

ADAPTATION OF DEATH ATTITUDE
PROFILE-REVISED AND FEAR
OF PERSONAL DEATH SCALE IN
RUSSIAN-SPEAKING SAMPLE

*K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov,
E.L. Nikolaev, G.I. Semikin, V.V. Khramelashvili,
V.N. Kazantseva, T.V. Zhuravleva*

The article presents the results of adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking (Russian and Ukrainian)

student sample (n=1074, 18-25 years of age). The instruments proved to be reliable and valid. The differences were found in various comparison groups (most benign – Bauman Moscow State Technical University, least benign – Ulianov Chuvash State University and Cheboksary branch of Russian State Social University). Normative data are acquired for student age group. Perspectives for the future work are underlined.

Keywords: death attitudes, fear of personal death, suicidal behavior, risk groups.

УДК: 575.174.015.3 : 616.894.4

**ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Е.В. Лебедева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастливый, А.Н. Репин, Т.Н. Сергиенко

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН, г. Томск, Россия
ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

Контактная информация:

Лебедева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: lebedevaev@sibmail.com

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: Simutkin@pochta.ru

Счастливый Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Репин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением реабилитации больных ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (382-2) 56-58-31, e-mail: ran@cardio-tomsk.ru

Сергиенко Татьяна Николаевна – научный сотрудник отделения реабилитации больных ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (382-2) 56-58-32, e-mail: orb3@cardio.tsu.ru

В кардиологическом стационаре 288 пациентов старше 65 лет с хронической ИБС подверглись скринингу шкалами самооценки депрессии, тревоги и социальной адаптации. При положительном скрининге и информированном согласии пациента диагноз верифицирован психиатром. У 50,7% больных выявлены тревожно-депрессивные расстройства, у 62% из них обнаружены аффективные расстройства, повышенный уровень тревоги и депрессии по шкалам самооценки. Каждый десятый пациент имел суицидальные мысли: о планировании одномоментного отказа от антиангинальных средств при усилении нагрузок или согласие на операцию. Авторами делается вывод о необходимости внедрения практику скрининг шкал самооценки для выявления тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения, а так же включения психиатров в междисциплинарную команду для разработки комплексных программ реабилитации престарелых пациентов с коморбидными расстройствами.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, ИБС, междисциплинарная команда, комплексная реабилитация, суицидальное поведение, суицид, престарелый возраст.

Вопросы диагностики тревожно - депрессивных расстройств (ТДР) у пожилых пациентов на протяжении истории всегда были предметом споров психиатров. В 1904 г. Е. Краерелін отметил, что отличительной особенностью инволюционной меланхолии является

наличие тревоги. Он выделял ее характеристики: позднее начало, особенности клинической картины (интенсивная тревога, часто гетерогенные для классической депрессии бредовые идеи преследования, отношения и т.п., галлюцинации) и более неблагоприятное течение,

плохой прогноз. Однако после того как в 1907 г. G. Dreyfus повторно обследовал 85 больных, отнесенных E. Краепелин к инволюционной меланхолии, было выяснено, что более чем у половины из них в прошлом отмечались депрессивные эпизоды, а у 2/3 депрессия сменилась полноценным светлым промежутком. Эти данные заставили E. Краепелин в последующем издании руководства по психиатрии объединить инволюционную меланхолию с маниакально-депрессивным психозом [9].

Депрессия у лиц пожилого и старческого возраста часто сопровождается другими серьезными заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, сахарный диабет, онкологические заболевания, болезнь Паркинсона и др.) [7, 13-15]. Врачи и сами пациенты часто считают, что депрессия является естественным следствием этих проблем со здоровьем или социальных ограничений, накладываемых хроническим заболеванием. Кроме того, у людей преклонного возраста некоторые депрессивные симптомы являются общими с симптомами соматических заболеваний (анорексия, уменьшение массы тела, запоры, бессонница, снижение энергии, астения, нехватка воздуха, кардиалгии) [16]. Эти факторы могут приводить к ошибкам в диагностике и лечении депрессивных расстройств и увеличивать риск суицидального поведения [5, 6, 10]. По современным данным около 15% пациентов, страдающих депрессией, совершают законченные суициды [1, 3, 28]. Почти 90% завершённых суицидов связаны с наличием психиатрического диагноза у соответствующего человека, а частота аффективных нарушений составляет 40-70% [17, 18, 26].

