

І. О. Явдак, канд. мед. наук, провід. наук. співроб., О. С. Череднякова, мол. наук. співроб., С. П. Колядко, канд. мед. наук, ст. наук. співроб. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПОХИЛОГО ВІКУ

Проведено клініко-психопатологічне та патопсихологічне дослідження хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади похилого віку, на підставі чого встановлені предиктори, що впливають на формування суїцидального ризику.

Доведено, що формування суїцидальної поведінки в осіб похилого віку, хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади, мають певні особливості, які обумовлені особливостями формування, перебігу клінічних проявів та патопсихологічними механізмами їх формування. Виявлені предиктори суїцидального ризику повинні враховуватися під час діагностики та призначення терапевтичних заходів.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, тривожно-депресивні розлади, похилий вік, предиктори, діагностика

На цей час самогубство стає однією з найважливіших причин смертності населення всього світу [1, 2, 5, 8, 9, 11, 12]. Матеріали ВООЗ, дані статистики та літератури свідчать про значне збільшення рівня аутоагресивної поведінки за останнє десятиріччя в усіх розвинених країнах світу. Проте, постійне зростання рівня суїцидів відображає безліч невирішених проблем в клінічній психіатрії. Найбільш складною з них є визначення критеріїв оцінки вірогідності формування суїцидальної поведінки, специфічних клініко-патогенетичних маркерів, що дозволить розробляти і застосовувати цілеспрямовані, патогенетично обумовлені, ефективні методи терапії.

З проаналізованих даних літератури видно, що від суїцидів гинуть люди різного віку, статі, професії, освітнього та культурного рівня. Проведені дослідження показують, що віковий фактор впливає на суїцидальну активність та є одним з предикторів суїцидальної поведінки [2, 5, 6, 11].

Доведено, що суїциди частіше скоюють при депресіях [3, 6, 7, 10, 11]. Депресивні розлади займають значне місце в структурі психічних розладів у населення похилого віку (за даними ВООЗ, серед осіб похилого віку від 55 років депресивні розлади спостерігаються у 40 % населення), що обумовлено змінами соціального, матеріального та психологічного стану людини цієї вікової категорії, а також фізіологічним старінням організму та наявністю соматичної патології [2, 4, 6]. В наукових працях підкреслюється, що депресивні розлади у осіб похилого віку супроводжуються суїцидальними думками, уявленнями, діями, які приховуються хворими, що утруднює лікування та суттєво впливає на якість життя хворих. Однак, питання суїцидальної поведінки в осіб похилого віку вивчені недостатньо. Незважаючи на велику кількість існуючих досліджень про депресивні розлади та епідеміологію суїцидального ризику при них у осіб похилого віку, питання своєчасного виявлення ризику суїциду в осіб похилого віку розроблені недостатньо, залишаються на сьогоднішній день відкритими, актуальними і вимагають детального

розроблення, що і визначило основний напрямок даного дослідження.

З метою виявлення формування суїцидальної поведінки у осіб похилого віку з депресивними розладами для удосконалення критеріїв прогнозування суїцидального ризику та розроблення диференційованих лікувально-профілактичних заходів у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» проведено комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 50 хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади (згідно з МКХ-10 — F 41.2).

Використані клініко-психопатологічний; психометричний (спосіб визначення суїцидального ризику (СВСР); шкала депресії Гамільтона (HDRS)) та патопсихологічний (семантичний диференціал у модифікації Д. Фельдеса; тест-опитувальник самовідношення Століна В. В і Пантелєєва С. Р.) методи дослідження.

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

Оцінка обстежених за допомогою методики СВСР дозволила виявити осіб з наявністю суїцидального ризику (середній бал більш 23 балів) — 19 хворих (основна група). Контрольну групу склали 31 хворий, у яких за методикою СВСР середній бал був нижче 23 балів (відсутність суїцидального ризику).

Оцінка показників соціального стану виявила різницю в групах порівняння: хворі контрольної групи активніше брали участь в соціумі, були більш працездатні, що свідчило про найбільш високу у них ступень особистісної реалізації.

