

Получена: 22 Апреля 2023 / Принята: 17 Июня 2023 / Опубликовано online: 31 Августа 2023

DOI 10.34689/SH.2023.25.4.017

УДК 616.89-008.441.44/.454-053.9

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Гүлнара И. Алтынбекова<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-6642-4602>

Асылхан Д. Куттыбаев<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7856-2765>

Куаныш С. Алтынбеков<sup>2,3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3755-0914>

<sup>1</sup> Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Республика Казахстан;

<sup>2</sup> НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан;

<sup>3</sup> Республиканский научно – практический центр психического здоровья, г. Алматы, Республика Казахстан.

### Резюме

**Актуальность.** Депрессивные расстройства в пожилом возрасте часто не распознаются или неадекватно лечатся, утяжеляют течение и прогноз коморбидной патологии, приводят к потере трудоспособности, к еще большему физическому упадку, ухудшают качество жизни не только пациентов, но и их окружения; приводят к суицидальному поведению. При депрессивных расстройствах в пожилом возрасте наблюдается ослабление когнитивных функций, проявляющееся в затруднении при выполнении сложных заданий, замедлении темпа, нарушении концентрации внимания и затруднений в принятии решений. Однако при психометрических исследованиях способности к репродукции, значительных отличий от здоровых пожилых людей часто не выявляются.

**Целью** исследования явилось выделение некоторых клинико-психопатологические особенности депрессий с суицидальным поведением в позднем возрасте.

**Материалы и методы исследования.** Работа проводилась в РГП на ПХВ «Республиканском научно-практическом центре психического здоровья» МЗ РК г. Алматы. Материалом послужили больные депрессией с суицидальным поведением в позднем возрасте, проходившие стационарное лечение в РНПЦ ППН в 2016-2021 гг. Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, длительность катамнеза составила от 1 до 6 лет. Были использованы также экспериментально-психологический метод, психометрические шкалы: шкалы личностной и ситуативной тревожности (по Спилбергеру), шкала депрессии (по Цунгу) для определения степени выраженности депрессии и тревоги.

**Результаты.** Наблюдение показало, что течение психоза у больных исследуемой группы характеризовалось развитием повторных приступов (один приступ перенесли только 5 больных, что, возможно, объясняется коротким периодом катамнестического наблюдения). В 8 наблюдениях это были монополярные приступы в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. В остальных случаях наряду с депрессивными приступами возникали и гипоманиакальные состояния, чаще всего в виде кратковременных подъёмов настроения. Больные, достаточно критически, относились к своей болезни и при этом опасались повторения приступов. Почти у всех больных сохранялась резидуальная аффективная симптоматика. Стертые гипоманиакальные или субдепрессивные состояния возникали аутохтонно, либо в виде реакций на различные внешние раздражители.

**Выводы.** Депрессивные расстройства в позднем возрасте имеют ряд клинических особенностей, представляющих высокую суицидогенность. Преобладание в картине психоза тревожных депрессий, нередко с ажитацией; ипохондрических расстройств, включающих ипохондрические идеи от тревожных и фобических опасений до ипохондрического бреда с разнообразными алгическими сенсациями, повышают суицидальную опасность больных.

**Ключевые слова:** депрессия, степени выраженности, тревоги, суицидальное поведение, пожилой возраст.

### Abstract

## SOME FEATURES OF DEPRESSION WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN LATE LIFE (CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL ASPECTS)

Gulnara I. Altynbekova<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-6642-4602>

Assylkhan D. Kutybaev<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7856-2765>

Kuanyshe S. Altynbekov<sup>2,3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3755-0914>

<sup>1</sup> "Kazakh-Russian Medical University", Almaty c., Republic of Kazakhstan;

<sup>2</sup> NAO "Asfendiyarov Kazakh National Medical University", Almaty c., Republic of Kazakhstan;

<sup>3</sup> Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Almaty c., Republic of Kazakhstan.

**Introduction.** Depressive disorders in old age are often not recognized or inadequately treated, aggravate the course and prognosis of comorbid pathology, lead to disability, to even greater physical decline, worsen the quality of life not only of patients, but also of their environment; lead to suicidal behavior. With depressive disorders in old age, there is a weakening of cognitive functions, manifested in difficulty in performing complex tasks, slowing down the pace, impaired concentration and difficulties in making decisions. However, in psychometric studies of the ability to reproduce, significant differences from healthy elderly people are often not revealed.

**The aim** to identify some clinical and psychopathological features of depression with suicidal behavior at a late age.

**Materials and methods of research.** The work was carried out in the Republican Scientific and Practical center of Mental Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. The material was used by patients with depression with suicidal behavior at a late age who underwent inpatient treatment at the RSPCMH MH RK in 2016-2021. The main research methods were clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, the duration of the catamnesis ranged from 1 to 6 years. An experimental psychological method, psychometric scales were also used: the scales of personal and situational anxiety (according to Spielberger), the scale of depression (according to Tsung) to determine the severity of depression and anxiety.

**Results.** The observation showed that the course of psychosis in the patients of the study group was characterized by the development of repeated seizures (only 5 patients suffered one attack, which may be explained by the short period of catamnestic observation). In 8 cases, these were monopolar seizures within the framework of recurrent depressive disorder. In other cases, along with depressive attacks, hypomanic states also occurred, most often in the form of short-term mood swings. The patients were quite critical of their illness and at the same time were afraid of a recurrence of seizures. Almost all patients retained residual affective symptoms. Erased hypomanic or subdepressive states occurred autochthonously or in the form of reactions to various external stimuli.

**Conclusions.** Depressive disorders in late life have a number of clinical features that represent high suicidogenicity. The predominance of anxiety depressions in the picture of psychosis, often with agitation; hypochondriac disorders, including hypochondriac ideas from anxiety and phobic fears to hypochondriac delirium with various algic sensations, increase the suicidal danger of patients.

**Keywords:** depression, severity, anxiety, suicidal behavior, old age.

Түйіндеме

## ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚПЕН ДЕПРЕССИЯНЫҢ КЕЙБІР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ПАТОПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТИЛЕРІ)

Гүлнара И. Алтынбекова<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-6642-4602>

Асылхан Д. Куттыбаев<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7856-2765>

Қуаныш С. Алтынбеков<sup>2,3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-3755-0914>

<sup>1</sup> «Қазақстан-Ресей медицина университеті», Алматы қ., Қазақстан Республикасы;

<sup>2</sup> «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ,  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы;

<sup>3</sup> Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы,  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

**Өзектілігі.** Егде жастағы депрессиялық бұзылулар жиі анықталмайды немесе жеткіліксіз емделеді, қатар жүретін патологияның барысы мен болжамын ауырлатады, еңбекке жарамсыздыққа, одан да көп физикалық құлдырауға әкеледі, пациенттердің ғана емес, сонымен қатар олардың қоршаған ортасының өмір сүру сапасын нашарлатады; суицидтік мінез-құлыққа әкеледі. Егде жастағы депрессиялық бұзылуларда когнитивті функциялардың әлсіреуі байқалады, бұл күрделі тапсырмаларды орындаудағы қиындықтарда, қарқынның баяулауында, зейіннің нашарлауында және шешім қабылдаудағы қиындықтарда көрінеді. Алайда, психометриялық зерттеулерде ұрпақ өрбіту қабілетінде, дені сау егде жастағы адамдардан айтарлықтай айырмашылықтар жиі анықталмайды.

**Зерттеудің мақсаты** егде жастағы суицидтік мінез-құлықпен депрессияның клиникалық-психопатологиялық ерекшеліктерінің кейбіреулерін бөліп көрсету болды.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Жұмыс ҚР ДМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК жүргізілді. Материал 2016-2021 жылдары «РПДФПО» стационарлық емдеуден өткен егде жастағы суицидтік мінез-құлқы бар депрессиямен ауыратын науқастар болды. Зерттеудің негізгі әдістері клиникалық-психопатологиялық, клиникалық-катамнестикалық болды, катамнездің ұзақтығы 1 жылдан 6 жылға дейін болды. Эксперименттік-психологиялық әдіс, психометриялық шкалалар да қолданылды: жеке және ситуациялық мазасыздық шкалалары (Спилбергер бойынша), депрессия мен мазасыздықтың ауырлығын анықтау үшін депрессия шкаласы (Цунг бойынша) қолданылды.

**Нәтижелер.** Бақылау көрсеткендей, зерттеу тобындағы науқастардағы психоздың ағымы қайталанған шабуылдардың дамуымен сипатталды (тек 5 науқас бір шабуылға ұшырады, бұл катамнестикалық бақылаудың қысқа кезеңімен түсіндірілуі мүмкін). 8 бақылауда бұл қайталанатын депрессиялық бұзылыстың бөлігі ретінде монополярлық шабуылдар болды. Басқа жағдайларда, депрессиялық шабуылдармен қатар, гипоманикалық жағдайлар да пайда болды, көбінесе қысқа мерзімді көңіл-күйдің көтерілуі түрінде. Науқастар өздерінің ауруларына өте сын көзбен қарады және сонымен бірге шабуылдардың қайталануынан қорқады. Барлық дерлік

науқастарда резидуальды аффективті белгілер сақталды. Жойылған гипоманикалық немесе субдепрессиялық күйлер аутохтонды немесе әртүрлі сыртқы ынталандыруларға реакциялар түрінде пайда болды.

**Қорытынды:** Егде жастағы депрессиялық бұзылулар жоғары суицидгенділікті білдіретін бірқатар клиникалық белгілерге ие. Зерттеу көрсеткендей егде жастағы мазасыздық депрессиясының, психоздың басым болуы, көбінесе толқумен; гипохондриалық бұзылулар, соның ішінде гипохондриалық идеялар, мазасыздық пен фобиялық қорқыныштан бастап, әртүрлі алгиялық сенсациялары бар гипохондриалық сандыраққа дейін, науқастардың суицидтік қаупін арттыратыны анықталды.

**Түйінді сөздер:** депрессия, ауырлық дәрежесі, мазасыздық, суицидтік мінез-құлық, егде жас.

#### Библиографическая ссылка:

Алтынбекова Г.И., Куттыбаев А.Д., Алтынбеков К.С. Некоторые особенности депрессий с суицидальным поведением в позднем возрасте (клинико-психопатологические и патопсихологические аспекты) // Наука и Здравоохранение. 2023. 4(Т.25). С. 140-145. Doi 10.34689/SH.2023.25.4.017

Altynbekova G.I., Kutybaev A.D., Altynbekov K.S. Some features of depression with suicidal behavior in late life (clinical, psychopathological and pathopsychological aspects) // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2023, (Vol.25) 4, pp. 140-145. doi 10.34689/SH.2023.25.4.017

Алтынбекова Г.И., Куттыбаев А.Д., Алтынбеков Қ.С. Егде жастағы суицидтік мінез-құлықпен депрессияның кейбір ерекшеліктері (клиникалық-психопатологиялық және патопсихологиялық аспектілері) // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2023. 4 (Т.25). Б. 140-145. doi 10.34689/SH.2023.25.4.017

#### Введение

Депрессивные расстройства в пожилом возрасте часто не распознаются или неадекватно лечатся, утяжеляют течение и прогноз коморбидной патологии, приводят к потере трудоспособности, к еще большему физическому упадку, ухудшают качество жизни не только пациентов, но и их окружения; приводят к суицидальному поведению.

Для диагностики депрессивных расстройств в МКБ-10 выделены три основных (снижение настроения; снижение способности находить удовольствие в чем-либо; потеря энергии, активности и повышение утомляемости) симптома, что составляет «ядро» депрессивного синдрома. Кроме того имеют диагностическую ценность ряд дополнительных симптомов (сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; постоянные (почти) мысли о смерти, неотвязные, суицидальные мысли или поведение; нарушения сна; изменения аппетита с соответствующим изменением веса). Если больной обнаруживает, по крайней мере, 5 симптомов (включая 2 основных, перечисленных выше), тогда по определению у него имеет место большой депрессивный эпизод, дальнейшая дифференциация которого по трем степеням тяжести основывается «на клинической оценке числа, типа и тяжести присутствующих симптомов». [11]

В позднем возрасте клиническая картина депрессии может не отличаться от депрессий более раннего возраста. Но вместе с тем возрастной фактор привносит в клинику депрессивных нарушений своеобразие. В меньшей степени представлена заторможенность, больные испытывают внутреннее беспокойство, даже тогда, когда жалуются на заторможенность. Депрессивные идеи чаще «приземленные», носят конкретно-ситуационный характер, касаются материального и физического благополучия. [4]

При депрессивных расстройствах в пожилом возрасте наблюдается ослабление когнитивных функций, проявляющееся в затруднении при выполнении сложных заданий, замедлении темпа, нарушении концентрации

внимания и затруднений в принятии решений. Однако при психометрических исследованиях способности к репродукции, значительных отличий от здоровых пожилых людей часто не выявляются. [6]

Частое сочетание депрессии и соматических болезней хорошо известно. Многие исследователи отмечают значительно большую, чем в общей популяции, представленность физических заболеваний с функциональными ограничениями при депрессиях в возрасте обратного развития. [1,2,3,5,7,14]

**Целью исследования** явилось выделение некоторых клинико-психопатологических особенностей депрессии с суицидальным поведением в позднем возрасте.

#### Материалы и методы исследования.

Дизайн исследования - поперечное исследование. Работа проводилась в РГП на ПХВ «Республиканском научно-практическом центре психического здоровья» МЗ РК г.Алматы. Тема исследования утверждена на заседании Этического комитета НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова». Материалом послужили больные депрессией с суицидальным поведением в позднем возрасте, проходившие стационарное лечение в РНПЦ ППН в 2016-2021 гг. Информированное согласие имеется.

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, длительность катамнеза составила от 1 до 6 лет. Были использованы также экспериментально-психологический метод, психометрические шкалы: шкалы личностной и ситуативной тревожности (по Спилбергеру), шкала депрессии (по Цунгу) для определения степени выраженности депрессии и тревоги; «Базисная карта клинико-психопатологического изучения суицидального поведения больных с психическими расстройствами РГП на ПХВ «РНПЦПЗ» МЗ РК». Методики были использованы дважды: при поступлении больных в стационар до начала терапии и по завершении активного курса лечения. При диагностике психических расстройств использовались критерии МКБ-10.

#### Общая характеристика пациентов

Было обследовано 27 больных аффективными расстройствами настроения (F31.3, F31.4, F32.1, F32.2,

F32.0, F33.1, F32 по МКБ-10), Возраст пациентов составил от 54 до 75 лет с давностью заболевания на момент обследования от 1 до 5 лет - 19 больных, от 5 до 10 лет - 8 больных. В исследованной группе преобладали женщины - 25, мужчин - 2.

*Статистические методики и расчеты.* При анализе результатов шкалы личностной и ситуативной тревожности (по Спилбергеру надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла – умеренная; 45 и более - высокая.

Интерпретация полученных результатов по шкале депрессии (по Цунгу) для определения степени выраженности депрессии и тревоги: менее 50 баллов – депрессия отсутствует; от 50 до 59 баллов – легкая (слабая) депрессия; от 60 до 69 баллов – средняя (умеренная) депрессия, в этом случаях говорят о субдепрессивном состоянии или «маскированной» депрессии; 70 баллов и более – тяжелая депрессия.

#### **Результаты исследования**

Образовательный уровень исследуемой группы представляется достаточно высоким: высшее образование имели 9 больных, среднее специальное образование - 15 больных и среднее образование - 3 больных. По семейному положению в исследованной группе 4 больных состояли в браке, в разводе - 7 больных, овдовевших - 16 больных. На момент обследования 16 больных проживали с родственниками, отдельную квартиру имели - 7, собственный дом - 4.

У всех 27 пациентов имела место хроническая соматическая патология (ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронический гепатит, хронический пиелонефрит, эндемический зоб, несахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания). У 12 пациентов диагностирована энцефалопатия смешанного генеза.

Наследственная отягощенность психическими расстройствами отмечена у 15 больных. В структуре психопатологической отягощенности отмечены психические расстройства невротического уровня - у 6 больных, алкоголизм - у 9. Отсутствовали сведения о наследственном фоне у 12 больных.

Суицидальные попытки и завершённые суициды среди родственников наших пациентов выявлены - у 9 больных, отсутствовали сведения о наследственной суицидальной отягощенности - у 15 больных и у 3 больных не выявлено наследственной отягощенности суицидами. В преморбиде у основной части больных не отмечалось суицидального поведения - 22 больных.

При анализе преморбидного личностного склада выявлено преобладание больных с выраженным чувством долга, ответственности, Большинство больных отличались до болезни высокой активностью в работе, добросовестностью, достаточной энергией. Им были свойственны черты повышенной принципиальности и правдолюбия. Они, при внешней скупости эмоциональных проявлений, были заботливыми родителями, успешно сочетали работу на производстве с исполнением домашних обязанностей. Многие проявляли повышенное внимание к своему

здоровью; при малейшем недомогании обращались за помощью к врачам и педантично выполняли все их назначения. Следует отметить, что эти черты были, не столь выражены, не всегда выступали на первый план, а присутствовали, лишь наряду, с другими особенностями характера (20 больных). У 7 больных не отмечалось никаких особенностей преморбидных черт. В ряде случаев (18 больных) поздней манифестации болезни предшествовали кратковременные аффективные расстройства, чаще в виде состояний, внешне напоминающих астенические.

Диагностика поздно манифестирующего аффективного расстройства настроения (маниакально-депрессивного психоза) основывалась на фазном, моно- или биполярном характере течения, на достаточной типичной клинической картине фаз, на качестве ремиссий и отсутствии шизофренических изменений. Признаки органического (астенического) снижения личности, некоторые когнитивные расстройства коррелировали с депрессивной симптоматикой, что позволяло отдавать предпочтение аффективным расстройствам, а не органическим аффективным, тревожным расстройствам (F06.3, F06.4). Хотя трудно не согласиться с тем, что «в отдельных случаях такого рода эндоморфные депрессивные синдромы могут представлять этап развития органического процесса».

У 14 больных отмечались доманифестные кратковременные аутохтонно возникающие периоды сниженного настроения с ощущением тоски, тревожными опасениями за свое благополучие, о возможном развитии соматической болезни или «тяжелых» осложнений. У 10 больных они были психогенно спровоцированы, носили характер неглубоких тревожных состояний. Больные жаловались на упадок сил, на ухудшение ночного сна. В некоторых случаях, кроме тревоги, наблюдалась дисфорическая окраска настроения с брзужанием.

В 3 случаях легкие доманифестные аффективные расстройства напоминали астенические состояния, сопровождалась жалобами на слабость, упадок сил, головокружение. Таким образом, в доманифестной стадии психоза обнаруживался достаточно длительный этап (до 5-6 лет) субклинических аффективных расстройств. Эти больные не попадали в поле зрения специалистов и не госпитализировались.

Манифестные приступы у большинства больных этой группы, (19 наблюдений), возникали аутохтонно, без внешних провоцирующих моментов. Обращало на себя внимание то, что у описываемых больных сравнительно редко наблюдалась так называемая внешняя провокация.

Психотические приступы относились по своей структуре к тревожной депрессии с преобладанием чувства внутреннего беспокойства и ощущением собственной несостоятельности, нарушением сна и утратой трудоспособности. У 15 больных тревожно-депрессивные состояния отличались выраженными колебаниями, усиливаясь при малейшем изменении обстановки, и достигали степени тревожной ажитации. Больные не находили себе места, «метались» в безотчетном страхе надвигающейся угрозы; идеи самообвинения, собственной несостоятельности достигали иногда степени депрессивного бреда. «Не видя выхода» в таком состоянии больные совершали суицидальные попытки (19 наблюдений). Ведущим психопатологическим механизмом суицидального

поведения являлись аффективные нарушения, нарастающая тревога и депрессивный бред.

У 7 больных в рамках тревожно-депрессивного синдрома возникали различного рода сенестопихондрические расстройства (тягостное ощущение «горения» в пояснице, неприятные ощущения «жжения» в голове и т.п.). Ипохондрические идеи колебались от тревожных и фобических опасений до ипохондрического бреда, который носил сверхценный характер. Возникали мысли о какой-то «тяжелой, неизлечимой болезни вообще». Тревога и агитация, усиливались при самых незначительных изменениях физического состояния. Больные предпринимали суицидальные попытки.

Ведущим психопатологическим механизмом суицидального поведения в этих случаях также являлись аффективные нарушения, нарастающая тревога (4 наблюдения). Ипохондрический бред в некоторых случаях (3 наблюдения), определял мотивацию суицидальной попытки, «лучше утопиться, чем так мучиться», «мучить родных», по механизму бредового избегания страданий от мнимой болезни. Экспериментально-психологическое исследование выявило: повышенную утомляемость, нарушение концентрации внимания, снижение продуктивности мыслительной деятельности.

В эмоционально-личностной сфере отмечаются фиксированность, и озабоченность своим состоянием здоровья, пассивная или пассивно-страдательная позиция, снижение активности и оптимизма, неуверенность в себе, сомнения, колебания при принятии решения, впечатлительность, мнительность, ранимость, педантичность, склонность к тревожным опасениям, самообвинению и самоуничтожению, ригидность, умеренный или высокий уровень депрессии (табл.1) и высокий уровень ситуативной тревожности (табл.2). У 22 пациентов отмечались такие эмоциональные состояния как ощущение незащищенности, сниженное настроение, сниженная самооценка, чувствительность к критическим замечаниям, сензитивность, умеренный уровень личностной тревожности, чувство вины, ослабленная раздражительность, обидчивость.

**Таблица 1. Уровень депрессии по тесту Цунга.**

(Table 1. Level of depression according to the Zung test).

Шкалы	Уровень депрессии по Цунгу	
	До лечения	После лечения
Без депрессии	0	6
Низкий	1	20
Умеренный	2	1
Высокий	24	0

**Таблица 2. Уровень тревожности по тесту Спилберга.**

(Table 2. Level of anxiety according to the Spielberg test).

Шкалы	Тревожность по Спилбергу			
	Ситуативная		Личностная	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Низкий	0	24	3	20
Умеренный	12	3	22	7
Высокий	15	0	2	0

Мнестико-интеллектуальные изменения проявлялись в снижении концентрации внимания и затруднении в принятии решений. Однако при проведении психометрических исследований и тестов, направленных на

изучение способности к репродукции, значительных отличий от здоровых пожилых людей не выявлено.

Следует отметить, что в 18 случаях из 27 на фоне острого психоза отмечалась декомпенсация хронических соматических расстройств, что в свою очередь требовало не только вмешательства интернистов, но и применения психофармакотерапии в щадящем режиме.

По прошествии приступа депрессии и проведенного психотерапевтического вмешательства проводилось повторное экспериментально - психологическое исследование, которое выявило следующие изменения. В эмоционально-личностной сфере отмечаются уменьшение фиксированности, и озабоченности своим состоянием здоровья, повышение активности и оптимизма, уверенности в себе, ослабление впечатлительности, ранимости, склонности к тревожным опасениям, самообвинению и самоуничтожению, ригидности. Уровень ситуативной тревожности снизился (табл. 2), уровень депрессии значительно уменьшился до низких или до уровня без депрессии (табл. 1).

Дальнейшее наблюдение показало, что течение психоза у больных исследуемой группы характеризовалось развитием повторных приступов (один приступ перенесли только 5 больных, что, возможно, объясняется коротким периодом катamnестического наблюдения). В 8 наблюдениях это были монополярные приступы в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. В остальных случаях наряду с депрессивными приступами возникали и гипоманиакальные состояния, чаще всего в виде кратковременных подъёмов настроения.

**Обсуждение.** Исследования показали, что депрессия и суицидальное поведение остаются серьезной проблемой в пожилом возрасте. Хотя пожилые люди реже совершают попытки самоубийства по сравнению с более молодыми возрастными группами, у них более высокий процент завершения из-за использования более смертоносных средств [10]. Выделяются факторы риска: депрессия является значительным фактором риска суицидального поведения в пожилом возрасте; проблемы со здоровьем: хроническая боль, инвалидность и хронические заболевания могут способствовать депрессии и увеличивать риск самоубийства; социальная изоляция: одиночество и отсутствие социальной поддержки могут усугубить чувство безнадежности; переживание смерти близких людей, особенно супруга/супруги или близких друзей, может спровоцировать или усугубить депрессию; снижение когнитивных способностей: деменция и когнитивные нарушения могут способствовать депрессии и повышать уязвимость к суицидальным мыслям [9]. У пожилых мужчин более высокий уровень завершённых самоубийств, в то время как пожилые женщины чаще совершают попытки самоубийства. Выявление депрессии у пожилых людей может быть сложной задачей из-за совпадения симптомов с другими заболеваниями [8]. Важны проверенные инструменты оценки и тщательное клиническое обследование. Инициативы, способствующие социальной вовлеченности, физической активности и психическому благополучию пожилых людей, могут быть эффективными [13]. Важно повышать осведомленность о проблемах психического здоровья в пожилом возрасте среди медицинских работников, лиц, осуществляющих уход, и самих пожилых людей [12].

**Выводы.** Больные достаточно критически относились к своей болезни и при этом опасались повторения приступов. Почти у всех больных сохранялась резидуальная аффективная симптоматика. Стертые гипоманиакальные или субдепрессивные состояния возникали аутохтонно либо в виде реакций на различные внешние раздражители.

Таким образом, депрессивные расстройства в позднем возрасте имеют ряд клинических особенностей, представляющих высокую суицидогенность. Преобладание в картине психоза тревожных депрессий, нередко с ажитацией; ипохондрических расстройств, включающих ипохондрические идеи от тревожных и фобических опасений до ипохондрического бреда с разнообразными алгическими сенсациями, повышают суицидальную опасность больных.

**Вклад авторов:** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Все авторы прочитали, рассмотрели и одобрили окончательную переработанную версию.

**Конфликт интересов** – не заявлен. Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

**Финансирование** – при проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

#### Литература:

1. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная терапия суицидального поведения // Медицинская психология в России. 2013. №2 (19). С. 27-31.
2. Васильев В.В., Ковалев Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. 2014. №1(14). С. 30-35.
3. Зотов П.Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа» как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии // Российский медикобиологический вестник им. И.П. Павлова. 2015. №4. С. 133-137.
4. Криворучко Ю.Д. Суицидальное поведение в позднем возрасте. М., 2017. С. 30-37.
5. Любов Е.Б. и др. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение 1 // Суицидология. 2018. №1 (30). С. 23-35.
6. Магурдумова Л.Г. Некоторые факторы, влияющие на формирование суицидального поведения у лиц позднего возраста // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ»: Тезисы. Казань, 2015. С.899.
7. Регуш Л.А. Проблемы психического развития и их предупреждение (от рождения до пожилого возраста). – СПб., 2016. С. 271-293.
8. Bennett S., Thomas A.J. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? // Maturitas. 2014 Oct. 79(2):184-90. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.
9. Bingham K.S. et al. Management of Late-Life Depression in the Context of Cognitive Impairment: a Review of the Recent Literature // Curr Psychiatry Rep. 2019 Jul 5;21(8):74. doi: 10.1007/s11920-019-1047-7.

#### Контактная информация:

**Куттыбаев Асылхан Дуйсенханович** – докторант по специальности ОЗ НАО «КазНМУ им С.Д.Асфендиярова» г.Алматы, Республика Казахстан.

**Почтовый адрес:** Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Толе би, 94.

**E-mail:** asul\_han@bk.ru

**Телефон:** +7 702 980 33 61

10. Blazer D.G. Depression in late life: review and commentary // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003 Mar. 58(3):249-65. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249.

11. ICD-10. WHO. 2019. <https://icd.who.int/browse-10/2019/en> (Дата обращения: 17.04.2022)

12. Lavretsky H. Does Late-Life Depression Accelerate Aging? // Am J Geriatr Psychiatry. 2023 Jan;31(1):10-13. doi: 10.1016/j.jagp.2022.09.003. Epub 2022 Sep 19.

13. Oberlin L.E. et al. Late-life depression accentuates cognitive weaknesses in older adults with small vessel disease // Neuropsychopharmacology. 2022 Jan. 47(2):580-587. doi: 10.1038/s41386-021-00973-z. Epub 2021 Feb 9.

14. McIntyre R.S., Lee Y. et al. The Efficacy of Psychostimulants in Major Depressive Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis // J Clin Psychopharmacol. 2017 Aug. 37(4):412-418. doi: 10.1097/JCP.0000000000000723.

#### References: [1-7]

1. Borisov I.V., Lyubov E.B. Diagnostika i ekzistsentsial'naya terapiya suitsidal'nogo povedeniya [Diagnostics and existential therapy of suicidal behavior]. *Medical psychology in Russia* [Meditsinskaya psikhologiya v Rossii]. 2013. No.2(19). pp.27-31. [in Russian]
2. Vasiliev V.V., Kovalev Yu.V., Imasheva E.R. Suitsidal'nye mysli pri depressivnom sindrome [Suicidal thoughts in depressive syndrome]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014. No. 1 (14). pp. 30-35. [in Russian]
3. Zotov P.B. Suitsidal'noe povedenie: rol' «vneshnego klyucha» kak elementa suitsidal'noi dinamiki i ob"ekta psikhoterapii [Suicidal behavior: the role of the "foreign key" as an element of suicidal dynamics and the object of psychotherapy]. *Rossiiskii medikobiologicheskii vestnik im. I.P. Pavlova* [Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov]. 2015. No.4, pp. 133-137. [in Russian]
4. Krivoruchko Yu.D. *Suitsidal'noe povedenie v pozdnem vozraste* [Suicidal behavior at a late age]. М., 2017. pp. 30-37. [in Russian]
5. Lyubov E.B. et al. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya i otsenka stepeni suitsidal'nogo riska. Soobshchenie 1 [Diagnosis of suicidal behavior and assessment of the degree of suicidal risk. Message 1]. *Suitsidologiya*. [Suicidology]. 2018. №1(30). pp.23-35. [in Russian]
6. Magurdumova L.G. Nekotorye faktory, vliyayushchie na formirovanie suitsidal'nogo povedeniya u lits pozdnego vozrasta [Some factors influencing the formation of suicidal behavior in late-aged people]. *Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhatriya na etapakh reform»*. [All-Russian scientific and practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reforms. Problems and prospects"]. Tezisy. Kazan, 2015. p. 899. [in Russian]
7. Regush L.A. Problemy psikhicheskogo razvitiya i ikh preduprezhdenie (ot rozhdeniya do pozhilogo vozrasta). [Problems of mental development and their prevention (from birth to old age)]. – SPb, 2016. pp. 271-293. [in Russian]