Эпидемиологические исследования, проведенные в США, показывают, что 18% людей, которые покончили с собой, были старше 65 лет. Самый высокий уровень самоубийств (учитывались пол и расовая принадлежность) обнаружен среди белых мужчин в возрасте 85 лет и старше: в 2000 году было зарегистрировано 59 смертей на каждые 100000 человек – более, чем в 5 раз выше общенационального уровня США – 10,6 на 100000 человек [26].

Пожилые и престарелые составляют особую группу риска в отношении суицидального поведения, что связано с рядом причин [4, 12]. По данным различных исследований именно депрессия – расстройство, чаще всего ассоциируемое с самоубийством людей преклонного возраста [2, 18]. При этом проявления депрессии у пожилых пациентов, и соответственно суицидальный риск, не всегда хорошо диагностируются в общей врачебной практике. Так,

отдельные исследования показали, что многие люди преклонного возраста, умершие в результате самоубийства (до 75%), были на приеме у лечащего врача в течение месяца, предшествовавшего самоубийству [21]. Для снижения суицидального риска среди престарелых лиц необходимо повысить качество выявления и лечения депрессии [12, 27].

Представляется важным иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили оценить риск суицида у конкретного пациента, что позволяет принять решение о необходимости, например, специализированного лечения в психиатрической клинике. Отдельные авторы выделяют следующие группы критериев, на которые следует обращать внимание.

1. Указания на суицидальность: попытки суицида в течение жизни, суициды в семье или окружении (суггестивное и разрешающее действие), прямые или косвенные угрозы суицида, выражение конкретных замыслов через подготовку или осуществление суицида, «необъяснимое беспокойство» после обсуждения суицидальности и угроз суицида, уничижающие психотравмы, катастрофические травмы и крушение надежд.

2. Усиливающие факторы: азитированное поведение, чувство вины, «застойный» аффект и агрессия, мучительная бессонница, хроническая боль.

3. Критические ситуации: начало и затухание депрессивной фазы, греховный или ипохондрический бред, биологические кризисные периоды (пубертат, беременность, роды, климактерий), алкоголизм, неизлечимые болезни.

4. Средовые соотношения: семейная дисгармония в детстве, профессиональные и финансовые трудности, отсутствие цели в жизни, потеря межличностных контактов, разочарования в любви, развод, одиночество, отсутствие поддерживающих религиозных связей [24].

Рутинный скрининг наряду с выявлением возможных тревожных и депрессивных расстройств помогает оценить и суицидальный риск. Для скрининга депрессивных расстройств у пожилых людей наибольшее распространение получила шкала депрессии пожилого и старческого возраста [20, 23, 29].

Наиболее оптимальным инструментом для повседневной клинической практики является GDS-4. Она состоит всего из четырех вопросов, которые позволяют легко оценить вероятность депрессии у пожилого человека, а, значит, и оценить вероятность суицида у соответствующего пациента. При этом данная шкала практически также чувствительна, как и более

длинные версии этого опросника. Количество баллов 2 и более указывают на вероятный “случай” депрессивного расстройства у соответствующего пожилого человека. Для более точной оценки риска суицида рекомендуется использовать дополнительные психометрические инструменты. В клинической практике легок и удобен в использовании опросник депрессии Бека, который содержит вопрос (пункт «Ж»), касающийся суицидальных мыслей.