Також достовірна різниця спостерігалася у сімейному стані хворих вказаних груп. Більша кількість хворих контролю була у шлюбі (54,9 % при 36,8 % у хворих основної групи), спілкувалася з дітьми (80,6 % при 47,4 % у хворих основної групи) та менша частка з них відносила себе до самотніх (36,8 % при 54,8 % у хворих основної групи), що дає підставу для визначення сімейної дезадаптації хворих з суїцидальним ризиком.

Серед хворих на тривожно-депресивні розлади з наявністю суїцидального ризику переважали пацієнти з гострим (52,6 %) та підгострим (26,3 %) початком захворювання, тоді як у хворих без суїцидального ризику початок хвороби був переважно затяжним (51,6 %) і підгострим (29,0 %).

Вивчення тривалості хвороби показало, що серед хворих на тривожно-депресивні розлади похилого віку з суїцидальним ризиком переважали особи з тривалістю хвороби від 3 місяців до 1 року, тоді як у хворих без суїцидального ризику тривалістю хвороби була переважно від 1 року та більше.

Під час аналізу психогенних чинників, які призвели до розвитку захворювання, встановлено, що хворі на тривожно-депресивний розлад похилого віку серед

психотравмуючих чинників вказували на погіршення матеріально-побутового рівня життя (48,4 % хворих з наявністю суїцидального ризику та 70,9 % хворих без суїцидального ризику), самотність, емоційну ізоляцію (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), зміну місця проживання (31,6 % та 22,6 % відповідно), розпад сім'ї (26,3 % та 12,9 % відповідно), хворобу 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 %).

Слід зазначити, що в усіх обстежених похилого віку, хворих на тривожно-депресивний розлад, психогенії поєднувалися, посилюючи їхню соціальну дезадаптацію. Тривала емоційна ізоляція від близьких людей за різних причин (розлучення, смерть, зміна місця проживання) створювала додаткову психологічну травматизацію хворих.

Клінічна картина у хворих на тривожно-депресивні розлади характеризувалась наявністю, перш за все, депресивних проявів, пов'язаних з психотравмуючими чинниками: знижений фон настрою протягом доби, без суттєвих добових коливань, ангедонія, сльозливість, періодичне виникнення тривожності. Пацієнти песимістично оцінювали майбутнє, висловлювали відчуття занепокоєння, тривоги і внутрішнього напруження, мали ускладнення або неспроможність приймати рішення в різних ситуаціях, неможливість почувати себе впевнено. Також у клінічній картині мало місце порушення сну у вигляді неприємних сновидінь, пробуджень, відсутності відпочинку після сну. Характерним було наявність астенії — зниження енергійності, підвищена втомлюваність, складність концентрації уваги, почуття млявості протягом дня, зниження розумової та фізичної активності.

У всіх обстежених в клінічній картині провідними були депресивний та тривожний синдроми. У хворих на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним ризиком також переважав агрипнічний (84,2 % хворих основної групи на відміну від 61,3 % хворих контрольної групи) синдром, що відрізняло їх клінічну картину від хворих на тривожно-депресивні розлади без суїцидального ризику, де переважали іпохондричний (58,1 % хворих контрольної групи на відміну від 42,1 % хворих основної групи), астенічний (64,5 % хворих контрольної групи на відміну від 57,9 % хворих основної групи) синдроми та соматовегетативні порушення (45,2 % хворих контрольної групи на відміну від 36,8 % хворих основної групи).

Показники вираженості депресивної симптоматики за даними шкали Гамільтона (HDRS) свідчать, що у хворих обох груп загальний рівень депресивних проявів має достатньо високе значення, але для основної групи хворих цей рівень був вищий (27,64 балів (важка депресія) у хворих основної групи та 24,17 бали (помірна депресія) у хворих контрольної групи).

Аналіз особливостей самооцінки здійснювали за результатами семантичного диференціала Д. Фельдеса.

Отримані усереднені дані за всіма факторами графічно відображені на рисунку 1.

