УДК 616.895.4-008.441.44-053.9

Н. О. Марута, *д-р мед. наук, проф., заст. директора по НДР, зав. відділом неврозів та пограничних станів,* ***І. О. Явдак,*** *канд. мед. наук, провід. наук. співроб.,* ***О. С. Чередникова***
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ПОТРЕБОВО-ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ З СУЇЦИДАЛЬНИМ РИЗИКОМ

Проведено клініко-психопатологічне та патопсихологічне дослідження хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади похилого віку. Проаналізовано наявність ознак суїцидального ризику у хворих цієї групи та виявлено особливості їх потребово-емоційної сфери. На підставі отриманих даних визначено предиктори, що впливають на формування суїцидального ризику в похилому віці.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, тривожно-депресивні розлади, похилий вік, діагностика, потребово-емоційна сфера.

Вивчення аспектів формування суїциду складає надзвичайно актуальну медично-психологічну проблему, оскільки самогубство стає однією з найважливіших причин зростаючої смертності населення всього світу [1, 2, 5, 8, 9, 11, 12].

Причини суїцидальної поведінки дуже складні і численні. Їх можна шукати в біологічних, генетичних, психологічних і соціальних сферах людського життя. Одним з найважливіших факторів, що сприяє розвитку суїцидальної поведінки, є наявність психічного захворювання, яке ускладнює адаптацію до соціального оточення не лише самого хворого, але й членів його сім'ї. На долю психічно хворих припадає приблизно третя частина від загальної кількості завершених суїцидів [3, 6, 7, 10, 11].

За даними статистики більшості країн, рейтинг суїциду збільшується з віком, як і рейтинг депресивних розладів. Причинами значної частоти психічної дезадаптації та депресій у осіб похилого віку є зміни соціального, матеріального та психологічного стану людини цієї вікової категорії, а також фізіологічне старіння організму та наявність соматичної патології. За даними ВООЗ, серед осіб похилого віку від 55 років депресивні розлади спостерігаються у 40 % населення [2, 4— 6, 11].

У наявних дослідженнях питання суїцидів розглядається переважно при вивченні осіб, що здійснили суїцид. Однак, профілактика суїцидальної поведінки в повному обсязі може бути ефективною тільки на підставі вивчення осіб, які ще не скоїли суїцидальних дій. Діагностика та профілактика суїцидів, у тому числі й у осіб похилого віку, повинна базуватися на розумінні механізмів їх формування, вивчення яких можливо тільки на підставі комплексного аналізу.

Незважаючи на велику кількість існуючих досліджень про депресивні розлади та суїцидальний ризик при них у осіб похилого віку, питання своєчасного виявлення ризику суїциду в осіб похилого віку розроблені недостатньо, залишаються на сьогоднішній день актуальними і вимагають подальшої розробки.

Доведено, що суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особи в умовах мікросоціального конфлікту, результатом взаємодії середовищних (ситуаційних) та особистісних чинників.

Значний інтерес в вивченні предикторів суїцидального ризику становить потребово-мотиваційна сфера особистості, яка є внутрішнім спонукальним стимулом, а її особливості відображають наявність та рівень внутрішнього напруження та внутрішньої конфліктності.

Як фактори, що предиспонують або лімітують суїцидальну поведінку, також можуть виступати особливості реагування на ситуацію фрустрації, які служать показником рівня психічної адаптації особистості.

Саме тому з метою вивчення особливостей формування аутоагресії в осіб похилого віку з депресивними розладами був проведений аналіз особливостей потребово-мотиваційної сфери та особливостей реакцій на фрустрацію у 50 хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади (відповідно до МКХ-10 — F 41.2).

Використані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний; психометричний (спосіб визначення суїцидального ризику (СВСР) [13] та патопсихологічний (методика вивчення ціннісних орієнтацій О. Б. Фанталової [14] фрустраційний вербальний тест Л. М. Собчик (ФВТ) [15]).

Серед обстежених переважали особи жіночої стати (37 осіб — 74,0 %), чоловіків було 13 осіб (26,0 %), середній вік складав 67,4 років.

