

УДК 616.832-004.2:616.89-008.441.44



СТАРИНЕЦЬ Н.Г.

Кафедра нервових хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

ФАКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ ПРИ МНОЖИННОМУ СКЛЕРОЗІ

Резюме. Мета дослідження — вивчення факторів ризику суїцидальності у хворих на множинний склероз (МС). У дослідження були включені 182 стаціонарних хворі із МС (64 чоловіки та 118 жінок) віком від 21 до 58 років, які були поділені на дві групи: основну (з суїцидальними тенденціями) та контрольну (без суїцидальних тенденцій). Використовували такі методи дослідження: клініко-неврологічний — ступінь інвалідизації за шкалою Куртцке (EDSS), психопатологічні — шкала депресій Бека, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна. У 15,93 % хворих виявлено суїцидальний зміст мислення. Тривалість катамнестичного спостереження всієї когорти становила 5 років, 1,64 % хворих із суїцидальними тенденціями скоїли самогубство. За результатами статистичного аналізу суїцидальні тенденції були пов'язані з такими факторами, як самотність, високий рівень освіти, депресивні та тривожні розлади, сексуальне збайдужіння.

Ключові слова: множинний склероз, депресія, тривожність, суїцидальність.

Вступ

Суїцидальна поведінка має багатофакторну природу, у якій соціально-психологічні фактори є вагомими [1, 3]. Серед факторів ризику суїцидальних дій виділяють такі, як психосоціальні стреси, безробіття, розлучення, самотність [26], рівень освіти [25], гендерний фактор [24] та депресії [23].

Установлено, що депресивна симптоматика є найбільш суїцидонебезпечною формою патології серед усіх поведінкових розладів [2, 4, 9]. Хворі з депресивною симптоматикою здійснюють суїциди в 30 разів частіше, ніж ті, хто не страждає від депресивних розладів [4, 5, 8]. Особлива велика небезпека суїциду при коморбідності депресії з тривогою [29].

Тісний взаємозв'язок множинного склерозу (МС) з афективними розладами відомий із перших клінічних описів даного захворювання [14]. Нейропсихологічні дослідження, здійснені за різною методологією, показали, що емоційні розлади можуть бути присутні в

95 % хворих на МС [15], найбільше вони представлені депресією — 17,9–79 % випадків [7, 10, 11, 13, 15, 22, 29] та у 34–90 % — тривогою [20, 21, 27].

Походження депресії при МС, імовірно, мультифакторіальне і включає психологічні, соціальні, нейробіологічні, імунологічні та генетичні чинники [19]. Присутність клінічної депресії є найбільш вагомим детермінантом суїцидальних намірів у хворих на МС [16, 28]. За даними літератури, суїцидальні дії у хворих на МС зустрічаються в 7,5 раза частіше, ніж у загальній популяції, причому найчастіше в перші 5 років захворю-

Адреса для листування з автором:

Старинець Наталія Григорівна
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
Кафедра нервових хвороб,
Вінницький національний медичний університет

© Старинець Н.Г., 2013
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013
© Заславський О.Ю., 2013

вання у молодих чоловіків із дебютом хвороби до 30 років та в жінок із дебютом захворювання після 30 років [12, 30]. Fredrikson і співавт. у своєму дослідженні вивчення ризику суїциду в госпітальній популяції пацієнтів із МС у Швеції за період 1969–1996 років виявили 1,8 % смертей внаслідок самогубства. Ризик суїциду був особливо високий у перший рік установлення діагнозу серед молодих хворих, переважно чоловіків [18]. Водночас [29] спостерігали протягом 16 років 3126 пацієнтів із МС та виявили 15 % смертей внаслідок самогубства. Суїцидальні думки виявлені у 29,4 % пацієнтів, вони були пов'язані з молодшим віком, раннім перебігом захворювання, низьким рівнем доходів та соціальної підтримки, більш високим рівнем інвалідності та депресією [31].

Авторами [6] при обстеженні 200 хворих на МС у 77 % випадків спостерігалися різноманітні форми суїцидальної поведінки, у структурі якої переважали антивітальні хвилювання (48,1 %) та суїцидальні думки (27,9 %), причому вірогідних відмінностей серед чоловіків та жінок не відмічалось.

