. Med. Ethics*. 2014; 40 (8): 543–9.
47. Paulsen J.S., Hoth K.F., Nehl C., Stierman L. Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162 (4): 725–31.
48. Sabodash V., Mendez M.F., Fong S., Hsiao J.J. Suicidal behavior in dementia: a special risk in semantic dementia. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* 2013; 28 (6): 592–9.
49. Fonseca L., Machado Á. Suicidal behaviour in frontotemporal dementia patients—a retrospective study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2014; 29 (2): 217–8.
50. Nović A., Kölses K., O'Dwyer S., Leo D. Migraine and Suicidal Behaviours: A Systematic Literature Review. *Clin. J. Pain*. 2015; 32 (4): 351–64.
51. Liu H.Y., Fuh J.L., Lin Y.Y., Chen W.T., Wang S.J. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*. 2015; 85 (12): 1017–23.
52. Reeves R.R., Laizer J.T. Traumatic brain injury and suicide. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 2012; 50 (3): 32–8.
53. Tsoulosides T., Cantor J.B., Gordon W.A. Suicidal ideation following traumatic brain injury: prevalence rates and correlates in adults living in the community. *J. Head Trauma Rehabil.* 2011; 26 (4): 265–75.
54. Simpson G., Tate R. Suicidality after traumatic brain injury: demographic, injury and clinical correlates. *Psychol. Med.* 2002; 32 (4): 687–97.
55. Simpson G., Tate R. Clinical features of suicide attempts after traumatic brain injury. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005; 193 (10): 680–5.
56. Polozhiy B.S. Conceptual model of suicidal behavior. *Suitsidologiya*. 2015; 6 (1): 3–7. (in Russian)
57. Arciniegas D.B., Anderson C.A. Suicide in neurologic illness. *Curr. Treat. Options Neurol.* 2002; 4 (6): 457–68.
58. Gonda X., Fountoulakis K.N., Kaprinis G., Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2007; 6: 23.
59. Wallin M.T., Wilken J.A., Turner A.P., Williams R.M., Kane R. Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. *J. Rehabil. Res. Dev.* 2006; 43 (1): 45–61.
60. Lynch M.A., Howard P.B., El-Mallakh P., Matthews J.M. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 2008; 46 (7): 45–52.
61. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: Evidence to guide practice? *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46 (4): 241–8.
62. Lieberman D.Z., Resnik H.L., Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34 (4): 448–53.
63. Scocco P., Toffol E., Pilotto E., Riccardo P., Pavan L. How the psychiatrists of a mental health department managed their patients before an attempted suicide. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009; 63: 706–14.
64. Cutcliffe J.R., Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2004; 11 (4): 393–400.