За допомогою методики СВСР хворі були поділені на дві групи: з наявністю суїцидального ризику (середній бал більше 23 балів) — основна група (19 хворих) та без суїцідального ризику (середній бал нижче 23 балів) — контрольна група (31 хворий).

Оцінка даних анамнезу дозволила встановити різницю в групах порівняння: хворі контрольної групи мали більш високу ступінь особистісної реалізації: вони активніше брали участь в соціумі, були більш працездатні (25,8 % при 10,5 % хворих основної групи).

Достовірна різниця спостерігалася також у сімейному стані хворих досліджуваних груп. Більшість хворих групи контролю перебували у шлюбі (54,9 % при 36,8 % у хворих основної групи), спілкувались з дітьми (80,6 % при 47,4 % у хворих основної групи) та значно менше відносили себе до самотніх (54,8 % при 36,8 % у хворих основної групи), що дає підставу для визначення сімейної дезадаптації в якості особливості хворих з суїцидальним ризиком.

Серед психотравмуючих чинників у обстежених виділені: погіршення матеріально-побутового рівня життя (48,4 % хворих з наявністю суїцидального ризику та 70,9 % хворих без суїцидального ризику), самотність, емоційна ізоляція (57,9 % та 32,3 % відповідно), сімейно-побутові конфлікти (21,1 % та 61,3 % відповідно), ятрогенії та наявність соматичного захворювання (31,6 % та 35,5 % відповідно), смерть близького (31,6 % та 16,1 % відповідно), зміна місця проживання (31,6 % та 22,6 %

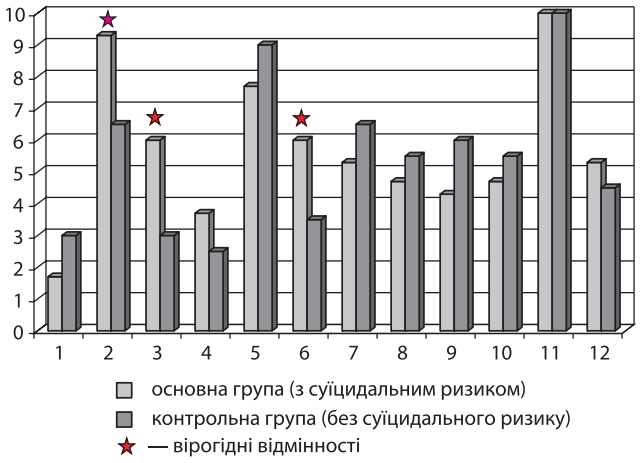
© Марута Н. О., Явдак І. О., Чередникова О. С., 2011

відповідно), розпад сім'ї (26,3 % та 12,9 % відповідно), хвороба близької людини (21,1 % та 25,8 % відповідно) та вихід на пенсію (21,1 % та 19,4 % відповідно).

У хворих на тривожно-депресивний розлад похилого віку з суїцидальним ризиком вірогідно частіше початок захворювання пов'язувався з факторами, які сприяли самотності та емоційній ізоляції (57,9 %) — смерть близького (31,6 %), зміна місця проживання (31,6 %), розпад сім'ї (26,3 %).

У всіх обстежених похилого віку, хворих на тривожно-депресивний розлад, психогенії поєднувалися, посилюючи їх соціальну дезадаптацію. Тривала емоційна ізоляція від близьких людей з різними причинами (розлучення, смерть, зміна місця проживання) створювала додаткову психологічну травматизацію хворих.

Під час оцінки потребово-мотиваційної сфери особистості за допомогою методики Фанталової О. Б. були встановлені особливості ієрархічної структури цінностей (рис. 1), ступінь їх досяжності (рис. 2), а також визначені наявність і характер внутрішніх конфліктів (рис. 3).

