

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*А.В. Филоненко, А.В. Голенков, В.А. Филоненко,
Ф.В. Орлов, Е.С. Деомидов, И.Е. Булыгина*

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

SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS WITH MENTAL RETARDATION: REVIEW OF LITERATURE

*A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
F.V. Orlov, E.S. Deomidov, I.E. Bulygina*

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia
Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Информация об авторах:

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; Researcher ID: AAL-5477-2020; 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

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

Орлов Федор Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5604-0041; Researcher ID: AAI-4508-2020; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428;). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», БУ «Республиканская психиатрическая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (903) 358-01-06, электронный адрес: orlovf@yandex.ru

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671; Researcher ID: AAL-4537-2020). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (927) 845-99-97, электронный адрес: neurokaf@yandex.ru

Булыгина Ирина Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9119-0910; ORCID iD: 0000-0003-4433-6908). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (905) 343-20-54, электронный адрес: ibuligina@rambler.ru

Contact Information:

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. Tel.: +7 (905) 197-63-81, e-mail: filonenko56@mail.ru

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. Tel.: +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. Tel.: +7 (903) 063-36-06, e-mail: filvee@mail.ru

Orlov Fedor Vitalievich – PhD (SPIN-code: 5604-0041; Researcher ID: AAI-4508-2020; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatric, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University, Republican Psychiatric Hospital. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (903) 358-01-06, e-mail: orlovf@yandex.ru

Deomidov Evgeni Sergeevich – PhD (SPIN-code: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatric, Medical Psychology

and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (927) 845-99-97, e-mail: neurokaf@yandex.ru

Bulygina Irina Evgenyevna – PhD (SPIN-код: 9119-0910; ORCID iD: 0000-0003-4433-6908). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: Cheboksary, 6 Pirogov Str, Russia. Tel.: +7 (905) 343-20-54, e-mail: ibuligina@rambler.ru

Суицидальное поведение (СП), к которому относятся мысли, высказывания, приготовление самоубийства (СУ) и попытки лишения себя жизни, у больных с умственной отсталостью (УО) недостаточно изучено и описано в научной литературе. Большинство специалистов считают, что распространённость суицидальной активности среди больных с УО ниже (38,7 на 100000 населения), чем среди других больных с психическими расстройствами (ПР) (126,7-310,5) и здоровыми людьми (52,3). Однако, возможно, это связано с малым вниманием к исследованиям СП, трудностями сбора такой информации среди умственно отсталых (отсутствие диагностических инструментов по СП для людей с низким интеллектуальным коэффициентом и снижением их коммуникативных навыков). Другие учёные, напротив, высказываются о более высокой суицидальной активности среди них за счёт социальной дезадаптированности, отсутствия навыков решения психологических проблем, наличия антивитальных переживаний и импульсивности поступков. Установлено, что частота СП обратно пропорциональна степени УО, но даже при умеренных и тяжелых нарушениях умственного развития (болезни Дауна) описаны случаи суицидальной активности. У многих суицидентов с умственной отсталостью отсутствуют чёткие границы между суицидом и парасуицидом, аутодеструктивным поведением. Из способов СУ преобладают «пассивные» (потенциально менее смертельные): отравления (около 30%), с использованием режущих предметов (около 30%), опасное самоповреждающее поведение. Среди причин СП среди УО чаще всего обсуждаются семейные факторы, стрессы (кризисные состояния), эпизоды насилия (вербального, физического и сексуального), отсутствие социальной поддержки, одиночество. При этом коморбидные ПР (в 4-11 раз чаще) являются одним из главных факторов СП, особенно психозы, депрессивные, личностные и тревожные расстройства, нарушения сна, употребление психоактивных веществ в сочетании с УО. Эпилепсия (судорожный синдром) встречается у больных с УО намного чаще (12,4-22,2%), чем среди населения в целом. Такая коморбидность также сопровождается повышенной смертностью от СУ. СП среди умственно отсталых детей и подростков остаётся недооцененной проблемой, а нарушения интеллектуальных способностей и малолетний возраст расценивается в ряде случаев как (когнитивная) преграда («антисуицидальный барьер») к совершению самоубийств. Однако более высокий в несколько раз (2-4 раза) уровень смертности матерей таких интеллектуально неполноценных детей может быть пусковым фактором к совершению СП среди УО. Места заключения, в которых содержится относительно высокая доля УО, способствуют различным проявлениям СП среди этих больных. Вопросы диагностики, профилактики и помощи УО больным с СП в настоящее время только разрабатываются. Лечение включает образовательные, поведенческие (психологические) и психофармакотерапевтические вмешательства, психотерапевтические техники адаптируются. С целью профилактики СП предлагается уделять в первую очередь внимание пациентам с расстройства интеллектуального развития из группы высокого риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, умственная отсталость (интеллектуальная инвалидность, неспособность к обучению; «расстройства интеллектуального развития»)

Умственная отсталость (УО) – врождённое или приобретённое (в первые три года жизни) расстройство интеллектуального развития (интеллектуальная инвалидность, неспособность к обучению). УО классифицируется по степеням тяжести, объективизируется количественно, по так называемому интеллектуальному коэффициенту (IQ), на основе стандартизованных вербальных и невербальных психометрических тестов. Согласно МКБ-10, выделяют четыре степени УО: лёгкую (IQ=50-69), умеренную (IQ=35-49), выраженную (тяжелую) (IQ=34-20) и глубокую (IQ<20). УО страдает 1-3% населения, мужчины болеют в 1,5 раза чаще, чем женщины [1]. Признано, что данный интеллектуальный дефект сопровождается различными функциональными ограничениями в повседневной жизни, являются предиктором самоубийства (СУ), а сопутствующие психические расстройства (ПР) увеличивают его риск [2].

Предполагалось, что нарушение интеллектуальных

Mental retardation (MR) is a innate or acquired (in the first three years of life) disorder of intellectual development (intellectual disability, learning disability). MR is classified according to degrees of severity, quantitatively objectified, according to the so-called intellectual quotient (IQ), based on standardized verbal and non-verbal psychometric tests. According to ICD-10, four degrees of MR are distinguished: mild (IQ = 50-69), moderate (IQ = 35-49), severe (IQ = 34-20) and deep (IQ <20). 1-3% of the population suffer from MR, men get sick 1.5 times more often than women [1]. It is recognized that this intellectual defect is accompanied by various functional limitations in everyday life, is a predictor of suicide, and concomitant mental disorders (MD) increase its risk [2].

It was assumed that a violation of intellectual abilities could serve as a “buffer sui-

способностей может служить «буфером СУ» среди людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, нарушениями развития или УО. Это связано с отсутствием понимания концепции, планирования и осуществления суицида. Проведённые исследования J. Merrick и соавт. [3] показали, что проявления суицидального поведения (СП) у больных с УО мало чем отличаются от других групп суицидентов.

Y. Kaminer и соавт. [4] считают, что СП у УО необоснованно игнорируется. Обсуждается концепция суицидального потенциала в свете когнитивного дефицита людей с УО. По мнению S. Wark и соавт. [5], лица с интеллектуальной инвалидностью имеют более высокую вероятность подверженности выявленным факторам риска СП по сравнению с общим сообществом, способны формировать намерение совершить самоубийство и действовать в соответствии с ними. Однако, несмотря на работы авторитетных учёных, в которых излагаются эти опасения, по-прежнему, не хватает исследований, в которых изучается СП (СУ) среди лиц этой категории. К сожалению, пока встречаются единичные систематизированные обзоры, в которых анализируются суицидальная активность людей с ограниченными умственными способностями. Получены лишь предварительные данные, требующие уточнений и проверки [6]. Лица с УО должны стать целевой группой для будущих усилий по предотвращению СП. Необходимы дополнительные исследования, чтобы лучше понять факторы риска и предупреждения (ограничения) СП в этой группе населения [7].

Распространённость СП при УО.

В одной из первых работ на эту тему был рассчитан стандартизированный коэффициент смертности от СУ среди больных с УО в Финляндии [8]. Оказалось, что женщины с УО имели равный риск СУ с психически здоровыми женщинами в целом, в то время как мужчины с УО – только одну треть риска среди населения. Уровень самоубийств составил 16,2 на 100 тыс. населения [3]. Факторы риска СП среди УО были такими же, как и в общей популяции. Большинство самоубийц имели лёгкую степень УО, а кто совершил попытки СУ были госпитализированы в психиатрический стационар с сопутствующими психическими расстройствами. Способы СУ, как правило, являлись «пассивными» («относительно несмертельными»), а алкоголь был задействован только в одном случае, что существенно отличается от населения в целом [8]. По наблюдениям B.J. Kemp и соавт. [9], способы СУ связаны с личными возможностями и включают в себя весь спектр СП: повешение, использование огнестрельного оружия, отравление, прыжки с высоты, столкновение с движущимся транспортом, утопление, нанесение удара и избиения. В другой статье по дан-

«icide» among people with intellectual disabilities, developmental disabilities or MR. This is a result of a lack of understanding of the concept, planning and implementation of suicide. Research conducted by J. Merrick et al. [3] showed that the manifestations of suicidal behavior (SB) in patients with MR are not much different from other groups of suicides.