Не існує єдиного погляду на причину виникнення суїцидальності у хворих на МС. Фактор соціальної ізоляції часто присутній в історії самогубства [17, 28]. На думку S. Feinstein [16], суїциди виникають після нещодавніх екзацерацій МС. Переважно завершені суїциди спостерігаються в пацієнтів із середнім ступенем інвалідизації [19].

Пошук предикторів суїцидальності при МС робить особливо актуальним питання діагностики та профілактики суїцидів у відповідній когорті хворих.

Мета дослідження — вивчення факторів ризику суїцидальності у хворих на множинний склероз.

Матеріали і методи

Проведено обстеження 182 стаціонарних хворих на МС — 64 чоловіки і 118 жінок віком від 21 до 58 років, їх середній вік — $37,90 \pm 5,79$ року, тривалість захворювання — $9,44 \pm 0,52$ року. Критеріями виключення хворих із дослідження були обтяжлива психопатологічна спадковість, коливання настрою та зловживання алкоголем в анамнезі, когнітивне зниження за шкалою MMSE до 26 балів.

Застосовували такі методи дослідження: клініко-неврологічний (ступінь інвалідизації оцінювали за розширеною шкалою Куртцке (EDSS)), психопатологічний із застосуванням клінічних шкал — шкали депресій Бека (BDI), шкали реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) Спілбергера — Ханіна (STAI). Шкала BDI розроблена для кількісної оцінки депресії та складається з 21 пункта, кожний із яких містить декілька тверджень, пороговий рівень ≤ 15 балів: легкий ступінь депресії (16–19 балів), середній (20–25 балів), виражений (> 26 балів). Суїцидальність хворих досліджувалася за пунктом 9 шкали BDI в балах від 0 до 3: 0 — відсутність суїцидальних думок та намірів, 1 — наявність суїцидальних думок та намірів без суїцидальних спроб, 2 — бажання суїциду, 3 бали — наявність суїцидальної тенденції у вигляді задумів та намірів.

Рівень тривожності за STAI визначали як легкий (до 30 балів), помірний (31–45 балів) та високий (> 46 балів). Високі показники ОТ як властивості особистості свідчать про особливості реагування хворого на ту чи іншу ситуацію, а високі показники РТ — про наявність актуального особистого стану хворого, що відображає пристосувальні реакції особистості на дію стресових ситуацій.

Статистичний аналіз здійснено за допомогою аналітичної системи SAS 9.1 Level 1 M3 XP Home platform. Вивчення зв'язків окремих факторів ризику наявності суїцидальних тенденцій проводилося за тестом χ^2 Пірсона для визначення вірогідності різниці декількох відносних величин, що пов'язані між собою та методом максимальної вірогідності для дискретних даних ML χ^2 . Для великих значень Q_p тест відхиляє нульову гіпотезу, тобто стверджує різну структуру наслідку в основній та контрольній групах пацієнтів. Для великих значень Q_{ML} тест відхиляє нульову гіпотезу. Статистика χ^2 Пірсона для таблиці крос-класифікації базується на різницях між спостережуваними й очікуваними частотами, де очікувані частоти розраховуються на основі нульової гіпотези відсутності різниці порівнюваних структур.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 182 обстежених хворих на МС у 29 (основна група, 15,93 %) спостерігалися ознаки суїцидальності: у 22 хворих — наявність суїцидальних думок та намірів без суїцидальних спроб, у 3 — бажання суїциду без суїцидальних спроб, у 4 — наявність суїцидальних тенденцій у вигляді задумів та намірів. За даними катамнестичного спостереження, що проводилось протягом 5 років, виявлено, що у 3 (1,64 %) хворих була спроба самогубства — 2 із них із фатальним наслідком. Контрольну групу становили 153 (84,07 %) хворих на МС без суїцидальних тенденцій.

Соціодемографічна характеристика хворих на МС наведена в табл. 1.