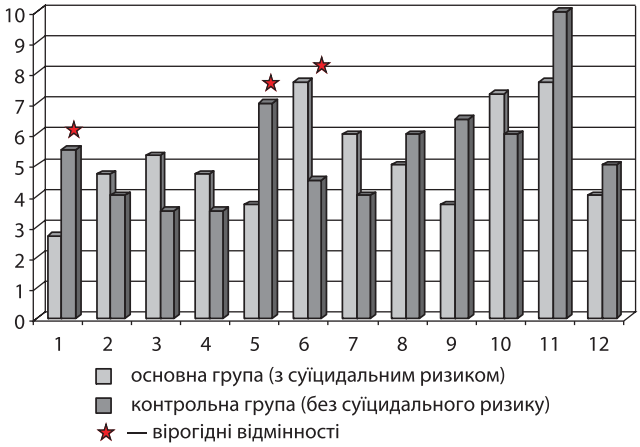


Умовні позначення:
1 — активне діяльне життя; *2* — здоров'я; *3* — цікава робота; *4* — краса природи та мистецтва; *5* — любов; *6* — матеріально забезпечене життя; *7* — наявність добрих та вірних друзів; 8 — впевненість у собі; 9 — пізнання; 10 — свобода; 11 — щасливе сімейне життя; 12 — творчість

Рис. 1. **Ієрархічна структура цінностей досліджуваних похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади**

Як пріоритетні цінності у хворих обох груп виступали цінності особистого життя: «любов» і «щасливе сімейне життя» (*див.* рис. 1). До найбільш пріоритетних цінностей у хворих з суїцидальним ризиком також додавалася цінність «здоров'я», показник значущості за цією цінністю в основній групі значно перевищував цей показник в контрольній групі ($p \le 0,05$, за критерієм Фішера). Характер ієрархічної структури цінностей обстежених похилого віку обох груп, хворих на тривожно-депресивні розлади невротичного ґенезу, свідчить про наявність центрації хворих на цінностях особистого життя та відсутності всебічного погляду на інші життєві цінності, зокрема цінності соціальної та особистісної реалізації, які могли б виступити як компенсаторні можливості під час травматичних обставин, що закономірно трапляються в похилому віці: втрата близьких та погіршення стану здоров'я. Ці особливості можуть відображати загальні патогенетичні особливості хворих цієї нозології.

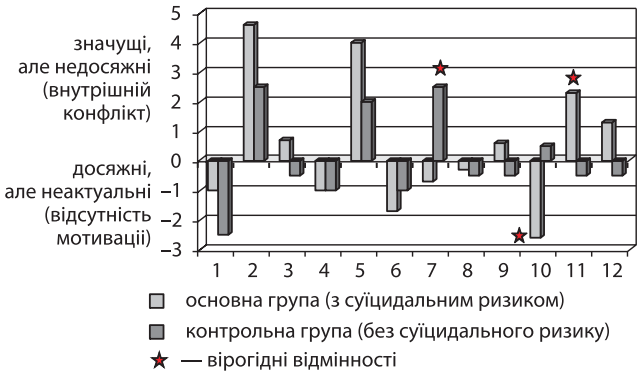
Відмінності в ієрархічній структурі цінностей хворих двох груп були зафіксовані за цінностями «цікава робота» та «матеріально забезпечене життя», значущість яких у хворих основної групи виявилась значно більшою, ніж в контрольній ($p \le 0,01$ та $p \le 0,05$, за критерієм Фішера). При цьому у хворих основної групи і ступінь досяжності матеріального забезпечення був значно вищим, ніж у хворих контрольної групи (*див.* рис. 2). Значно нижчими у хворих з суїцидальним ризиком виявились показники досяжності за цінностями «активне діяльне життя» та «любов», в порівнянні з контрольною групою ($p \le 0,05$ та $p \le 0,01$, за критерієм Фішера).



Умовні позначення: Такі самі як на рис. 1.

Рис. 2. **Ступінь досяжності цінностей досліджуваних похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади**

Ступінь розугодженості значущості і досяжності цінностей є показником внутрішньої конфліктності, чим більше цей показник, тим вище внутрішня конфліктність, негативне значення цього показника свідчить про відсутність спонукального мотиву за цією цінністю, тобто незважаючи на її досяжність, вона не становить для особи певної значущості: не є актуальною.