Y. Kaminer et al. [4] consider that the SB of the MR are unreasonably ignored. The concept of suicidal potential is discussed in the light of the cognitive deficit of people with MR. According to S. Wark et al. [5], persons with intellectual disabilities are more likely to be exposed to identified risk factors for SB than the general community, are able to shape the intention to commit suicide and act in accordance with them. However, despite the work of reputable scientists that set forth these concerns, there are still not enough studies that study SB (suicide) among people in this category. Unfortunately, so far there have been single, systematic reviews that analyze the suicidal activity of people with intellectual disabilities. Only preliminary data are obtained that require refinement and verification [6]. Persons with MR should be the target group for future efforts to prevent SB. Additional studies are needed to better understand the risk factors and warnings (limitations) of SB in this group [7].

The prevalence of SB in MR. In one of the first works on this topic, a standardized mortality rate from suicide among patients with MR in Finland was calculated [8]. It turned out that women with MR had equal suicide risk like mentally healthy women in general population, while men with MR had only one third of risk compared to men in general population. The suicide rate was 16.2 per 100 thousand people [3]. The risk factors for SB among people with MR were the same as in the general population. Most suicide attempters had a mild degree of MR, and those who attempted suicide were hospitalized in a psychiatric hospital with concomitant mental disorders. Suicide methods, as a rule, were “passive” (“relatively non-fatal”), and alcohol was involved in one case only, which significantly differs from the general population [8]. According to B.J. Kemp et al. [9], suicide methods are associated with personal capabilities and include the whole range of SBs: hanging, using firearms, poisoning, jumping from a height, collision with moving vehicles, drowning, striking and beating. In another article, according to a survey of service personnel of patients with MR, nine cases of SB of patients

ным опроса обслуживающего персонала больных УО было зарегистрировано девять случаев СП больных с УО. 77% также подтвердили, что наблюдали суицидальную активность у пациентов с УО, в том числе слышали высказывания о нежелании жить от 76% больных [5].

В обзоре J. Merrick и соавт. [3] отмечаются редкие (единичные) случаи СУ среди УО лиц (в учреждениях интернатного типа в Великобритании за 50 лет), либо их отсутствие в крупном центре США в течение 60 лет и отделе социального обслуживания 25000 лиц с УО в Израиле. Исследование смертности и заболеваний пожилых людей с интеллектуальным отставанием показали 9,5 на 100 тыс. населения случаев смерти от несчастных случаев, СУ и убийств.

Значительно больше работ посвящено изучению попыток СУ среди УО. Так, структурированное интервью 98 взрослых с УО, с подтверждающей информацией от лиц, осуществляющих уход, и клинических карт, выявило треть респондентов с высказываниями, что «жизнь не стоит того, чтобы жить»; 11% сообщили о предыдущих попытках СУ. Многие из них указали на одиночество, стрессы, тревогу и депрессию, а также меньшую социальную поддержку [7]. Попытки СУ среди УО встречались у 7%, чаще среди женщин (61%) в возрасте $28,7 \pm 10,1$ года с лёгкой степенью УО. Наиболее используемыми способами СУ являлись лекарственные средства (30%) и режущие / колющие предметы (30%). 85,7% были доставлены в отделение для оказания неотложной медицинской помощи, а 30% – госпитализированы; 42,9% среди них ранее лечились у психиатров. 10% словесно угрожали совершить СУ, они были достоверно старше предыдущей группы ($37,1 \pm 12,7$ года) [10].

Суицидальные попытки среди подростков с УО также привлекают внимание учёных. Они встречаются в нескольких работах с одинаковой частотой в 20-21% [11-13].

Причинами СП являлись различные случаи физического и сексуального насилия, семейные конфликты, которые сопровождались грустью и депрессией [11]. Нарушения сна и питания, грусть, психомоторная отсталость и соматизация – все это выявлено в качестве паттернов, наблюдаемых у субъектов с суицидальными идеями [8]. В другом исследовании, проведенном S.A. Walters и соавт. [12], отмечено, что у 90 молодых людей в возрасте от 8 до 21 года с УО СП связано с семейным разладом, невосполнимой утратой и эпизодами физического и/или сексуального насилия.

Лекарственные средства, применяемые при различных сопутствующих психических расстройствах и другой соматоневрологической патологией, могут способствовать развитию СП. Так, например, клонопин

with MR were recorded. 77% also confirmed that they observed suicidal activity in patients with MR, including heard statements about unwillingness to live from 76% of patients [5].

In a review by J. Merrick et al. [3] there are rare (single) cases of suicide among mentally retarded (in boarding facilities in the UK for 50 years), or their absence in a big USA center for 60 years and the social services department for 25,000 people with MR in Israel. A study of mortality and diseases of elderly people with intellectual disabilities showed 9.5 per 100 thousand population of deaths from accidents, suicide and homicide.

Significantly more works are devoted to the study of suicide attempts among the MR. Thus, a structured interview of 98 adults with MR, with supporting information from caregivers and clinical records, revealed a third of respondents with statements that “life is not worth living”; 11% reported previous attempts at suicide. Many of them indicated loneliness, stress, anxiety and depression, as well as less social support [7]. Suicide attempts among MR occurred 7% more often among women (61%) aged 28.7 ± 10.1 with a slight degree of MR. The most common suicide methods were medicines (30%) and cutting/piercing objects (30%). 85.7% were taken to the emergency medical care department, and 30% were hospitalized; 42.9% of them were previously treated by psychiatrists. 10% verbally threatened to commit suicide, they were significantly older than the previous group (37.1 ± 12.7 years) [10].

Suicidal attempts among adolescents with MR also attract attention of researchers. They are found in several works with the same frequency of 20-21% [11-13].

The reasons that led to suicide behavior were various cases of physical and sexual violence, family conflicts, which were accompanied by sadness and depression [11]. Sleep and eating disorders, sadness, psychomotor retardation and somatization are all identified as patterns observed in subjects with suicidal ideation [8]. In another study by S.A. Walters et al. [12], it was noted that in 90 young people aged 8 to 21 with MR SB is associated with family disorder, irreparable loss and episodes of physical and/or sexual violence.

Medicines used for various concomitant mental disorders and other somatoneurological pathologies can contribute to the development of SB. For example, clonopin (clonazepam), a benzodiazepine drug used to treat symptoms of convulsive conditions, including among people with MR, causes behavioral disorders, depression, hallucinations, sleep disorders,

(клоназепам), бензодиазепиновый препарат, используемый для лечения симптомов судорожных состояний, в том числе среди лиц с УО, вызывает расстройства поведения, депрессию, галлюцинации, расстройства сна и беспокойство [14]. M.J. Giannini и соавт. [15] приводится сводка факторов риска СУ у лиц с УО: у взрослых и детей (в возрасте от 10 до 14 и 25 лет) – это депрессия, тревога, психоз; у взрослых старше 25 лет – смерть в семье, насилие в анамнезе, стресс, отсутствие социальной и семейной поддержки, одиночество; у детей, подростков и молодежи (в возрасте от 10 до 24 лет) – посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения сна и пищевого поведения, грусть и психомоторная отсталость. Несмотря на значительный бóльший уровень депрессии по сравнению с населением в целом, лицам с УО уделяется мало внимания в исследованиях самоубийств.

Суицидальность, кроме депрессивных расстройств, чаще встречалась у больных с коморбидными психическими расстройствами [12], с диагнозом оппозиционно-вызывающего и посттравматического стрессового расстройства, реже у аутистов и людей с тяжёлой / глубокой УО [13]. Серьёзность суицидальных намерений с идеями, угрозами или попытками повешения являлось причиной госпитализаций в психиатрические стационары больных с УО [12, 13].

В России практически отсутствуют исследования по изучению распространённости СУ среди УО [16]. Одна из работ по изучению СУ, совершённых психически больными (зарегистрированных государственными учреждениями психиатрического, наркологического и психотерапевтического профиля) г. Чебоксары в 1997-2002 гг., показала, что на долю УО среди СУ пришлось 3,2% в структуре всех психических расстройств. Причём СУ среди них встречались в 0,74 раза реже, чем среди здоровых (38,7 на 100 тыс. населения против 52,3 у здоровых). Для сравнения больные шизофренией совершали СУ в 5,94 раза чаще, чем здоровые (310,5 на 100 тыс. населения), больные наркоманией – в 5,50 (287,9), алкогольной зависимостью – в 4,66 (243,7), пограничными ПР – в 3,09 (161,7), аффективными расстройствами – в 2,42 раза (126,7), чем население без ПР. К сожалению, половозрастная структура суицидентов и особенности клинической картины у немногочисленной группы больных с УО описана не была, незавершённые суицидальные попытки не изучались [17].

На наш взгляд, весьма интересной для изучения СП представляется клинко-физиологическая классификация УО, предложенная отечественными учёными С.С. Мнухиным и дополненная Д.Н. Исаевым. Так, при дисфорической форме УО (характеризующейся, в первую очередь, аффективными вспышками и агрессивным поведением) допускается аутоагрессивное по-

and anxiety [14]. M.J. Giannini et al. [15] provides a summary of the risk factors for suicide in people with MR: in adults and children (aged 10 to 14 and 25) – this is depression, anxiety, psychosis; adults over 25 years old – death in the family, history of violence, stress, lack of social and family support, loneliness; in children, adolescents and youth (aged 10 to 24 years) – post-traumatic stress disorder, sleep and eating disorders, sadness and psychomotor retardation. Despite a significantly higher level of depression compared to the general population, little attention is paid to people with MR in suicide research.