Як видно з табл. 1, серед обстежених хворих переважали жінки. Розподіл хворих основної та контрольної груп за статтю був майже однаковим — із суїцидальним змістом мислення — чоловіків 34,48 %, жінок — 65,55 %; без суїцидальних тенденцій — відповідно 35,95 та 64,05 %. За сімейним станом в основній групі хворих переважали самотні (розлучені, холості, вдові — 65,52 %), у контрольній групі — 37,91 %. Дослідження рівня освіти в групі хворих із суїцидальними тенденціями виявило перевагу пацієнтів з вищою освітою — 41,38 %. За соціальним статусом в обох групах наймані працівники та працюючі інваліди були розподілені рівномірно. В основній групі переважали інваліди на утриманні — 58,63 %.

За результатами тестування гіпотези щодо зв'язку соціодемографічних показників із наявністю суїцидальних тенденцій у хворих на МС встановлено, що такі фактори, як стать, вік, місце проживання та соціальний статус хворих, не мають значимих відмінностей між основною

та контрольною групами ($p > 0,05$). Таким чином, дані характеристики є вагомими у формуванні суїцидальності у хворих на МС, тоді як наявність суїцидальних тенденцій вірогідно сприятливіша в самотніх (розлучених) хворих як за тестом QP ($p < 0,0001$), так і за тестом QML ($p < 0,0001$) та у хворих із вищою освітою як за тестом QP ($p < 0,0001$), так і за тестом QML ($p < 0,0001$).

Клінічна характеристика хворих на МС наведена в табл. 2.

Дані табл. 2 свідчать, що частіше суїцидальні тенденції у хворих на МС припадали на перші 5 років захворювання на МС — 31,04%. Як в основній, так і контрольній групі переважали хворі з ремітуючо-рецидивуючим типом перебігу — 82,75 та 75,16% відповідно. Отримані дані свідчать про перевагу хворих із середнім ступенем інвалідизації (EDSS) у досліджених групах. Результати тестування гіпотези зв'язку клінічної характеристики хворих на МС із наявністю суїцидальних тенденцій

Таблиця 1. Соціодемографічна характеристика хворих на множинний склероз

Показник	Усі хворі, n = 182		Хворі з суїцидальними тенденціями (основна група), n = 29		Хворі без суїцидальних тенденцій (контрольна група), n = 153	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стать:						
— чоловіки	65	35,70	10	34,48	55	35,95
— жінки	117	64,30	19	65,52	98	64,05
Вік, роки:						
— 21–30	43	23,63	8	27,59	35	22,88
— 31–40	71	39,01	12	41,38	59	38,57
— 41–50	67	36,81	9	31,03	58	37,90
— 51–60	1	0,55	—	—	1	0,65
Сімейний стан:						
— у шлюбі	105	57,69	10	34,48	95	62,09
— розлучені	35	19,23	13*	44,83*	22	14,38
— холості	33	18,13	4	13,79	29	18,95
— удові	9	4,95	2	6,90	7	4,58
Рівень освіти:						
— середня	22	12,08	6	20,69	10	6,54
— середня спеціальна	114	62,64	11	37,93	103	67,31
— вища	46	25,28	12*	41,38*	40	26,14
Соціальний статус:						
— найманий працівник	24	13,18	4	13,79	20	13,07
— безробітний	18	9,89	2	6,89	16	10,46
— працюючий інвалід	38	20,88	6	20,69	32	20,92
— інвалід на утриманні	102	56,05	17	58,63	85	55,55

Примітка: * — вірогідність відмінності показників між групами ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Клінічна характеристика хворих на множинний склероз

Показник	Усі хворі, n = 182		Хворі з суїцидальними тенденціями (основна група), n = 29		Хворі без суїцидальних тенденцій (контрольна група), n = 153	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тривалість МС (роки):						
— 1–5	56	30,77	9	31,04	47	30,71
— 6–10	60	32,96	8	27,58	52	33,99
— 11–15	32	17,59	7	24,14	25	16,34
— > 16	34	18,68	5	17,24	29	18,96
Тип перебігу:						
— ремітуючо-рецидивуючий, фаза екзацербції	70	38,46	13	44,82	57	37,26
— ремітуючо-рецидивуючий, фаза ремісії	69	37,92	11	37,93	57	37,26
— первинно-прогресуючий	11	6,04	2	6,90	10	6,52
— вторинно-прогресуючий	32	17,58	3	10,35	29	18,96
EDSS (в балах):						
— 1–3,5	53	29,12	7	24,13	46	30,06
— 4–6,0	96	52,75	19	65,51	77	50,33
— 6,5–8,5	33	18,13	3	10,34	30	19,61

показали, що тривалість, тип перебігу МС та ступінь інвалідизації статистично вірогідно не впливають на формування суїцидальних тенденцій у хворих на МС ($p > 0,05$).