Умовні позначення: Такі самі як на рис. 1.

Рис. 3. **Особливості внутрішньої конфліктності досліджуваних похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади невротичного ґенезу**

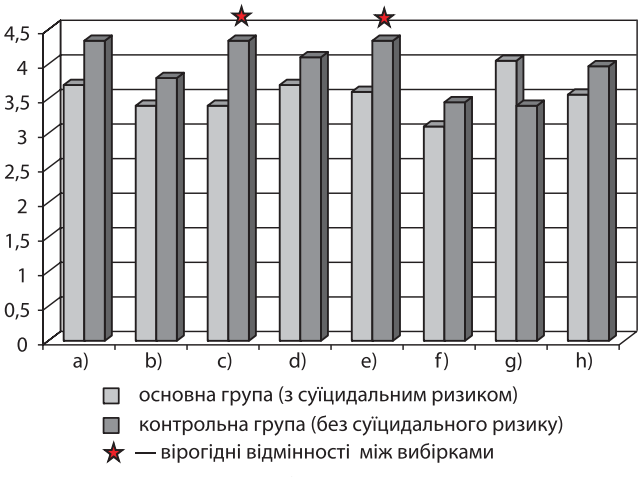
Згідно з даними рисунку 3, хворі з високим суїцидальним ризиком характеризуються значно вищими показниками загальної внутрішньої конфліктності (середній показник становить 13,5 балів) в порівнянні з групою хворих без суїцидального ризику (середній показник — 7,5 балів) ($p \le 0{,}001$, за критерієм Фішера), що відображає значно більший рівень незадоволеності, внутрішнього напруження та нестабільності.

Специфічним внутрішнім конфліктом, властивим пацієнтам основної групи, був конфлікт в сфері сімейного життя, а саме — невідповідність між бажанням і можливістю його реалізації. Також, на відміну від контрольної групи, хворі з високим суїцидальним ризиком характеризувались відсутністю внутрішньої мотивації відносно цінностей «наявність друзів» та «свобода».

За результатами кореляційного аналізу (за даними СВСР та методики Фанталової О. Б.) був виявлений міцний прямий взаємозв'язок між рівнем суїцидального ризику та ступенем внутрішньої конфліктності (r = 0,6836); тобто висока внутрішня конфліктність, а саме відсутність можливості реалізувати найбільш значущі цінності, може бути потенційною суїцидальною загрозою у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади.

Так, ціннісно-потребова сфера хворих похилого віку з суїцидальним ризиком характеризується високою внутрішньою конфліктністю, центрацією на цінностях особистісного життя та відсутністю внутрішнього спонукального мотиву для реалізації соціальних цінностей. В той час як для хворих без суїцидального ризику, незважаючи на переважання особистісних цінностей, були також актуальні цінності міжособової взаємодії.

Особливості емоційних реакцій хворих похилого віку на фруструючі обставини з урахуванням рівня суїцидального ризику графічно відображені на рисунках 4, 5.

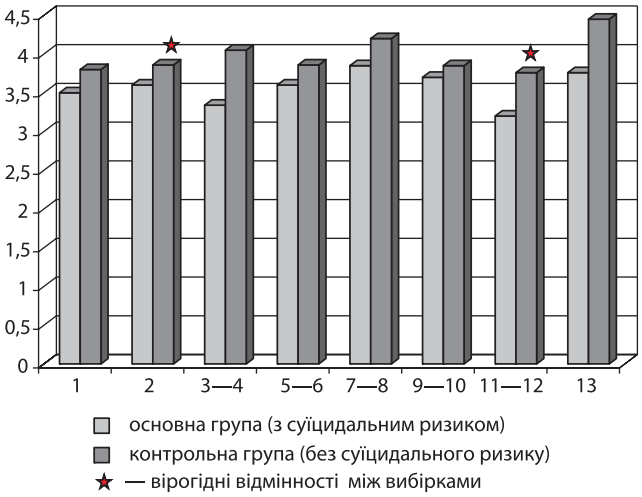


Умовні позначення:

a) зовнішній вигляд
b) здоров'я
c) характер
d) благополуччя
e) соціальний статус
f) кругозір
g) моральність
h) загальний рівень агресивності