Таким образом, при обследовании и терапии пациентов пожилого и престарелого возраста с хроническими соматическими заболеваниями важным аспектом является выявление тревожно-депрессивных расстройств и оценка суицидального риска.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы.

За период с 2009 по 2012 гг. прошли скрининг самоопросниками 288 пациентов старше 65 лет (65-82 лет), госпитализированных в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Все пациенты страдали хронической ИБС в виде стабильной стенокардии, перенесёнными в прошлом инфарктами миокарда. Госпитализация обычно была связана с коррекцией терапии ИБС.

Для скрининга использовались следующие шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale), шкала депрессии Бека (BDI – Beck Depression Inventory), шкала тревоги Шихана (ShARS – Sheehan Anxiety Rating Scale), шкала самооценки социальной адаптации (SAS-SR – Social Adjustment Scale – Self Report).

При наличии тревожно-депрессивной симптоматики (по данным опросников) и в случае получения информированного согласия пациенты были осмотрены психиатром. Состояние оценивалось клинически в соответствии с критериями МКБ-10.

Депрессивные расстройства, выявляемые у пожилых людей, в соответствии с критериями МКБ-10 [8] могут кодироваться в следующих диагностических рубриках: органическое аффективное и/или тревожное расстройство (F06.3, F06.4), аффективное расстройство настроения (F3), невротические и связанные со стрессом расстройства (F4), а также к рубрике F2 (шизоаффективное расстройство с преобла-

данием депрессивных симптомов). Под расстройством понимается клинически определенная группа симптомов, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию.

В органическое аффективное и/или тревожное расстройство (F06.3, F06.4) включались различные состояния, гипотетически связанные с органическими заболеваниями, однако не отвечающие критериям деменции или делирия, а также не сочетающиеся случайно с органическим заболеванием, и не являющиеся психологической реакцией на эти симптомы. Тревожное или депрессивное расстройство возникло через несколько недель / месяцев после появления болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, а после устранения или излечения от этого повреждения должно наблюдаться выздоровление от психического расстройства, при отсутствии предположительных данных об иной причине психического синдрома (семейная отягощенность, провоцирующий стресс).

К рубрике невротических и связанных со стрессом расстройств (F4) подпадали депрессивные и тревожные состояния, связанные с психологическими причинами (с отражением в клинической картине психотравмирующих событий и наличием временной связи между возникновением событий и симптоматики).

Далее больные были разделены на группы в зависимости от диагностированной рубрики расстройства. Лица без ТДР (по результатам оценки самоопросников) вошли в 1 группу. Вторая группа представлена пациентами с невротическими и связанными со стрессом расстройствами, F4. В третью группу включены больные с аффективными расстройствами, F3. Четвёртая объединила пациентов с органическими аффективными и тревожными расстройствами, F06.3–06.4 (табл. 1).

Таблица 1
Характеристика выборки пациентов

Группы	п м/ж	Процент от общей группы больных	Процент от осмотренных психиатром
1 группа (без ТДР)	142 108/34	49,3	0
2 группа (F4)	34 20/14	11,8	23,1
3 группа (F3)	91 45/46	31,6	61,9
4 группа (F06.3- F06.4)	21 15/6	7,3	14,3

Наряду с диагностикой психического состояния оценивался суицидальный риск для последующей разработки комплексных программ реабилитации пациентов пожилого и преклонного возраста с хронической ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами силами междисциплинарной команды.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica-8.0. Для оценки параметрических данных использовался Т-критерий для независимых групп; альтернативно Т-критерию, при отсутствии нормального распределения признаков, использовался критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона (данные представлялись в виде «среднее±отклонение среднего», статистически значимым считался уровень $p < 0,05$), χ^2 – для оценки частот диагностических рубрик.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст обследованных составил $76,0 \pm 5,6$ лет. Группы достоверно не различались по возрасту ($p > 0,05$). Первая группа оказалась самой многочисленной – 49,3% пациентов ($n=142$), с преобладанием мужчин (108 мужчин и 34 женщины). Они не выявляли ТДР по данным опросников самооценки депрессии и тревоги. В этой группе отсутствовали пациенты с суицидальным поведением (по данным пункта «Ж» опросника депрессии Бека). Вторая группа – 23,1% от осмотренных психиатром и 11,8% от общей группы больных ($n=34$), из них мужчин – 20, женщин – 14. Третья группа составила 61,9% от осмотренных психиатром и 31,6% от общей группы, включенных в исследование ($n=91$, мужчин – 45, женщин – 46).