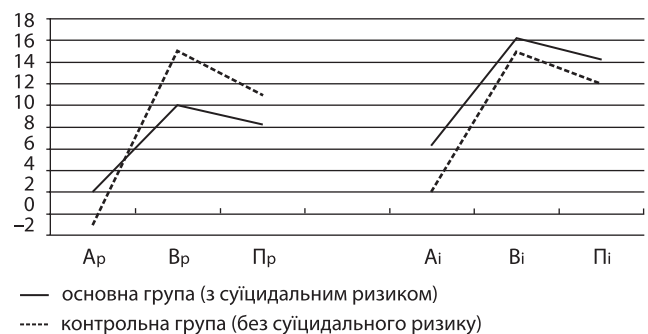
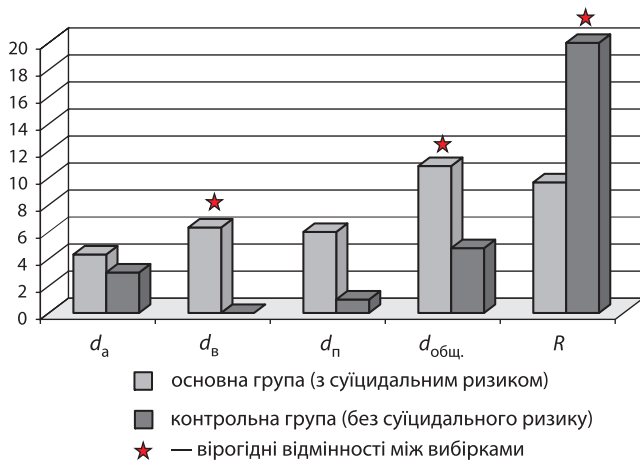


Рис. 1. Співвідношення факторів «активність» (А), «валентність» (В) та «потентність» (П) для реального та ідеального образів «Я» в осіб похилого віку, хворих на тривожно-депресивні розлади

Хворі з суїцидальним ризиком (див. рис. 1) оцінювали «себе реального» за всіма трьома факторами нижче, ніж хворі без суїцидального ризику, статистично значущою різницею між двома групами хворих виявилась за фактором «валентності» ($p \leq 0,01$, за критерієм Фішера). Саме фактор валентності становить емоційно-ціннісну підструктуру самооцінки, відображає її емоційну складову, тобто рівень емоційного задоволення власним Я, тому отримані дані свідчать про більш виражене негативне ставлення до себе у хворих похилого віку з суїцидальними тенденціями, сприйняття власного Я як негативного та неприємного.

Що стосується оцінок ідеального образу «Я», згідно з отриманими даними, очевидна зовсім протилежна тенденція: показники за всіма факторами у хворих з суїцидальними тенденціями дещо вищі ніж у хворих контрольної групи, однак статистичних відмінностей між двома групами не отримано. При цьому подібна тенденція відобразилась на загальних показниках рівня самооцінки, що складався з різниці між оцінкою Реального Я та Ідеального Я (рис. 2).

Саме семантична відстань між образом Реального та Ідеального Я є показником рівня самооцінки, чим нижче цей показник, тим більше образ Реального Я приближений до Ідеалу, що відповідно є показником високої самооцінки; і навпаки, чим вище цей показник, тим більше Реальне Я не відповідає Ідеалу, що свідчить про низький рівень самооцінки та самосприйняття. Хворі похилого віку з високим суїцидальним ризиком характеризуються більш низьким загальним рівнем самооцінки, ніж хворі без ознак суїцидального ризику — показник розбіжності між Реальним та Ідеальним Я в основній групі дорівнює 10,88, а в контрольній — 4,80 (див. рис. 2). Окрім цього, хворі похилого віку з високим суїцидальним ризиком характеризувались певними особливостями структурних компонентів самооцінки, які відображалися високим ступенем невідповідності образів Реального та Ідеального Я (тобто низькою самооцінкою) за фактором валентності, в порівнянні з хворими контрольної групи (відмінності статистично значущі за критерієм Фішера, $p \leq 0,001$).