Besides depressive disorders, suicidality was more common in patients with comorbid psychiatric disorders [12], with a diagnosis of opposition-causing and post-traumatic stress disorder, less often in autistic people and people with severe/deep MR [13]. The seriousness of suicidal intentions with ideas, threats or attempts to hang was the reason for hospitalization in psychiatric hospitals of patients with MR [12, 13].

In Russia, there are practically no studies on the prevalence of suicide among mentally retarded [16]. One of the works on the study of suicides performed by mentally ill patients (registered by state institutions of a psychiatric, narcological and psychotherapeutic profile) in Cheboksary in 1997-2002 showed that in the structure all mental disorders there were 3,2% of mentally retarded among suicide attempters. Moreover, suicide among them was found 0.74 times less often than among healthy ones (38.7 per 100 thousand of the population versus 52.3 in healthy ones). For comparison, patients with schizophrenia performed suicide 5.94 times more often than healthy people (310.5 per 100 thousand people), drug addicts – 5.50 (287.9), and alcohol addicted – 4.66 (243.7), borderline personality disorder – by 3.09 (161.7), and affective disorders – by 2.42 times (126.7) than the population without PDs. Unfortunately, the sex-age structure of suicide attempters and the clinical picture in a small group of patients with MR were not described, incomplete suicidal attempts were not studied [17].

In our opinion, the clinical and physiological classification of MR proposed by Russian scientists S.S. Mnukhin and supplemented by D.N. Isaev seems extremely interesting. So, with the dysphoric form of MR (characterized primarily by affective outbursts and aggressive behavior), auto-aggressive behavior is allowed [1]. This can be assumed with the asthenic form of MR the unbalanced variant of the

ведение [1]. Подобное можно предполагать при астенической форме УО, неуравновешенном варианте стенической формы, акатизическом и мориоподобном варианте атонической формы УО. Констатацию единичных случаев СП без глубокого анализа среди лиц с УО, состоящих под наблюдением врача-психиатра, можно встретить и в других отечественных работах [18].

Постгомицидные СУ при УО.

В литературе описываются в основном случаи, когда дети с инвалидностью (disability) и ограниченными возможностями развития (здоровья), включая УО, становятся жертвами постгомицидных СУ. С 1982 по 2010 гг. в США было найдено 22 газетных статьи с 26 детьми-инвалидами жертвами таких деликтов (filicide-suicide). 81% убитых детей были мужского пола, а 54% страдали аутизмом с отставанием в интеллектуальном развитии; 30% преступников имели ПР. Делается вывод о том, что дети с аутизмом, УО и инвалидностью могут подвергаться смертельному риску и способствовать совершению СУ [19].

В нашем предыдущем исследовании с анализом 195 постгомицидных СУ в России мы обнаружили одного больного с лёгкой степенью УО, который убил ножом двух пожилых женщин, после чего сам повесился. Учась во вспомогательной школе, он неоднократно шокировал учителей своими «сочинениями», описывая жестокие расправы над женщинами преклонного возраста. Ещё один случай в нашей выборке можно было отнести к «альтруистическому» убийству-СУ, когда пожилая женщина до совершённого СУ убила своего взрослого сына с выраженной степенью УО в связи со своей тяжёлой болезнью и невозможностью окружающих ухаживать за ним [20].

СП при тяжёлой УО.

Суицидальность редко встречается у больных людей с тяжёлой и глубокой УО [13]. При этом R.M. Walters [21] сообщает о четырёх пациентах с СП при IQ ниже 50, тем самым опровергая мнение о том, что инвалиды с ограниченными умственными возможностями не могут сформировать такое намерение.

Отчёт A.D. Hurley [22] документирует случаи попыток СУ двумя больными с синдромом Дауна. Пациенты испытывали дисфорический аффект и чувство безнадежности относительно неудовлетворенных потребностей, связанных с их инвалидностью. В течение выраженного депрессивного эпизода каждый совершил попытку СУ, которая могла окончиться фатально.

M.G. Mazza и соавт. [23] подтверждают наличие статистической зависимости суицидальности от тяжести УО – больше пациентов с нарушениями в лёгкой степени пытаются совершить СУ. При этом все субъекты с интеллектуальной инвалидностью уязвимы для

stenic form, the akatizic and moriopod variant of the atonic form of MR. A statement of isolated cases of SB without a deep analysis among people with MR who are under the supervision of a psychiatrist can be found in other domestic works [18].

Posthomicidal suicide in MR.

The literature describes mainly cases when children with disabilities and developmental disabilities (health), including MR, become victims of posthomicide suicide. From 1982 to 2010 in the USA, 22 newspaper articles were found with 26 disabled children victims of such delicts (filicide-suicide). 81% of the children killed were males, and 54% suffered from autism with a delay in intellectual development; 30% of criminals had MD. It is concluded that children with autism, MR and disability can be at mortal risk and commit suicide [19].

In our previous study analyzing 195 posthomicide suicides in Russia, we found one patient with a mild degree of MR who killed two elderly women with a knife and then hanged himself. While studying in an auxiliary school, he repeatedly shocked teachers with his “essays,” describing the brutal reprisals against elderly women. Another case in our sample could be attributed to the “altruistic” murder-suicide, when an elderly woman killed her adult son with a pronounced degree of MR before committing suicide because of her serious illness and the inability of others to care for him [20].

SB with severe MR.

Suicidality is rarely found in sick people with severe and deep MR [13]. Moreover, R.M. Walters [21] reports about four patients with IQ below 50 having suicide behavior, thereby refuting the view that people with intellectual disabilities cannot form such an intention.

Report by A.D. Hurley [22] documents cases of suicide attempts by two patients with Down syndrome. Patients experienced dysphoric affect and a sense of hopelessness regarding the unmet needs associated with their disability. During the expressed depressive episode, each of them committed a suicide attempt that could be fatal.

M.G. Mazza et al. [23] confirm a statistical correlation between suicide and the severity of MR – more patients with mild impairments try to commit suicide. Moreover, all subjects with intellectual disability are vulnerable to MD. The total prevalence of all concomitant psychiatric disorders in patients with MR was 33.6% (95% CI = 25.2-43.1) with

ПР. Общая распространённость всех сопутствующих психических расстройств при УО составила 33,6% (95% ДИ=25,2-43,1) с высокой гетерогенностью. Частота встречаемости ПР и СП выше при лёгкой, средней и тяжёлой УО, чем при глубокой. Однако чрезвычайно важно и то, чтобы специалисты в области психического здоровья понимали серьёзность СП среди лиц с выраженной и тяжёлой УО [22].

Гендерные особенности СП при УО.

А. Miranda-Mendizabal и соавт. [24] рассмотрена связь между полом, попытками СУ и выявление специфических гендерных факторов риска. Оказалось, что у женщин выявлялся более высокий риск совершения попыток СУ (отношение шансов (ОШ)=1,96, 95% доверительный интервал (ДИ)=1,54-2,50), а у мужчин – завершённых СУ (ОШ=2,50, 95% ДИ=1,8-3,6). Общими факторами риска СП для обоих полов являлись предшествующее ПР, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами и подверженность межличностному насилию. Таковыми для женщин с СУ были: расстройство пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, биполярное расстройство, депрессивные симптомы, эпизоды насилия, межличностные проблемы и предшествующий аборт. Факторами риска для мужчин с попытками СУ являлись: расстройство поведения, безнадежность, разлука и развод родителей, СП друга и доступ к средствам совершения СУ. «Мужскими факторами риска» смерти от СУ также было злоупотребление психоактивными (наркотическими) веществами. Между тем, требуется больше данных о специфических для женщин, подростков и молодых людей факторах риска и защиты от суицидальной смерти.

Коморбидность с ПР как причина СП.

В работе L.S. Тоо и соавт. [25] проведён системный анализ – в какой степени ПР способствуют СУ. Поиск выявил ОШ суммарных показателей 13,2 (95% ДИ=8,6-20,3) для психотических расстройств, 12,3 (95% ДИ=8,9-17,1) – для расстройств настроения, 8,1 (95% ДИ=4,6-14,2) – для расстройств личности, 4,4 (95% ДИ=2,9-6,8) – для расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ и 4,1 (95% ДИ=2,4-6,9) – для тревожных расстройств в общей популяции. Общий показатель ОШ для этих психических расстройств составил 7,5 (95% ДИ=6,6-8,6). У населения атрибутивный риск ПР составил всего 21%. Общая неоднородность между исследованиями была очень высока. Авторы подчеркивают важную роль ПР в совершении СУ. Это говорит о том, что необходимы постоянные усилия по улучшению доступа и качества психиатрической помощи для предотвращения СУ психически больными людьми.

Исследования М. Gili и соавт. [26] с участием

high heterogeneity. The frequency of occurrence of MD and SB is higher with mild, moderate and heavy MR rather than with deep MR. However, it is extremely important that mental health professionals understand the severity of SB among individuals with severe and severe MR [22].