В четвертую группу включены 14,3% ($n=21$) от осмотренных психиатром больных, что составляет 7,3% от общей группы пациентов, из них мужчин – 15, женщин – 6. Эти данные соответствуют результатам, полученным другими исследователями при оценке частоты депрессии у больных с ИБС, получающих лечение в стационарных условиях [11].

Следует отметить особенности симптоматики депрессии у пожилых больных с

хронической ИБС: выраженное беспокойство о здоровье, трудно корригируемая бессонница, боли в сердце (как стенокардитические, так и кардиалгические). На первый план выходят именно соматические жалобы (в том числе нарушение аппетита и вкуса, запоры, хроническая политопная боль). Имеют место жалобы на плохую память или симптоматика псевдодеменции, анергия («нет сил»), апатия и низкий уровень мотивации («ничего не хочу», «зачем»). Жалобы на плохое настроение редки. Более выражена тревога за здоровье и страх смерти, каким-то образом сочетающиеся с желанием умереть. Тревожная симптоматика преобладает над депрессивной. Клинически часто бывает трудно определиться, является ли расстройство тревожной депрессией или тревогой с депрессивными симптомами.

При опросе пациенты среди стрессовых факторов указывали на переживания в связи со старением и немощью, хронической политопной болью («все болит»), увеличение проблем со здоровьем и количества выставляемых диагнозов («ИБС, стенокардия, аритмия, атеросклероз»), обострение других сопутствующих заболеваний, тяжелая болезнь близкого человека, усталость от госпитализаций, тяжелые жизненные события (утрата: смерть, разлука; переезд для совместного проживания с детьми или из других «республик СССР»), потеря работы, доходов, а также друзей, знакомых, соседей («наше поколение ушло, я одна/один»); утрата независимости («ничего сам не могу», «о любой мелочи нужно кого-то просить»); памятные даты и связанные с ними воспоминания, обесценивание идеалов, присущих советскому периоду истории России, одиночество (особенно у мужчин) и социальная изоляция.

У пожилых и престарелых мужчин с хронической ИБС чаще депрессивный синдром носил оттенок раздражительности, угрюмости, у женщин – тревоги, конверсионных проявлений. Тем не менее, мы встречали больных в возрасте старше 65 лет, у которых депрессия протекала с типичным меланхолическим синдромом.

Таблица 2

Клинические особенности ТДР по данным самоопросников

Группы	HADSa	HADSd	BDI	ShARS	SAS-SR
1 группа (без ТДР)	4,9±3,2	5,5±3,0	16±3,4	22,4±19,0	39,6±8,3
2 группа (F4)	8,4±4,0	7,3±2,0	20,1±3,3	39,3±17,8	37,5±6,4
3 группа (F3)	9,8±4,4	9,2±3,3	22,2±4,0	37,9±17,9	33,4±6,7
4 группа (F06.3-F06.4)	11,8±3,0	10±3,4	23±5,0	44±7,6	32,8±6,8

Наряду с клинической оценкой были проанализированы данные выраженности тревожно-депрессивной симптоматики по результатам заполненных шкал самооценки (табл. 2).

Пациенты с аффективными расстройствами и органическими депрессивными / тревожными расстройствами имели более высокие баллы по шкалам самооценки и нарушение социальной адаптации по одноименной шкале. Достоверные различия ($p < 0,05$) получены при сравнении всех показателей у лиц с аффективными расстройствами (3 группа) и без расстройств (1 группа). Отсутствие различий с другими группами возможно связано с их малочисленностью.