Умовні позначення шкал:
 d_a — семантична відстань між образами Реального та Ідеального Я за фактором активності
 d_b — семантична відстань між образами Реального та Ідеального Я за фактором валентності
 d_n — семантична відстань між образами Реального та Ідеального Я за фактором потентності
 d — загальна семантична відстань між образами Реального та Ідеального Я
 R — коефіцієнт дисгармонійності образу Я

Рис. 2. Структура самооцінки хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади

Характер стосунків між факторами самооцінки повинен відповідати певним формам взаємозв'язку підструктур самооцінки. Як простий і зручний критерій для визначення характеру цього взаємозв'язку вибрана сума різниць між величиною показника фактора валентності (що описує емоційну складову самооцінки) і величинами показників двох інших факторів (активності та потентності, що відображають операційно-технічну складову, яка обчислювалася за формулою $R = (B - A) + (B - П)$). З формули випливає, що чим внутрішньо гармонійніше, ближче один до одного за своїми абсолютними величинами показники даних факторів, тим ближче до нуля підсумковий значення.

Виходячи з цього положення, самооцінка хворих похилого віку з суїцидальними тенденціями характеризувалась більшою внутрішньою гармонійністю (коефіцієнт дисгармонійності самооцінки (R) в основній групі склав 9,67 балів, в контрольній — 20,00 балів (відмінності статистично значущі за критерієм Фішера, $p \leq 0,001$). Однак, цю гармонійність можна назвати негативною, тому що хворі з суїцидальним ризиком оцінювали себе низько як з емоційного так і з операційно-технічного боку, що відображалось в низькому рівні уявлень про власну цінність в поєднанні з низьким рівнем уявлень про свої внутрішні можливості. На відміну від хворих основної групи, хворі без суїцидальних тенденцій характеризувались дисгармонійністю самооцінки, що виявлялось високим рівнем уяви про власну цінність в поєднанні з низькою оцінкою власних внутрішніх можливостей (тобто операційно-технічної сторони). Можливо саме наявність емоційної цінності власного Я, незважаючи на загально-низьку самооцінку і є лімітуючим фактором суїцидальної активності. В той час як «гармонійно» негативна самооцінка (тобто низькі показники самооцінки

за обома підструктурами) може бути фактором, що санкціонує суїцидальну поведінку.

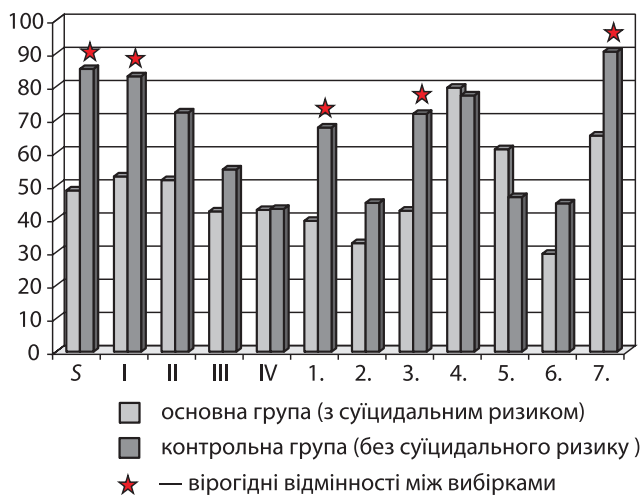
Проведений кореляційний аналіз рівня суїцидального ризику та показників самооцінки хворих похилого віку продемонстрував наявність високої кореляції між рівнем суїцидального ризику та показниками семантичної відстані між образами Реального та Ідеального Я ($r = 0,5682$), і окремо — показниками семантичної відстані між образами Реального та Ідеального Я за фактором валентності ($r = 0,6264$); тобто високий рівень суїцидального ризику корелює з низькою загальною самооцінкою, і особливо з низькою самооцінкою за фактором валентності.

Таким чином, отримані дані дозволяють констатувати, що низька самооцінка, негативне емоційне сприйняття власного Я та «гармонійно» низька самооцінка можуть бути предикторами суїцидального ризику в осіб похилого віку, хворих на невротичні депресивні розлади.

Окремий інтерес в дослідженні ознак суїцидального ризику становить аналіз структури самовідношення, що відображає емоційно-ціннісні компоненти сприйняття власного «Я». Графічно структурні компоненти самовідношення хворих похилого віку відображені на рисунку 3 (за даними теста-опитувальника самовідношення В. В. Століна, С. Р. Пантелєєва).

