CZU: 159.922.63:616.89-008:159.9.072 **DOI:** https://doi.org/10.5281/zenodo.7357501

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ПО ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мухаббат ДЖАКУПОВА, Наталья ХОН, Сергей СКЛЯР, Максат ДЖАКУПОВ
Казахстан

В статье представлен литературный обзор современных исследований по теме диагностики суицидального риска у лиц пожилого возраста. По данным ВОЗ, к пожилым относятся люди в возрасте 60-74 лет, к старческим - люди в возрасте 75-90 лет. Возраст старше 60 лет является одним из предикторов риска завершенных самоубийств по ряду причин. В статье проанализированы исследования, направленные на определение и изучение факторов суицидального поведения в пожилом возрасте, а также методы диагностики суицидального риска в этой возрастной группе. Средства диагностики должны учитывать, как удобство использования, так и степень сохранности познавательной активности у лиц данной возрастной группы. Целью данной статьи является анализ и систематизация существующих исследований по диагностике суицидального риска у лиц пожилого возраста и перспектив их дальнейшего изучения.

Ключевые слова: *суицид, суицидальное поведение, пожилой возраст, старость, психодиагностика, тесты, тестирование.*

LITERATURE REVIEW ON THE DIAGNOSTICS OF SUICIDAL RISK IN ELDERLY PERSONS

The article presents a literature review of modern research on the topic of diagnosing suicidal risk in the elderly. According to WHO, the elderly are people aged 60-74 years, the senile are people aged 75-90 years. Age over 60 is one of the predictors of the risk of completed suicides in a number of ways. The article analyzes studies aimed at determining and studying the factors of suicidal behavior in the elderly, as well as methods for diagnosing suicidal risk in this age group. Diagnostic tools should take into account both ease of use and the degree of preservation of cognitive activity in individuals of this age group. The purpose of this article is to analyze and systematize existing studies on the diagnosis of suicidal risk in the elderly and the prospects for their further study.

Keywords**:** *suicide, suicidal behavior, the elderly, old age, psychodiagnostics, tests, testing.*

Введение

Для понимания материала изложенного в данной статье мы приводим определения используемых терминов. Суицид, согласно Всемирной организации здравоохранения, – акт умышленного убийства самого себя [1]. Суицидальное поведение – это типы поведения, включающие мысли о

суициде, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид [1]. Суицидальная попытка – любой вид изначально не летального суицидального поведения, куда относят самоотравление, нанесение самому себе травмы или иного повреждения, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода [2].

Факторы суицидального риска – факторы, которые могут прямо обусловливать суицидальное поведение или способствовать ему опосредованно, повышая восприимчивость индивида к развитию психических расстройств [2].

Классификацией Всемирной организации здравоохранения установлено: 18 - 44 лет – молодой возраст, 45 - 59 лет – средний возраст; 60 - 74 года – пожилой возраст, 75 - 90 лет – старческий возраст; старше 90 лет – долгожители [3]. Группа включения: 60 лет и старше.

Пенсионный возраст для мужчин составляет 63 года, для женщин – 60 лет (в 2021 году). В соответствии со ст.11 Закона РК «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан» [4] пенсионный возраст для женщин повышается ежегодно по 6 месяцев в течение 10 лет до 2027 года.

Актуальность проблемы

Для Казахстана проблема самоубийств в пожилом возрасте является особо актуальной, поскольку и по общему уровню смертности от суицидов, и по показателям для пожилых наша республика входит в группу высокого риска. Суицидальное поведение у пожилых людей является серьезной проблемой общественного здравоохранения во многих странах. Хотя люди старше 65 лет составляют десятую часть населения, среди них отмечается четверть всех самоубийств [5]. Согласно данным, предоставляемым Генеральной прокуратурой Республики Казахстан, в период с 2017 по 2020 годы лицами старше 65-ти лет было совершено 1345 завершенных суицидов и 625 суицидальных попыток. Таким образом, на одну суицидальную попытку приходится 2,152 завершенных суицида, что говорит о том, что в пожилом возрасте суицид чаще приводит к смерти.

Г.В. Старшенбаум выделяет следующие причины данной закономерности: пожилые люди планируют суицид более тщательно и используют более смертоносные методы; у пожилых людей меньше шансов быть обнаруженными и спасенными; физическая слабость пожилых людей означает, что они с меньшей вероятностью оправятся от попытки [5].

Результаты многочисленных исследований указывают на то, что уровень суицидов среди лиц пожилого и старческого возрастов высок не только в Казахстане, но и в других странах. I.Conejero, J.Lopez-Castroman, L.Giner и E.Baca-Garcia обращают внимание на то, что пожилые мужчины

и женщины демонстрируют самый высокий уровень самоубийств почти во всех странах [6, 2]. Согласно Y.Conwell и C.Thompson, уровень самоубийств среди пожилых достигает 48,7 на 100 000 в США среди белых мужчин и 140 на 100 000 в сельских районах Китая для мужчин [7]. В подавляющем большинстве стран уровень самоубийств среди лиц пожилого и старческого возраста значительно выше, чем в более молодых возрастных группах [8]. Как указывают A.Shah, R.Bhat, S.Zarate-Escudero, D.DeLeo и A.Erlangsen, уровень самоубийств увеличивается с возрастом среди людей старше 60-ти лет [9].

Тем временем, в отечественной клинической психологии отсутствует достаточный инструментарий для диагностики суицидального риска у лиц пожилого возраста. Таким образом, актуальность данной статьи заключается в необходимости систематизации существующих отечественных и зарубежных исследований по данной тематике с целью дальнейшей разработки психодиагностического инструментария для диагностики суицидального риска у лиц пожилого и старческого возрастов.

Оценка риска потенциального суицидального поведения остается очень сложной задачей, поскольку существует множество факторов риска, которые очень сложно оценить. Многочисленные исследования показывают, что суицидальное поведение – результат сложного взаимодействия различного рода биологических, психологических и социальных факторов [10, 11].

Согласно результатам исследования, проведенного A.Bonnewyn, A.Shah и K.Demyttenaere, среди факторов суицидального риска у лиц пожилого возраста основными являются потеря супруга (супруги), наличие психических расстройств, физическое заболевание и тяжелая утрата [12].

В систематическом обзоре, проведенном авторами Хорхе Валера Ортин и Марией Изабель Лусерон Лукас-Торрес, было обнаружено, что преимущественными факторами суицидального риска среди лиц старше 60-ти лет являются серьезные психические расстройства, депрессия, и предыдущие попытки самоубийства [13].

По результатам исследования, проведенного авторами Conwell Y., Duberstein P.R. и Caine E.D., психические расстройства играют роль в самоубийствах пожилых людей, наряду с физическим состоянием, функциональными нарушениями и социальными проблемами [14]. Согласно авторам данного исследования, помимо физических условий, влияние на самоубийство оказывают депрессия, биполярное расстройство, тревожные и психотические расстройства. Согласно C.E. Allan, V.Valkanova и K.P. Ebmeier, среди этих расстройств депрессия часто

недооценивается и недостаточно лечится у пожилых людей [15]. R.C. Oshaar, D.C. van der Veen, N.Kapur, I.Hunt, A.Williams и N.A. Pachana утверждают, что тревожные расстройства в сочетании с депрессией также играют важную роль, поскольку они являются причиной суицидной смерти каждого шестого пожилого человека [16].

В свою очередь, R.F. Baumeister и M.R. Leary указывают на то, что пожилые люди сталкиваются с несколькими ситуациями социального стресса и с неблагоприятным социальным опытом, таким как выход на пенсию, смерть супруга или отсутствие новых интимных отношений [17,18]. A.M. White, G.S. Philogene, L.Fine и S.Sinha обращают внимание на то, что качество воспринимаемой социальной поддержки пожилыми людьми тесно связано с их субъективным состоянием здоровья [19].

K.E. Harrison, A.Y. Dombrovski и J.Q. Morse провели поперечное исследование пациентов с депрессией, с суицидальными попытками в анамнезе, участников с депрессией и без депрессии в возрасте 60-ти лет и старше [20]. По результатам данного исследования авторы указали на следующие социальные факторы суицидального риска среди пожилых: во-первых, суицидальные пациенты сообщили о низкой социальной поддержке, во-вторых, о низком чувстве принадлежности и, в-третьих, о высоком уровне хронических межличностных трудностей. Представленные результаты подтверждают важность социальных факторов при оценке суицидального риска среди лиц пожилого возраста.

В нескольких представленных исследованиях оценивались когнитивные способности пожилых людей, пытающихся покончить жизнь самоубийством. Полученные авторами результаты указали на исполнительную дисфункцию в этой популяции. У пациентов с депрессией в возрасте 60-ти лет и старше Dombrovski A.Y., Butters M.A. и Reynolds C.F. оценивали как исполнительные функции, так и глобальные когнитивные способности с помощью интервью для руководителей (EXIT25) и шкалы оценки деменции (DRS), соответственно [21]. У респондентов, которые имели в анамнезе попытки самоубийства, были значительно снижены показатели по общему баллу DRS, а также по субшкалам памяти и внимания. Они также показали худшие результаты по EXIT25 независимо от сопутствующего соматического заболевания, тяжести депрессии, употребления психоактивных веществ или психотропных препаратов. Авторы исследования утверждают, что изменения в принятии решений и нарушение распознавания социальных эмоций лежат в основе снижения способности решать проблемы, что может привести к суицидальным мыслям.

Проанализировав доступную литературу по данной тематике, авторами статьи было обнаружено, что самыми популярными шкалами для оценки суицидального риска являются шкалы Бека. Для оценки суицидального риска А.Бек и соавторы предлагают шкалу суицидальных мыслей (SSI) [22]. В своем исследовании А.Бек со своими соавторами применили к 3701 амбулаторному пациенту, обратившимся за психиатрическим лечением, шкалы для измерения текущих суицидальных мыслей (SSI-C), суицидальных мыслей в худший период жизни пациента (SSI-W) и безнадежности (BHS). Тридцать пациентов из этой выборки в конце концов покончили жизнь самоубийством в среднем через 4 года после первоначальной оценки. Основываясь на пороговых значениях, полученных из анализа рабочих характеристик приемника (ROC), авторы исследования обнаружили, что SSI-W имеет отношение шансов 13,84 для прогнозирования самоубийства, тогда как SSI-C и BHS имели отношение шансов 5,42 и 6,43. соответственно. Оценка суицидальных мыслей в их наихудшей точке позволяет выявить подгруппу пациентов с относительно высоким риском возможного самоубийства [23]. Помимо шкал, в которых суицидальный риск оценивается специалистом, в научной среде используются также шкалы самоотчета. Шкала Бека для суицидальных мыслей (BSI) состоит из 21 пункта самоотчета для обнаружения и измерения текущей интенсивности специфических мыслей, поведения и планов совершить самоубийство в течение последней недели [24].

Так как многочисленные исследования указывают на связь суицидального поведения с депрессией, при оценке риска суицида могут использоваться также и шкалы, предназначенные для оценки степени депрессии. Шкала депрессии Бека, как и шкала депрессии Бека-2, представляет собой самоотчет из 21 пункта [25]. Обе шкалы содержат один и тот же пункт, связанный с самоубийством, состоящий из 4 вариантов ответов: 1 («У меня нет мыслей о самоубийстве»), 2 («У меня есть мысли о самоубийстве, но я бы не стал их выполнять»), 3 («Я хотел бы убить себя») и 4 («Я бы убил себя, если бы у меня был шанс»).

Также для оценки суицидального риска предлагается использовать шкалу безнадежности Бека (BHS). Данная шкала представляет собой инструмент, состоящий из 20 верно-ложных утверждений, предназначенных для оценки степени положительных и негативных представлений о будущем в течение прошлой недели [26]. В одном из исследований Бек и его соавторы выяснили, что безнадежность в 1,3 раза важнее депрессии для объяснения суицидальных мыслей [27].

В зарубежной практике широко используется шкала оценки суицида (SUAS), созданная для измерения суицидальных наклонностей с течением времени. Авторами рассмотренного нами исследования данная шкала была применена к 191 лицу, пытавшемуся покончить с собой. Восемь пациентов совершили самоубийство в течение 12 месяцев после оценки SUAS. Помимо преклонного возраста, высокие баллы по шкале SUAS были значимыми предикторами суицида [28]. Для оценки суицидального риска, Миллер, Норман, Бишоп и другие предлагают использовать модифицированную шкалу суицидальных мыслей (MSSI). Данная шкала представляет собой пересмотренную версию шкалы суицидальных мыслей (SSI) [29].

А.Г. Амбрумова предложила шкалу внутреннего суицидального поведения [30]. Автор выделяет три ступени шкалы готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения. Первая ступень – пассивные суицидальные мысли – характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Вторая ступень – суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия. Третья ступень – суицидальные намерения – предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Б.Любан-Плоцца и соавторы провели опросник для определения риска суицида, установив, что он становится тем выше, чем больше ответов «да» на вопросы 1-11 и «нет» – на вопросы 12-16 [31]. Н.Пезешкиан (1996) разработал опросник для больных с суицидальными тенденциями, основанный на диагностике четырех ведущих сфер жизнедеятельности человека: тело/ощущения — профессия/деятельность — контакты — фантазии/будущее [32]. Как указывает Г.Н. Старшенбаум, оценка степени суицидального риска, локализация терапевтических мишеней и контроль терапевтической динамики осуществляется с помощью шкал, разработанных в различных суицидологических центрах, например, в Лос-Анджелесском [5].

Наиболее используемыми методиками для оценки суицидального риска являются шкалы Бека: шкала суицидальных мыслей (BSI), шкала безнадежности Бека (BHS), шкала депрессии Бека (BDI), а также: шкала оценки суицида (SUAS), шфкала внутреннего суицидального поведения по А.Г. Амбрумовой. Однако методик для оценки суицидального риска у лиц пожилого и старческого возрастов практически нет. Проанализировав

доступную литературу по данной тематике, авторы пришли к заключению о необходимости конструирования подобного диагностического инструментария для работы с пожилыми людьми.

Литература:

1. WHO Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: World Health Organisation (2014). Available online at: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en
2. «Предотвращение самоубийств. Глобальный императив» – Всемирная организация здравоохранения, 2014. 102 с.
3. https://gazeta-bam.ru/news/media/2017/1/20/klassifikatsiya-vozrastov-prinyataya-vsemirnoj-organizatsiej-zdravoohraneniya-voz/
4. https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1300000105
5. СТАРШЕНБАУМ Г.В. *Суицидология и кризисная психотерапия*. Москва: «Когито-Центр», 2005. 205 с.
6. CONEJERO I., LOPEZ-CASTROMAN J., GINER L., BACA-GARCIA E. Sociodemographic antecedent validators of suicidal behavior: a review of recent literature. In: *Curr Psychiatry Rep*., 2016. 18(10):94.
7. CONWELL Y., THOMPSON C. Suicidal behavior in elders. In: *Psychiatr Clin North Am*, 2008. 31(2):333–356.
8. WAERN, M.A, RUBENOWITZ, E.B, WILHELMSON, K.B. Predictors of Suicide in the Old Elderly. In: *Gerontology*, 2003;49:328–334.
9. SHAH A., BHAT R., ZARATE-ESCUDERO S., De LEO D., ERLANGSEN A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. In: *Aging. Ment. Health*, 2016; 20(2):131–138.
10. «*Суицид среди детей в Казахстане*». Специальный доклад консультанта детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан, Робина Н. Хаарр. Астана, 2014 г. 31 с.
11. BEAUTRAIS, A.L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000, vol.34, pp.420-436.
12. BONNEWYN A., SHAH A., DEMYTTENAERE K. Suicidality and suicide in older people. In: *Rev Clin Gerontol*, 2009. 19(4):271–294.
13. *Suicide related factors in the elderly: A systematic review*. Jorge Valera Ortín, María Isabel Lucerón Lucas-Torres 2021 Oct 8;95:e202110166.
14. CONWELL Y., DUBERSTEIN P.R., CAINE E.D. Risk factors for suicide in later life. In: *Biol Psychiatry*, 2002. 52(3):193–204.
15. ALLAN C.E., VALKANOVA V., EBMEIER K.P. Depression in older people is underdiagnosed. In: *Practitioner*, 2014. 258(1771):19–22.

16. OSHAAR R.C., van der Veen D.C., KAPUR N., HUNT I., WILLIAMS A., PACHANA N.A.. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. In: *Int. Psychogeriatr*, 2015. 27(7):1197–1205.
17. BAUMEISTER R.F., Leary M.R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. In: *Psychol. Bull*. 1995; 117(3): 497–529.
18. BISCONTI TL, BERGEMAN CS. Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. In: *Gerontologist*, 1999. 39(1):94–103.
19. WHITE A.M., PHILOGENE G.S., FINE L, SINHA S. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. In: *Am. J. Public. Health*, 2009. 99(10):1872–1878.
20. HARRISON K.E., DOMBROVSKI A.Y., MORSE J.Q., et al. Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. In: *Int. Psychogeriatr*, 2010. 22(3):445–454.
21. DOMBROVSKI A.Y., BUTTERS M.A., Reynolds C.F., 3rd, et al. Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. In: *Am. J. Geriatr.. Psychiatry*, 2008. 16(2):109–115.
22. BECK, A.T., KOVACS, M., & WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979. no47(2), 343-352.
23. BECK, A.T.BROWN, G.K.STEER, R.A.DAHLSGAARD, K.K.GRISHAM, J.R. Suicide ideation at Its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. In: *Suicide Life Threat Behav*., 1999. 29: 1–9.
24. BECK, A.T., & STEER, R.A. *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1991.
25. BECK, A.T., STEER, R.A., & BROWN, G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
26. BECK, A.T., & STEER, R.A. *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
27. BECK, A.T. STEER, R.A. BECK, J.S.NEWMAN, C.F. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. In: *Suicide Life Threat Behav.,* 1993. 23:139–145.
28. NIMÉUS, A., ALSÉN, M., & TRÄSKMAN-BENDZ, L. The Suicide Assessment Scale: An instrument assessing suicide risk of suicide attempters. In: *European Psychiatry*, 2000, no15(7), p. 416-423. doi:10.1016/S0924-9338(00)00512-5.
29. MILLER, 1.W., NORMAN, W.H., BISHOP, S.B., & DOW, M.G. The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. In: *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 1986, no 54(5), 724-725.

30. АМБРУМОВА А.Г., ТИХОНЕНКО В.А. *Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации*. Москва, 1980. 55 с.
31. ЛЮБАН-ПЛОЦЦА Б. и др. *Психосоматические расстройства в общей медицинской практике*. СПб., 2000.
32. ПЕЗЕШКИАН Н. *Психосоматика и позитивная психотерапия: Межкультуральные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни*. Москва, 1996.

Данные об авторах:

Мухаббат ДЖАКУПОВА, Казахстанский Университет Туран, г. Алматы, Казахстан

Наталья ХОН, Казахстанский Университет Туран, г. Алматы, Казахстан

Сергей СКЛЯР, Казахстанский Университет Туран, г. Алматы, Казахстан

Максат ДЖАКУПОВ, Казахстанский Университет Туран, г. Алматы, Казахстан.