Рис. 4. **Особливості емоційного реагування (рівень агресії) за сферами фрустрації осіб похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади**

За загальним рівнем агресивності між хворими двох груп статистичних відмінностей отримано не було. Але, як видно з рисунку 4, за окремими сферами фрустрацій: стосовно характеру та соціального статусу у хворих похилого віку з ознаками суїцидального ризику рівень агресивності був значно нижчим, ніж в контрольній групі ($p \le 0{,}01$ та $p \le 0{,}05$ відповідно, за критерієм Фішера). Отримані результати свідчать про схильність хворих основної групи під час фруструючої ситуації в цих сферах пригнічувати агресивні реакції, нівелювати гостроту конфлікту, пасивно ставитися до того, що трапилось, шукати причини та обставини, що пом'якшують провину свою або особи, яка визиває фрустрацію. В той час як хворі контрольної групи демонстрували більш активну поведінку та виявляли більш високий рівень агресивних реакцій, спрямованих зовні.



Умовні позначення:
1 — батько; *2* — мати; *3—4* — чоловік/дружина; *5—6* — діти; *7—8* — приятелі; *9—10* — співробітники; *11—12* — начальство; *13* — сторонні

Рис. 5. **Особливості емоційного реагування (рівень агресії) за джерелом фрустрації (сферою відносин) осіб похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади**

Окрім цього, в групі хворих з суїцидальним ризиком спостерігалось розугодження між вербальними висловами та почуттями, які при цьому виникали; превалювали почуття образи, в той час як вислови відображали визнання провини та прагнення виправдатись, посилаючись на обставини. У хворих без ознак суїцидального ризику подібне розугодження між висловами і почуттями майже не спостерігалось.

Як найбільш значуща цінність, фрустрація якої визивала найбільш агресивні реакції у хворих з суїцидальним ризиком, виявилась філософська категорія «моральність», на відміну від хворих контрольної групи, для яких більш значущими виявились конкретні матеріальні та особистісні цінності («соціальний статус», «зовнішній вигляд» та «характер») (*див*. рис. 4).

За сферами відносин (*див*. рис. 5) у хворих основної групи спостерігався значно нижчий рівень агресивності в сфері подружніх відносин та відносин зі сторонніми в порівнянні з контрольною групою ($p \le 0{,}05$, за критерієм Фішера), що свідчить про більшу значущість цих сфер відносин для хворих з суїцидальним ризиком та схильність контролювати свої агресивні імпульси в цих відносинах.

За результатами кореляційного аналізу був встановлений зворотний взаємозв'язок між рівнем суїцидального ризику (за методикою СВСР) та рівнем агресивності під час ситуацій, в яких фрустрації піддавалась така цінність як «характер» (r = –0,6087). Тобто високий суїцидальний ризик був зв'язаний з низькими показниками агресивності під час фрустрації спрямованої на особистісні характеристики. І також зворотний взаємозв'язок між рівнем суїцидального ризику (за методикою СВСР) та рівнем агресивності в сфері подружніх відносин (r = –0,5741) та відносин зі сторонніми (r = –0,4923). Таким чином, високий суїцидальний ризик пов'язувався з низькими показниками агресивності в цих сферах, тобто високою значущістю, та схильністю подавляти свою агресивність в цих стосунках.

Проведене дослідження дозволило встановити кореляційні зв'язки між рівнем суїцидального ризику та певними особистісними характеристиками, які можуть розглядатись як предиктори суїцидального ризику.

Як предиктори суїцидального ризику у обстежених похилого віку, хворих на тривожно-депресивний розлад, виділені: виняткова центрація на цінностях особистісного життя; відсутність внутрішнього спонукального мотиву для реалізації міжособових цінностей; схильність подавляти агресивні імпульси, нівелювати гостроту конфлікту, пасивність по відношенню до фрустуючих обставин в сферах, що стосуються власного характеру та соціального статусу; найбільш вразлива до фрустрації цінність «моральність», фрустрація якої призводить до найбільших за рівнем агресивних реакцій; низький рівень агресивності в сфері подружніх відносин та відносин зі сторонніми, тобто їх висока значущість, та схильність подавляти агресивність в цих стосунках; високий рівень внутрішньої конфліктності.

