

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ

А.В. Голенков, В.А. Филоненко, А.И. Сергеева, А.В. Филоненко, З.И. Зольников

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская детская клиническая больница», г. Чебоксары, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR IN DEMENTIA

*A.V. Golenkov, V.A. Filonenko, A.I. Sergeeva,
A.V. Filonenko, Z.I. Zolnikov*

*I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia*

Информация об авторах:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Филоненко Вера Александровна – главный научный сотрудник (SPIN-код: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Место работы и должность: отдел международного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (903) 063-36-06, электронный адрес: filvee@mail.ru

Сергеева Аделина Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3483-8417; ORCID iD: 0000-0003-2973-625X). Место работы и должность: заведующая кафедрой педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (917) 669-27-29, электронный адрес: sergeyeva@list.ru

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: filonenko56@mail.ru

Зольников Зот Иванович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3471-5624; ORCID iD: 0000-0002-9331-8573). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (917) 665-02-85, электронный адрес: zolnikov1950@mail.ru

Information about the authors:

Golenkov Andrei Vasilievich – PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatric, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, e-mail: golenkovav@inbox.ru

Filonenko Vera Aleksandrovna – Head of the International education Office (SPIN-code: 4288-3913; ORCID iD: 0000-0003-3872-5923). Place of work and position: International Affairs Department, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15, Russia. Phone: +7 (903) 063-36-06, e-mail: filvee@mail.ru

Sergueeva Adelina Ivanovna – PhD, Associate Professor (SPIN-code: 3483-8417; ORCID iD: 0000-0003-2973-625X). Place of work and position: Head of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15, Russia. Phone: +7 (917)669-27-29, email: sergeyeva@list.ru

Filonenko Aleksandr Valentinovich – PhD (SPIN-code: 8545-8680; Researcher ID: AAL-5477-2020; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Republican Children's Clinical Hospital. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15, Russia. Phone: +7 (905) 197-63-81, email: filonenko56@mail.ru

Zolnikov Zot Ivanovich – PhD, Associate Professor (SPIN-code: 3471-5624; ORCID ID: 0000-0002-9331-8573). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, Moskovsky Prospect, 15, Russia. Phone: +7 (917) 665-02-85, email: zolnikov1950@mail.ru

И случаи деменций, и суицидальное поведение (СП) больше распространены среди людей пожилого и старческого возраста. Однако мнения по их сочетанию противоречивы. Цель обзора: обобщение имеющихся данных литературы о СП лиц с деменцией вследствие нейродегенеративных заболеваний и сосудистой патологии головного мозга (инсульта). Результаты. Суицидальные мысли среди больных со слабоумием наблюдаются чаще по сравнению с общей популяцией того же возраста, другие проявления суицидальной активности встречаются несколько реже, за исключением больных с хореей Гентингтона. СП намного чаще возникает в течение первых лет (1-3 года) после установки диагноза деменции и выписки больных из стационара, при лёгких и умеренных когнитивных нарушениях. Определённое значение имеет сохранение критики к болезни (интеллектуально-мнестическому снижению). Установленными факторами риска СП при деменциях являются: депрессивные расстройства, относительно молодой возраст (возраст начала заболевания до 65 лет), сопутствующая соматоневрологическая патология, отсутствие положительной динамики от проводимой терапии, потеря автономии и социальная изоляция. Рано наступающая утрата критики, апатия, безразличие, эмоциональная тупость на фоне быстро прогрессирующих когнитивных расстройств являются защитными факторами от СП. Профилактика СП у больных с деменциями должна включать: ограничение доступа к опасным средствам совершения самоубийств (отравляющим веществам, лекарствам, транспортным средствам, огнестрельному оружию и др.), лечение когнитивных нарушений (деменции), а также сопутствующих коморбидных психических расстройств. Этому может способствовать скрининг суицидологически опасных состояний. Психокоррекция (когнитивно-поведенческая терапия) нужна при явлениях безнадёжности, деморализации, стигмы и самостигматизации, пациентам из группы риска с эпизодами СП в анамнезе. Важна организация наблюдения и услуг долгосрочного ухода за больными с деменцией, интеграция защитных факторов, таких как состояние здоровья и социальная поддержка в программу предотвращения СП. Заключение. Дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция, болезнь Паркинсона, хореей Гентингтона), как и сосудистая деменция, влияют на суицидальный риск среди людей пожилого и старческого возраста. СП у больных с деменциями – актуальная междисциплинарная проблема, требующая новых качественных исследований.

Ключевые слова: суицидальное поведение, деменция, нейродегенеративные заболевания, лица пожилого и старческого возраста

Деменцией принято считать любое снижение когнитивных (познавательных) функций человека, выражающееся в первую очередь в ухудшении памяти, интеллекта и мышления [1-3]. Страдают все психические процессы, причём, со временем настолько значительно, что независимая повседневная деятельность становится невозможной вплоть до утраты элементарных навыков (способности к самообслуживанию). Для диагностики деменции продолжительность выше названных расстройств должна составлять не менее шести месяцев [4]. Это состояние не может быть врождённым, оно возникает в процессе хронического и/или прогрессирующего течения какого-либо заболевания. При этом возможны, хотя и редко, обратимые и «вторичные» деменции, «доброкачественная старческая забывчивость» как относительно благоприятные варианты снижения когнитивных способностей. Синдром слабоумия у одного пациента является обычным явлением для нескольких заболеваний.

Диагностика деменции проводится клинически с помощью других методов обследования (нейропсихологического, лабораторного), включая нейровизуализацию [1, 4]. В частности, магнитно-резонансная томография теперь всё чаще используется для окончательной диагностики деменции на продромальных стадиях, а также для помощи в формулировании дифференциальных диагнозов [5, 6].

Dementia is considered to be any decrease in cognitive (percipient) functions of a person, which is expressed primarily in the deterioration of memory, intelligence and thinking [1-3]. All mental processes suffer, and, over time, so significantly that independent daily activity becomes impossible up to the loss of elementary skills (the ability to self-service). To diagnose dementia, the duration of the above-named disorders should be at least six months [4]. This condition cannot be congenital, it occurs in the process of a chronic and/or progressive course of a disease. In this case, although rarely, reversible and "secondary" dementia, "benign senile forgetfulness" are possible as relatively favorable options for reducing cognitive abilities. Dementia syndrome in one patient is common in several diseases. Dementia is diagnosed clinically using other methods of examination (neuropsychological, laboratory), including neuroimaging [1, 4]. In particular, magnetic resonance imaging is now increasingly used for the definitive diagnosis of dementia in the prodromal stages, as well as to assist in the formulation of differential diagnoses [5, 6].

In 2015, 50 million people worldwide (or about 5% of the world's older population) suffered from dementia. The number of peo-

В 2015 г. деменцией страдали 50 млн человек во всём мире (или примерно 5% пожилого населения планеты). Ожидается, что число людей с деменцией увеличится до 82 млн в 2030 г. и до 152 млн к 2050 г. При этом оценочная доля населения в возрасте 60 лет и старше, страдающих деменцией в данный момент времени, составляет от 5 до 8%, поскольку деменция растёт экспоненциально в пожилом возрасте и население мира стареет. Эти прогнозы предполагают постоянную распространённость деменции в зависимости от возраста и пола с течением времени, и, соответственно, ожидается самый резкий рост, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, где демографические изменения будут более заметными [3].

Деменцией в возрасте 68 лет и старше в США (2011–2013) страдало 14,4% населения, из них самым распространённым подтипом оказалась болезнь Альцгеймера (БА) (43,5%), за ней следовали сосудистая деменция (СД) (14,5%), деменция с тельцами Леви (5,4%), лобно-височная (1,0%) и вызванная алкоголем (0,7%); на долю прочих типов деменции пришлось 0,2% [7]. Мета-анализ 47 исследований (опубликованных с января 1985 г. по август 2019 г.) показал, что среди людей в возрасте 50 лет и старше, совокупная распространённость деменции по всем причинам, БА и СД деменции составила 697 (доверительный интервал (ДИ) 95%: 546–864) на 10000 человек, 324 (ДИ 95%: 228–460) и 116 (ДИ 95%: 86–157) на 10000 человек, соответственно. Распространённость деменции всех типов у лиц в возрасте 100 лет и старше (6592 на 10000 случаев) в 244 раза выше, чем у лиц в возрасте 50–59 лет (27 на 10000 случаев). Число людей, живущих с деменцией, примерно удваивается каждые пять лет. Распространённость была выше у женщин, чем у мужчин (788 против 561 случая на 10000 человек). У лиц в возрасте от 60 до 69 лет частота БА у женщин была в 1,9 раза выше, чем у мужчин (108 против 56 случаев на 10000 человек), в то время как СД регистрировалась в 1,8 раза чаще у мужчин, чем у женщин (56 против 32 случаев на 10000 человек). Уровень распространённости деменций был выше в Европе и Северной Америке, чем в Азии, Африке и Южной Америке [8].

Основные причины смерти пожилых людей с когнитивными нарушениями до конца не известны. При этом они чаще, чем люди молодого и зрелого возраста совершают самоубийства. В.М. Draper приводит сведения, что в 2013 г. 8,2% населения мира находилось в возрасте 65 лет и старше. Около 17% самоубийств, зарегистрированных Всемирной организацией здравоохранения, приходилось на эту возрастную группу [9].

Цель обзора состоит в обобщении имеющихся данных литературы о суицидальном поведении (СП)

people with dementia is expected to increase to 82 million in 2030 and to 152 million by 2050, while the estimated proportion of the population aged 60 and over with dementia at this point in time is 5 to 8%, as dementia grows exponentially in old age and the world's population is aging. These projections assume a constant prevalence of dementia by age and sex over time, and, accordingly, is expected to grow sharply, especially in low- and middle-income countries, where demographic changes will be more pronounced [3].

Dementia at the age of 68 and older in the United States (2011–2013) affected 14.4% of the population, of which Alzheimer's disease (AD) was the most common subtype (43.5%), followed by vascular dementia (VD) (14.5%), Lewy body dementia (5.4%), frontotemporal (1.0%) and alcohol-induced (0.7%); the share of other types of dementia accounted for 0.2% [7]. A meta-analysis of 47 studies (published between January 1985 and August 2019) found that among people aged 50 and over, the cumulative prevalence of all-cause dementia, AD and VD dementia was 697 (confidence interval (CI) 95 %: 546–864) per 10,000 people, 324 (95% CI: 228–460) and 116 (95% CI: 86–157) per 10,000 people, respectively. The prevalence of dementia of all types in persons aged 100 and over (6592 per 10,000 cases) is 244 times higher than among persons aged 50–59 (27 per 10,000 cases). The number of people living with dementia roughly doubles every five years. The prevalence was higher in women than in men (788 versus 561 cases per 10,000 people). In persons aged 60 to 69 years, the frequency of AD in women was 1.9 times higher than in men (108 versus 56 cases per 10,000 people), while diabetes was recorded 1.8 times more often in men than in women (56 versus 32 cases per 10,000 people). The prevalence of dementia was higher in Europe and North America than in Asia, Africa and South America [8].

The main causes of death in older people with cognitive impairment are not fully understood. Moreover, they commit suicide more often than people of young and mature age. В.М. Draper cites that in 2013 8.2% of the world's population was 65 years of age or older. About 17% of suicides recorded by the World Health Organization were in this age group [9].

The purpose of this review is to summarize the available literature data on suicidal behavior (SB) in persons with demen-

лиц с деменцией.

*Распространённость суицидального поведения
у больных с деменцией вследствие
нейродегенеративных заболеваний*

Случаи деменций и СП, больше всего распространены среди людей пожилого и старческого возраста [1, 10]. Однако взгляды на это сочетание скорее являются случайной закономерностью, нежели достоверным фактом. В основу этого суждения положено наблюдение, согласно которому, люди с деменцией не могут совершить самоубийство из-за нарушения исполнительной функции. Такие больные показывают очень низкий коэффициент суицидального риска – 0,2 (95% ДИ: 0,1-0,3) [11]. Попытки суицида также редки – наблюдались у менее чем 1% таких больных [12]. В отличие от контрольной группы, в течение первого года после постановки диагноза у пациентов с деменцией произошло значительно меньше самоубийств. Пациенты с этой патологией также реже имели в анамнезе самоповреждения, психиатрические симптомы и предыдущую госпитализацию [13]. По сравнению с общей популяцией пожилого возраста пациенты с когнитивными расстройствами значительно чаще умирали от несчастных случаев (1,44, 95% ДИ: 1,22–1,71), но только не от самоубийств. Причём количество случайных смертей возрастало при утяжелении деменции, позднем начале заболевания и увеличении возраста, в случаях БА и СД. На этом основании был сделан вывод о том, что среди людей с когнитивными нарушениями (деменциями) риск смерти от самоубийств как минимум не превышает таковой в общей популяции [14]. Не случайно, в далёком 1997 г. по результатам мета-анализа был сделан вывод о том, что практически все психические расстройства (ПР) имеют повышенный риск самоубийств, за исключением умственной отсталости и деменции. Риск суицида является самым высоким для функциональных ПР и самым низким – для органических ПР [15]. Однако все ПР были связаны с суицидальными попытками, включая деменцию [16]. Проведённый позднее анализ позволил всё же выявить связь между деменцией у пожилых людей и СП: величина эффекта ассоциации деменции с суицидальными идеями составила – отношение шансов (ОШ): 1,37 (95% ДИ: 0,78–2,39), попытками самоубийств – ОШ: 2,24 (95% ДИ: 1,01–4,97) и завершёнными самоубийствами – ОШ: 1,28 (95% ДИ: 0,77–2,14) [17]. По опросам опекунов, суицидальные мысли наблюдались у 10,1%, эти пациенты имели значительно более высокую частоту поведенческих и нейропсихологических симптомов деменции [18]. СП увеличивалось от 1 до 42%, особенно если у таких пациентов возникали депрессивные состояния [12]. Уровень самоубийств сре-

тия.