Щодо рівня показників самовідношення за всіма загальними шкалами, хворі похилого віку з суїцидальним ризиком характеризувались більш низькими показниками в порівнянні з групою контролю (див. рис. 3). При цьому статистично значущі відмінності були отримані за шкалами глобального самовідношення та самоповаги. Тобто хворі похилого віку з суїцидальним ризиком ставилися до свого Я достовірно більш негативно в порівнянні з контрольною групою, серед почуттів щодо власного Я превалювали почуття проти самого себе ($p \leq 0,01$, за критерієм Фішера). Окрім цього хворі з суїцидальним ризиком характеризувались низьким рівнем самоповаги, значно нижчим, ніж в контрольній групі ($p \leq 0,05$, за критерієм Фішера), що відображає відсутність віри в свої сили та самостійність, низьку оцінку своїх можливостей та здатності контролювати власне життя, нерозуміння самого себе. В той час як хворі без ознак суїцидального ризику характеризувались значно позитивнішим самовідношенням: превалювали почуття, що підтримують власне Я, тобто почуття «за» самого себе; а також достатньо вираженим рівнем самоповаги. Щодо очікуваного відношення від інших обидві групи досліджених характеризувались низькими показниками, тобто очікували більше на негативне відношення від інших.

За додатковими шкалами опитувальника, які відображають рівень конкретних дій відносно свого Я, в групі хворих похилого віку з суїцидальним ризиком спостерігався значно нижчий рівень за шкалами самоприйняття, самовпевненості та саморозуміння, в порівнянні з контрольною групою ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$ відповідно, за критерієм Фішера), що відображало відсутність дій з їх боку щодо самоаналізу, саморозуміння, самоприйняття та самовпевненості. Хворі ж без ознак суїцидального ризику здійснювали активні дії щодо розуміння себе та своїх дій (рівень саморозуміння в них був ярко вираженим), що в свою чергу відображалось і на значно вищих показниках самоприйняття та самовпевненості.



Умовні позначення:

Загальні шкали (що відображають загальне ставлення до свого Я): S — глобальне самовідношення; I — самоповага; II — аутосимпатія; III — очікуване відношення від інших; IV — самоінтерес.

Додаткові шкали (що відображають рівень конкретних дій відносно свого Я): 1 — самовпевненість; 2 — відношення інших; 3 — самоприйняття; 4 — самопослідовність, самокерованість; 5 — самозвинувачення; 6 — самоінтерес; 7 — саморозуміння.

Рис. 3. Структура самовідношення хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади

Кореляційний аналіз рівня суїцидального ризику та показників самовідношення хворих похилого віку продемонстрував наявність високої негативної кореляції рівня суїцидального ризику з рівнем глобального самовідношення ($r = -0,7283$), самоповаги ($r = -0,5946$) та самоприйняття ($r = -0,4871$). Таким чином, високий суїцидальний ризик корелює з негативним ставленням до самого себе, неповагою та неприйняттям себе як особистості.

Виокремлені психологічні особливості значно ускладнюють адаптаційні можливості особистості, за рахунок чого є факторами, що предиспонують суїцидальний ризик в похилому віці.

Отримані дані свідчать про те, що формування суїцидальної поведінки в осіб похилого віку, хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади, мають певні особливості, які обумовлені особливостями формування, перебігу клінічних проявів та патопсихологічними механізмами їх формування.

На підставі проведеного клініко-психопатологічного дослідження встановлені предиктори, що впливають на формування суїцидального ризику в осіб похилого віку, хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади.

До факторів, що мають сприятливе значення для формування суїцидального ризику, належать: гострий ($r = +0,549$) початок захворювання; тривалість хвороби до 1 року ($r = +0,549$); початок захворювання пов'язаний з генералізованими факторами, які розповсюджувалися на декілька головних галузей існування особистості та сприяли формуванню самотності та емоційної ізоляції (смерть близького, зміна місця проживання, розпад сім'ї) ($r = +0,626$); поєднання у клінічній картині декількох психопатологічних (депресивних, тривожних, агрипнічних) синдромів, їх коморбідність ($r = +0,724$).