Вивчався вплив депресії та тривоги на формування суїцидальних тенденцій у хворих на МС. На підставі аналізу результатів тестування за BDI у всіх хворих основної групи ($n = 29$, 100 %) спостерігалися депресивні розлади різного ступеня вираженості: у 4 (13,80 %) хворих — легкий депресивний стан, у 9 (31,0 %) — помірний, у 16 (55,2 %) — високий. У контрольній групі ($n = 153$) без депресивної симптоматики було 78 (50,98 %) хворих, легка депресія спостерігалась у 39 (25,49 %) пацієнтів, помірною — у 15 (9,80 %), високою — у 21 (13,73 %). За даними шкали самооцінки Спілбергера — Ханіна, серед хворих основної групи низької реактивної та особистісної тривожності не спостерігалось. У хворих основної групи порівняно з контрольною було виявлено помірну РТ у 7 (24,13 %) хворих, помірну ОТ — у 2 (6,90 %). Високий рівень РТ спостерігався у 22 (75,87 %) хворих, ОТ — у 27 (93,10 %). У групі хворих без суїцидальних тенденцій низька реактивна та особистісна тривожність виявлена у 25 (16,33 %) та 19 (12,42 %) хворих відповідно. Високий рівень РТ та ОТ — у 106 (69,29 %) та 103 (67,32 %) хворих.

Результати тестування гіпотези впливу депресії, реактивної та особистісної тривожності на суїцидальні тенденції у хворих на МС засвідчили, що рівень BDI як за тестом Q_p ($Q_p = 45,12$, $p < 0,05$), так і за тестом Q_{ML} ($Q_{ML} = 50,65$, $p < 0,05$) вірогідно вищий у пацієнтів із наявністю суїцидальних тенденцій. Установлено високий рівень РТ у пацієнтів із наявністю суїцидальних тенденцій за тестом Q_p ($Q_p = 6,34$, $p < 0,05$) та за тестом Q_{ML} ($Q_{ML} = 10,12$, $p < 0,05$). Статистично доведено, що рівень ОТ вірогідно високий у пацієнтів із наявністю суїцидальних тенденцій як за тестом Q_p ($Q_p = 8,27$, $p < 0,05$), так і за тестом Q_{ML} ($Q_{ML} = 11,72$, $p < 0,05$).

Ми також досліджували можливий вплив сексуального збайдужіння на формування суїцидальності у хворих на МС. За даними BDI, серед хворих із наявністю суїцидальних тенденцій 25 (86,20 %) пацієнтів мали різний ступінь сексуальної дисфункції (як за тестом $Q_p = 28,26$, $p < 0,05$, так і за тестом $Q_{ML} = 26,33$, $p < 0,05$). При порівнянні з контрольною групою серед хворих без ознак суїцидальності 81 (52,94%) пацієнт відмітив сексуальне збайдужіння ($p > 0,05$).

Висновки

1. Суїцидальні тенденції спостерігаються у 15,93 % хворих на МС, 1,64 % хворих із суїцидальними тенденціями скоїли самогубство.

2. Факторами суїцидальності при МС були самотність, вища освіта, високий ступінь депресії та тривожності, сексуальна дисфункція.

3. Своєчасна діагностика та терапевтична корекція депресивних та тривожних розладів не тільки покращать якість життя хворих на МС, але й сприятиме зменшенню

ризиків вірогідного розвитку суїцидальних тенденцій у даної когорти хворих.

4. Психометричне тестування з метою виявлення депресії (скринінг депресії) для встановлення наявності суїцидальності повинно стати частиною клінічного обстеження хворих на МС.