Gender features of SB in MR.

A. Miranda-Mendizabal et al. [24] examined the relationship between gender, suicide attempts, and the identification of specific gender risk factors. It turned out that women showed a higher risk of attempting suicide (odds ratio (OR) = 1.96, 95% confidence interval (CI) = 1.54-2.50), while among men completed suicides prevailed (OS = 2, 50, 95% CI = 1.8-3.6). Common risk factors for SB for both sexes were previous MD associated with the abuse of psychoactive substances and exposure to interpersonal violence. For women typical risk factors of suicide were: eating disorder, post-traumatic stress disorder, bipolar disorder, depressive symptoms, episodes of violence, interpersonal problems, and previous abortion. Risk factors for men with suicide attempts were behavioral disorder, hopelessness, separation and divorce of parents, a friend's SB and access to means of performing suicide. Abuse of psychoactive (narcotic) substances was also a "male risk factor" for death from suicide. Meanwhile, more data is needed on women, adolescents and young people specific risk factors and protection against death from suicide.

Comorbidity with MD as a cause of SB.

In the work of L.S. Too et al. [25] a systematic analysis was carried out to measure the extent MDs contribute to suicide. The search revealed an OR of total indicators of 13.2 (95% CI = 8.6-20.3) for psychotic disorders, 12.3 (95% CI = 8.9-17.1) for mood disorders, 8, 1 (95% CI = 4.6-14.2) for personality disorders, 4.4 (95% CI = 2.9-6.8) for disorders caused by substance abuse and 4.1 (95% CI = 2.4-6.9) for anxiety disorders in the general population. The overall OR for these mental disorders was 7.5 (95% CI = 6.6-8.6). In the population, the attributive risk of MD was only 21%. The overall heterogeneity between studies was very high. The authors emphasize the important role of MD in committing suicide. This suggests that continuous efforts are needed to improve access and quality of psychiatric care to prevent suicide among people with mental health problems.

Research by M. Gili et al. [26] with the participation of 25354 people aged 12-26

25354 человек в возрасте 12-26 лет показали, что наличие любого ПР связано с высоким риском смерти от СУ (ОШ=10,83, 95% ДИ=4,69-25,00) и попыткой СУ (ОШ=3,56; 95% ДИ=2,24-5,67). При рассмотрении СП в качестве мотивации значительными были аффективные расстройства (ОШ=1,54; 95% ДИ=1,21-1,96). Психиатрическая коморбидность представляется основным фактором риска попыток СУ, включая молодых людей. Выявление и лечение аффективных расстройств, а также сопутствующих ПР, могут быть решающей стратегией предотвращения суицидальности в этой возрастной группе.

S. Singh и соавт. [27] проанализировано распределение сопутствующих заболеваний у пациентов с интеллектуальными нарушениями в различных возрастных группах. Из 426 пациентов с УО у 42,3% имелись сопутствующие ПР. Коэффициент распространенности сопутствующей психической патологии, связанной с УО, составил 2,11. В порядке возникновения они были представлены трендом «Поведенческие нарушения – Эпилепсия – Аутизм и Синдром дефицита внимания и гиперактивности» для возрастной группы 10 лет и младше, «Поведенческие нарушения – Эпилепсия – Депрессия и Беспокойство» – 11 лет и старше. Независимо от возрастного распределения, нарушения поведения, связанные с эпилепсией, являлись наиболее распространёнными сопутствующими заболеваниями.

Риск развития психических расстройств среди УО в четыре раза выше, чем среди населения в целом. При этом СП часто не является причиной госпитализации УО пациентов [28].

СУ и самоповреждения особенно часто встречаются у людей с психотическими расстройствами. Метаанализ P.J. Taylor и соавт. [29] показал высокую распространённость недавних суицидальных мыслей (66%), самоповреждения (49%) и попыток СУ в течение всей жизни (18%). Сопутствующие психические расстройства, изменчивость настроения и семейная история психиатрических проблем присутствовали среди факторов, связанных с самоповреждением и риском СУ.

Оценки распространённости сопутствующих ПР и УО варьировали от 14,3 до 67,3%. В этой группе населения зарегистрировано большое количество ПР, включая шизофрению, депрессию и, как правило, расстройство поведения. Частота специфических расстройств, по-видимому, связана со степенью УО и наличием сопутствующего судорожного синдрома. Точная оценка ПР в этой группе населения затруднена, поскольку у УО пациентов плохие коммуникативные навыки, а большинство диагностических инструментов разработано для людей с нормальным интеллектом. Их лечение включает образовательные, поведенческие и фармакологические вмешательства, но необходимо

showed that the presence of any MD is associated with a high risk of death from suicide (OS =10.83, 95% CI = 4.69-25.00) and attempted suicide (OS=3.56; 95% CI=2.24-5.67). When considering SB as a motivation, affective disorders were significant (OS=1.54; 95% CI=1.21-1.96). Psychiatric comorbidity appears to be a major risk factor for suicide attempts, including young people. The identification and treatment of affective disorders, as well as concomitant MDs, can be a decisive strategy for preventing suicide in this age group.

S. Singh et al. [27] analyzed the distribution of concomitant diseases in patients with intellectual disabilities in various age groups. Of 426 patients with MR, 42.3% had concomitant MD. The prevalence rate of concomitant mental pathology associated with MR was 2.11. In order of occurrence, they were represented by the trend “Behavioral Disorders - Epilepsy - Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder” for the age group of 10 years and younger, “Behavioral Disorders - Epilepsy - Depression and Anxiety” - 11 years and older. Regardless of the age distribution, behavioral disorders associated with epilepsy were the most common concomitant diseases.

The risk of developing mental disorders among mentally retarded is four times higher than among general population. Moreover, SB is often not the reason for hospitalization of MR patients [28].

Suicide and self-harm are especially common in people with psychotic disorders. Meta-analysis of P.J. Taylor et al. [29] showed a high prevalence of recent suicidal thoughts (66%), self-harm (49%), and suicide attempts throughout their life (18%). Concomitant mental disorders, mood swings, and a family history of psychiatric problems were among the factors associated with self-harm and the risk of suicide.

Estimates of the prevalence of concomitant MD and MR in such patients varied from 14.3 to 67.3%. A large number of MDs are recorded in this group, including schizophrenia, depression, and, as a rule, behavior disorder. The frequency of specific disorders seems to be related to the degree of MR and the presence of an associated convulsive syndrome. An accurate assessment of MD in this group is difficult, because mentally retarded patients have poor communication skills, and most diagnostic tools are designed for people with normal intelligence. Their treatment includes educational, behavioral and pharmacological interventions, but guidance is needed on the safe use of psychotherapeutic tech-

руководство по безопасному использованию психотерапевтических методик [30].

Е.С. Harris и соавт. [31] установили, что из 44 психических расстройств, при 36 – значительно повышен стандартизированный коэффициент смертности по СУ, у пяти – повышен умеренно, у одного – не изменён, а для двух расстройств – показатель не удалось рассчитать.

Судорожный синдром (эпилепсия) как фактор СП у лиц с УО.

Известно, что распространённость эпилепсии у лиц с нарушениями интеллекта выше, чем среди населения в целом. Наличие судорожного синдрома (эпилепсии) повышает риск СП. Так, по данным N. Tian и соавт. [32], уровень СУ среди людей с эпилепсией в США превысил таковой в общей популяции. С 2003 по 2011 гг. среди людей в возрасте 10 лет и старше выявили 972 случая СУ с эпилепсией и 81529 СУ без эпилепсии. Годовой уровень смертности от СУ среди людей с эпилепсией составлял 16,89 на 100000 человек, что на 22% выше, чем среди населения в целом. Больше людей с эпилепсией в возрасте 40-49 лет погибли от СУ, чем людей в этом возрасте без эпилепсии (29% против 22%; $p < 0,01$).

Обзор J. Robertson и соавт. [33] с обобщением результатов метаанализа 38 исследований показал, что в общих выборках людей с ограниченными интеллектуальными возможностями встречаемость судорожных состояний составила 22,2% (95% ДИ=19,6-25,1). Распространённость случаев эпилепсии у них увеличивалась с тяжестью УО примерно в пять раз. Для выборки людей с синдромом Дауна объединённая оценка исследований составила 12,4% (95% ДИ=9,1-16,7), частота судорожных состояний увеличивалась с возрастом больных.

Тревога и депрессия как фактор СП при УО.

По данным мета-анализа 20 статей, представляющих 13 оригинальных исследований, тревожные расстройства являются одними из самых частых ПР, которые коррелируют с СУ, наравне с психотическими нарушениями, личностными и депрессивными расстройствами [25].

Как сообщается N. El Mrayyan и соавт. [34], частота сопутствующих ПР с аффективными и тревожными расстройствами в 11 раз выше у людей с УО по сравнению с общей популяцией. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин смертности (49% и 47% при аффективных и тревожных расстройствах соответственно), а также признаки и симптомы, и аномальные клинические и лабораторные данные, не классифицированные в дру-

ниques [30].

Е.С. Harris et al. [31] found that out of 44 mental disorders, 36 were associated with a significantly increased standardized mortality rate from suicide, five had moderately increased suicide mortality rate, one had unchanged suicide mortality rate, and for two disorders the indicator could not be calculated.