При анализе пункта «Ж» (в опроснике депрессии Бека) выявлены только внутренние формы суицидального поведения. У одного пациента была в анамнезе прерванная суицидальная попытка (ножевое ранение). Частота активных суицидальных мыслей (замыслов и намерений) среди стационарных пациентов ИБС с ТДР составила 2,1% ($n=3$), 1,0% среди всей группы исследования.

В беседе удалось выяснить о следующих, особых для больных хронической ИБС, суицидальных планах и намерениях: уйти из дома без антиангинальных средств и увеличить физическую нагрузку («оставлю дома нитроглицерин и буду долго идти/бежать, пока не умру от инфаркта», «буду настаивать на операции, хоть умру без боли»), наряду с планом принять большие дозы назначенных лекарств, совершить падение под движущийся транспорт или падение с высоты. Последний способ совершения суицида соматических пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделениях многоэтажных медицинских учреждений, периодически освещается в средствах массовой информации. Эти поступки пугают других больных стационара, деморализуют врачей, и могут быть использованы для поиска виноватых (часто медицинских работников). Хотя в

основе лежит недиагностированное психическое, чаще депрессивное расстройство.

Антивитальные переживания и пассивные суицидальные мысли обнаружены у 16,2% больных с ТДР ($n=23$) – это 8,0% от общей группы пациентов. В беседе пациенты отмечали бессмысленность жизни и нежелание отягощать своим присутствием жизнь близких, нежелание жить далее без конкретных планов (с обращением к Богу «о даровании смерти»).

Оценка риска суицида в пожилом возрасте должна проводиться с учетом определенных факторов [19], наличие которых увеличивает вероятность суицидального поведения у соответствующего пациента (табл. 3).

Ряд авторов [19, 22, 25] указывают на тот факт, что именно совокупность различных биопсихосоциальных факторов обуславливает повышение риска возникновения депрессии и суицидального поведения у пожилых людей. В большинстве стран наибольшая частота суицидов отмечается именно в этой возрастной группе, частично потому, что вред, причиненный самому себе, чаще является смертельным в этой возрастной группе [27]. Высокая частота суицидального поведения обычно объясняется тем, что пожилые люди принимают яд в больших количествах или используют более смертоносные способы и имеют большее желание умереть в связи с хроническим заболеванием и социальной изоляцией [21].

В связи с вышеизложенным, врач, наблюдающий конкретного пациента по поводу сомато-неврологического заболевания (в том числе с хронической ИБС), должен быть внимателен по отношению к нюансам изменения поведения, внешнего вида, изменений в личной жизни у пациента, которые могут «сигнализировать» о повышенном риске суицида.

Это могут быть необычные высказывания:

- размышления о малой ценности жизни;
- фантазии о собственной смерти;
- суицидальные мысли;

Таблица 3

Факторы риска суицидального поведения у пожилых пациентов

Общие факторы	Психиатрические факторы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Мужской пол. 2. Проживание в одиночестве. 3. Неадекватная общественная поддержка. 4. Значимая потеря (например, тяжелая утрата – особенно опасен первый год после потери). 5. Наличие хронического соматического заболевания (особенно сопровождающегося болью). 6. Злоупотребление алкоголем. 7. Культуральная допустимость (в некоторых обществах суицид более приемлем, чем в других). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Суицидальная попытка в прошлом. 2. Ажитация. 3. Инсомния. 4. Чувство вины. 5. Безднадежность. 6. Сниженная самооценка. 7. Ипохондрическая озабоченность.

– высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии здоровья, неблагоприятном исходе болезни, предстоящей операции, послеоперационного периода;

– отрицание объективно существующей актуальной проблемы;

– наличие просьб о прощении к окружающим;

– высказывание мыслей, содержание которых прямо или косвенно свидетельствует о «прощании».