Список літератури

1. Амбрумова А.Т. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А.Т. Амбрумова, В.А. Тихоненко // *Актуальные проблемы суицидологии*. — М., 1978. — С. 6-28.
2. Войцех В.Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения // *Клинические Павловские чтения: сб. раб. — Вып. V. Кризисные состояния. Суицидальное поведение*. — СПб., 2002. — С. 13-18.
3. Данилова М.В. Факторы суицидогенеза у больных депрессиями при рассеянном склерозе // *Медицина психология*. — 2012. — № 1. — С. 47-52.
4. Денисенко М.М. Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных и экзогенных депрессий, сопровождающихся суицидальным поведением // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т. 18, Вип. 3 (64). — С. 38-41.
5. Дмитриева Т.Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // *Вестник Российской академии медицинских наук*. — 2006. — № 8. — С. 18-22.
6. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер) / П.Б. Зотов, Н.И. Куценко // *Уральский медицинский журнал*. — 2008. — № 3. — С. 49-51.
7. Мяловицька О.А. Клініко-психопатологічна характеристика депресивних станів у хворих на розсіяний склероз // *Укр. мед. альманах*. — 2004. — Т. 7, №1 (додаток). — С. 18-20.
8. Розанов В.А. Факторы внешней среды и суицидальное поведение человека (экологическая модель суицида) // *Вестник биологической психиатрии (электронный бюллетень Российской РОБП) и Украинского общества биологической психиатрии (УОБП)*. — 2004. — № 7. — С. 15-25.
9. Смулевич А.Б. Депрессии и суицидальное поведение / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.Н. Козырев // *Депрессии при соматических и психических заболеваниях* / Под ред. А.Б. Смулевича. — М.: МИА, 2003. — С. 191-211.
10. Старинець Н.Г. Депресивні розлади у хворих на множинний склероз // *Вісник морфології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*. — 2010. — Т. 16, № 3. — С. 657-661.
11. Школьник В.М. Когнітивні та депресивні порушення в клініці розсіяного склерозу / В.М. Школьник, О.М. Бараненко, О.І. Кальбус // *Мед. перспективи*. — 2009. — Т. XIV/1. — С.36-39.
12. Шмидт Т.Е. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 272 с.
13. Brinar V. *Psychic manifestations in multiple sclerosis and other idiopathic demyelinating diseases of central nervous system* / V. Brinar, I. Zadro // *Neurol. Croatica*. — 2007. — Vol. 56. — Vol. 5. — P. 82-87.

14. Cottrell S.S. *The affective symptomatology of disseminated sclerosis* / S.S. Cottrell, S.A.K. Wilson // *J. Neurol. Psychopathol.* — 1926. — Т. 7. — P. 1-30.
15. Diaz-Olavarrieta C. *Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis* / C. Diaz-Olavarrieta, J.L. Cummings, J. Velazques et al. // *J. Neuropsych. Clin. Neurosci.* — 1999. — Vol. 54. — P. 1116-1121.
16. Feinstein A. *Multiple sclerosis, depression and suicide* // *J. British Medical.* — 1997. — Vol. 315. — P. 691-692.
17. Feinstein A. *An examination of Suicidal Intent in patients with multiple sclerosis* / A. Feinstein // *Neurology.* — 2002. — Vol. 59. — P. 674-678.
18. Fredrikson S. *Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden* / S. Fredrikson, Q. Cheng, G.X. Jiang et al. // *Neuroepidemiology.* — 2003 Mar-Apr. — Vol. 22 (2). — P. 146-152.
19. Gold S.M. *Depression and immunity: inflammation and depressive symptoms in multiple sclerosis* / S.M. Gold, M.R. Irwin // *Neurol. Clin.* — 2006. — Vol. 24. — P. 507-519.
20. Janssens A.C.J.W. *Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners* / Janssens ACJW, Van Doorn P.A., De Boer J.B. et al. // *Acta Neurologica Scandinavica.* — 2003. — Vol. 108. — P. 389-395.
21. Korostil M. *Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients* / M. Korostil, A. Feinstein // *Multiple sclerosis.* — 2007. — № 17. — P. 67-72.
23. Mendez M.F. *Depressao na esclerose multipla forma remitente-recorrente* / M.F. Mendez, C.P. Tilbery, S. Balsimelli et al. // *Arq. Neuropsiquiatr.* — 2003. — Vol. 61 (3-A). — P. 591-595.
24. Hawton K. *By their own hand* // *Br. Med. J.* — 1992. — Vol. 304. — P. 1000.
25. Hjelmeland H. *Verbally expressed intentions of parasuicide: I. Characteristics of patients with various intentions* // *Crisis.* — 1995. — Vol. 16. — P. 176-181.
26. Lester D. *Ecological correlates of suicide in the United States and Hungary* / D. Lester, F. Moksony // *Acta Psych. Scand.* — 1989. — Vol. 79. — P. 498-499.
27. McClure M. *Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-1990* // *Br. J. Psychiatry.* — 1994. — Vol. 165. — P. 510-514.
28. Noy S. *A new approach to affective symptoms in relapsing-remitting multiple sclerosis* / S. Nou, A. Achiron, U. Gabbay et al. // *Comprehensive Psychiatry.* — 1995. — Vol. 36 (5). — P. 390-395.
29. Pompili M. *Suicide risk in multiple sclerosis: A systematic review of current literature* / M. Pompili, A. Forte, M. Palermo et al. // *J. of Psychosom. Research.* — 2012. — Vol. 73. — P. 411-417.
30. Sadovnick A.D. *Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics* / A.D. Sadovnick, K. Eisen, D.W. Paty et al. // *Neurology.* — 1991. — Vol. 41. — P. 1193-1196.
31. Stenager E.N. *Risk factors for suicide in multiple sclerosis* / E.N. Stenager, N. Koch-Henriksen, E. Stenager // *Psychotherapy and Psychosomatics.* — 1996. — Vol. 65. — P. 86-90.
31. Turner A.P. *Suicidal ideation in multiple sclerosis* / A.P. Turner, R.M. Williams, J.D. Bowen et al. // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2006. — Vol. 87 (8). — P. 1073-1078.

Отримано 10.07.13 □

Старинец Н.Г.

Кафедра нервных болезней Винницкого национального университета им. Н.И. Пирогова

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОСТИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ СКЛЕРОЗЕ

Резюме. Цель исследования — изучение факторов риска суицидальности у больных с множественным склерозом (МС). В исследование включены 182 стационарных больных с МС (64 мужчины и 118 женщин) в возрасте от 21 до 58 лет, которые были разделены на две группы: основную (с суицидальными тенденциями) и контрольную (без суицидальных тенденций). Применили такие методы исследования: клинико-неврологический — степень инвалидизации по шкале Куртцке (EDSS), психопатологические — шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина. У 15,93 % больных выявлено суицидальное содержание мышления. Продолжительность катамнестического наблюдения всей когорты составила 5 лет. 1,64 % больных с суицидальными тенденциями совершили самоубийство. По результатам статистического анализа суицидальные тенденции были связаны с такими факторами, как одиночество, высокий уровень образования, депрессивные и тревожные расстройства, сексуальное безразличие.

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессия, тревожность, суицидальность.

Starynets N.G.

Department of Nervous Diseases of Vinnytsya National Medical University named after M.I. Pyrogov, Vinnytsya, Ukraine

SUICIDALITY FACTORS IN MULTIPLE SCLEROSIS

Summary. The research objective is to study the risk factors for suicidality in patients with multiple sclerosis (MS). The research included 182 in-patients with MS (64 men and 118 women) aged from 21 up to 58 years, they were divided into two groups: the study one (with suicidal tendencies) and the control one (without suicidal tendencies). The following research methods were used: clinical-neurological — Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS), psychopathological — Beck depression inventory, State Trait Anxiety Inventory by Spielberger-Khanin. In 15.93 % of the patients suicidal thoughts were detected. The duration of follow-up of the whole cohort lasted 5 years. 1.64 % of the patients with suicidal tendencies committed suicide. According to the results of the statistical analysis suicidal tendencies were associated with such factors as loneliness, high educational level, depressive and anxious disorders, sexual indifference.

Key words: multiple sclerosis, depression, anxiety, suicidality.