Convulsive syndrome (epilepsy) as a factor in SB in patients with MR.

It is known that the prevalence of epilepsy in people with intellectual disabilities is higher than among general population. The presence of convulsive syndrome (epilepsy) increases the risk of SB. So, according to N. Tian et al. [32], the level of suicide among people with epilepsy in the United States exceeded that in general population. From 2003 to 2011 among people aged 10 and older 972 cases of suicide with epilepsy and 81529 suicides without epilepsy were revealed. The annual mortality rate from suicide among people with epilepsy was 16.89 per 100,000 people, which is 22% higher than among general population. More people with epilepsy aged 40-49 died from suicide than people at this age without epilepsy (29% versus 22%; $p < 0.01$).

The review by J. Robertson et al. [33] with a generalization of the results of a meta-analysis of 38 studies showed that in the general samples of people with intellectual disabilities, the occurrence of convulsive states was 22.2% (95% CI = 19.6-25.1). The prevalence of cases of epilepsy in them increased with the severity of MR about five times. For a sample of people with Down syndrome, a unified assessment of studies was 12.4% (95% CI = 9.1-16.7), the frequency of convulsive conditions increased with age of patients.

Anxiety and depression as a factor of SB in MR.

According to a meta-analysis of 20 articles representing 13 original studies, anxiety disorders are one of the most frequent MDs that correlate with suicide, along with psychotic disorders, personality and depressive disorders [25].

According to N. El Mrayyan et al. [34], the incidence of concomitant MD with affective and anxiety disorders is 11 times higher in people with MR compared with the general population. The most common concomitant diseases were injuries, poisoning and some other consequences of external causes of death (49% and 47% for affective and anxiety disorders, respectively), as well as signs and symptoms, and abnormal clinical and laboratory data not classified in other headings (44% and

гих рубриках (44% и 50% при аффективных и тревожных расстройствах соответственно). Напротив, в общей референтной группе здоровых людей коморбидные соматические диагнозы на 20% менее вероятны, чем в когорте УО. У пожилых людей с УО, осложнённых аффективными и тревожными диагнозами, с большей вероятностью будут диагностированы и сопутствующие ПР.

Распространённость тревожных и депрессивных расстройств среди детей и подростков с интеллектуальными нарушениями, встречается соответственно у 5,4% и у 2,8% в общей выборке; 1,2% и 0,03% – у детей; и 7,9% и 1,4% – у подростков. Различные подтипы тревожных расстройств варьировали от 0,2% до 11,5% в целом по группе; от 0,7% до 17,6% – у детей; и от 0,6% до 19,8% – у подростков; дистимическое расстройство и основное депрессивное расстройство составляли соответственно – 3,4% и 2,5% в выборке; 2,1% и 3,2% – у детей; и 6,9% и 5,7% – у подростков. Анализ показал значительную распространённость смешанных типов тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного и генерализованного тревожного расстройства; в сочетании с депрессивными расстройствами [35].

Нарушения сна и СП при УО.

Выявление пациентов с повышенным риском СП является проблемой для врачей, ухаживающих за пациентами с ПР. S. Malik и соавт. [36] провели систематический обзор, чтобы оценить связь между СП и нарушениями сна у пациентов с ПР. По сравнению с пациентами без нарушений сна, пациенты с ПР и сопутствующими нарушениями сна в два раза чаще сообщали о СП (ОШ=1,99; 95% ДИ=1,72-2,30, $p<0,001$). Связь также выявлена при некоторых ПР, включая депрессию (ОШ=3,05; 95% ДИ=2,07-4,48, $p<0,001$), посттравматическое стрессовое расстройство (ОШ=2,56; 95% ДИ=1,91-3,43, $p<0,001$), паническое расстройство (ОШ=3,22; 95% ДИ=1,09-9,45; $p=0,03$) и шизофрения (ОШ=12,66; 95% ДИ=1,40-114,44, $p=0,02$). При анализе подгрупп, основанном на типе нарушения сна, обнаружено, что СП в значительной степени связано с наличием инсомнии (бессонницы), парасомний и нарушений дыхания во сне, но только не с гиперсомнией [36].

Исследование A.D.R. Surtees и соавт. [37] представляет собой анализ продолжительности и качества сна между здоровыми людьми и больными с умственными нарушениями. Мета-анализ времени сна показал, что пациенты с УО спали в среднем на 18 минут меньше, чем люди без УО, они имели худший по качеству сон в 93% случаев. Использование объективных показателей сна, таких как полисомнография или актиграфия, различий между исследованиями с записью сна, дневниками или вопросниками не выявило.

50% for affective and anxiety disorders, respectively). In contrast, comorbid somatic diagnoses in the general referent group of healthy people are 20% less likely than in the cohort of MR. Older people with MR complicated by affective and anxious diagnoses are more likely to be diagnosed with concomitant MD.

The prevalence of anxiety and depressive disorders among children and adolescents with intellectual disabilities occurs in 5.4% and 2.8% of the total sample, respectively; for children the figures are 1.2% and 0.03%; and for adolescents they are 7.9% and 1.4%. Different subtypes of anxiety disorders ranged from 0.2% to 11.5% for the group as a whole; from 0.7% to 17.6% for children; and from 0.6% to 19.8% for adolescents; dysthymic disorder and major depressive disorder were respectively – 3.4% and 2.5% in the sample; 2.1% and 3.2% for children; and 6.9% and 5.7% for adolescents. The analysis showed a significant prevalence of mixed types of anxiety disorders, obsessive-compulsive and generalized anxiety disorder; in combination with depressive disorders [35].

Sleep disorders and SB with MR.

Identification of patients with an increased risk of SB is a problem for physicians caring for patients with MD. S. Malik et al. [36] conducted a systematic review to assess the relationship between SB and sleep disturbances in patients with MD. Compared with patients without sleep disturbances, patients with MD and concomitant sleep disorders were twice as likely to report SB (OS = 1.99; 95% CI = 1.72-2.30, $p<0.001$). A relationship was also found in some MDs, including depression (OS = 3.05; 95% CI = 2.07-4.48, $p<0.001$), post-traumatic stress disorder (OS = 2.56; 95% CI = 1.91-3.43, $p<0.001$), panic disorder (OS = 3.22; 95% CI = 1.09-9.45; $p = 0.03$) and schizophrenia (OS = 12.66; 95% CI = 1.40-114.44, $p = 0.02$). When analyzing subgroups based on the type of sleep disturbance, it was found that SB is largely associated with the presence of insomnia (insomnia), parasomnia, and respiratory disturbances in sleep, but not with hypersomnia [36].

Research A.D.R. Surtees et al. [37] is an analysis of the duration and quality of sleep between healthy people and patients with intellectual disabilities. A meta-analysis of sleep time showed that patients with MR slept on average 18 minutes less than people without MR; they had worse quality of sleep in 93% of cases. The use of objective indicators of sleep, such as polysomnography or actigraphy, did not reveal differences between studies with

Полученные данные систематического обзора свидетельствуют о том, что поведенческие вмешательства являются многообещающей научно обоснованной практикой для улучшения проблем со сном (повышения качества и продолжительности сна) у детей и взрослых с УО [38], а значит и для снижения распространенности среди них и СП.

СП у детей и подростков с УО.

Дети и подростки с нарушениями интеллектуального развития проявляют широкий спектр СП, хотя суицидальные мысли и поступки недооценены в этой группе населения. Исследование В.Дж. Кемп и соавт. [9], проведенное в США среди 233 подростков в возрасте от 4 до 18 лет с нарушениями интеллекта, выявило, что 30% суицидентов страдали депрессивным расстройством, 6% – посттравматическим стрессовым расстройством, а у 2% имелись психотические расстройства. А. Хардан и соавт. [13] изучена суицидальность в клинически подобранной выборке. Медицинские карты всех лиц за один год, проверены с точки зрения частоты, типа и клинических характеристик СП. 47 пациентов (20%) в течение жизни высказывали суицидальные идеи, угрозы или предпринимали попытки СУ. Суицидальность чаще встречалась у подростков с диагнозом оппозиционно - вызывающего, депрессивного и посттравматического стрессового расстройства, но реже у аутистов и людей с тяжёлой и глубокой УО. СП часто встречалось у детей и подростков с нарушениями психического развития. Показано, что проспективные исследования нужны для тщательного изучения переменных, связанных с суицидальностью в этой группе населения.

Считалось, что нарушение интеллектуальных способностей может служить «антисуицидальным барьером» к СУ среди детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями. Дж. Меррик и соавт. оспаривают это предположение [39]. Результаты их исследований показали, что характеристики суицидальности в детско-подростковой группе лиц с ограниченными умственными возможностями очень схожи со здоровой популяцией того же возраста.

Дети и подростки со сниженным интеллектом часто имеют сопутствующие ПР, что делает их уязвимой группой населения за счёт риска развития СУ мыслей и поведения. Предыдущие исследования показали, что прямой скрининг на СУ может быстро и эффективно выявлять риск СП и облегчает дальнейшую клиническую оценку и лечение. Однако в настоящее время не существует валидных и надёжных инструментов для проверки риска СП, разработанных специально для лиц с УО [40].