Необходимо воспринимать серьезно даже, так называемые, угрозы суицида шантажирующего характера.

У пациента может появиться необычное поведение:

– «уход» в себя, замкнутость, склонность к уединению;

– неадекватная стрессовой ситуации гиперактивность;

– отказ от помощи; наличие суицидальных угроз;

– признаки прощания (раздача долгов, личных вещей, подарков, оформление завещания);

– подготовка или наличие плана суицида;

– подготовка или наличие средств суицида (накопление или закупка лекарственных средств, сильнодействующих, ядовитых и химических веществ, огнестрельного или холодного оружия, колющих, режущих предметов, шнура, поиск открываемых окон, отдаленных помещений, выходов на крыши зданий, лестничные проемы высоких этажей).

О наличии психических расстройств могут свидетельствовать:

– депрессивная симптоматика (сниженное настроение; чувство вины);

– нарушение сна (особенно ранние пробуждения) и аппетита;

– скорбное выражение лица; малоподвижность;

– взгляд в одну точку, избегание контакта глазами и другие симптомы;

– психотические проявления (бредовые идеи самообвинения, самоуничтожения, преследования, воздействия, слуховые галлюцинации императивного характера («приказывающие голоса»);

– нарушения поведения в виде возбуждения, агрессии, страха, тревоги, агитации, импульсивности.

Выводы:

1. Более половины пациентов старше 65 лет, госпитализированных в кардиологический стационар для лечения хронической ИБС, обнаруживают тревожно-депрессивные расстрой-

ства. Наиболее часто среди ТДР (до 62%) представлены аффективные расстройства. Лица с аффективными расстройствами и органическими аффективными / тревожными расстройствами имеют более высокие баллы по шкалам самооценки депрессии и тревоги, и более низкий уровень социальной адаптации, по сравнению с лицами без ТДР. Однако пациенты с невротическими и связанными со стрессом расстройствами также нуждаются в пристальном внимании, поскольку реактивные состояния так же могут быть связаны с суицидальным поведением.

2. Каждый десятый пациент, госпитализированный в кардиологический стационар с хронической ИБС, может иметь антивитаальные переживания и пассивные или активные суицидальные мысли. В качестве особых способов суицида они могут выбирать одномоментное прекращение приема антиангинальных средств при выраженных физических нагрузках или оперативное лечение ИБС. В связи с последним у больных с ТДР и хронической ИБС необходимы выявление и терапия психических расстройств амбулаторно, до направления больного в стационар. Только экстренные вмешательства возможны у пациентов с аффективными расстройствами до назначения антидепрессивной терапии.

3. Среди клинических особенностей ТДР в этой группе больных следует отметить следующее: неспецифические соматические симптомы депрессии выдвигаются пожилыми пациентами как главные жалобы (анергия, астения, нарушение сна, аппетита, стула), хроническая боль. Эти жалобы могут трактоваться врачами как ипохондрические и/или присущие сопутствующим соматическим заболеваниям, в том числе ишемической болезни сердца.

4. Тревога часто сопровождает депрессию позднего возраста. Симптомы депрессии и тревоги могут сосуществовать. Иногда тревога доминирует и, лежащая в основе клинической картины депрессия, не выявляется. Субъективная жалоба на снижение памяти может быть ведущим симптомом депрессии в этом возрасте. Также могут обнаруживаться обсессивно-компульсивные или истерические симптомы.

5. Для врача-специалиста, работающего с депрессивным пациентом, представляется весьма важным иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили оценить риск суицида у конкретного пациента, что, в свою очередь, позволяет принять решение о необходимости, например, специализированного стационарного лечения в психиатрической клинике.