*Prevalence of suicidal behavior in patients
with dementia caused by neurodegenerative
diseases*

Cases of dementia and SB are most common among elderly and senile people [1, 10]. However, views on this combination are more likely an accidental pattern than a reliable fact. This judgment is based on the observation that people with dementia cannot commit suicide due to impaired executive function. Such patients show a very low suicidal risk ratio – 0.2 (95% CI: 0.1-0.3) [11]. Suicide attempts are also rare – they were observed in less than 1% of such patients [12]. In contrast to the control group, significantly fewer suicides occurred in patients with dementia during the first year after the diagnosis was made. Patients with this pathology are also less likely to have a history of self-harm, psychiatric symptoms, and previous hospitalization [13]. Compared to the general elderly population, patients with cognitive impairments were significantly more likely to die from accidents (1.44, 95% CI: 1.22–1.71), but not from suicide. Moreover, the number of accidental deaths increased with worsening dementia, late onset of the disease and increasing age, in cases of AD and VD. On this basis, it was concluded that among people with cognitive impairments (dementia), the risk of death from suicide does not exceed at least that in the general population [14]. It is no coincidence that back in 1997, based on the results of a meta-analysis, it was concluded that almost all mental disorders (MD) have an increased risk of suicide, with the exception of mental retardation and dementia. The risk of suicide is highest for functional MDs and lowest for organic MDs [15]. However, all MDs were associated with suicidal attempts, including dementia [16]. A later analysis made it possible to nevertheless reveal a link between dementia in the elderly and SB: the magnitude of the effect of the association of dementia with suicidal ideation was – odds ratio (OR): 1.37 (95% CI: 0.78–2.39), attempted suicide – OR: 2.24 (95% CI: 1.01–4.97) and completed suicide – OR: 1.28 (95% CI: 0.77–2.14) [17]. According to surveys of caregivers, suicidal thoughts were observed in 10.1%, these patients had a significantly higher frequency of behavioral and neuropsychological symptoms of dementia [18]. SB increased from 1 to 42%, especially if depressive states developed in such patients [12]. The suicide rate among people with dementia

ди людей с деменцией составлял 9,3 на 100000 человеко-лет в целом и был значительно выше среди лиц, диагностированных за последние 12 месяцев (424,5 на 100000 человеко-лет) [19].

Между тем встречаются работы (147595 участников, 63255 пациентов с деменцией и 63255 пациентов из группы сравнения, со средним возрастом – 74,7±10,3 года, 97,1% мужчин, 86,1% – белой расы), которые свидетельствуют о более высоком уровне СП у больных с когнитивными нарушениями (0,7%) и деменцией (0,6%) по сравнению с группой сравнения (0,4%) [20]. Мужчины и женщины в возрасте 50–69 лет с клиническими проявлениями деменции имели относительный риск суицида 8,5 (ДИ 95%: 6,3–11,3) и 10,8 (ДИ 95%: 7,4–15,7) соответственно; у лиц с деменцией в возрасте 70 лет и старше риск был в три раза выше, чем у здоровых людей [21].

Кроме времени установления диагноза слабоумия на СП влияют: мужской пол, возраст начала заболевания до 65 лет [19], а также причастность больного к той или иной этиопатогенетической группе деменций [16–20]. Так, частота суицидальных мыслей, суицидальных попыток и самоубийств выше среди больных с хореей Гентингтона по сравнению со здоровым населением [22]. Сюда же можно отнести случаи семантической деменции [23]. БА также является потенциальным предиктором СП и ассоциируется с умеренным риском суицида. Самоубийство при БА происходит даже через много лет после постановки диагноза деменции. В частности, пациенты, у которых в анамнезе были попытки суицида, подвергаются более высокому риску смерти от самоубийства [24], как и имеющие текущие или предыдущие эпизоды аффективных расстройств [11].

Самым распространённым методом самоубийства у пациентов с деменцией является самоотравление, за которым следуют утопление и повешение, причём последнее было реже, чем в контрольной группе [13]. Как свидетельствует данные литературы, нейродегенеративные заболевания подвергают людей более высокому риску СП, так как сопровождаются тяжёлой безнадежностью. Это возникает при состояниях деменции, в отсутствии лечебных методов лечения, непредсказуемом прогрессировании заболевания, которое приводит к острым рецидивам или хронизации, снижению автономии или самоидентификации, прогрессирующей социальной изоляции, ощущению бесполезности и восприятию чувства стигматизации [25]. Суицидальные мысли и безнадежность могут сделать пациента неспособным найти альтернативные решения своих проблем, кроме самоубийства, смещая его внимание на сигналы окружающей среды, связанные с таким поведением.

was 9.3 per 100,000 person-years overall and was significantly higher among those diagnosed in the last 12 months (424.5 per 100,000 person-years) [19].

Still there can be found works (147595 participants, 63,255 patients with dementia and 63,255 patients from the comparison group, with an average age of 74.7±10.3 years, 97.1% of men, 86.1% of the white race), which testify to a higher level of SB in patients with cognitive impairment (0.7%) and dementia (0.6%) compared with the comparison group (0.4%) [20]. Men and women aged 50–69 years with clinical manifestations of dementia had a relative risk of suicide of 8.5 (95% CI: 6.3–11.3) and 10.8 (95% CI: 7.4–15.7), respectively; in people with dementia aged 70 years and older, the risk was three times higher than in healthy people [21].

In addition to the time of establishing the diagnosis of dementia, SB is influenced by: male sex, the age of onset of the disease up to 65 years [19], as well as the patient's involvement in one or another etiopathogenic group of dementia [16–20]. Thus, the frequency of suicidal thoughts, suicidal attempts, and suicides is higher among patients with Huntington's chorea than in the healthy population [22]. This also includes cases of semantic dementia [23]. AD is also a potential predictor of SB and is associated with a moderate risk of suicide. Suicide in AD occurs even many years after the diagnosis of dementia. In particular, patients with a history of suicidal attempts are at a higher risk of dying from suicide [24], as are those with current or previous episodes of mood disorders [11].

The most common method of suicide in patients with dementia is self-poisoning, followed by drowning and hanging, the latter being less common than in controls [13]. As evidenced by the literature data, neurodegenerative diseases expose people to a higher risk of SB, as they are accompanied by severe hopelessness. It occurs in conditions of dementia, in the absence of therapeutic methods of treatment, unpredictable progression of the disease, which leads to acute relapses or chronicization, decreased autonomy or self-identification, progressive social isolation, feelings of worthlessness and perception of feelings of stigmatization [25]. Suicidal thoughts and hopelessness can make the patient unable to find alternative solutions to their problems other than suicide, shifting their attention to environmental cues associated with such behavior. There is strong evi-

Есть веские доказательства связи импульсивности с попытками самоубийства. Эффективные вмешательства, направленные на снижение импульсивности в клинических группах с повышенным риском суицида, могут помочь в профилактике СП. У пациентов, пытающихся покончить жизнь самоубийством, также, по видимому, наблюдается нарушение способности решать проблемы [26]. Исследования в целом подтвердили наличие когнитивных расстройств, в частности нарушения принятия решений и снижения когнитивного торможения, у пациентов с СП по сравнению со здоровыми [27]. В этой связи интересно наблюдение, согласно которому пожилые люди, пытавшиеся покончить жизнь самоубийством, были склонны к развитию деменции в более позднем возрасте, независимо от депрессии и сопутствующих заболеваний (ОШ: 7,40; 95% ДИ: 6,11-8,97; $p < 0,001$) [28].

Суицидальное поведение при болезни Альцгеймера

В соответствии с МКБ-10 выделяют два клинических типа БА: с ранним и поздним началом [4]. Пресенильный вариант (до 65 лет) БА характеризуется более длительной сохранностью реакции пациента на болезнь и основных его личностных особенностей, присутствие чувства собственной неполноценности или изменённости. Сенильный вариант БА с самого начала протекает с выраженными изменениями личности, неуклонным прогрессированием деменции амнестического типа, общим снижением высших корковых функций и утратой критики к болезни уже на самых ранних её этапах. В первом варианте различные проявления суицидальной активности должны наблюдаться чаще, особенно при развитии аффективных нарушений (хронический гипотимический аффект и/или субдепрессивные реакции на собственную несостоятельность, психотравмирующие ситуации, связанные с болезнью), при сенильном типе БА – значительно реже [1].

Как свидетельствуют данные литературы, показатели распространённости самоубийств при БА колеблются от 1 до 11% [12, 29]. В другом исследовании 7,4% пациентов с БА были госпитализированы сразу после попытки суицида. Эта группа (суицидальные пациенты) отличалась от контрольной по шкале оценки клинической деменции и более высокой частотой предыдущих попыток добровольного ухода из жизни. Психопатология на протяжении всей жизни не была связана с более высоким уровнем СП [30]. Y. Song и соавт. полагают, что риск СП повышается у пациентов с депрессией при раннем начале БА, если лечение не улучшает когнитивные способности [31].

Пациенты с БА имели самую низкую двухлетнюю распространённость коморбидных ПР (<7% при среднем значении в 25%) по сравнению с больными других

дэнце linking impulsivity to suicide attempts. Effective interventions to reduce impulsivity in clinical groups at increased risk of suicide can help prevent SB. Patients attempting suicide also appear to have impaired problem-solving ability [26]. Studies have generally confirmed the presence of cognitive impairments, in particular impaired decision making and decreased cognitive inhibition, in patients with SB compared with healthy ones [27]. In this regard, it is interesting to observe that older people who tried to commit suicide were more likely to develop dementia later in life, regardless of depression and comorbidities (OR: 7.40; 95% CI: 6.11-8, 97; $p < 0.001$) [28].

Suicidal behavior in Alzheimer's disease

In accordance with ICD-10, there are two clinical types of AD: with early and late onset [4]. The presenile variant (up to 65 years of age) is characterized by a longer preservation of the patient's response to the disease and his main personal characteristics, the presence of a feeling of his own inferiority or alteration. Senile AD from the very beginning proceeds with pronounced personality changes, steady progression of amnestic type dementia, a general decrease in higher cortical functions, and a loss of criticism of the disease at its earliest stages. In the first variant, various manifestations of suicidal activity should be observed more often, especially with the development of affective disorders (chronic hypothyroid affect and / or subdepressive reactions to their own inconsistency, psycho-traumatic situations associated with the disease), with senile type of AD it happens much less often [1].

As evidenced by the literature data, the prevalence rates of suicide in AD range from 1 to 11% [12, 29]. In another study, 7.4% of patients with AD were hospitalized immediately after a suicide attempt. This group (suicidal patients) differed from the control group in terms of the clinical dementia rating scale and a higher frequency of previous attempts at voluntary withdrawal from life. Lifelong psychopathology has not been associated with higher levels of SB [30]. Y. Song et al. it is believed that the risk of SB increases in patients with depression with early onset of AD, if treatment does not improve cognitive abilities [31].

Patients with AD had the lowest 2-year prevalence of comorbid MD (<7% with a mean of 25%) compared with patients with other types of dementia [32].

типов деменций [32].

Пожилые люди (оба пола, любого возраста, с сопутствующей психической патологией или её отсутствием) с болезнью Альцгеймера (скорректированное ОШ: 2,50; 95% ДИ: 1,41–4,44) имели повышенный риск суицидальной смерти по сравнению с людьми без деменции: это, как правило, происходит в течение 1 года после постановки диагноза [33]. Хотя раскрытие информации о диагнозе слабоумия больным, их родным и близким в клинике воспринималось положительно в 84,8% случаев [34], именно «болезнь Альцгеймера» имеет более негативные коннотации в обществе, чем слово «слабоумие» [35]. Такой диагноз может быть поворотным и стрессовым периодом для больного человека (наиболее актуальным у пациентов в возрасте <75 лет) и его родственников, особенно в первый год постановки диагноза [36], что в ряде случаев провоцирует суицидальное поведение [37]. Частота суицидных мыслей и/или попыток у людей с когнитивными жалобами после первого посещения центра памяти (с раскрытием диагноза, в том числе БА) была на уровне около 2% [38].

При этом связанные с БА невропатологические изменения обычно обнаруживаются в мозге пожилых людей. Суицид происходит при БА даже через много лет после постановки диагноза деменции, а пациенты, которые однажды пытались покончить жизнь самоубийством, подвергаются более высокому риску смерти от самоубийства. БА ассоциируется с умеренным риском суицида, и клиницистам, работающим с пациентами с БА, необходимо проводить соответствующую оценку их суицидального риска [24].

Амилоидная нагрузка может являться потенциальным фактором риска самоубийства из-за её связи с депрессивными симптомами, которые часто наблюдаются на ранней стадии деменции при БА, и из-за её воздействия на различные нейробиологические пути, серотонинергическую дисрегуляцию, дисфункциональную реакцию на стресс и воспаление головного мозга. Не исключено, что бета-амилоид (amyloid beta) напрямую изменяет некоторые из наиболее важных нейробиологических путей, лежащих в основе СП у больных с БА [38].

Патоморфологические изменения при БА после гистологического исследования срезов гиппокампа, чаще встречаются у людей старше 60 лет, совершивших самоубийство, чем у лиц контрольной группы. Модифицированная оценка Браака (Modified Braak Scores) показала, что при идентичной амилоидной нагрузке, количество нейрофибриллярных клубков выше у жертв суицида, чем в группе контроля

Elderly people (both sexes, of any age, with or without psychiatric comorbidity) with AD (adjusted OR: 2.50; 95% CI: 1.41–4.44) had an increased risk of suicidal death compared with people without dementia: this usually occurs within 1 year after diagnosis [33]. Although the disclosure of information about the diagnosis of dementia to patients, their relatives and friends in the clinic was perceived positively in 84.8% of cases [34], it is “Alzheimer's disease” that has more negative connotations in society than the word “dementia” [35]. Such a diagnosis can be a turning point and stressful period for a sick person (most relevant in patients <75 years of age) and his relatives, especially in the first year of diagnosis [36], which in some cases provokes SB [37]. The frequency of suicidal thoughts and / or attempts in people with cognitive complaints after the first visit to the memory center (with the disclosure of the diagnosis, including AD) was about 2% [38].

At the same time, AD-related neuropathological changes are usually found in the brain of the elderly. Suicide occurs in AD even many years after the diagnosis of dementia, and patients who have attempted suicide once are at a higher risk of dying from suicide. AD is associated with a moderate risk of suicide, and clinicians working with AD patients need to conduct an appropriate assessment of their suicidal risk [24].

Amyloid load may be a potential risk factor for suicide because of its association with depressive symptoms, which are often seen in the early stages of AD dementia, and because of its effects on various neurobiological pathways, serotonergic dysregulation, dysfunctional stress responses, and brain inflammation. It cannot be ruled out that amyloid beta directly alters some of the most important neurobiological pathways underlying SB in AD patients [38].

Pathological changes in AD after histological examination of hippocampus slices are more common in people over 60 who have committed suicide than in people in the control group. The Modified Braak Scores showed that with identical amyloid load, the number of neurofibrillary tangles is higher in suicide victims than in the control group ($p = 0.0028$) [39].

Suicidal Behavior in Vascular Dementia

Many studies highlight the link between stroke and the development of dementia. Cog-

($p=0,0028$) [39].

Суицидальное поведение при сосудистой деменции

Многие исследования подчёркивают связь между инсультом и развитием деменции. Когнитивные нарушения затрагивают 80% людей, перенесших нарушение кровообращения в головном мозге [40].

Частота СД составляет 0,1 на 1000 человеко-лет у лиц в возрасте от 60 до 64 лет. Заболеваемость увеличивается с возрастом до 7,0 на 1000 человеко-лет в возрасте 90–94 лет, с более высоким риском сосудистой деменции у мужчин. Роль нарушения кровообращения в головном мозге предполагается в 54% случаев деменции. Около 10% пациентов страдают деменцией до первого инсульта, у 10% деменция развивается после первой сосудистой катастрофы, и у 33% после повторного инсульта. Риск СД в два раза выше, чем в контрольной популяции, даже когда деменция отсутствовала в первый год после инсульта [41].

В исследованиях Y. Kishi и соавт. отмечено увеличение количества суицидальных мыслей у пациентов с инсультом при наличии депрессии [42]. После купирования депрессивных расстройств суицидальные мысли уменьшаются. Авторы свидетельствуют, что выявление и лечение депрессивных расстройств является наиболее важным фактором предотвращения самоубийств среди этой категории пациентов.

Инсульт следует рассматривать как фактор риска суицида. Из более 2 млн выживших после нарушения кровообращения в головном мозге, 5563 пытались покончить жизнь самоубийством. По сравнению с группой пожилых людей без инсульта, объединённый скорректированный риск суицидальной активности у выживших после инсульта составил 1,73 (95% ДИ: 1,53–1,96), со значительно более высоким скорректированным риском попытки самоубийства (2,11; 1,73–2,56) и смерти в результате самоубийства (1,61; 1,41–1,84) [43]. У пациентов с нарушениями кровообращения в головном мозге было больше суицидальных мыслей (24,4%) и попыток (1,3%), чем в популяции без инсульта (9,8 и 0,4% соответственно; оба $p<0,001$). Было обнаружено, что инсульт увеличивает риск суицидальных мыслей (ОШ: 1,65; 95% ДИ: 1,52–1,79) и суицидных попыток (ОШ: 1,64; 95% ДИ: 1,21–2,22) с поправкой на демографические, социально-экономические факторы, а также факторы физического и психического здоровья. Инсульт увеличивает риск суицидальных мыслей и попыток, независимо от других факторов, которые, как известно, связаны с суицидальностью, предполагая, что инсульт сам по себе может быть независимым фактором риска суицидальной активности [44].

С течением времени у пациентов с нарушениями

нитивных нарушений affect 80% of people who have suffered from circulatory disorders in the brain [40].

The incidence of diabetes is 0.1 per 1000 person-years in persons aged 60 to 64 years. Incidence increases with age to 7.0 per 1000 person-years at the age of 90–94, with a higher risk of vascular dementia in men. A role for circulatory disorders in the brain is suggested in 54% of dementia cases. About 10% of patients suffer from dementia before the first stroke, in 10% dementia develops after the first vascular catastrophe, and in 33% after a second stroke. The risk of diabetes is twice as high as in the control population, even when there was no dementia in the first year after stroke [41].

Studies by Y. Kishi et al. there was an increase in the number of suicidal thoughts in stroke patients with depression [42]. After the relief of depressive disorders, suicidal thoughts decrease. The authors suggest that the identification and treatment of depressive disorders is the most important factor in the prevention of suicide among this category of patients.

Stroke should be considered a risk factor for suicide. Of the more than 2 million survivors of circulatory disorders in the brain, 5,563 attempted suicide. Compared with the non-stroke elderly population, the pooled adjusted risk of suicidal activity in stroke survivors was 1.73 (95% CI: 1.53–1.96), with a significantly higher adjusted risk of suicide attempt (2.11; 1.73–2.56) and death by suicide (1.61; 1.41–1.84) [43]. Patients with circulatory disorders in the brain had more suicidal thoughts (24.4%) and attempts (1.3%) than in the population without stroke (9.8 and 0.4%, respectively; both $p < 0.001$). Stroke has been found to increase the risk of suicidal thoughts (OR: 1.65; 95% CI: 1.52–1.79) and suicidal attempts (OR: 1.64; 95% CI: 1.21–2.22) adjusted for demographic, socio-economic factors, as well as factors of physical and mental health. Stroke increases the risk of suicidal thoughts and attempts independently of other factors known to be associated with suicidality, suggesting that stroke itself may be an independent risk factor for suicidal activity [44].

Over time, patients with impaired circulation in the brain increase the risk of suicide. T. Pohjasvaara et al. [45] studied the frequency and clinical correlates of suicidal ideation 3 and 15 months after stroke in patients aged 55 to 85 years. Suicidal ideas were present in 9.8% after 3 months of observation and in

кровообращения в головном мозге риск самоубийства повышается. T. Pohjasvaara и соавт. [45] изучили частоту и клинические корреляты суицидальных идей через 3 и 15 месяцев после инсульта пациентов в возрасте от 55 до 85 лет. Суицидальные идеи присутствовали у 9,8% через 3 месяца наблюдения и у 14,0% через 15 месяцев. Пациенты с суицидальными идеями более депрессивны как через 3 месяца (17,0 против 7,9; $p < 0,001$), так и через 15 месяцев (20,5 против 8,5; $p < 0,001$) после инсульта по сравнению с пациентами без суицидальных идей. Пациенты с суицидными идеями чаще имели инсульт в анамнезе (35% против 18,3%, $p = 0,0154$), инсульт справа (60,0% против 41,9%, $p = 0,0323$). Независимым коррелятом суицидальных идей через 15 месяцев после нарушения кровообращения в головном мозге явился предыдущий инсульт (ОШ: 2,4; 95% ДИ: 1,14-4,97).

Частота суицидальных идей увеличивалась со временем, прошедшим после инсульта. Повторные инсульты, приводящий к инвалидности, депрессивные симптомы, правосторонний инсульт коррелировали с суицидальными идеями через 15 мес. после инцидента.

Суицидальную активность при СД можно объяснить высокой распространённостью (14-17%) тревожных расстройств и нарушений настроения. При других типах деменции, указанные ПР наблюдаются реже, за исключением больных с лобно-височным слабоумием [32]. У больных с инсультом депрессивные состояния, как правило, более глубокие по сравнению с популяцией того возраста, но не перенесших сосудистые катастрофы [44]. Пожилые больные с инсультом наиболее часто с суицидальной целью прибегают к отравлению бензодиазепинами и антикоагулянтами [46].

В соответствие с психопатологической структурой СД суицидальное поведение можно предполагать чаще при дисмнестическом типе (самом частом) СД, поскольку у таких больных наблюдается относительная сохранность «ядра личности», когнитивный дефицит не достигает значительной тяжести, имеется критика к имеющимся нарушениям [1]. В то же время больные с амнестическим (прогрессирующая амнезия, выраженные когнитивные нарушения), псевдопаралитическим (с локализацией ишемических очагов в лобных отделах в правом полушарии головного мозга) и асемическим (с выраженными корковыми очаговыми расстройствами с лобной и левосторонней височно-теменно-затылочной локализацией ишемических очагов) типами СД, по-видимому, не склонны проявлять суицидальную активность в силу чрезмерной выраженности интеллектуально-мнестических расстройств. Аналогичное предположение можно сделать в отношении сочетанной деменции альцгеймеровско-сосудистого типа [1].

14.0% after 15 months. Patients with suicidal ideation are more depressed both after 3 months (17.0 versus 7.9; $p < 0.001$) and after 15 months (20.5 versus 8.5; $p < 0.001$) after stroke compared with patients without suicidal ideation. Patients with suicidal ideation more often had a history of stroke (35% versus 18.3%, $p = 0.0154$), right stroke (60.0% versus 41.9%, $p = 0.0323$). An independent correlate of suicidal ideation 15 months after circulatory disturbance in the brain was a previous stroke (OR: 2.4; 95% CI: 1.14-4.97). The frequency of suicidal ideation increased with time after the stroke. Repeated strokes leading to disability, depressive symptoms, and right-sided stroke were correlated with suicidal ideation 15 months after the incident.

Suicidal activity in diabetes can be explained by the high prevalence (14-17%) of anxiety and mood disorders. In other types of dementia, these MDs are less common, with the exception of patients with frontotemporal dementia [32]. In patients with stroke, depressive states, as a rule, are deeper than in the population of that age, but who did not undergo vascular catastrophes [44]. Elderly stroke patients most often resort to poisoning with benzodiazepines and anticoagulants for suicidal purposes [46].

In accordance with the psychopathological structure of diabetes mellitus, suicidal behavior can be assumed more often in dysmnesic type (most frequent) diabetes mellitus, since in such patients there is a relative preservation of the “personality core”, cognitive deficit does not reach significant severity, there is criticism of the existing disorders [1]. At the same time, patients with amnesic (progressive amnesia, pronounced cognitive impairment), pseudoparalytic (with localization of ischemic foci in the frontal regions in the right hemisphere of the brain) and asemic (with pronounced cortical focal disorders with frontal and left-sided temporoparietal-occipital localization of ischemic foci) types of diabetes, apparently, are not inclined to exhibit suicidal activity due to the excessive severity of intellectual-mnestic disorders. A similar assumption can be made in relation to concomitant dementia of the Alzheimer's-vascular type [1].

Suicidal behavior in Lewy body dementia

This type is the least studied compared to other dementias. M.J. Armstrong et al. [47] in their review article reported that according to

Суицидальное поведение при деменции с тельцами Леви

Данный тип наименее изучен по сравнению с другими деменциями. М.Ж. Армстронг и соавт. [47] в своей обзорной статье сообщили, что согласно данным литературы, около 2% больных деменцией с тельцами Леви (ДТЛ) высказывали мысли о самоубийстве, а 0,1-3,1% имели планы и/или попытки ухода из жизни [32]. Ретроспективный опрос близких людей, родственников и опекунов больных подтвердил у них только 0,8% случаев завершённых самоубийств [47]. Также единичные наблюдения самоубийств при ДТЛ встречаются в работах, посвящённых исследованию клинико-патологических результатов вскрытия в отделениях судебной медицины [48].

Низкие показатели СП можно объяснить, с одной стороны, довольно быстрым (1-2 года) формированием деменции и ранней утратой критики к собственной несостоятельности при ДТЛ. У больных с мягкой и умеренной деменцией (с более медленным развитием болезни) довольно часто возникают состояния спутанности и/или «прострации» (изменения сознания), а нередкие галлюцинации наиболее часто возникают на стадии тяжёлой деменции (на ранних этапах – нередко имеется критика к этим переживаниям). С другой, для ДТЛ весьма характерно развитие инсомнических и аффективных расстройств (депрессия, тревога, апатия) и параноидного синдрома [1], которые являются факторами риска суицидальности. В частности, в литературе описаны случаи о больных с ДТЛ, владеющих огнестрельным оружием, и представляющих опасность для себя и окружающих их людей под воздействием этих галлюцинаторно-бредовых расстройств [49]. По мнению М.Ж. Армстронг и соавт., вероятность СП возможно у мужчин белой расы с недавно поставленной ДТЛ, не достигших старческого возраста, с наличием ПР и предпринявших в прошлом попытки самоубийств, меньшим числом сопутствующей соматоневрологической патологии [47].

Суицидальное поведение при лобно-височной деменции

Хотя эта форма деменции (включающая болезнь Пика) характеризуется рано наступающей утратой критики, апатией, безразличием, эмоциональной тупостью [1], при ней обнаруживается довольно высокая распространённость СП (4%), включая попытки самоубийства (0,5%) [32]. Исследование суицидального риска с помощью шкалы суицидальных представлений показало, что 40% пациентов с лобно-височной деменцией (ЛВД) высказывали мысли о нежелании жить; четыре больных пытались покончить жизнь самоубийством [50]. В более ранней работе СП было обнаружено у 17 пациен-

the literature, about 2% of patients with dementia with Lewy bodies (DLB) expressed suicidal thoughts, and 0.1–3.1% had plans and / or attempts to die [32]. A retrospective survey of close people, relatives and guardians of patients confirmed only 0.8% of cases of completed suicide in them [47]. Also, isolated observations of suicides in DLB are found in works devoted to the study of the clinical and pathological results of autopsy in the departments of forensic medicine [48].

Low SB rates can be explained, on the one hand, by a rather rapid (1-2 years) formation of dementia and an early loss of criticism of one's own failure in DLB. Patients with mild to moderate dementia (with a slower progression of the disease) quite often develop states of confusion and/or "prostration" (changes in consciousness), and frequent hallucinations most often occur at the stage of severe dementia (in the early stages – there is often criticism to these experiences). On the other hand, the development of insomnia and affective disorders (depression, anxiety, apathy) and paranoid syndrome [1], which are risk factors for suicidality, are very typical for DLB. In particular, the literature describes cases of patients with DLB who wield firearms and pose a danger to themselves and those around them under the influence of these hallucinatory-delusional disorders [49]. According to M.J. Armstrong et al., The likelihood of SB is possible in men of the white race with a recently delivered DLB, who have not reached old age, with the presence of MD and who have attempted suicide in the past, and a smaller number of concomitant somatoneurological pathologies [47].

Suicidal Behavior in Frontotemporal Dementia

Although this form of dementia (including Pick's disease) is characterized by early loss of criticism, apathy, indifference, and emotional dullness [1], it has a fairly high prevalence of SB (4%), including suicide attempts (0.5%) [32]. A study of suicidal risk using a scale of suicidal ideation showed that 40% of patients with frontotemporal dementia (FTD) expressed thoughts of unwillingness to live; four patients tried to commit suicide [50]. In an earlier study, SB was found in 17 out of 97 patients, in 10 of them it was accompanied by somatic complaints [51].

There is an opinion that SB in PVD may be the first sign of the onset of this disease

тов из 97, у 10 из них оно сопровождалось соматическими жалобами [51].

Существует мнение, что СП при ЛВД может являться первым признаком начала этого заболевания («ключевым фактором») и обусловлено генетическими факторами [52, 53]. Более обоснованными причинами СП при ЛВД являются: высокая распространённость тревоги (20%), расстройств настроения (19%) и злоупотребления психоактивными веществами (19%) [32]. Пациенты с ЛВД с суицидальным риском демонстрируют высокий уровень тревоги, депрессии, стресса и безнадежности по сравнению с таковыми без проявлений СП. Ещё они, как правило, моложе и имеют большую длительность болезни [50]. Депрессивный синдром у них характеризуется затяжным течением, а его лечение оказывается безуспешным [54]. Эта аффективная симптоматика не коррелирует с соматическими жалобами [51]. Все перечисленное характерно, в первую очередь, для поведенческого (синдрома собственно ЛВД [1]) подтипа ЛВД [54]. Описание суицидальных особенностей при других подтипах (синдромах прогрессирующей и семантической афазии [1]; «семантической деменции») ЛВД в доступной литературе нам не встретилось.

Суицидальное поведение в случаях деменции при болезни Паркинсона

Слабоумие вследствие неблагоприятного течения болезни Паркинсона (БП) является одним из самых распространённых типов нейродегенеративных деменций. Оно наблюдается у 30-80% больных с БП [55, 56]. У 75% пациентов со средней длительностью БП 10 лет развивается деменция [57], к 16 годам – у 91% [58]. Наиболее известными факторами риска ранней деменции являются пожилой возраст, выраженность двигательных симптомов, в частности нарушения осанки и походки, лёгкие когнитивные нарушения и зрительные галлюцинации [57]. Заболевание также считается психоневрологическим в силу частой встречаемости коморбидных ПР [1] и СП [59]; такая связь между попыткой суицида при БП достоверно существует [ОШ: 2,9; 95% ДИ: 1,8–4,6] [60].

В обстоятельном обзоре литературы M.D. Shepard и соавт. было показано, что пациенты с БП отличаются более высоким уровнем СП (суицидальными мыслями и попытками, случаями завершённых самоубийств); проанализированы способы самоубийств, факторы риска СП, эффект лечения БП, включая глубокую стимуляцию мозга и другие процедурные вмешательства на показатели СП. Однако деменция у БП и когнитивные нарушения не обсуждались в связи с возможным СП. При этом доказать достоверные связи риска СП с

(“key factor”) and is caused by genetic factors [52, 53]. More substantiated causes of SB in FTD are: high prevalence of anxiety (20%), mood disorders (19%) and substance abuse (19%) [32]. Patients with FTD at risk of suicide show higher levels of anxiety, depression, stress, and hopelessness compared to those without symptoms of SB. They are also, as a rule, younger and have a longer duration of the disease [50]. Their depressive syndrome is characterized by a protracted course, and its treatment is unsuccessful [54]. This affective symptomatology does not correlate with somatic complaints [51]. All of the above is typical, first of all, for the behavioral (the syndrome of the actual FTD [1]) subtype of FTD [54]. We have not come across a description of suicidal characteristics in other subtypes (syndromes of progressive and semantic aphasia [1]; “semantic dementia”) of FTD in the available literature.

Suicidal behavior in cases of dementia in Parkinson's disease

Dementia due to the adverse course of Parkinson's disease (PD) is one of the most common types of neurodegenerative dementia. It is observed in 30-80% of patients with PD [55, 56]. In 75% of patients with an average duration of PD of 10 years, dementia develops [57], by the age of 16 it occurs in 91% [58]. The most well-known risk factors for early dementia are old age, severity of motor symptoms, in particular, impaired posture and gait, mild cognitive impairment, and visual hallucinations [57]. The disease is also considered neuropsychiatric due to the frequent occurrence of comorbid MD [1] and SB [59]; such a relationship between attempted suicide in PD reliably exists [OR: 2.9; 95% CI: 1.8-4.6] [60].

In a comprehensive review of the literature, M.D. Shepard et al. it has been shown that PD patients are characterized by a higher level of SB (suicidal thoughts and attempts, cases of completed suicides); the methods of suicide, risk factors for SB, the effect of PD treatment, including deep brain stimulation and other procedural interventions on SB parameters, were analyzed. However, PD dementia and cognitive impairment have not been discussed in connection with the possible SB. At the same time, it was not possible to prove reliable relationships between the risk of SB with the severity of motor impairments, the stage or duration of PD as predictors of dementia [61].

тяжестью двигательных нарушений, стадией или продолжительностью БП как предикторов деменции не удалось [61].

В других исследованиях скорее доказывается обратное. Обсуждаются проявления БП, свидетельствующие о длительной сохранности реакции пациента на болезнь (отсутствие слабоумия), а выраженные когнитивные нарушения (ухудшение понимания, слабость суждений, неспособность адекватно оценивать ситуацию, свои возможности и др.) и деменция являются факторами, по-видимому, препятствующими совершению СП. Так, к примеру, обсуждается деморализация как довольно распространенный (у 19%) феномен у больных с БП, когда они испытывали трудности с мобильностью и чувствовали себя неловко на публике из-за наличия болезни. В случаях сохранения стигмы (совокупности видимых признаков болезни) с ухудшением фундаментальных основ качества жизни пациенты с БП на этапе перехода к беспомощности, безнадежности, могут требовать проведения эвтаназии и стремиться к самоубийству [62]. БП, как и другие неврологические заболевания, являются частой (второй после онкологических заболеваний) причиной просьбы больных об эвтаназии или помощи в самоубийстве [63]. Преобладающими симптомами для этого были неподвижность (91-97%), беспомощность (63-70%), боль (69%), дизартрия (25-32%) и дисфагия (19-59%); депрессия диагностировалась у 8,8-28,9%. Время от постановки диагноза БП до подачи заявки на эвтаназию (помощь в самоубийстве) составляло 8,5±6,8 года при обычном течении болезни и 1,5±1,3 года при атипичных паркинсонических расстройствах ($p < 0,0001$) [64].

Мысли о самоубийстве выявлялись у 20,8% больных БП, в среднем через 2,7 (1,6-4,1) года после начала заболевания; чаще при БП с ранним началом. Депрессия, дискинезия, отказ от курения, низкий уровень образования и более высокий балл по шкале немоторных симптомов были независимо связаны с наличием СП. Депрессия на исходном уровне была единственным независимым фактором риска возникновения суицидальных мыслей в будущем [65].

Завершая рассмотрение СП при БП, сошлёмся на мнение M.D. Shepard и соавт. об относительной нехватке качественных исследований о СП при БП, о том, что литература в основном ограничена описаниями случаев, рефератами или небольшими исследованиями, в которых СП было вторичным исходом или случайной находкой. Пока проведено мало лонгитюдных исследований и ещё меньше с использованием рандомизированных контролируемых испытаний. Текущая литература немногочисленна и часто противоречива [61]. От себя добавим, что СП у дементных больных с БП пока

Other studies are more likely to prove the opposite. The manifestations of PD, which indicate a long-term preservation of the patient's reaction to the disease (absence of dementia), are discussed, and pronounced cognitive impairments (deterioration of understanding, weakness of judgment, inability to adequately assess the situation, one's abilities, etc.) and dementia are factors, apparently, preventing the execution of the joint venture. So, for example, demoralization is discussed as a fairly common (in 19%) phenomenon in patients with PD, when they experienced difficulties with mobility and felt uncomfortable in public due to the presence of the disease. In cases of persistence of stigma (a set of visible signs of the disease) with deterioration of the fundamental principles of the quality of life, PD patients at the stage of transition to helplessness and hopelessness may require euthanasia and seek suicide [62]. PD, like other neurological diseases, is a frequent (second after cancer) reason for patients asking for euthanasia or assistance in suicide [63]. The predominant symptoms for this were immobility (91-97%), helplessness (63-70%), pain (69%), dysarthria (25-32%) and dysphagia (19-59%); depression was diagnosed in 8.8-28.9%. The time from the diagnosis of PD to the application for euthanasia (assistance in suicide) was 8.5±6.8 years in the normal course of the disease and 1.5±1.3 years in atypical parkinsonian disorders ($p < 0.0001$) [64].

Suicidal thoughts were detected in 20.8% of PD patients, on average 2.7 (1.6-4.1) years after the onset of the disease; more often with early-onset PD. Depression, dyskinesia, smoking cessation, low educational attainment, and a higher non-motor symptom score were independently associated with the presence of SB. Depression at baseline was the only independent risk factor for future suicidal ideation [65].

Concluding the consideration of SB in PD, we refer to the opinion of M.D. Shepard et al. about the relative lack of quality research on SB in PD, and that the literature is mostly limited to case reports, abstracts, or small studies in which SB was a secondary outcome or incidental finding. So far, there have been few longitudinal studies and even fewer using randomized controlled trials. The current literature is sparse and often contradictory [61]. We would like to add that SB in dementia patients with PD has not yet been studied. Cognitive disorders and states of dementia are not among the causes of SB in

не изучено. Когнитивные расстройства и состояния деменции не звучат среди причин СП больных и не обсуждаются в литературе, посвящённой БП, длительность болезни в рассмотренных случаях скорее говорит об отсутствии деменции у суицидентов с БП, нежели об её наличии.

Суицидальное поведение в случаях деменции при хорее Гентингтона

Данная патология является наследственным нейродегенеративным заболеванием с малой прогрессивностью (относительно медленный темп прогрессирования когнитивных расстройств и более позднее время появления тотального слабоумия при раннем начале болезни в 35-50 лет; выраженные клинические проявления – в 44-47 лет). Развитие деменции может надолго приостанавливаться, а состояние с разной продолжительностью стабилизироваться. Отсутствуют явные нарушения высших корковых функций (афазия, апраксия, агнозия). Больные долго сохраняют способность к самообслуживанию, могут выполнять несложную, привычную работу, жить вне больницы. При менее прогрессивном течении chorea Гентингтона (ХГ) по сравнению с другими нейродегенеративными заболеваниями психотические (преимущественно бредовые) синдромы и депрессивные состояния встречаются наиболее часто. Нередко деменцию при ХГ сравнивают с клинической картиной раннего слабоумия при лобно-височной деменции (характерные речевые расстройства, диссоциации в нарушениях дифференцированных форм интеллектуальной деятельности) [1].

Самоубийство более частая причина смерти среди больных ХГ (2,3%) по сравнению с населением в целом (1,3%) [66], а также среди других нейродегенеративных заболеваний [22].

В обследуемой выборке 496 больных с преманифестной или манифестной стадиями ХГ было значительно больше суицидальных мыслей (19,76%) и суицидальных планов (2,1%), чем в общей (здоровых людей) популяции ($p < 0,0001$). Шансы клинически значимого суицидального мышления были в 6,8 раз выше у женщин ($p = 0,04$) по оценке врача, а у испаноязычных / латиноамериканцев по самооценке – в 10,9 раз выше, чем у неиспаноязычных ($p = 0,025$) [67]. Частота суицидных мыслей увеличилась вдвое с 9,1% у лиц из группы риска при нормальном неврологическом обследовании до 19,8% у лиц из группы риска с лёгкими неврологическими признаками; у лиц с «возможной ХГ» цифры достигали 23,5%. Среди лиц с диагнозом ХГ у 16,7% были суицидальные мысли на ранней стадии и у 21,6% они наблюдались на следующей (второй) стадии, тогда как доля пациентов с ХГ с суицидальными

patients and are not discussed in the literature on PD; the duration of the disease in the cases considered rather indicates the absence of dementia in suicides with PD, rather than its presence.

Suicidal behavior in cases of dementia in Huntington's chorea

This pathology is a hereditary neurodegenerative disease with low progression (a relatively slow rate of progression of cognitive disorders and a later time of the onset of total dementia with an early onset of the disease at 35-50 years old; pronounced clinical manifestations at 44-47 years old). The development of dementia can be suspended for a long time, and the condition can stabilize with different durations. There are no obvious violations of the higher cortical functions (aphasia, apraxia, agnosia). Patients retain the ability to self-care for a long time, can perform simple, familiar work, and live outside the hospital. With a less progressive course of Huntington's chorea (HCh) compared with other neurodegenerative diseases, psychotic (mainly delusional) syndromes and depressive states are most common. Often, dementia in chronic hepatitis is compared with the clinical picture of early dementia in frontal-temporal dementia (characteristic speech disorders, dissociation in disorders of differentiated forms of intellectual activity) [1].

Suicide is a more frequent cause of death among patients with chronic hepatitis (2.3%) compared to the general population (1.3%) [66], as well as among other neurodegenerative diseases [22].

In the surveyed sample of 496 patients with pre-manifest or manifest stages of chronic hepatitis, there were significantly more suicidal thoughts (19.76%) and suicidal plans (2.1%) than in the general (healthy) population ($p < 0.0001$). The chances of clinically significant suicidal ideation were 6.8 times higher in women ($p = 0.04$) as assessed by a physician, and in Hispanics/Latinos on self-esteem, 10.9 times higher than in non-Hispanics ($p = 0.025$) [67]. The frequency of suicidal thoughts doubled from 9.1% in people at risk with a normal neurological examination to 19.8% in people at risk with mild neurological signs; in persons with "possible chronic hepatitis" the figures reached 23.5%. Among those diagnosed with chronic hepatitis, 16.7% had suicidal thoughts at an early stage and in 21.6% they were observed at the next (second) stage, while the proportion of

ми идеями впоследствии (еще трех стадиях, включая конечную) уменьшилась. Полученные данные позволяют предположить два критических периода повышенного риска самоубийства при ХГ. Первый критический период наступает непосредственно перед получением официального диагноза ХГ, а второй – на второй стадии болезни, когда уменьшается независимость [68]. Z.R. Kachian и соавт. обнаружили, что суицидальные мысли усиливаются на протяжении всего течения болезни, и что сопутствующие ПР являются распространённым фактором риска, а депрессия – наиболее заметным [22]. Это подтверждают L. Valiko и соавт. [69].

Больные с ХГ и СП (суицидальные идеи и/или попытки) чаще имели активные психиатрические диагнозы (88,5% против 58,9%), принимали психотропные препараты (80,8% против 58,2%) и высказывали более выраженные суицидальные намерения (28,8% против 11,7%). Не случайно, что у них наблюдалась более тяжёлые депрессивные состояния с идеями самоуничтожения / самообвинения, значительно чаще возникали мысли о самоубийстве [70]. Длительность заболевания (ОШ: 0,96; 95% ДИ: 0,9–1,0), тревога (ОШ: 2,14; 95% ДИ: 1,4–3,3), агрессия (ОШ: 2,41; 95% ДИ: 1,5–3,8), предыдущая попытка самоубийства (ОШ: 3,95; 95% ДИ: 2,4–6,6) и депрессивное настроение (ОШ: 13,71; 95% ДИ: 6,7–28,0) независимо коррелировали с суицидальными идеями на исходном уровне. В долгосрочном плане наличие депрессивного настроения (отношение рисков: 2,05; 95% ДИ: 1,1–4,0) и использование бензодиазепинов (2,44; 95% ДИ: 1,2–5,0) на исходном уровне были независимыми предикторами СП [71].

Уровень депрессии у больных с ХГ был более чем в два раза выше, чем среди населения в целом. Половина указала, что обращались за лечением от депрессии, а более 10% сообщили, что имели по крайней мере одну попытку суицида. Доля пациентов ХГ с глубокой депрессией, уменьшалась по мере прогрессирования заболевания [68].

Значимым фактором СП у больных ХГ является генетическая предрасположенность. В исследовании [71] показано, что на исходном уровне у 8,0% носителей мутации выявляются суицидальные мысли. Кумулятивная частота суицидных мыслей за четыре года составила 9,9%. E. van Duijn и соавт. подтверждают, что носители экспансии гена ХГ имеют повышенный риск самоубийства. В исследование Европейской сети ХГ включены 1451 носителя экспансии гена в возрасте 48,4 года (54,8% женщины). О пожизненных пассивных суицидальных мыслях сообщили 21,2%. Участники со II-й стадией ХГ показали самую высокую распространённость суицидных мыслей, в то время как лица с IV и V стадиями значительно меньшую. О пожизненной по-

patients with chronic hepatitis with suicidal ideation later (three more stages, including tea final) decreased. The data obtained suggest two critical periods of increased risk of suicide in chronic hepatitis. The first critical period occurs immediately before receiving the official diagnosis of chronic hepatitis, and the second - at the second stage of the disease, when independence decreases [68]. Z.R. Kachian et al. found that suicidal ideation intensified throughout the course of the illness, and that comorbid MDs were a common risk factor, with depression the most prominent [22]. This is confirmed by L. Valiko et al. [69].

Patients with chronic hepatitis and SB (suicidal ideation and / or attempts) more often had active psychiatric diagnoses (88.5% versus 58.9%), took psychotropic drugs (80.8% versus 58.2%) and expressed more pronounced suicidal intentions (28.8% versus 11.7%). It is no coincidence that they had more severe depressive states with ideas of self-deprecation / self-blame, thoughts of suicide were much more frequent [70]. Duration of illness (OR: 0.96; 95% CI: 0.9–1.0), anxiety (OR: 2.14; 95% CI: 1.4–3.3), aggression (OR: 2.41; 95% CI: 1.5–3.8), previous suicide attempt (OR: 3.95; 95% CI: 2.4–6.6) and depressed mood (OR: 13.71; 95% CI: 6.7–28.0) independently correlated with suicidal ideation at baseline. In the long term, depressed mood (hazard ratio: 2.05; 95% CI: 1.1–4.0) and benzodiazepine use (2.44; 95% CI: 1.2–5.0) were at baseline independent predictors of SB [71].

The level of depression in patients with chronic hepatitis was more than twice that in the general population. Half said they had sought treatment for their depression, and over 10% said they had at least one suicide attempt. The proportion of chronic hepatitis patients with major depression decreased as the disease progressed [68].

Genetic predisposition is a significant factor in SB in patients with chronic hepatitis. In a study [71], it was shown that at the initial level, 8.0% of carriers of the mutation have suicidal thoughts. The cumulative frequency of suicidal thoughts over four years was 9.9%. E. van Duijn et al. confirm that carriers of the HCh gene expansion have an increased risk of suicide. The study of the European Network of HCh included 1451 carriers of gene expansion at the age of 48.4 years (54.8% women). Lifetime passive suicidal thoughts were reported by 21.2%. Participants with stage II HCh showed the high-

пытке самоубийства сообщили 6,5% носителей экспансии гена. СП оказалось связано с депрессивным настроением и, в меньшей степени, с раздражительностью [72].

Предупреждение суицидального поведения

Выделяют универсальные профилактические вмешательства, направленные на всё население; избирательные воздействия, рассчитанные на лиц, которые подвергаются большому риску СП или уже имеют в анамнезе ту или иную степень суицидальной активности [10].

На универсальном уровне выявлена связь между доступностью методов самоубийства и уровнем самоубийств. Поэтому ограничение доступа к смертоносным средствам сопровождается снижением самоубийств с помощью этого конкретного метода, а во многих случаях также с общей смертностью от самоубийств. Ограничение доступа особенно важно для методов с высокой летальностью. Исследование в Дании показало положительное влияние на уровень самоубийств ограничений в доступе к барбитуратам, декстропропоксифену, бытовому газу и выхлопным газам автомобилей с высоким содержанием окиси углерода. Уровень самоубийств в стране снижается в течение последних двух десятилетий. Однако старшие возрастные группы не показали снижения из-за растущих показателей СП и увеличение лиц пожилого и старческого возраста в населении страны. Авторы признали, что при состояниях деменции не определены надёжные стратегии первичной профилактики и проведено в целом мало исследований [73].

Среди больных с деменциями самыми распространёнными методами самоубийства являются самоотравление, утопление и повешение [13], а также падение с высоты и применение огнестрельного оружия [74]. В США большинство самоубийств было связано с огнестрельным оружием, которое часто применялось умершими лицами с ПР (70,5% мужчин и 30,0% женщин) [36]. Причём для больных с БА различные общественные ассоциации США, включая Ассоциацию БА, рекомендовали обследовать людей с деменцией для доступа к огнестрельному оружию, а больных с БП – нет. Поэтому ограничения доступа к смертоносным средствам у больных с БП и другими деменциями (включая удаление острых предметов, лекарств, недоступность проходов к окнам и балконам, отсутствие безнадзорности) на раннем этапе развития болезни может быть целесообразной мерой по уменьшению СП [61].

У больных с деменцией нередко наблюдаются различные ПР, которые являются факторами риска СП. В первую очередь речь идёт о депрессивных расстройствах [1]. Они успешно лечатся назначением антиде-

est prevalence of suicidal thoughts, while those with stages IV and V were significantly less. Lifetime suicide attempts were reported by 6.5% of carriers of the gene expansion. SB was found to be associated with depressive mood and, to a lesser extent, with irritability [72].

Suicidal behavior prevention

There are allocated universal preventive interventions aimed at the entire population; selective impacts designed for individuals who are at greater risk of SB or already have a history of one or another degree of suicidal activity [10].

At the universal level, a link has been identified between the availability of suicide methods and the rate of suicide. Therefore, limiting access to lethal means is accompanied by a decrease in suicide by this particular method, and in many cases also with an overall mortality from suicide. Restricting access is especially important for methods with high lethality. A study in Denmark has shown a positive impact on suicide rates of restrictions on access to barbiturates, dextropropoxyphene, city gas and exhaust gases from cars with high carbon monoxide content. The suicide rate in the country has been declining over the past two decades. However, the older age groups did not show a decrease due to the growing SB rates and an increase in the elderly and senile age in the population of the country. The authors acknowledged that reliable primary prevention strategies have not been identified for conditions of dementia, and there is little research overall [73].

Among patients with dementia, the most common methods of suicide are self-poisoning, drowning and hanging [13], as well as falling from a height and using firearms [74]. In the United States, most suicides were associated with firearms, which were often used by deceased persons with MD (70.5% of men and 30.0% of women) [36]. Moreover, for patients with AD, various public associations in the United States, including the AD Association, recommended examining people with dementia for access to firearms, but not for patients with PD. Therefore, limiting access to lethal drugs in patients with PD and other dementia (including the removal of sharp objects, drugs, inaccessibility of passages to windows and balconies, lack of neglect) at an early stage of the development of the disease may be an appropriate measure to reduce SB [61].

прессантов (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонина-норэпинефрина, включая флуоксетин, сертралин, эсциталопрам, мirtазапин и венлафаксин успешно применялись для лечения «суицидальной депрессии»).

При оценке суицидного риска среди пожилых пациентов психиатрических стационаров следует принимать во внимание текущие или предыдущие эпизоды аффективных ПР и уделять особое внимание времени вскоре после госпитализации и выписки [11]. Психотические расстройства (бред, галлюцинации) также нередко способствуют СП. Для их редукции могут быть использованы атипичные антипсихотики нового поколения (рисперидон, кветиапин и др.). Собственно когнитивные расстройства корректируются назначением ингибиторов ацетилхолинэстеразы (донезепин = арисепт, галантамин = реминил, ривостигмин = экселон) и акатинола мемантина [1]. Предполагаемые факторы риска суицида при деменции включают депрессию, безнадёжность, лёгкие когнитивные нарушения, сохранённое понимание, более молодой возраст и неспособность реагировать на лекарства от деменции [75].

Наличие хронических и изнурительных заболеваний, часто сопровождающихся глубокими страданиями больного человека, является мощным стимулом к самоубийству среди мужчин, тогда как психическое состояние (ПР) является значительным фактором риска для женщин, большинство из которых страдает депрессией. Психологические и биологические изменения, когнитивные нарушения и общие заболевания способствуют структурированию депрессивных характеристик [74].

Разработанная и апробированная в Медицинском центре Сеула (Южная Корея) программа предотвращения самоубийств оказала значительное влияние на воспринимаемое состояние здоровья, социальную поддержку, депрессию и суицидальные мысли пожилых людей с ранней стадией слабоумия. Медсестры должны интегрировать факторы риска, такие как депрессия, и защитные факторы, в частности, состояние здоровья и социальную поддержку, в программу предотвращения самоубийств. Эта программа по уходу за престарелыми на уровне общины может быть эффективной в предотвращении самоубийств среди пожилых людей с ранней стадией деменции [76].

Деменция подвергает людей к СП за счёт снижения автономии или самоидентификации, прогрессирующей социальной изоляции, ощущения бесполезности и восприятия чувства стигматизации. Поэтому пациенты с нейродегенеративными заболеваниями требуют особого внимания со стороны клиницистов в форме открытой вербализации и изучения суицидальной тематики, выяснения защитных факторов и факторов

In patients with dementia, various MDs are often observed, which are risk factors for SB. First of all, we are talking about depressive disorders [1]. They are successfully treated with antidepressants (selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, including fluoxetine, sertraline, escitalopram, mirtazapine and venlafaxine have been used successfully to treat "suicidal depression").