Виділені психологічні особливості значно ускладнюють адаптаційні можливості особистості, за рахунок чого виступають як фактори, що предиспонують суїцидальний ризик в похилому віці.

Врахування встановлених предикторів суїцидального ризику під час діагностики та призначення терапевтичних заходів дозволить своєчасно виявляти осіб з суїцидальним ризиком та покращити результати терапії.

Список літератури

1. Волохов, А. В. Суїцид: погляд у минуле [Текст] / А. В. Волохов // Актуальні пробл. суїцидології: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. — К.: КІВС, 2002. — Ч. 1. — С. 52—56.
2. Гаврилова, С. И. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте [Текст]: руководство по социальной психиатрии / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын; под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 136—161.
3. Гуляев, Д. В. Депрессия как глобальная проблема здравоохранения [Текст] / Д. В. Гуляев // Нейрон-ревю. — 2007. — № 2. — С. 2—3.
4. Джогерст, Г. Дж. Депрессия у пожилых людей [Текст] / Г. Дж. Джогерст // Рос. семейный врач. — 2006. — Т. 10 — № 1. — С. 10—20.
5. Дмитриева, Т. Б. Социальные и клинические проблемы суицидологи в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения [Текст] / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Вестник РАМН. — 2006. — № 8. — С. 18—22.
6. Мякотных, В. С. Проблемы депрессий пожилого и старческого возраста : Лекция [Текст] / В. С. Мякотных // Госпитал. вестник. — 2007. — № 2. — С. 14—19.
7. Минутко, В. Л. Депрессия [Текст] / В. Л. Минутко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
8. Пилягина, Г. Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения [Текст] / Г. Я. Пилягина // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 4. — С. 18—26.
9. Психопатологічні і психологічні детермінанти суїцидального ризику при невротичній хворобі [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Чередникова // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 73.
10. Смулевич, А. Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии [Текст] / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 3. — Т. 8 — С.77—83.
11. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст]: монография / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
12. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы [Текст] / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 34—36.
13. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику. — ХДМУ. — № заяв. 2001021010 від 13.02.01 — Надр. 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
14. Фанталова, Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов / Е. Б. Фанталова // Психологический журнал. — 1992. — № 1. — Т. 13. — С. 107—117.
15. Собчик, Л. Н. Вербальный фрустрационный тест / Л. Н. Собчик // Практикум по психодиагностике. — Изд-во «Речь», 2002. — 26 с.

Надійшла до редакції 27.04.2011 р.

Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Чередникова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Особенности потребностно-эмоциональной сферы у больных тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста с суицидальным риском

Проведено клинико-психопатологическое и патопсихологическое исследование больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста, на основании чего выявлены предикторы, влияющие на формирование суицидального риска.

Установлены взаимосвязи между уровнем суицидального риска и степенью внутренней конфликтности, с низкими показателями агрессивности в сферах, имеющих высокую значимость для личности, и склонностью подавлять свою агрессивность в этих сферах.

Ключевые слова: суицидальное поведение, тревожно-депрессивные расстройства, пожилой возраст, диагностика, ценностно-эмоциональная сфера.

N. O. Maruta, I. O. Yavdak, O. S. Cherednyakova

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Peculiarities of a requirement-emotional sphere in elderly patients with anxious-depressive disorders and a suicidal risk

A clinic-psychopathological and pathopsychological examination of elderly patients with neurotic anxious-depressive disorders was carried out. On the base of the examination predictors influencing on formation of a suicidal risk were defined.

Interrelations were found out between suicidal risk levels and internal conflictness levels with low rates of aggression in domains of a high personality importance and with trends to suppress the aggression in these domains.

Key words: suicidal behavior, anxious-depressive disorders, elderly patients, diagnosis, value-emotional sphere.