В связи с этим необходимо внедрять в клиническую практику шкалы для выявления ТДР и суицидального поведения. При обнаружении пациентов с возможными ТДР и/или суицидальным поведением привлекать специалистов службы психического здоровья для разработки комплексных программ реабилитации лиц с коморбидными расстройствами в пожилом и старческом возрасте.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 48 с.
2. Васильев В.В., Ковалёв Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 30-35.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2-х т. – Киев, 2000.
4. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 58-63.
5. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 5-6.
6. Кошелева Г.Г., Ширияев О.Ю., Неретина А.Ф. Анализ соматической патологии у суицидентов // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 39-41.
7. Лебедева Е.В., Гуткевич Е.В., Иванова С.А. и соавт. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 41-47.
8. Международная классификация болезней (10-пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб: Адис, 1994.
9. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 329 с.
10. Решетова Т.В. О суицидальном поведении больных соматической клиникой // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 37-39.
11. Розин А.И., Счастный Е.Д., Гарганеева Н.П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117-120.
12. Соколов Д.А., Дементьева И.А., Гусакова З.С. Методические подходы к предупреждению гетероагрессивного поведения среди пациентов геронтопсихиатрического центра // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 36-37.
13. Счастный Е.Д., Семке А.В., Размазова Л.Д. и соавт. Биологические и клинко-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 18-27.
14. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Невидимова Т.И. и соавт. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23-33.
15. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В. и соавт. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 9-13.
16. Шахурова Н.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. Специфика хосписа как места оказания паллиативной помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № Приложение. – С. 311-313.
17. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
18. Hawton E.K., Van Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted Suicide. – Chichester: John Wiley&Sons, 2001. – 755 p.
19. Baldwin R., Wild R. Management of depression in later life // Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. – 10. – P. 131-139.
20. Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O. et al. Screening tests for geriatric depression // Clinical Gerontologist. – 1982. – № 1. – P. 37-44.
21. Conwell Y., Duberstein P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life // Biological Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – P. 193-204.
22. Katona C. Managing depression in older people // Advances in Psychiatric Treatment. – 1996. – № 2. – С. 178-185.
23. Katona C.L.E., Katona P.M. Geriatric depression scale can be used in older-people in primary-care // BMJ. – 1997. – Vol. 315, № 7117. – P. 1236-1236.
24. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Masked Depression. Basel: Deutsche Artzte-Verlag. – 1982. – 106 p.
25. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A. et al. Self-directed violence // In World Report on Violence and Health. – Geneva: World Health Organization. – 2002. – P. 185-212.
26. NCIPC (National Center for Injury Prevention and Control). – 2000 // <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/>
27. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // American Journal of Public Health. – 2000. – Vol. 90. – P. 1885-1891.
28. World Health Organization (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope. Geneva: WHO.
29. Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale // Psychopharmacol. Bull. – 1988. – Vol. 24, №4. – P.709-711.

PARTICULARLY DISTURBING, DEPRESSIVE DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH CHRONIC CAD

E.V. Lebedeva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, A.N. Repin, T.N. Sergienko

In cardiology hospital 288 patients older than 65 years with chronic coronary artery disease underwent screening self-assessment scales for depression, anxiety and social adaptation. With a positive screening and informed consent of the patient the diagnosis was verified by a psychiatrist. 50,7% of the patients had anxiety-depressive disorder, 62% of them were found affective disorders, elevated levels of anxiety and depression on the scale of self-esteem. 10 Each patient had suicidal thoughts: the scheduling of simultaneous failure of antianginal drugs in the amplification loads or consent for surgery. In practice should implement self-screening scales to detect anxiety

and depressive disorders and suicidal behavior include psychiatrists in an interdisciplinary team to develop comprehensive rehabilitation programs in geriatric patients with comorbid disorders.

Keywords: anxiety and depressive disorders, ischemic heart disease, an interdisciplinary team, comprehensive rehabilitation, suicidal behavior, old age.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция печатного периодического научно-практического журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.
8. Другие близкие темы.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru

В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале, *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице статьи указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы.

Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru