

УДК: 616.89-008.454-053.89

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Коршко И.Н., Радионова С.И., Бобык О.А.

**КЛИНИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, ЛНР

**Введение**

Связь депрессии с высоким риском суицида общеизвестна. На протяжении XX столетия, по данным обзорных публикаций, частота суицидов при депрессиях остается постоянной — их совершают около 15% больных [1, с.9]. Суицидальное поведение пожилых — актуальная проблема общественного здравоохранения в мире [2, с. 10; 3]. Наряду с депрессией одним из основных факторов суицидального риска, особенно значимым у лиц пожилого возраста, являются хронические соматические заболевания. Достаточно указать, что почти половина (42,85%) пожилых людей, совершающих суицид, имеют инвалидность по соматическому заболеванию [4, 5]. Частота депрессий, а, соответственно, и суицидальный риск, повышаются в процессе прогрессивного развития болезни [6].

К факторам, ассоциированным с депрессией в старшем возрасте, относятся: наличие тяжелых заболеваний, неконтролируемые боли, смерть любимого (близкого) человека, страх причинения другим членам семьи эмоционального и экономического ущерба, социальная изоляция и одиночество, изменения в социальных ролях (например, уход на пенсию), злоупотребление алкоголем, перенесенные в прошлом депрессивные эпизоды, наличие депрессий у близких родственников, статус вдовы (вдовца), бедность, проживание в резидентном учреждении, недостаток социальной поддержки, личностные особенности [7].

Стоит отметить, что любой из этих пунктов сам по себе не является прямым указателем на наличие суицидальных планов у человека, но важно помнить, что совокупность нескольких факторов и резкое изменение поведения человека, являются серьезной причиной опасаться угрозы суицида пожилого человека. И, конечно, все эти пункты становятся наиболее

значимыми, если в жизни человека уже были предыдущие попытки самоубийства [8, с.67].

Причинами манифестации депрессии у лиц пожилого возраста могут быть сложные жизненные обстоятельства, в том числе, интенсивная стрессовая нагрузка (например, боевые действия). Обусловленная депрессией социальная изоляция и общая несостоятельность возрастных людей усиливает их стигматизацию по возрастному признаку и вытеснение на обочину социальной жизни [9, с.14].

Старческая депрессия может быть трудно выявляема [10, с.79]. Симптомы можно спутать с обычным стрессом или трактовать как свойственные возрасту. Поэтому депрессия может остаться не диагностированной и нелеченной. Так, некоторые исследования показали, что многие пожилые люди, умершие в результате самоубийства (до 75%) посещали своего лечащего врача в течение месяца, предшествовавшего самоубийству [11; 12, с.14-51].

Депрессия может возникать одновременно с соматическим или органическим заболеванием, предшествовать ему, или развиваться позже [13, с. 162; 14]. Таким образом, независимо от предполагаемых причин возникшего расстройства, при обследовании и терапии пациентов пожилого возраста с хроническими заболеваниями важным аспектом является выявление аффективных расстройств и оценка суицидального риска.

Целью данной работы являлось изучение характера и степени выраженности суицидального риска у пациентов пожилого возраста с депрессивным расстройством на фоне хронически рецидивирующего течения различного рода соматических и органических заболеваний.

**Материал и методы исследования**

Было обследовано 69 человек — 28 (41%) мужчин и 41 (59%) женщина в возрасте от 62

до 81 года, обратившихся за медицинской помощью и получавших лечение у психиатра. Наряду с разного рода депрессивными расстройствами у данной группы лиц наблюдалась рецидивирующая соматическая и органическая патология. В основную группу вошли пациенты, из которых: 24 (35%) человека страдали хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), 18 (27%) человек хроническим бронхитом с астматическим компонентом и бронхиальной астмой, 12 (18%) человек с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с сопутствующими им дискинезией желчевыводящих путей и панкреатитом); 14 (20%) человек с органической дисфункцией головного мозга различного генеза, преимущественно энцефалопатией 2-й или 3-й степени смешанного генеза (сосудистая, посттравматическая, постгипоксическая, постинтоксикационная). Не обследовались пациенты с выраженной деменцией. Контрольную группу составили пациенты с аналогичными психическими расстройствами в сопоставимом возрасте, но без рецидивирующих соматических или органических заболеваний. Нозологическая структура изучаемой группы распределена в порядке убывания по частоте встречаемости (МКБ-10): аффективные расстройства, органические психические расстройства, расстройства адаптации и расстройства шизофренического спектра.

Для скрининга использовались: клинико-психопатологический метод, включающий сбор и изучение анамнеза, описание психического статуса больного. Для определения выраженности, доминирования и характеристик мыслей, желаний и планов, связанных с суицидом использовалась шкала суицидального мышления (SSI), по которой оценивались суицидальные наклонности больного по трехбалльной шкале. Для оценки выраженности депрессии применялась шкала Монтгомери-Асберг (MADRS), где балл от 0 до 15 оценивался как отсутствие депрессии, от 16 до 25 как легкая депрессия, от 26 до 30 – умеренная депрессия, а выше 30 баллов – тяжелая депрессия. Для уточнения уровня суицидальных идей использовалась шкала Бека (BDI), пункт суицидальность. Стремление к реализации суицидальных мыслей и замыслов, а также степень уверенности в летальности метода суицидальной попытки оценива-

лись по шкале суицидальных интенций Пирса (PSIDS), для исследования уровня тревоги использовалась шкала Шихана (SARS), для исследования уровня социальной адаптации использовалась шкала самооценки социальной адаптации (SAS-SR). Для верификации диагноза использовались инструментальные методы исследования (электроэнцефалография, компьютерная томография).

При обработке полученного материала использовались методы описательной статистики, методы статистического наблюдения и факторный анализ. Все признаки, подлежащие изучению, измерены в номинальной шкале. Для статистического анализа признаков использовались абсолютные и относительные показатели (проценты). Статистическая обработка проводилась с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди контингента обследуемых несколько преобладало городское население (57,6%). Средний возраст женщин в основной группе составил  $62 \pm 8,2$ , мужчин  $62 \pm 6,8$  года, что было сопоставимо с контрольной группой. Впервые поступили в психиатрический стационар в связи с суицидальными тенденциями 68,3% пациентов, из них 51,2% были доставлены без их согласия по настоянию родственников или органов опеки. Повторно поступило по основному заболеванию с суицидальными тенденциями, в том числе, в анамнезе, 41,7% человек. У всех поступивших пациентов в первом случае суицидальные мысли отмечались в 78,5% случаев, суицидальный замысел в 12,6% случаев, суицидальные намерения в 7,4% случаев, суицидальные попытки в 1,5% случаев. У повторно поступивших больных суицидальные мысли отмечались в 53,2% случаев, суицидальный замысел в 23,5% случаев, суицидальные намерения в 18,4% случаев, суицидальные попытки в 4,9% случаев. Наличие алкогольного опьянения у пациентов основной группы было зарегистрировано в 6,3% случаев.

Анализ анамнестических данных и медицинской документации позволил выявить у 47 (68%) пациентов основной группы тяжелую кардиальную патологию (в 38% случаев - перенесенный инфаркт миокарда, в 42% - ИБС, в 32% - гипертоническую болезнь 2-й, в редких случаях 3-й, степени), в 56% случаев у больных отмечалась сочетанная кардиальная патоло-

гия. У 11(16%) больных были диагностированы заболевания дыхательной системы в виде хронического бронхита с астматическим компонентом, бронхиальной астмы, практически всегда сочетающейся с дыхательной недостаточностью. У 4(7%) пациентов отмечалась патология со стороны желудочно-кишечного тракта в виде перенесенной и часто рецидивирующей язвенной болезни и вторичной дискинезии желчевыводящих путей с рефлексорным или сопутствующим панкреатитом. Органическая дисфункция головного мозга, преимущественно сложного (сосудистая, посттравматическая, постгипоксическая, интоксикационная) генеза отмечалась у 7(9%) пациентов, что выражалось психическими расстройствами в виде психоорганического синдрома смешанного или эксплозивного варианта. В группе сравнения этот показатель составлял 49,6% и по тяжести сопутствующей симптоматики был менее выражен. Ввиду приема антипсихотических препаратов во время пребывания в психиатрическом стационаре ухудшалось течение хронической соматической и органической патологии.

Анализ диагностического психометрического исследования выявил в 87,1% случаев по шкале MADRS от 26 до 39 баллов, что соответствовало уровню умеренной и тяжелой депрессии. Объективные признаки подавленности отмечались в 96,3% случаев. Каждый второй пациент испытывал проблемы со сном и чувство внутреннего напряжения. В 76,9% случаев пациентами высказывались пессимистические идеи собственной несостоятельности, никчемности, обузы для других.

Наличие тревоги было выявлено у 79,9% больных, причем наиболее выраженной (по шкале Шихана от 48 до 69 баллов) она была у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, с выраженностью от 30 до 57 баллов - при заболеваниях дыхательной системы. При этом у пациентов была выражена тревога за свое здоровье, страх смерти, сочетающийся с желанием умереть. Симптомы тревоги присутствовали и при других сопутствующих заболеваниях. Так, при органической дисфункции головного мозга уровень тревожности колебался от 27 до 59 баллов и прямо пропорционально зависел от тяжести течения сопутствующей патологии, в некоторых случаях сопровождаясь ажитированным поведением.

При заболеваниях ЖКТ уровень тревож-

ности был менее выражен и был представлен баллами от 18 до 34. Пациенты предъявляли жалобы, наряду с болезненно пониженным настроением, на нарастающую тревогу в связи с неизлечимым, с точки зрения больных, заболеванием, и все их действия были направлены на выяснения недуга. В беседе с пациентами были отмечены факторы, влияющие на уровень переживаний, связанные со старением, снижением социального и личностного функционирования, как в обществе, так и в личной жизни, боязнь остаться одному. Нередко при обследовании данного контингента отмечались жалобы ипохондрического характера, в 6,5% случаев чувство тоски.

У пациентов с органической дисфункцией головного мозга преобладала в 67,4% случаев тревожная депрессия, из которых в 8,7% случаев она носила ажитированный характер.

Уровень суицидального риска был достаточно высоким и включал в 2,4% случаев повторные суицидальные намерения.

Полученные данные подтверждают мнение о том, что ведущими суицидоопасными синдромами в инволюционном периоде являются депрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, депрессивно-параноидный, но наиболее опасным – тревожно-депрессивный, при этом клинически нередко трудно определить, является ли расстройство тревожной депрессией или тревогой с депрессивной симптоматикой.

По шкале SSI 69,3% пациентов набрали балл от 12 до 25, что соответствовало умеренному и повышенному суицидальному риску. Повторить суицидальную попытку испытывали желание 31,8% больных, причем уровень социальной дезадаптации по шкале самооценки социальной адаптации (SAS-SR) был достаточно высоким.

Анализ причинно-следственных связей показал, что у наблюдаемых пациентов выраженность суицидального риска определяется, наряду с выраженной психопатологической симптоматикой и тяжелым течением сопутствующего заболевания, нарушениями социальных контактов – одиночество, смерть близкого человека, потеря независимости и т. д.. Анализ результатов по шкале Бека (пункт суицидальность) показал, что у 62,4% обследуемых возникали суицидальные мысли, которые они не собирались осуществить, у 27,4% обследуемых возникали повторные желания, а 10,2% пациентов хотели покончить

с собой. Полученные результаты по шкале суицидальных интенций Пирса выявили, что 67,6% обследуемых были уверены в летальности способа суицидальной попытки.

Ряд симптомокомплексов депрессий коррелировал с высоким суицидальным риском: генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства; дисфорический аффект; убеждение в собственной неизлечимости, наличии тяжелой болезни; чувство вины; мучительная бессонница. Нарушения сна, особенно полная бессонница, а также нарастание депрессивной симптоматики в ранние утренние часы, входят в число причин самоубийств, совершаемых по ночам или на рассвете. Суицидальный риск был выше при ажитированных депрессиях, а также при смешанных состояниях. Однако в ряде случаев больные принимали решение о самоубийстве не в связи с сильным психомоторным возбуждением и тревогой, а из-за интенсивных идей самообвинения, чувства безысходности, безнадежности, одиночества.

Чаще суицидальные попытки у обследуемых больных (76,3%) совершались в вечернее и ночное время, что объясняется нарастанием тревоги и депрессии во второй половине дня. В выборе способа суицидальной попытки у женщин преобладали самоотравление и отказ от еды, у мужчин наряду с самоотравлением отмечались самопорезы, воздействие электрошоком, самоповешение. Как мужчины, так и женщина в половине случаев критически оценивали суицидальный акт.

Таким образом, суицидальное поведение

в пожилом возрасте имеет свои характерные особенности. К факторам, усугубляющим его степень, относятся не только тяжесть основного заболевания, но и наличие тяжелой сопутствующей соматической или органической патологии, которая в пропорциональном соотношении усугубляет тяжесть психопатологической симптоматики с одной стороны, а лечение психотропными препаратами может осложнить характер соматического или органического заболевания - с другой.

В структуре аффективных нарушений помимо симптомов депрессии преимущественно средней и тяжелой степени, наблюдалась тревожная, ипохондрическая симптоматика и явления ажитации. Характер и тяжесть сопутствующей патологии зачастую обуславливали клиническую характеристику депрессивного расстройства. Так, при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем преобладала тревожно-депрессивная симптоматика, при органических заболеваниях головного мозга - тревожная и тревожно-ажитированная депрессия, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта - тревожно-ипохондрическая или сенесто-ипохондрическая депрессия. Высокий уровень депрессии в сочетании с тревожностью обуславливал нарастание чувства внутреннего напряжения и дискомфорта, приводящее к диссомнии, что могло явиться пусковым механизмом перехода внутренних форм суицидальности в суицидальный акт.

Полученные данные позволяют улучшить профилактику и диагностику суицидального поведения в пожилом возрасте.

*Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Коришко И.Н., Радионова С.И., Бобык О.А.*

#### КЛИНИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, ЛНР

Наряду с депрессией одним из основных факторов суицидального риска, особенно значимым у лиц пожилого возраста, являются хронические соматические заболевания. Частота депрессий, а соответственно и суицидальный риск, повышаются в процессе прогрессивного развития заболевания. Старческая депрессия может быть трудно выявляема.

Депрессия может возникать одновременно с соматическим или органическим заболеванием, предшествовать ему, или развиваться позже, поэтому важным аспектом является выявление аффективных расстройств и оценка суицидального риска.

Целью данной работы являлось изучение характера и степени выраженности суицидального риска у пациентов пожилого возраста с депрессивным расстройством на фоне хронически рецидивирующего течения различного рода соматических и органических заболеваний.

Материал и методы исследования. Было обследовано 69 человек – 28 (41%) мужчин и 41 (59%) женщина в возрасте от 62 до 81 года, обратившихся за медицинской помощью и получавших лечение у психиатра. Для скрининга использовались: клинико-психопатологический метод,

включающий сбор и изучение анамнеза, описание психического статуса больного. Для определения выраженности, доминирования и характеристик мыслей, желаний и планов, связанных с суицидом использовалась шкала суицидального мышления (SSI). Для оценки выраженности депрессии применялась шкала Монтгомери-Асберг (MADRS). Для уточнения уровня суицидальных идей использовалась шкала Бека (BDI), пункт суицидальность. Стремление к реализации суицидальных мыслей и замыслов, а также степень уверенности в летальности метода суицидальной попытки оценивались по шкале суицидальных интенций Пирса (PSIDS). Для исследования уровня тревоги использовалась шкала Шихана (SARS), для исследования уровня социальной адаптации использовалась шкала самооценки социальной адаптации (SAS-SR).

Результаты исследования. В структуре аффективных нарушений помимо симптомов депрессии преимущественно средней и тяжелой степени, наблюдалась тревожная, ипохондрическая симптоматика и явления ажитации. Характер и тяжесть сопутствующей патологии зачастую обуславливали клиническую характеристику депрессивного расстройства. Так, при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем преобладала тревожно-депрессивная симптоматика, при органических заболеваниях головного мозга - тревожная и тревожно-ажитированная депрессия, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта - тревожно-ипохондрическая или сенесто-ипохондрическая депрессия. Высокий уровень депрессии в сочетании с тревожностью обуславливал нарастание чувства внутреннего напряжения и дискомфорта, приводящее к диссомнии, что могло явиться пусковым механизмом перехода внутренних форм суицидальности в суицидальный акт.

Выводы. Выявлено, что частота и выраженность суицидальных тенденций зависит не только от тяжести основного заболевания, но и от часто рецидивирующей или инвалидизирующей соматической патологии, причем тяжелая сопутствующая патология влияла не только на тяжесть, но и на характер депрессивного расстройства.

Ключевые слова: депрессия, суицидальный риск, пожилой возраст, клинические особенности.

***Rachkauskas G.S., Romashova T.I., Korshko I.N., Radionova S.I., Bobyk O.A.***

#### CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF DEPRESSIVE DISORDERS WITH SUICIDAL RISK IN ELDERLY AGE

State Establishment of Lugansk People's Republic «Lugansk State Medical University named after St. Luke», lugansk, LPR

Along with depression, one of the main factors of suicidal risk, especially significant in the elderly, are chronic somatic diseases. The frequency of depression, and therefore suicidal risk, increases in the process of progressive development of the disease. Older depression can be difficult to detect.

Depression can occur simultaneously with a somatic or organic disease, precede it, or develop later, so an important aspect is the identification of affective disorders and an assessment of suicidal risk.

The purpose of this work was to study the nature and extent of suicide risk in elderly patients with a depressive disorder against the backdrop of a chronically recurring course of various types of somatic and organic diseases.

Material and methods of investigation. A total of 69 people were examined - 28 (41%) men and 41 (59%) women aged 62 to 81 years who sought medical help and received treatment from a psychiatrist. For screening used: clinical and psychopathological method, which includes the collection and study of an anamnesis, a description of the patient's mental status. To determine the severity, dominance and characteristics of thoughts, desires and plans associated with suicide, the Suicidal Thinking Scale (SSI) was used. To assess the severity of depression, the Montgomery-Asberg scale (MADRS) was used. To clarify the level of suicidal ideation, the Beck scale (BDI), the point of suicide, was used. The desire to implement suicidal thoughts and intentions, as well as the degree of confidence in the lethality of the method of suicide attempt, were assessed on the scale of Suicide's intentions of Pierce (PSIDS). To study the level of anxiety, the Shihan scale (SARS) was used, and the Social Adaptation Self-Assessment Scale (SAS-SR) was used to study the level of social adaptation.

Results of the study. In the structure of affective disorders, in addition to the symptoms of depression, predominantly moderate and severe, anxiety, hypochondriac symptoms and agitation were observed. The nature and severity of the concomitant pathology often led to a clinical characterization of the depressive disorder. Thus, with the diseases of the cardiovascular and respiratory systems, anxiety-

depressive symptoms prevailed, with organic brain diseases-anxious and anxious-agitated depression, in diseases of the gastrointestinal tract-anxious-hypochondriac or senesto-hypochondriac depression. A high level of depression combined with anxiety caused an increase in feelings of internal tension and discomfort, leading to a disomnia, which could be the trigger mechanism for the transition of internal forms of suicide to a suicidal act.

Conclusions. It was revealed that the frequency and severity of suicidal tendencies depends not only on the severity of the underlying disease, but also on the often recurrent or disabling somatic pathology. And severe concomitant pathology influenced not only the severity, but also the nature of the depressive disorder.

Key words: depression, suicidal risk, elderly age, clinical features.

### *Литература*

1. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение. Смоленск: СГМА; 2000: 156.
2. Предупреждение суицидов: глобальный императив. Женева: ВОЗ; 2014: 102.
3. Spicar R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. of Public Health.* 2000; 90: 1885-1891.
4. Ваулин С.В. Терапия суицидального поведения. *Врач.* 2011; 14: 72-74.
5. Трунов Д.Г. Определение суицида: поиск критериев. *Суицидология.* 2016; 1(22): 64-67.
6. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Уровни суицидов и назначение антидепрессантов: неоднозначные взаимосвязи. *Суицидология.* 2016; 3(24): 40-53.
7. Психосоматические расстройства в клинической практике. Под ред. Смуглевича А.Б.. М.: МЕДпресс – информ; 2016. 776.
8. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск. СГМА; 2012. 256.
9. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги; 2006. 472.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике. Санкт-Петербург: АДИС; 2012. 304.
11. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар. *Психическое здоровье.* 2012; 4: 33-36.
12. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 60.
13. Шелехов И.Л., Кортиев А.Н., Гребенникова Е.В. Суицидология: история и современные представления. Учебное пособие. Томск; 2016. 300.
14. Katona C.L.E., Katona P. M. Geriatric depression scale can be used in older people primary care. *BMJ.* 1997; 7117: 1236 – 1236.

### *References*

1. Lapitskii M.A., Vaulin S.V. Suitsidal'noe povedenie [Suicidal behavior]. Smolensk: SGMA; 2000: 156 (in Russian).
2. Preduprezhdenie suitsidov: global'nyi imperativ [Prevention of suicides: a global imperative]. Zheneva: VOZ; 2014: 102 (in Russian).
3. Spicar R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. of Public Health.* 2000; 90: 1885-1891.
4. Vaulin S.V. Terapiya suitsidal'nogo povedeniya [Therapy of suicidal behavior]. *Vrach.* 2011; 14: 72-74 (in Russian).
5. Trunov D.G. Opredelenie suitsida: poisk kriteriev [Definition of suicide: the search for criteria]. *Suitsidologiya.* 2016; 1(22): 64-67 (in Russian).
6. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Urovni suitsidov i naznachenie antidepressantov: neodnoznachnye vzaimosvyazi [Levels of suicides and the appointment of antidepressants: an ambiguous relationship]. *Suitsidologiya.* 2016; 3(24): 40-53 (in Russian).
7. Psikhosomaticheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike [Psychosomatic disorders in clinical practice]. Pod red. Smulevicha A.B.. M.: MEDpress – inform; 2016. 776 (in Russian).
8. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. Suitsidy i suitsidal'nye popytki (klinika, diagnostika, lechenie) [Suicides and suicide attempts (clinic, diagnosis, treatment)]. Smolensk. SGMA; 2012. 256 (in Russian).
9. Yur'eva L.N. Klinicheskaya suitsidologiya: Monografiya [Clinical Suicidology: Monograph]. Dnepropetrovsk: Porogi; 2006. 472 (in Russian).
10. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskoe opisanie i ukazaniya po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines]. Sankt-Peterburg: ADIS; 2012. 304 (in Russian).
11. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. Otsenka suitsidal'nogo riska pri gospitalizatsii v psikhiatricheskii statsionar [Assessment of suicidal risk in hospitalization in a psychiatric hospital]. *Psikhicheskoe zdorov'e.* 2012; 4: 33-36 (in Russian).
12. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 60.
13. Shelekhov I.L., Kortiev A.N., Grebennikova E.V. Suitsidologiya: istoriya i sovremennye predstavleniya. Uchebnoe posobie [Suicidology: history and modern ideas]. Tomsk; 2016. 300(in Russian).
14. Katona C.L.E., Katona P. M. Geriatric depression scale can be used in older people primary care. *BMJ.* 1997; 7117: 1236 – 1236.

Поступила в редакцию 24.01.2018