Матери детей с нарушениями умственного развития или расстройствами аутистического спектра (РАС)

sleep recordings, diaries or questionnaires.

The findings of a systematic review suggest that behavioral interventions are a promising evidence-based practice for improving sleep problems (improving the quality and duration of sleep) in children and adults with MR [38], and therefore to reduce the prevalence among them and SB.

SB in children and adolescents with MR.

Children and adolescents with intellectual disabilities show a wide spectrum of SB, although suicidal thoughts and actions are underestimated in this population. The study conducted by B.J. Kemp et al. in the USA [9], analyzed 233 adolescents with intellectual disabilities aged from 4 to 18 and found that 30% of suicide attempters suffered from depressive disorder, 6% had post-traumatic stress disorder, and 2% had psychotic disorders. A. Hardan et al. [13] studied suicidality in a clinically selected sample. Medical records of all individuals within one year were checked in terms of frequency, type and clinical characteristics of SB. 47 patients (20%) expressed suicidal ideas, threats or attempted suicide during their lifetime. Suicidality was more common in adolescents with a diagnosis of opposition-causing, depressive and post-traumatic stress disorders, but was less often reported by autistic patients and people with severe and deep forms of MR. SB was often found in children and adolescents with mental disabilities. It has been shown that prospective studies are needed to carefully study the variables associated with suicidality in this population group.

It was believed that a violation of intellectual abilities can serve as an “anti-suicidal barrier” to suicide among children and adolescents with intellectual disabilities. J. Merrick et al. dispute this assumption [39]. The results of their studies showed that the characteristics of suicidality in a child-teenage group of people with intellectual disabilities are very similar to the healthy population of the same age.

Children and adolescents with reduced intelligence often have concomitant MD, which makes them a vulnerable group of the population due to the risk of developing suicide thoughts and behavior. Previous studies have shown that direct screening for suicide can quickly and efficiently identify the risk of SB and facilitate further clinical evaluation and treatment. However, at present, there are no valid and reliable tools for checking the risk of SB designed specifically for people with MR [40].

имеют худшее здоровье. Тем не менее, ни одно исследование не исследовало, отражается ли это плохое состояние здоровья на показателях смертности или же более вероятны определённые причины смерти. J. Fairthorne и соавт. [41] определили, что за период с 1983 по 2005 гг. матери детей с ограниченными умственными способностями или РАС имели более чем вдвое бóльший риск смерти. Они на 40% чаще умирают от онкологии, на 150% у них было больше шансов умереть от сердечно-сосудистых заболеваний и почти на 200% – от СУ или несчастного случая. Подобные исследования, объединяющие данные из реестров других стран, позволили бы улучшить понимание факторов, повышенной смертности матерей детей с УО или РАС. Это помогло бы внедрить информированные услуги и вмешательства для улучшения продолжительности жизни этих матерей.

СП заключённых с УО.

По сведениям I. Ray и соавт., в местах лишения свободы пребывают до 5% лиц с УО [42]. Тем не менее, мало что известно о суицидальности заключённых с УО. Количество исследований по профилактике и вмешательству при СП в этой популяции ограничено. E. Chaplin и соавт. в ходе исследования [43] установлено, что из 240 заключённых, 18 лиц имели УО. Возраст участников был старше 35 лет, многие оказались одиночками, бездомными и безработными до заключения в тюрьму. Нередко выявлялись проблемы с психическим здоровьем и суицидальная активность. Только в предыдущем до обследования месяце 25% из них думали о СУ, а 63% пытались покончить жизнь СУ; эти заключённые значительно чаще отбывали наказание за грабежи.

Данные, представленные G. Ayhan и соавт., подтверждают присутствие значительного числа людей с УО и высоким уровнем ПР в мужских тюрьмах [44]. Для определения предикторов суицидального риска у заключённых использовали многомерную логистическую регрессию и ОШ. Из 707 заключённых у 13,2% отмечен суицидальный риск, у 14,0% – высокий, у 15,1% – умеренный и у 41,9% – низкий. Предиктивные факторы СП были представлены: депрессией (ОШ=7,44, 95% ДИ=3,50-15,87), дистимией (ОШ=4,22, 95% ДИ=1,34-13,36), паническим расстройством (ОШ=3,47, 95% ДИ=1,33-8,99), общим тревожным расстройством (ОШ=2,19, 95% ДИ=1,13-4,22), насилием в детстве (ОШ=21,01, 95%, ДИ=3,26-135,48). Различий по этническому (расовому) признаку не выявлено. Значительными факторами риска СП являлись: предшествующая госпитализация в психиатрический стационар, сопутствующие физические отклонения (соматоневрологическая патология), одиночество, грусть, депрессия и беспокойство. Полученные результаты под-

Mothers of children with intellectual disabilities or autism spectrum disorders (ASD) have poorer health. However, no study has examined whether this poor health has effect on mortality rates or whether certain causes of death are more likely. J. Fairthorne et al. [41] determined that for the period from 1983 to 2005 mothers of children with intellectual disabilities or ASD had twice as high risk of death. They are 40% more likely to die from oncology, 150% more likely to die from cardiovascular disease, and nearly 200% more likely to die from suicide or an accident. Such studies, combining data from registries of other countries, would improve understanding of the factors that increase the mortality of mothers of children with MR or ASD. This would help introduce informed services and interventions to improve the life expectancy of these mothers.

SB prisoners with MR.

According to I. Ray et al., up to 5% of people with MR in pre-trial detention or in prison [42]. However, little is known about the suicidal nature of prisoners with MR. The number of studies on prophylaxis and intervention in SB in this group is limited. E. Chaplin et al. found in the course of the study [43] that out of 240 prisoners, 18 persons had MR. Participants were over 35 years old, many were lonely, homeless and unemployed before imprisonment. Mental health problems and suicidal activity were often identified. Only in the previous month before the survey, 25% of them thought about suicide, and 63% tried to end their life by suicide; these prisoners were much more likely to serve their sentences for robberies.

Data presented by G. Ayhan et al. confirm the presence of a significant number of people with MR and high levels of MD in male prisons [44]. Multidimensional logistic regression and OR were used to determine the predictors of suicidal risk in prisoners. Of the 707 prisoners, 13.2% had a suicidal risk, 14.0% had a high risk, 15.1% had a moderate risk and 41.9% had a low risk. Predictive factors of SB were presented: depression (OR = 7.44, 95% CI = 3.50-15.87), dysthymia (OR = 4.22, 95% CI = 1.34-13.36), panic disorder (OR = 3.47, 95% CI = 1.33-8.99), general anxiety disorder (OS = 2.19, 95% CI = 1.13-4.22), violence in childhood (OR = 21.01, 95%, CI = 3.26-135.48). Differences in ethnic (racial) grounds were not identified. Significant risk factors for SB were: previous hospitalization in a psychiatric hospital, concomitant physical abnormalities (somatoneurological pathology), loneliness, sadness, depression

черкуют важность своевременного выявления и лечения ПР, которые являются основными факторами риска СП заключённых [44]. Авторы приведённых работ разработали рекомендации, согласно которым специалисты, работающие в тюрьмах, должны знать и оценивать СП, поскольку установлено, что многие из них не имеют представления о суицидальных намерениях, отбывающих наказаниях людей. Необходимо улучшить их навыки распознавания правонарушителей с СП, устранения основных пробелов в медицинском обслуживании заключённых с УО и СП в местах лишения свободы [42-44].

Профилактика СП при УО.

Предупреждение СП сложная задача среди больных с УО. Это связано с недостаточным исследованием распространённости СП среди этой группы больных, его причин и проявлений, трудностями и неразработанностью диагностики, включая выявление (квалификацию) коморбидных ПР [27, 29, 32]. Проблемы также заключаются в комплексе факторов рисков СП у больных с УО: проживание в дисгармоничных (дисфункциональных) семьях с различными вариантами патологического воспитания, низкой психиатрической (медицинской) грамотности родителей (опекунов), наличие стигмы и дискриминации к таким людям среди населения, разобщённость, отсутствие (низкий охват) занятости, высокая частота среди них социальных стрессоров [9, 11-15, 25, 42]. Важно выделять управляемые факторы риска СП у конкретного больного с УО, чтобы успешно воздействовать на различные проявления суицидальной активности [1]. Здесь могут оказать эффективными мероприятия селективной, антикризисной и индикативной профилактики СП [16]. Важно только знать уязвимые группы больных с УО, своевременно их выявлять, иметь ресурсы и возможности для оказания суицидологической помощи и профилактики. Взрослые с УО, которые считают, что «жизнь не стоит, чтобы жить», должны стать целевой группой для будущих усилий по предотвращению СУ [7], как и больные УО с СП (попытки, угрозы СУ) в анамнезе [10, 30], коморбидными ПР (психотическими, депрессивными и тревожными состояниями, личностными, расстройствами, судорожным синдромом / эпилепсией и др.) [26, 28, 31]. Этому также может помочь динамическое наблюдение у психиатра с рациональной психофармакотерапией ПР (назначение антидепрессантов и других психотропных средств), психологи и работники социальных служб [1, 16].

Заключение.

СП среди людей с ограниченными интеллектуальными возможностями является сложной проблемой общественного здравоохранения. Она усложняется противоречивыми данными о распространённости суи-

and anxiety. The obtained results emphasize the importance of timely detection and treatment of a MD, which are the main risk factors for the prisoners' SB [44]. The authors of the cited works have developed recommendations according to which specialists working in prisons should know and evaluate SB, since it has been established that many of them have no idea about the suicidal intentions of the prisoners. It is necessary to improve their skills in recognizing offenders with SB, bridging the main gaps in medical care for prisoners with MR and SB in prison [42-44].

Prevention of SB with MR.

Prevention of SB is a difficult task among patients with MR. Main reasons for this come from an insufficient study of the prevalence of SB among this group of patients, its causes and manifestations, difficulties and undeveloped diagnostics, including the identification (qualification) of comorbid MD [27, 29, 32]. Problems also lie in the complex of risk factors for SB in patients with MR: living in dysharmonious (dysfunctional) families with different options for pathological education, low psychiatric (medical) literacy of parents (guardians), the presence of stigma and discrimination towards such people among the population, disunity, lack (low coverage) of employment, a high frequency of social stressors among them [9, 11-15, 25, 42]. It is important to identify controlled risk factors for SB in a particular patient with MR in order to successfully influence various manifestations of suicidal activity [1]. Here, selective, anti-crisis and indicative prophylaxis of SB can be effective [16]. It is only important to know the vulnerable groups of patients with MR, to identify them in a timely manner, to have the resources and capabilities to provide suicidological care and prevention. Adults with MR who believe that "life is not worth living" should become a target group for future efforts to prevent suicide [7], as well as mentally retarded patients with SB (attempts, threats of suicide) in history [10, 30], comorbid MD (psychotic, depressive and anxiety states, personality, disorders, convulsive syndrome / epilepsy, etc.) [26, 28, 31]. Dynamic observation by a psychiatrist with rational psychopharmacotherapy of MD (prescribing antidepressants and other psychotropic drugs), psychologists and social workers can also help [1, 16].

Conclusion

SB among people with intellectual disabilities is a complex public health problem. It is complicated by conflicting data on the prevalence of suicidal activity among patients with MR.

цидальной активности среди больных с УО.

Преобладают исследования, которые свидетельствуют о меньшем числе случаев СП в группе УО, однако в противовес этому приводятся доводы об игнорировании проблемы, отсутствия достаточного числа систематических обзоров и мета-анализов, стандартизованных методик (опросников, анкет, шкал) для обследования людей с расстройствами интеллектуального развития с СП. В качестве весомых аргументов можно признать большее число факторов риска СП у больных с УО, высокую (в несколько раз большую) распространённость коморбидных ПР, являющихся катализатором СУ. Требуются дополнительные исследования по изучению их клинической картины в сочетании с различными ПР, влияние их на формирование СП.

До конца непонятны многие известные детерминанты СП у больных УО в силу размытости границ истинных суицидальных попыток, парасуицида и ауто-деструктивного поведения. Есть основания предполагать наличие суицидальных эквивалентов у людей с расстройствами интеллектуального развития, редуцированных демонстративно-шантажных (имитационных) суицидальных попыток, своеобразного самоповреждающего поведения, являющегося по сути СП с импульсивностью поступков, агрессивностью, направленной на себя.

Все выше сказанное затрудняет разработку целенаправленных профилактических мероприятий у лиц с УО. Важна разработка подходов, направленных на борьбу со стигмой и дискриминацией лиц с УО и членов их семей в обществе. Необходимо признать у них наличие проблем в адаптации к меняющимся жизненным обстоятельствам. Нужны дополнительные исследования, для лучшего понимания факторов риска СП для его прогнозирования и организации суицидологической помощи в этой группе населения.

Currently the studies that report a smaller number of cases of SB for the mentally retarded predominate, however, counterarguments are given to show that the problem is ignored, there lacks a sufficient number of systematic reviews and meta-analyses, there are no standardized methods (questionnaires, questionnaires, scales) for examinations of people with intellectual disabilities who have SB. As a serious argument, one can recognize the greater number of risk factors for SB in patients with MR, the high (several times higher) prevalence of comorbid MDs that are a catalyst for suicide. Additional studies are required to investigate their clinical picture in combination with various MDs, their influence on the formation of SB.

Many well-known determinants of SB are incomprehensible for MR patients due to the blurring of the boundaries of true suicidal attempts, parasuicide and auto-destructive behavior. There is evidence to assume the presence of suicidal equivalents for people with intellectual disabilities of reduced demonstrative-intimidate (imitation) suicidal attempts, a kind of self-damaging behavior, that are in essence SB with impulsiveness of actions and aggressiveness directed at oneself.

All of the above makes it difficult to develop targeted preventive measures in people with MR. It is important to develop approaches aimed at combating stigma and discrimination against people with MR and their family members in society. The presence of their problems in adapting to changing life circumstances must be recognized. Additional studies are needed to better understand the risk factors of SB in order to predict it and organize suicidalological care in this group of population.

Литература / Reference:

1. Психиатрия. Национальное руководство. Изд. 2-е перераб. / Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с. [Psychiatry. National Guide. Ed. 2nd rev. / Ed. Yu.A. Alexandrovsky, N.G. Neznanov. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 1008 p.] (In Russ)
2. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2007; 77 (1): 56-60. DOI: 10.1037/0002-9432.77.1.56
3. Merrick J., Merrick E., Lunskey Y., Kandel I. A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*. 2006; 43 (4): 258-264.
4. Kaminer Y., Feinstein C., Barrett R.P. Suicidal behavior in mentally retarded adolescents: an overlooked problem. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1987; 18 (2): 90-94. DOI: 10.1007/bf00709953
5. Wark S., McKay K., Ryan P., Müller A. Suicide amongst people with intellectual disability: an Australian online study of disability support staff experiences and perceptions. *J. Intellect. Disabil. Res*. 2018; 62 (1): 1-9. DOI: 10.1111/jir.12442
6. Dodd P., Doherty A., Guerin S. A Systematic Review of Suicidality in People with Intellectual Disabilities. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2016; May-Jun; 24 (3): 202-213. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000095
7. Lunskey Y. Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Res. Dev. Disabil*. 2004; 25 (3): 231-243. DOI: 10.1016/j.ridd.2003.06.004
8. Patja K., Livanainen M., Raitasuo M., Lonnqvist J. Suicide mortality in mental retardation. A 35-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand*. 2001; 103: 307-311. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00019.x
9. Kemp B.J., Krause J.S. Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disabil. Rehabil*. 1999; 21 (5/6): 241-249. DOI: 10.1080/096382899297666
10. Lunskey Y., Raina P., Burge P. Suicidality among adults with intellectual disability. *J. Affect. Disord*. 2012; Nov; 140 (3): 292-295. DOI: 10.1016/j.jad.2012.03.013
11. Merrick J., Merrick E., Morad M., Kandel I. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *Scientific World Journal*. 2005 Sep 8; 5: 724-728. DOI: 10.1100/tsw.2005.90
12. Walters S.A., Barrett P.R., Knapp G.L., Borden C.M. Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorder.

- ders. *Res. Dev. Disabil.* 1995; 16 (2): 85-96. DOI: 10.1016/0891-4222(94)00029-8
13. Hardan A., Sahl R. Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorders. *Res. Dev. Disabil.* 1999; Jul-Aug; 20 (4): 287-296. DOI: 10.1016/s0891-4222(99)00010-4
 14. Matson J.L., Mayville S.B., Laud R.B. A system of assessment for adaptive behavior, social skills, behavioral function, medication side-effects, and psychiatric disorders. *Res. Developmental Disabilities.* 2003; 24: 75-81. DOI: 10.1016/s0891-4222(02)00166-x
 15. Giannini M.J., Bergmark B., Kreshover S., Elias E., Plummer C., O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disabil. Health J.* 2010; 3 (2): 74-78. DOI: 10.1016/j.dhjo.2009.09.001
 16. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Изд-во Медицинское информационно агентство, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
 17. Голенков А.В., Козлов А.Б., Андреева А.П., Карышев П.Б. Клинико-типологическая структура самоубийств у лиц с психической и наркологической патологией // Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тезисы докладов. Чебоксары, 2005. С. 215-217. [Golenkov A.V., Kozlov A.B., Andreeva A.P., Karyshev P.B. Clinical and typological structure of suicides in people with mental and narcological pathologies // Third Congress of Psychiatrists, Narcologists and Psychotherapists of the Chuvash Republic: Abstracts. Cheboksary, 2005. P. 215-217.] (In Russ)
 18. Кузьмина К.Н., Мalykhina В.А. Анализ случаев суицидальных действий среди лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра. *Омский психиатрический журнал.* 2018; 3 (17): 5-7. [Kuzmina K.N., Malykhina V.A. Analysis of cases of suicidal actions among persons under the supervision of a psychiatrist. *Omsk Psychiatric J.* 2018; 3 (17): 5-7.] (In Russ)
 19. Coorg R., Tournay A. Filicide-suicide involving children with disabilities. *J. Child Neurol.* 2013. Jun; 28 (6): 745-751. DOI: 10.1177/0883073812451777.
 20. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 32-41. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-32-41. [Golenkov A.V., Orlov F.V., Bulygina I.E., Deomidov E.S. Post-homicide suicides in Russia. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 32-41.] (In Russ)
 21. Walters R.M. Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patients. *Br. J. Psychiatry.* 1990; 157: 444-446. DOI: 10.1192/bjp.157.3.444
 22. Hurley A.D. Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome. *Psychiatr. Serv.* 1998; 49 (12): 1618-1619. DOI: 10.1176/ps.49.12.1618
 23. Mazza M.G., Rossetti A., Crespi G., Clerici M. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 2020; 33(2): 126-138. DOI: 10.1111/jar.12654
 24. Miranda-Mendizabal A., Castellví P., Parés-Badell O., Alayo I., Almenara J., Alonso I., Blasco M.J., Cebrià A., Gabilondo A., Gili M., Lagares C., Piqueras J.A., Rodríguez-Jiménez T., Rodríguez-Marín J., Roca M., Soto-Sanz V., Vilagut G., Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int. J. Public Health.* 2019; 64 (2): 265-283. DOI: 10.1007/s00038-018-1196-1
 25. Too L.S., Spittal M.J., Bugeja L., Reifels L., Butterworth P., Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J. Affect. Disord.* 2019; 259: 302-313. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.054
 26. Gili M., Castellvi P., Vives M., de la Torre-Luque A. et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J. Affect. Disord.* 2019; 245: 152-162. DOI: 10.1016/j.jad.2018.10.115
 27. Singh S., Singh L.K., Sahu M., Tikka S.K. Do comorbidities among patients with mental retardation differ across various age groups? *Asian J. Psychiatr.* 2019; 39: 12-14. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.11.001
 28. Bobińska K., Florkowski A., Amigielski J., Gałeczki P. Suicidal behaviors in mentally retarded patients. *Pol. Merkur. Lekarski.* 2009; 27 (159): 216-220.
 29. Taylor P.J., Hutton P., Wood L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45 (5): 911-926. DOI: 10.1017/S0033291714002074
 30. Campbell M., Malone R.P. Mental retardation and psychiatric disorders. *Hosp. Community Psychiatry.* 1991; 42 (4): 374-379. DOI: 10.1176/ps.42.4.374
 31. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 1997; 170: 205-228. DOI: 10.1192/bjp.170.3.205
 32. Tian N., Cui W., Zack M., Kobau R., Fowler K.A., Hesdorffer D.C. Suicide among people with epilepsy: A population-based analysis of data from the U.S. National Violent Death Reporting System, 17 states, 2003-2011. *Epilepsy Behav.* 2016; 61: 210-217. DOI: 10.1016/j.yebeh.2016.05.028
 33. Robertson J., Hatton C., Emerson E., Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure.* 2015; 29: 46-62. DOI: 10.1016/j.seizure.2015.03.016
 34. El Mrayyan N., Eberhard J., Ahlström G. The occurrence of comorbidities with affective and anxiety disorders among older people with intellectual disability compared with the general population: a register study. *BMC Psychiatry.* 2019; 19 (1): 166. DOI: 10.1186/s12888-019-2151-2
 35. Mañano C., Couto S., Tracey D., Bouchard S., Lepage G., Morin A.J.S., Moullec G. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2018; 236: 230-242. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.029
 36. Malik S., Kanwar A., Sim L.A., Prokop L.J., Wang Z., Benkhadra K., Murad M.H. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2014; 3: 18. DOI: 10.1186/2046-4053-3-18
 37. Surtees A.D.R., Oliver C., Jones C.A., Evans D.L., Richards C. Sleep duration and sleep quality in people with and without intellectual disability: A meta-analysis. *Sleep Med. Rev.* 2018; 40: 135-150. DOI: 10.1016/j.smrv.2017.11.003
 38. Priday L.J., Byrne C., Totsika V. Behavioural interventions for sleep problems in people with an intellectual disability: a systematic review and meta-analysis of single case and group studies. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2017; 61 (1): 1-15. DOI: 10.1111/jir.12265
 39. Merrick J., Merrick E., Morad M., Kandel I. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *Scientific World J.* 2005; 5: 724-728. DOI: 10.1100/tsw.2005.90
 40. Ludi E., Ballard E.D., Greenbaum R., Pao M., Bridge J., Reynolds W., Horowitz L. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2012; 33(5): 431-440. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3182599295
 41. Fairthorne J., Hammond G., Bourke J., Jacoby P., Leonard H. Early mortality and primary causes of death in mothers of children with intellectual disability or autism spectrum disorder: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 2014; 9 (12): e113430. DOI: 10.1371/journal.pone.0113430
 42. Ray I., Simpson A.I.F., Jones R.M., Shatokhina K., Thakur A., Mulsant B.H. Clinical, Demographic, and Criminal Behavior Characteristics of Patients With Intellectual Disabilities in a Canadian Forensic Program. *Front. Psychiatry.* 2019; 10: 760. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00760
 43. Chaplin E., McCarthy J., Underwood L., Forrester A., Hayward H., Sabet J., Mills R., Young S., Asherson P., Murphy D. Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2017; 61 (12): 1185-1195. DOI: 10.1111/jir.12441
 44. Ayhan G., Arnal R., Basurko C., About V., Pastre A., Pinganaud E., Sins D., Jehel L., Falissard B., Nacher M. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry.* 2017; 17 (1): 156. DOI: 10.1186/s12888-017-1320-4

SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS WITH MENTAL RETARDATION: REVIEW OF LITERATURE

A.V. Filonenko, A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
F.V. Orlov, E.S. Deomidov, I.E. Bulygina

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia
Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Abstract:

Suicidal behavior (SB) that includes thoughts, expressions, preparation for suicide and attempts to take one's own life, in patients with mental retardation (MR) is not sufficiently studied and described in the scientific literature. Most experts believe that the prevalence of suicidal activity among patients with MR is lower (38.7 per 100 000) than among other patients with mental disorders (MD) (126.7-310.5) and healthy people (52.3). However, perhaps due to the small attention paid to research on SB, the difficulties in collecting such information among the mentally retarded (the lack of diagnostic tools for SB for people with low intellectual coefficient and a decrease in their communication skills). Other scientists, on the contrary, speak of a higher suicidal activity among them due to social maladaptation, lack of skills to solve psychological problems, the presence of anti-vital experiences and the impulsiveness of actions. It has been established that the incidence of SB is inversely proportional to the degree of MR, but even with moderate and severe mental impairment (Down's disease), cases of suicidal activity have been described. Many suicides with mental retardation do not have clear boundaries between suicide and parasuicide, self-destructive behavior. Of the methods of SB, "passive" (potentially less fatal) predominate: poisoning (about 30%), using cutting objects (about 30%), dangerous self-harming behavior. Among the causes of SB among MR, family factors, stresses (crisis conditions), episodes of violence (verbal, physical and sexual), lack of social support, loneliness are most often discussed. At the same time, comorbid MDs (4-11 times more often) are one of the main factors of SB, especially psychoses, depressive, personality and anxiety disorders, sleep disturbances, the use of psychoactive substances in combination with MR. Epilepsy (convulsive syndrome) is much more common in patients with MR (12.4-22.2%) than among the general population. Such comorbidity is also accompanied by increased mortality from suicide. SB among mentally retarded children and adolescents remains an underestimated problem, and violations of intellectual abilities and young children are regarded in some cases as a (cognitive) barrier ("anti-suicidal barrier") to commit suicide. However, the several times higher (2-4 times) mortality rate of mothers of such intellectually inferior children can be a trigger factor in the commission of SB among MR. The places of detention, which contain a relatively high proportion of MR (up to 5%), contribute to various manifestations of SB among these patients. The issues of diagnosis, prevention and care of MR for patients with SB are currently only being developed. Treatment includes educational, behavioral (psycho-psychological) and psychopharmacotherapeutic interventions, psychotherapeutic techniques adapt. In order to prevent SB, it is proposed to pay attention primarily to patients with intellectual development disorders from the high-risk group.

Key words: suicidal behavior, mental retardation (intellectual disability, learning disabilities; "intellectual development disorders")

Вклад авторов:

A.V. Филоненко: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
A.V. Голенков: написание текста рукописи; редактирование текста рукописи;
V.A. Филоненко: перевод публикаций по теме статьи и самой статьи на английский язык;
Ф.В. Орлов: обзор публикаций по теме статьи;
E.C. Деомидов: обзор публикаций по теме статьи;
И.Е. Бульгина: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Filonenko: developing the research design, article writing; article editing;
A.V. Golenkov: article writing; article editing;
V.A. Filonenko: reviewing and translating relevant publications and the article itself in English;
F.V. Orlov: reviewing of publications of the article's theme;
E.S. Deomidov: reviewing of publications of the article's theme;
I.E. Bulygina: a review of publications on the topic of the article.

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: 12.01.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.04.2020.

Для цитирования: Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С., Бульгина И.Е. Суицидальное поведение лиц с умственной отсталостью: Обзор литературы. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 130-145. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-130-145

For citation: Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A., Orlov F.V., Deomidov E.S., Bulygina I.E. Suicidal behavior of persons with mental disability: review of literature. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 130-145. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-130-145