До факторів, що мають значення для формування антисуїцидального бар'єра, належать такі предиктори: переважно затяжний ($r = -0,468$) початок захворювання з тривалістю хвороби більш року ($r = -0,549$); психогенії переважно з приводу свого соматичного стану, або звісткою про хворобу близької людини, або погіршенням матеріально-побутового рівня життя ($r = -0,424$); фіксація хворих на питаннях особистого здоров'я ($r = -0,384$); іпохондричний варіант депресивних порушень ($r = -0,442$).

Як психологічні предиктори суїцидального ризику в осіб похилого віку, хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади, виокремлені: низька самооцінка; емоційне сприйняття власного Я як негативного та неприємного; низький рівень уявлень про власну цінність в поєднанні з низьким рівнем уявлень про свої внутрішні можливості; низький рівень глобального самовідношення та самоповаги, що відображає переважання почуттів «проти» власного Я, негативне ставлення до самого себе, неповагу та неприйняття себе як особистості; відсутність активних дій щодо самоаналізу, саморозуміння та самоприйняття.

Виявлені предиктори суїцидального ризику повинні враховуватися під час діагностики та призначення терапевтичних заходів, що дозволить своєчасно виявляти осіб з суїцидальним ризиком та покращити результати терапії.

Список літератури

1. Волохов, А. В. Суїцид: погляд у минуле / А. В. Волохов [Текст] // Актуальні пробл. суїцидології: матеріали III Міжнар. наук- практ. конф. — К.: KIBCF, 2002. — Ч. 1. — С. 52—56.
2. Гаврилова, С. И. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте: руководство по социальной психиатрии / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын; под ред. Т. Б. Дмитриевой [Текст]. — М.: Медицина, 2001. — С. 136—161.
3. Гуляев, Д. В. Депрессия как глобальная проблема здравоохранения [Текст] / Д. В. Гуляев // Нейрон-ревью. — 2007. — № 2. — С. 2—3.
4. Джогерст, Г. Дж. Депрессия у пожилых людей / Г. Дж. Джогерст [Текст] // 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 / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий [Текст] // Вестник РАМН. — 2006. — № 8. — С. 18—22.
6. Мякотных, В. С. Проблемы депрессий пожилого и старческого возраста. Лекция / В. С. Мякотных [Текст] // Госпитал. вестник. — 2007. — № 2. — С. 14—19.
7. Минутко, В. Л. Депрессия / В. Л. Минутко [Текст]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
8. Пилягина, Г. Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения / Г. Я. Пилягина [Текст] // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9. — № 4. — С. 18—26.
9. Психопатологічні і психологічні детермінанти суїцидального ризику при невротичній хворобі / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Чередынякова] [Текст] // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 73.
10. Смулевич, А. Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии / А. Б. Смулевич [Текст] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 3. — Т. 8 — С. 77—83.
11. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева [Текст]. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
12. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева [Текст] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 34—36.

Надійшла до редакції 10.02.2011 р.

И. А. Явдак, Е. С. Череднякова, С. П. Колядко

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

Клинико-психопатологические и патопсихологические предикторы суицидального риска у больных тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста

Проведено клинико-психопатологическое и патопсихологическое исследование больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста, на основании чего выявлены предикторы, влияющие на формирование суицидального риска. Установлено, что формирование суицидального поведения у лиц пожилого возраста, больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами, имеют определенные особенности, которые обусловлены особенностями формирования, течения клинических проявлений и патопсихологическими механизмами их формирования. Выявленные предикторы суицидального риска должны учитываться при диагностике и назначении терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: суицидальное поведение, тревожно-депрессивные расстройства, пожилой возраст, предикторы, диагностика.

I. O. Yavdak, Ye. S. Cherednyakova, S. P. Kolyadko

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

Clinical-psychopathological and pathopsychological predictors of a suicidal risk in elderly patients with anxious-depressive disorders

A clinical-psychopathological and pathopsychological examination of elderly patients with neurotic anxious-depressive disorders was carried out. On its base predictors were defined which influenced on formation of a suicidal risk. It was found out that the suicidal behavior formation in elderly patients with neurotic anxious-depressive disorders had certain peculiarities due to features of its formation, clinical course and pathopsychological mechanisms. The predictors of a suicidal risk determined have to take into account in diagnosis and prescription of therapeutic measures.

Key words: suicidal behavior, anxious-depressive disorders, elderly patients, predictors, diagnosis.