When assessing suicide risk among elderly patients in psychiatric hospitals, one should take into account current or previous episodes of affective MDs and pay particular attention to the time soon after hospitalization and discharge [11]. Psychotic disorders (delusions, hallucinations) also often contribute to SB. For their reduction, atypical antipsychotics of the new generation (risperidone, quetiapine, etc.) can be used. Cognitive disorders proper are corrected by the administration of acetylcholinesterase inhibitors (donepezin = arisep, galantamine = reminil, rivostigmine = excelon) and memantine akatinol [1]. Presumptive risk factors for suicide in dementia include depression, hopelessness, mild cognitive impairment, retained comprehension, younger age, and inability to respond to dementia medications [75].

The presence of chronic and debilitating diseases, often accompanied by deep suffering of the sick person, is a powerful incentive for suicide among men, while mental state (MS) is a significant risk factor for women, most of whom suffer from depression. Psychological and biological changes, cognitive impairments and general diseases contribute to the structuring of depressive characteristics [74].

Developed and tested at the Seoul Medical Center, South Korea, the suicide prevention program has had a significant impact on the perceived health status, social support, depression and suicidal ideation of elderly people with early dementia. Nurses should integrate risk factors such as depression and protective factors such as health and social support into a suicide prevention program. This community-based elderly care program can be effective in preventing suicide among older people with early dementia [76].

Dementia causes SB through decreased autonomy or self-identification, progressive social isolation, feelings of worthlessness, and perceived feelings of stigma. Therefore, patients with neurodegenerative diseases require special attention from clinicians in the form of open verbalization and study of suicidal topics, elucidation of protective fac-

риска и незамедлительного начала психофармакологического лечения и, где это возможно, психологической поддержки [77]. Между тем, результаты исследований показывают, что деменция на поздней стадии может защитить от СП [38].

Обзор литературы показал, что пожилые люди с недавним диагнозом деменции имеют повышенный риск СП. Эти данные свидетельствуют о том, что участие в службах поддержки во время или вскоре после постановки диагноза деменции может помочь снизить риск суицидальных попыток [20]. После недавнего диагноза деменции рекомендуется уделять больше внимания таким больным, особенно при адекватной оценке сопутствующих заболеваний, приводящих к инвалидности, которые могут повлиять на возникновение и исход СП [21, 78].

Влияние других потенциальных факторов риска, таких как профиль когнитивных расстройств пациента, поведенческие нарушения, социальная изоляция или пресимптоматический диагноз, основанный на биомаркерах, ещё не исследован [23]. Учитывая высокую распространённость суицидальных мыслей и СП на всех стадиях ХГ, рекомендуется в клинической практике регулярно проверять носителей экспрессии гена на суицидальную активность [72].

Самоубийства можно, по крайней мере, хотя-бы частично предотвратить, обучив врачей первичной медико-санитарной помощи и медицинских работников выявлять людей, подверженных риску, а также оценивать и управлять соответствующими кризисными ситуациями, обеспечивать адекватную последующую помощь [79, 80].

Большинство исследований, в которых изучались распространённость и факторы риска СП при деменции, имели значительные методологические ограничения. Необходимо провести большие проспективные исследования для оценки факторов риска СП у пациентов с деменцией и людей с очень ранним или пресимптоматическим диагнозом деменции (доклинической или доманифестной стадией болезни). В клинической практике известные факторы риска суицида следует оценивать стандартизированным способом, чтобы при необходимости можно было предпринять соответствующие действия [23].

Суицидальное поведение больных с деменцией в Российской Федерации

Согласно национальному руководству по суицидологии, треть пожилых пациентов в психоневрологических диспансерах страдают деменцией, но только менее половины получают лечение у врача-психиатра. Суицидальные мысли выявляются у 40% пациентов с

tors and risk factors, and immediate initiation of psychopharmacological treatment and, where possible, psychological support [77]. Meanwhile, research results indicate that late-stage dementia may protect against SB [38].

A literature review has shown that older adults with a recent diagnosis of dementia have an increased risk of SB. These findings suggest that participation in support services during or shortly after a diagnosis of dementia can help reduce the risk of suicide attempts [20]. After a recent diagnosis of dementia, it is recommended to pay more attention to such patients, especially with an adequate assessment of comorbidities leading to disability, which can affect the onset and outcome of SB [21, 78].

The influence of other potential risk factors, such as the patient's cognitive impairment profile, behavioral impairment, social isolation, or presymptomatic diagnosis based on biomarkers, has not yet been investigated [23]. Given the high prevalence of suicidal thoughts and SB at all stages of chronic hepatitis, it is recommended in clinical practice to regularly test carriers of gene expression for suicidal activity [72].

Suicide can be at least partially prevented by training primary care physicians and health care providers to identify people at risk, as well as assess and manage appropriate crisis situations, and provide adequate follow-up care [79, 80].

Most of the studies that investigated the prevalence and risk factors for SB in dementia had significant methodological limitations. Large prospective studies are needed to assess risk factors for SB in patients with dementia and people with a very early or presymptomatic diagnosis of dementia (pre-clinical or pre-manifest disease). In clinical practice, known risk factors for suicide should be assessed in a standardized manner so that appropriate action can be taken if necessary [23].

Suicidal behavior of patients with dementia in Russian Federation

According to the national guidelines for suicidology, one third of elderly patients in psycho-neurological dispensaries suffer from dementia, but only less than half receive treatment from a psychiatrist. Suicidal thoughts are detected in 40% of patients with mild to moderate dementia and depression. Their suicidal risk is 10 times higher but de-

лёгкой / умеренной деменцией и депрессией. Суицидальный риск у них повышен в 10 раз, но понижается по мере прогрессирования деменции (когнитивных расстройств). Предикторами СП у больных с деменцией являются: возраст 70-75 лет, сохранность критики, депрессия, неэффективность противодементной терапии, страх перед неизлечимой болезнью, безнадёжность и отчаяние [10].

Ретроспективное перекрестное исследование на базе данных IQVIA Russia LRx примерно 11% всех пациентов с деменцией (n=12051), включённых в федеральные или региональные государственные программы возмещения расходов в области здравоохранения России, показало, что 53,1% страдали СД, 28,3% – деменцией при других заболеваниях, 9,4% – БА и 9,3% – неуточненной деменцией. Антипсихотики получали 47-74% пациентов с деменцией, препараты для лечения деменции – от 9% до 68%. Антидепрессанты были относительно редкой терапией у пациентов с деменцией (от 4 до 12%) и 7-30% получали бензодиазепины. Большинство пациентов лечились препаратами старого поколения. Доля старых лекарств, прописываемых в России, может быть связано с их низкими ценами, что увеличивает шансы на успешное возмещение расходов по страхованию здоровья [81].

В ноябре 2018 г. заведующая лабораторией нейрогерiatrics и когнитивных нарушений Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова Э. Мхитарян на российско-японском семинаре «Актуальные вопросы герiatrics и геронтологии: опыт России и Японии» отметила недостаточный охват пациентов с БА диагностическими и лечебными мероприятиями (5-10% в России против 40-50% в развитых странах мира). Помимо запоздалой обращаемости, имеет место недостаточная настороженность врачей и недооценка жалоб, отсутствие общепринятого набора скрининговых шкал для выявления когнитивных расстройств, недостаточное развитие специализированной герiatricкой помощи в стране [82]. Подтверждением сказанного может служить наше исследование, которое показало низкую осведомлённость населения о проявлениях БА на разных стадиях, что требует мероприятий по повышению психиатрической грамотности среди населения. Правильно определили БА по вignetам (доклинической, мягкой, умеренной и тяжёлой деменции) всего 13,6% респондентов (участвовали 1043 жителя Чувашии, 391 мужчина и 652 женщины). Распознавание деменции зависело от образовательного ценза и наличия медицинского образования, возраста опрашиваемых и опыта знакомства с такими больными [83]. Другая наша работа показала не вполне удовлетворительные знания студентов о БА,

creases as dementia (cognitive impairment) progresses. Predictors of SB in patients with dementia are: age 70-75 years, persistence of criticism, depression, ineffectiveness of anti-drug therapy, fear of an incurable disease, hopelessness and despair [10].

A retrospective crossover study based on the IQVIA Russia LRx database of approximately 11% of all patients with dementia (n = 12051) enrolled in federal or regional state reimbursement programs in the health care sector in Russia showed that 53.1% suffered from diabetes, 28.3% – dementia with other diseases, 9.4% – AD and 9.3% – unspecified dementia. Antipsychotics were received by 47-74% of patients with dementia, drugs for the treatment of dementia – from 9% to 68%. Antidepressants were a relatively rare therapy in patients with dementia (4 to 12%) and 7-30% received benzodiazepines. Most of the patients were treated with drugs of the old generation. The share of old drugs prescribed in Russia may be related to their low prices, which increases the chances of successful reimbursement of health insurance costs [81].

In November 2018, Head of the Laboratory of Neurogeriatrics and Cognitive Disorders of the Russian Gerontological Research and Clinical Center of N.N. N.I. Pirogov E. Mkhitarian Russian National Research Medical University at the Russian-Japanese seminar "Actual issues of geriatrics and gerontology: the experience of Russia and Japan" noted the insufficient coverage of patients with BA with diagnostic and therapeutic measures (5-10% in Russia versus 40-50% in developed countries). In addition to the late appeal, there is an insufficient alertness of doctors and an underestimation of complaints, a lack of a generally accepted set of screening scales for detecting cognitive disorders, and an insufficient development of specialized geriatric care in the country [82]. This can be confirmed by our research, which showed a low awareness of the population about the manifestations of AD at different stages, which requires measures to increase psychiatric literacy among the population. AD was correctly identified by vignettes (preclinical, mild, moderate and severe dementia) by only 13.6% of respondents (1043 residents of Chuvashia, 391 men and 652 women participated). The recognition of dementia depended on educational qualifications and medical education, the age of the respondents and the experience of meeting such patients [83]. Our other work showed not entirely satisfactory knowledge of students

включая вопросы о её клинике, течении и терапии [84]. Не случайно, что в лечебной сети на 2-7 лет запаздывала диагностика деменции, которая проводилась исключительно на умеренно-тяжёлых стадиях БА; определённые ошибки были обнаружены и в стратегиях терапии БА [85].

По данным ВОЗ, Россия по распространённости деменции находится на шестом месте в мире и входит в десятку стран с наивысшими показателями деменции. По предположениям специалистов, таких пациентов в нашей стране около 1,2 млн. В настоящее время необходима готовность всех стран к росту распространённости деменции. Они (в том числе Россия) должны развивать систему здравоохранения и социальной помощи, поддерживать неофициальный уход и лиц, осуществляющих такой уход за больными с деменцией, проводить информационно-просветительскую и научную деятельность [2]. Эти рекомендации, определённо, будут способствовать профилактике СП среди больных с деменциями.

Страны с наибольшим развитием услуг здравоохранения при деменции характеризуются национальными руководящими принципами, обученными для работы с такими больными врачами общей практики (семейными), многопрофильными клиниками памяти и инновационными программами, которые стимулируют практику и новые услуги [3]. Стигма, связанная с деменцией, воспринимается как менее заметная и её влияние относительно невелико в странах с самым широким спектром услуг по уходу за деменцией [86].

Так, исследования, проведённые в Австралии, показали, что 92% взрослых посетителей амбулаторных клиник предпочли, чтобы диагноз деменции был раскрыт как можно скорее. Большинство участников также указали, чтобы это произошло также оперативно, если их супругу или партнеру будет поставлен диагноз деменции (88%). Была выявлена сильная корреляция между предпочтениями в отношении себя и в отношении супруга(и) (0,91). Эти данные служат руководством для медицинских работников важным показателем раскрытия диагноза деменции. Они также могут помочь преодолеть потенциальные препятствия для своевременной диагностики. По мере того, как распространённость деменции увеличивается, предпочтение потребителями ранней постановки диагноза будут иметь важное значение для системы здравоохранения [87].

Очевидно, что описанная ситуация в России не способствует выявлению СП у больных деменцией и его профилактике. Врачи и медработники пока не готовы должным образом проводить работу по раскрытию диагноза слабоумия перед больными и их родственниками (опекунами), а это может способствовать СП, как

about AD, including questions about its clinic, course and therapy [84]. It is no coincidence that in the medical network the diagnosis of dementia was delayed by 2-7 years, which was carried out exclusively in moderately severe stages of asthma; certain errors were also found in the strategies of AD therapy [85].

According to WHO, Russia ranks sixth in the world in terms of the prevalence of dementia and is among the ten countries with the highest rates of dementia. According to experts, there are about 1.2 million such patients in our country. At present, all countries need to be prepared for an increase in the prevalence of dementia. They (including Russia) should develop the health care and social assistance system, support informal care and those who provide such care for patients with dementia, carry out information and educational and scientific activities [2]. These recommendations will definitely help prevent SB in patients with dementia.

Countries with the most development of health services for dementia are characterized by national guidelines trained to work with such sick general practitioners (family), multidisciplinary memory clinics and innovative programs that stimulate practice and new services [3]. The stigma associated with dementia is perceived to be less visible and its impact is relatively small in countries with the broadest range of dementia care services [86].

For example, a study in Australia showed that 92% of adult outpatient clinic visitors preferred that a diagnosis of dementia be disclosed as soon as possible. The majority of the participants also indicated that this should also happen promptly if their spouse or partner is diagnosed with dementia (88%). A strong correlation was found between preferences in relation to oneself and in relation to a spouse (0.91). These data provide guidance to healthcare providers as an important indicator of dementia diagnosis disclosure. They can also help overcome potential barriers to timely diagnosis. As the prevalence of dementia increases, consumers' preference for early diagnosis will have significant implications for the health system [87].

It is obvious that the described situation in Russia does not contribute to the identification of joint ventures in patients with dementia and its prevention. Doctors and health workers are not yet ready to properly carry out work on disclosing the diagnosis of dementia to patients and their relatives (guardians), and

и не вполне удовлетворительная подготовка врачей-психиатров по вопросам гериатрической психиатрии и психофармакотерапии.

Заключение.

Настоящий обзор литературы показал, что СП – клиническая реальность у больных с деменциями. Дегенеративные заболевания, такие как БА, ДТЛ, ЛВД, БП, ХГ, как и СД, и связанные с ними деменции, повышают риск самоубийства пожилых людей. Данные о распространённости СП при нажитом слабоумии весьма вариабельны, но мысли о самоубийстве нередко возникают у таких пациентов, скорее всего чаще, чем в общей популяции людей пожилого и старческого возраста. Суицидальная активность больше проявляется на начальных стадиях болезни, в случаях постановки диагноза, в течение первого года после выявления патологии и ближайшее время после выписки из стационара. Есть все основания предполагать, что для реализации СП у пациента должно быть критическое отношение к болезни и присутствие чувства собственной неполноценности (изменённости). Определённую роль могут сыграть клинические особенности деменции и специфика течения болезни. Здесь важны ощущения деморализации и безнадёжности, социальной изоляции и бесполезности у больных с когнитивными расстройствами (слабоумием), потери ими автономии (переход к полной зависимости от окружающих из-за беспомощности, глубокой инвалидности), восприятия стигмы и самостигматизация. Рано наступающая утрата критики, апатия, безразличие, эмоциональная тупость на фоне быстро прогрессирующих когнитивных расстройств, возможно, являются защитным фактором от СП.

Все ПР, которые сочетаются с деменцией, являются серьёзными факторами риска СП, особенно различные депрессивные состояния, тревожные расстройства и психотические нарушения. Доступность к средствам совершения самоубийства способствует СП, как и отсутствие должного контроля за больным человеком с деменцией. Группой повышенного суицидального риска являются лица, имеющие в анамнезе попытки добровольного ухода из жизни, актуальные суицидальные мысли и другие намерения совершить самоубийство.

Профилактика СП у дементных больных складывается из мероприятий, направленных на управляемые факторы риска суицидальности, особенностей организации и качества психиатрической и гериатрической помощи этой категории пациентов. Комплексная (нейропсихологическая) оценка может помочь выявить суицидальную уязвимость пожилого человека с деменцией, что также является действенным шагом для проведения психофармакологических и психосоциальных воздействий.

this can contribute to SB, as well as the not entirely satisfactory training of psychiatrists in geriatric psychiatry and psychopharmacotherapy.

Conclusion.

This literature review has shown that SB is a clinical reality in patients with dementia. Degenerative diseases such as AD, DLB, FTD, PD, HCh, as well as diabetes mellitus, and associated dementia, increase the risk of suicide in the elderly. Data on the prevalence of SB in acquired dementia are very variable, but suicidal thoughts often arise in such patients, most likely more often than in the general population of elderly and senile people. Suicidal activity is more manifested in the initial stages of the disease, in cases of diagnosis, during the first year after the detection of pathology and soon after discharge from the hospital. There is every reason to believe that for the implementation of SB, the patient must have a critical attitude to the disease and the presence of a sense of his own inferiority (change). The clinical features of dementia and the specificity of the course of the disease can play a certain role. Here, sensations of demoralization and hopelessness, social isolation and uselessness in patients with cognitive disorders (mental debility), their loss of autonomy (transition to complete dependence on others due to helplessness, profound disability), perception of stigma and self-stigmatization are important. Early onset loss of criticism, apathy, indifference, emotional dullness against the background of rapidly progressing cognitive impairment may be a protective factor against SB.

All MDs that are associated with dementia are serious risk factors for SB, especially various depressive conditions, anxiety disorders and psychotic disorders. The availability of means of committing suicide contributes to the SB, as does the lack of proper supervision of a sick person with dementia. A group of increased suicidal risk are persons with a history of attempts to voluntarily die, actual suicidal thoughts and other intentions to commit suicide.

Prevention of SB in dementia patients consists of measures aimed at controllable risk factors for suicidality, the characteristics of the organization and quality of psychiatric and geriatric care for this category of patients. A comprehensive (neuropsychological) assessment can help identify the suicidal vulnerability of an elderly person with dementia, which is also an effective step for psychopharmacological and psychosocial interventions.

Литература / References:

1. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С.И. Гавриловой. М.: Медпресс-информ, 2020; 440 с. [Guide to Geriatric Psychiatry / ed. S.I. Gavrilova. Moscow: Medpress-inform, 2020; 440 p.] (In Russ)
2. Деменция: приоритет общественного здравоохранения. ВОЗ: Женева, 2013; 112 p. [Dementia: a public health priority. WHO: Geneva, 2013; 112 p.] (In Russ.)
3. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines. World Health Organization: Geneva, 2019; 96 p.
4. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization: Geneva, 1992; 362 p.
5. Mahalingam S., Chen M.K. Neuroimaging in Dementias. *Semin Neurol.* 2019 Apr; 39 (2): 188-199. DOI: 10.1055/s-0039-1678580
6. Masdeu J.C. Neuroimaging of diseases causing dementia. *Neurol Clin.* 2020 Feb; 38 (1): 65-94. DOI: 10.1016/j.ncl.2019.08.003
7. Goodman R.A., Lochner K.A., Thambisetty M., et al. Prevalence of dementia subtypes in United States Medicare fee-for-service beneficiaries, 2011-2013. *Alzheimers Dement.* 2017 Jan; 13 (1): 28-37. DOI: 10.1016/j.jalz.2016.04.002
8. Cao Q., Tan C.C., Xu W., et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis.* 2020; 73 (3): 1157-1166. DOI: 10.3233/JAD-191092
9. Draper B.M. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas.* 2014; 79 (2): 179-183.
10. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положеро. М.: МИА, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhy. Moscow: MIA, 2019. 600 p.] (In Russ)
11. Erlangsen A., Zarit S.H., Tu X., Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Sep; 14 (9): 734-741. DOI: 10.1097/01.JGP.0000225084.16636.ec
12. Schneider B., Maurer K., Frölich L. [Dementia and suicide]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2001 Apr; 69 (4): 164-169. DOI: 10.1055/s-2001-12693 (In Germ)
13. Purandare N., Voshaar R.C., Rodway C., et al. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *Br J Psychiatry.* 2009; 194 (2): 175-180. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.050500
14. An J.H., Lee K.E., Jeon H.J., Son S.J., Kim S.Y., Hong J.P. Risk of suicide and accidental deaths among elderly patients with cognitive impairment. *Alzheimers Res Ther.* 2019 Apr 11; 11(1): 32. DOI: 10.1186/s13195-019-0488-x
15. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997 Mar; 170: 205-228. DOI: 10.1192/bjp.170.3.205
16. Randall J.R., Walld R., Finlayson G., Sareen J., Martens P.J., Bolton J.M. Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis. *Can J Psychiatry.* 2014 Oct; 59 (10): 531-538. DOI: 10.1177/070674371405901006
17. Álvarez Muñoz F.J., Rubio-Aparicio M., Gurillo Muñoz P., et al. Suicide and dementia: Systematic review and meta-analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020 Oct-Dec; 13 (4): 213-227. DOI: 10.1016/j.rpsm.2020.04.012 (Engl Ed)
18. Koyama A., Fujise N., Matsushita M., et al. Suicidal ideation and related factors among dementia patients. *J Affect Disord.* 2015; 1; 178: 66-70. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.019
19. Annor F.B., Bayakly R.A., Morrison R.A., et al. Suicide among persons with dementia, Georgia, 2013 to 2016. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2019; 32 (1): 31-39. DOI: 10.1177/0891988718814363
20. Günak M.M., Barnes D.E., Yaffe K., Li Y., Byers A.L. Risk of Suicide Attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA Psychiatry.* 2021 Jun 1; 78 (6): 659-666. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0150
21. 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 Mar; 16 (3): 220-228. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181602a12
22. Kachian Z.R., Cohen-Zimmerman S., Bega D., Gordon B., Grafman J. Suicidal ideation and behavior in Huntington's disease: Systematic review and recommendations. *J Affect Disord.* 2019 May 1; 250: 319-329. DOI: 10.1016/j.jad.2019.03.043
23. Diehl-Schmid J., Jox R., Gauthier S., Belleville S., Racine E., Schüle C., Turecki G., Richard-Devantoy S. Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know. A narrative literature review. *Int Psychogeriatr.* 2017 Aug; 29 (8): 1247-1259. DOI: 10.1017/S1041610217000679
24. Serafini G., Calcagno P., Lester D., Girardi P., Amore M., Pompili M. Suicide risk in alzheimer's disease: a systematic review. *Curr Alzheimer Res.* 2016; 13 (10): 1083-1099. DOI: 10.2174/1567205013666160720112608
25. Costanza A., Amerio A., Aguglia A., et al. When sick brain and hopelessness meet: some aspects of suicidality in the neurological patient. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2020; 19 (4): 257-263. DOI: 10.2174/1871527319666200611130804
26. da Silva A.G., Malloy-Diniz L.F., Garcia M.S., et al. Cognition as a therapeutic target in the suicidal patient approach. *Front Psychiatry.* 2018 Feb 13; 9: 31. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00031
27. Richard-Devantoy S., Turecki G., Jollant F. Neurobiology of elderly suicide. *Arch Suicide Res.* 2016 Jul 2; 20 (3): 291-313. DOI: 10.1080/13811118.2015.1048397
28. Tu Y.A., Chen M.H., Tsai C.F., et al. Geriatric Suicide attempt and risk of subsequent dementia: a nationwide longitudinal follow-up study in Taiwan. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016 Dec; 24 (12): 1211-1218. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.08.016
29. Hartzell J.W., Geary R., Gyure K., Chivukula V.R., Haut M.W. Completed suicide in an autopsy-confirmed case of early onset Alzheimer's disease. *Neurodegener Dis Manag.* 2018; 8 (2): 81-88. DOI: 10.2217/nmt-2017-0045
30. Barak Y., Aizenberg D. Suicide amongst Alzheimer's disease patients: a 10-year survey. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2002; 14 (2): 101-103. DOI: 10.1159/000064931
31. Song Y., Rhee S.J., Lee H., Kim M.J., Shin D., Ahn Y.M. Comparison of suicide risk by mental illness: a retrospective review of 14-year electronic medical records. *J Korean Med Sci.* 2020; 35 (47): e402. DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e402
32. Lai A.X., Kaup A.R., Yaffe K., Byers A.L. High occurrence of psychiatric disorders and suicidal behavior across dementia subtypes. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018 Dec; 26 (12): 1191-1201. DOI: 10.1016/j.jagp.2018.08.012
33. Choi J.W., Lee K.S., Han E. Suicide risk within 1 year of dementia diagnosis in older adults: a nationwide retrospective cohort study. *J Psychiatry Neurosci.* 2021 Jan 4; 46 (1): E119-E127. DOI: 10.1503/jpn.190219
34. van den Dungen P., van Kuijk L., van Marwijk H., et al. *Int Psychogeriatr.* 2014 Oct; 26 (10): 1603-1618. DOI: 10.1017/S1041610214000969
35. Robinson L., Gemski A., Abley C., et al. The transition to dementia - individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review. *Int Psychogeriatr.* 2011 Sep; 23 (7): 1026-1043. DOI: 10.1017/S1041610210002437
36. Schmutte T., Olsson M., Maust D.T., Xie M., Marcus S.C. Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. *Alzheimers Dement.* 2021 May 25. DOI: 10.1002/alz.12390
37. Dubois B., Padovani A., Scheltens P., Rossi A., Dell'Agnello G. Timely diagnosis for Alzheimer's disease: a literature review on benefits and challenges. *J Alzheimers Dis.* 2016; 49 (3): 617-631. DOI: 10.3233/JAD-150692
38. Conejero I., Navucet S., Keller J., et al. A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: a narrative review. *Front Neurosci.* 2018; 12: 371. DOI: 10.3389/fnins.2018.00371
39. Rubio A., Vestner A.L., Stewart J.M., et al. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry.* 2001; 49 (2): 137-145. DOI: 10.1016/s0006-3223(00)00952-5
40. Saa J.P., Tse T., Baum C., Cumming T., Josman N., Rose M., Carey L. Longitudinal evaluation of cognition after stroke - a systematic scoping review. *PLoS One.* 2019; 14 (8): e0221735. DOI: 10.1371/journal.pone.0221735
41. Graff-Radford J. Vascular cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2019; 25 (1): 147-164. DOI: 10.1212/CON.0000000000000684
42. Kishi Y., Robinson R.G., Kosier J.T. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics.* 2001; 42 (5): 382-390. DOI: 10.1176/appi.psy.42.5.382
43. Vyas M.V., Wang J.Z., Gao M.M., Hackam D.G. Association between stroke and subsequent risk of suicide: a systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2021 Apr; 52 (4): 1460-1464. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.032692

44. Chung J.H., Kim J.B., Kim J.H. Suicidal ideation and attempts in patients with stroke: a population-based study. *J Neurol*. 2016 Oct; 263 (10): 2032-2038. DOI: 10.1007/s00415-016-8231-z100
45. Pohjasvaara T., Vataja R., Leppävuori A., Kaste M., Erkinjuntti T. Suicidal ideas in stroke patients 3 and 15 months after stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2001; 12 (1): 21-26. DOI: 10.1159/000047676
46. Chang C.H., Chen S.J., Liu C.Y., Tsai H.C. Suicidal drug overdose following stroke in elderly patients: a retrospective population-based cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Feb 7; 14: 443-450. DOI: 10.2147/NDT.S157494
47. Armstrong M.J., Sullivan J.L., Amodeo K., et al. Suicide and Lewy body dementia: Report of a Lewy body dementia association working group. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Mar; 36 (3): 373-382. DOI: 10.1002/gps.5462
48. Peisah C., Snowdon J., Kril J., Rodriguez M. Clinicopathological findings of suicide in the elderly: three cases. *Suicide Life Threat Behav*. 2007; 37 (6): 648-658. DOI: 10.1521/suli.2007.37.6.648
49. Hamdy R.C., Kinsler A., Lewis J.V., Copeland R., Depelteau A., Kendall-Wilson T., Whalen K. Hallucinations are real to patients with dementia. *Gerontol Geriatr Med*. 2017 Nov 14; 3: 2333721417721108. DOI: 10.1177/2333721417721108
50. Zucca M., Rubino E., Vacca A., Govone F., Gai A., De Martino P., Boschi S., Gentile S., Giordana M.T., Rainero I. High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2019 Jun; 34 (4): 265-271. DOI: 10.1177/1533317518817609
51. Landqvist Waldö M., Santillo A.F., Gustafson L., Englund E., Passant U. Somatic complaints in frontotemporal dementia. *Am J Neurodegener Dis*. 2014 Sep 6; 3 (2): 84-92.
52. Solje E., Riipinen P., Helisalme S., et al. The role of the FTD-ALS associated C9orf72 expansion in suicide victims. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2016 Oct-Nov; 17 (7-8): 589-592. DOI: 10.1080/21678421.2016.1203337
53. Fremont R., Grafman J., Huey E.D. Frontotemporal Dementia and Suicide; Could Genetics be a Key Factor? *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2020 Jan-Dec; 35: 1533317520925982. DOI: 10.1177/1533317520925982
54. Alberici A., Cottini E., Cosseddu M., Borroni B., Padovani A. Suicide risk in frontotemporal lobe degeneration: to be considered, to be prevented. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012 Apr-Jun; 26 (2): 194-196. DOI: 10.1097/WAD.0b013e3182223254
55. Wallace E.R., Segerstrom S.C., van Horne C.G., Schmitt F.A., Koehl L.M. Meta-Analysis of cognition in parkinson's disease mild cognitive impairment and dementia progression. *Neuropsychol Rev*. 2021 Apr 16. DOI: 10.1007/s11065-021-09502-7
56. Vasconcellos L.F., Pereira J.S. Parkinson's disease dementia: Diagnostic criteria and risk factor review. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2015; 37 (9): 988-993. DOI: 10.1080/13803395.2015.1073227
57. Aarsland D., Kurz M.W. The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *J Neurol Sci*. 2010 Feb 15; 289 (1-2): 18-22. DOI: 10.1016/j.jns.2009.08.034
58. Hobson P., Meara J. Mild cognitive impairment in Parkinson's disease and its progression onto dementia: a 16-year outcome evaluation of the Denbighshire cohort. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015 Oct; 30 (10): 1048-1055. DOI: 10.1002/gps.4261
59. Chen Y.Y., Yu S., Hu Y.H., et al. Risk of Suicide among patients with Parkinson disease. *JAMA Psychiatry*. 2021 Mar 1; 78 (3): 293-301. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4001
60. Eliassen A., Dalhoff K.P., Horvitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case-control study. *J Neurol*. 2018 Jun; 265 (6): 1303-1309. DOI: 10.1007/s00415-018-8837-4
61. Shepard M.D., Perepezko K., Broen M.P.G., et al. Suicide in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019 Jul; 90 (7): 822-829. DOI: 10.1136/jnnp-2018-319815
62. Zhu B., Kohn R., Patel A., et al. Demoralization and Quality of Life of Patients with Parkinson Disease. *Psychother Psychosom*. 2021 Feb; 18: 1-7. DOI: 10.1159/000514270
63. Trejo-Gabriel-Galán J.M. Euthanasia and assisted suicide in neurological diseases: a systematic review. *Neurologia*. 2021 Jun 2: S0213-4853(21)00090-6. DOI: 10.1016/j.nrl.2021.04.016
64. Nuebling G.S., Butzhammer E., Lorenzl S. Assisted Suicide in Parkinsonian Disorders. *Front Neurol*. 2021 Mar 15; 12: 656599. DOI: 10.3389/fneur.2021.656599
65. Ou R., Wei Q., Hou Y., et al. Suicidal ideation in early-onset Parkinson's disease. *J Neurol*. 2021 May; 268 (5): 1876-1884. DOI: 10.1007/s00415-020-10333-4
66. Solberg O.K., Filkuková P., Frich J.C., Feragen K.J.B. Age at Death and Causes of Death in patients with Huntington disease in Norway in 1986-2015. *J Huntingtons Dis*. 2018; 7 (1): 77-86. DOI: 10.3233/JHD-170270
67. Wesson M., Boileau N.R., Perlmutter J.S., Paulsen J.S., Barton S.K., McCormack M.K., Carlozzi N.E. Suicidal Ideation Assessment in Individuals with Premanifest and Manifest Huntington Disease. *J Huntingtons Dis*. 2018; 7 (3): 239-249. DOI: 10.3233/JHD-180299
68. Paulsen J.S., Hoth K.F., Nehl C., Stierman L. Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr; 162 (4): 725-731. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.4.725
69. Baliko L., Csala B., Czopf J. Suicide in Hungarian Huntington's disease patients. *Neuroepidemiology*. 2004 Sep-Oct; 23 (5): 258-260. DOI: 10.1159/000079953
70. McGarry A., McDermott M.P., Kiebertz K., Fung W.L.A., McCusker E., Peng J., de Blicke E.A., Cudkowicz M. Huntington Study Group 2CARE Investigators and Coordinators. Risk factors for suicidality in Huntington disease: An analysis of the 2CARE clinical trial. *Neurology*. 2019 Apr 2; 92 (14): e1643-e1651. DOI: 10.1212/WNL.0000000000007244
71. Hubers A.A., van Duijn E., Roos R.A., Craufurd D., Rickards H., Bernhard Landwehrmeyer G., van der Mast R.C., Giltay E.J.; REGISTRY investigators of the European Huntington's Disease Network. Suicidal ideation in a European Huntington's disease population. *J Affect Disord*. 2013 Oct; 151 (1): 248-258. DOI: 10.1016/j.jad.2013.06.001
72. van Duijn E., Vrijmoeth E.M., Giltay E.J., Bernhard Landwehrmeyer G., REGISTRY investigators of the European Huntington's Disease Network. Suicidal ideation and suicidal behavior according to the C-SSRS in a European cohort of Huntington's disease gene expansion carriers. *J Affect Disord*. 2018; 228: 194-204. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.074
73. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*. 2007; 54 (4): 306-369.
74. Crestani C., Masotti V., Corradi N., Schirripa M.L., Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*. 2019 Jan 22; 90 (1): 68-76. DOI: 10.23750/abm.v90i1.6312
75. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2009 Jun; 21 (3): 440-453. DOI: 10.1017/S1041610209009065
76. Kim J.P., Yang J. Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study. *Geriatr Nurs*. 2017 Mar-Apr; 38 (2): 97-105. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.08.002
77. Costanza A., Amerio A., Aguglia A., Escelsior A., Serafini G., Berardelli I., Pompili M., Amore M. When Sick Brain and Hopelessness Meet: Some Aspects of Suicidality in the Neurological Patient. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2020; 19 (4): 257-263. DOI: 10.2174/1871527319666200611130804
78. Álvarez Muñoz F.J., Rubio-Aparicio M., Gurillo Muñoz P., García Herrero A.M., Sánchez-Meca J., Navarro-Mateu F. Suicide and dementia: Systematic review and meta-analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020 Oct-Dec; 13 (4): 213-227. DOI: 10.1016/j.rpsm.2020.04.012 (Engl Ed)
79. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 6; 15 (7): 1425. DOI: 10.3390/ijerph15071425
80. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учёбе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E. B., Zotov P. B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic Journal of Western Siberia*. 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)
81. Kostev K., Osina G. Treatment Patterns of Patients with All-Cause Dementia in Russia. *J Alzheimers Dis Rep*. 2020 Jan 25; 4 (1): 9-14. DOI: 10.3233/ADR-190144
82. Эксперт: ситуация с деменцией в России плачевная [Expert: the situation with dementia in Russia is deplorable]. <https://medvestnik.ru/content/news/Ekspert-cituaciya-s-demenciei-v-Rossii-plachevnaya.html> (In Russ)
83. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Николаев Е.Л. Распознавание и осведомленность населения о стадиях болезни Альцгеймера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (11-2): 49-54. [Golenkov A.V., Poluektov M.G., Nikolaev E.L. Recognition and public awareness out stages

- of Alzheimer's disease. *J Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*. 2014; 114 (11-2): 49-54] (In Russ)
84. Голенков А.В. Уровень знаний студентов о болезни Альцгеймера. *Вестник Чувашского университета*. 2013; 3: 393-397. [Golenkov A.V. The level of knowledge of students about Alzheimer's disease. *Bulletin of the Chuvash University*. 2013; 3: 393-397.] (In Russ)
85. Голенков А.В., Малышкина Ю.Н., Сподина Е.А., Ундеров Д.А. Ошибки в диагностике и лечении болезни Альцгеймера. *Вестник Чувашского университета*. 2013; 3: 397-401. [Golenkov A.V., Malysheva Yu.N., Spodina E.A., Underov D.A. Errors in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *Bulletin of the Chuvash University*. 2013; 3: 397-401] (In Russ)
86. Vernooij-Dassen M.J., Moniz-Cook E.D., Woods R.T., et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Apr; 20 (4): 377-386. DOI: 10.1002/gps.1302
87. Watson R., Bryant J., Sanson-Fisher R., Mansfield E., Evans T.J. What is a 'timely' diagnosis? Exploring the preferences of Australian health service consumers regarding when a diagnosis of dementia should be disclosed. *BMC Health Serv Res*. 2018 Aug 6; 18 (1): 612. DOI: 10.1186/s12913-018-3409-y

SUICIDAL BEHAVIOR IN DEMENTIA

A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
A.I. Sergeeva, A.V. Filonenko, Z.I. Zolnikov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia;
golenkovav@inbox.ru
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

Abstract:

Both cases of dementia and suicidal behavior (SB) are more common among elderly and senile people. However, opinions on their combination are contradictory. *Aim of the review:* to summarize the available literature data on SB in persons with dementia due to neurodegenerative diseases and vascular pathology of the brain (stroke). *Results.* Suicidal thoughts among patients with dementia are observed more often compared with the general population of the same age, other manifestations of suicidal activity are somewhat less common, except patients with Huntington's chorea. SB occurs much more often during the first years (1-3 years) after the diagnosis of dementia and discharge from hospital, with mild to moderate cognitive impairment. Of certain importance is the preservation of criticism of the disease (intellectual-mnemonic decline). The established risk factors for SB in dementia are: depressive disorders, relatively young age (age of onset of the disease up to 65 years), concomitant somatoneurological pathology, lack of positive dynamics from the therapy, loss of autonomy and social isolation. Early loss of criticism, apathy, indifference, emotional dullness against the background of rapidly progressing cognitive disorders are protective factors against SB. SB prevention in patients with dementia should include: restricting access to dangerous means of committing suicide (toxic substances, drugs, vehicles, firearms, etc.), treatment of cognitive impairment (dementia), as well as concomitant comorbid mental disorders. This can be facilitated by screening for suicidal conditions. Psychocorrection (cognitive-behavioral therapy) is needed for symptoms of hopelessness, demoralization, stigma and self-stigmatization, for patients at risk with a history of SB episodes. It is important to organize follow-up and long-term care services for patients with dementia and integrate protective factors such as health conditions and social support into SB prevention program. *Conclusion.* Degenerative diseases (Alzheimer's disease, Lewy body dementia, frontotemporal dementia, Parkinson's disease, Huntington's chorea), as well as vascular dementia affect the suicidal risk among elderly and senile people. SB in patients with dementia is an urgent interdisciplinary problem that requires new qualitative research.

Keywords: suicidal behavior, dementia, neurodegenerative diseases, elderly and senile persons

Вклад авторов:

A.V. Голенков: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
V.A. Филоненко: обзор и перевод публикаций по теме статьи;
A.I. Сергеева: обзор и перевод публикаций по теме статьи;
A.V. Филоненко: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
Z.I. Зольников: обзор и перевод публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Golenkov: developing the research design, article writing; article editing;
V.A. Filonenko: reviewing and translating relevant publications;
A.I. Sergeeva: reviewing of publications of the article's theme;
A.V. Filonenko: article writing; article editing;
Z.I. Zolnikov: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 25.03.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 31.07.2021.

Для цитирования: Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В., Зольников З.И. Суицидальное поведение при деменции. *Суицидология*. 2021; 12 (2): 91-113. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-91-113

For citation: Golenkov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I., Filonenko A.V., Zolnikov Z.I. Suicidal behavior in dementia. *Suicidology*. 2021; 12 (2): 91-113. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-91-113. (In Russ / Engl)