

13. *Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients / Vieta E., Colom F., Corbella B. et al. // Bipolar Disorders. – 2008. – Vol. 3. – P. 253–258.*
14. *Family history and symptom level during treatment for bipolar affective disorder / Coryell W., Akiskal H., Leon A.C. et al. // Biological Psychiatry. – 2000. – Vol. 47. – P. 1034–1042.*
15. *Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder / Cole A.J., Scott J. et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 88. – P. 121–123.*
16. *Danish twin study of manic-depressive disorders / A. Bertelsen, B. Harvald, M.A. Hauge // Br. J. Psychiatry. – 1977. – Vol. 130. – P. 330–351.*
17. *Akiskal H.S. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, IV / H.S. Akiskal, O. Pinto // Psychiatr. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 22. – P. 517–534.*
18. *Sachs G.S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. – 2004. – Vol. 422. – P. 7–17.*

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Г.М. Вербенко

При диагностике аффективного эпизода современные критерии не учитывают особенностей клинической симптоматики, не принимают во внимание такие факторы, как возраст манифестации, наследственность и течение заболевания. Большая достоверность диагностики может быть достигнута путем введения информации, собранной по категориям, обычно используемым для уточнения психиатрического диагноза.

Изучены клинические особенности 120 пациентов на разных стадиях течения биполярного аффективного расстройства (40 пациентов с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3-5, F 31.6), 30 пациентов с преобладанием маниакальных симптомов (F31.0-2, F 31.6), 50 пациентов в эуимичный период (F 31.7) с использованием опросника «Индекс биполярности», который позволяет оценить в баллах наличие у пациента 5 наиболее характерных для БАР признаков: характеристику эпизода; возраст манифестации; течение болезни; эффект терапии; наследственность. Клиническая неоднородность показателей индекса биполярности в первой и четвертой категориях обусловлена фазой течения заболевания (отражено в итоговом интегральном индексе биполярности по отдельным группам). Клинические примеры оценки пациентов по индексу биполярности в отдельных группах показывают, что индивидуальный индекс биполярности каждого отдельного пациента может быть слишком высоким и сверхнизким независимо от группы БАР. Такая оценочная система переводит понятие биполярности из категориальной плоскости в континуальную, в большей степени удовлетворяет потребностям клинической практики и позволяет улучшить качество диагностики и терапии БАР.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, индекс биполярности, эпизод, манифестация, течение, терапевтический ответ, наследственность

COMPREHENSIVE DESCRIPTION OF PATIENTS' CLINICAL FEATURES AT DIFFERENT STAGES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.

G. Verbenko

In the diagnosis of an affective episode modern operational criteria do not take into account some clinical symptoms, and important factors such as age of onset, family history and course of the disease. More reliable diagnosis can be achieved by the introduction of the information collected in different categories typically used to refine psychiatric diagnosis.

Clinical symptoms' characteristics were conducted at different stages in 120 patients with bipolar disorder (40 patients with a predominance of depressive symptoms (F 31.3-5, F 31.6), 30 patients with a predominance of manic symptoms (F31.0-2, F 31.6) 50 patients eutimic period (F 31.7), using a questionnaire "bipolarity index" (G.Sachs, 2004), which allows to estimate if the patient has the five most characteristic signs of BAD: description of the episode; age of onset; the course of the disease; response; heredity. So, clinical heterogeneity indicators index bipolarity in the first and fourth categories due to the phase of the disease (reflected in the integral index of bipolarity on separate groups). Clinical examples of the evaluation of patients at index bipolarity in separate groups show that the individual index bipolarity of the individual patient may be too high and ultra-low regardless of the group bar. This scoring system takes the concept of bipolarity with categorical plane in a continuous, largely meets the needs of clinical practice.

Key words: bipolar affective disorder, bipolar index episode; manifestation, course, therapeutic response, heredity

УДК: 616.895.8+ 616.89- 008.1-056.83: 575

О.П. Романів

МОДЕЛЬ КОРЕКЦІЇ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО АУТОАГРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії і наркології, м. Київ

Ключові слова:
аутоагресія,
психосоматика,
суїцидальна спроба,
інфаркт міокарда,
психотерапія,
психоосвіта.

Корекція саморуйнівної поведінки є важливим соціальним завданням, вирішення якого можливе лише при інтеграції різних напрямлень робіт із пацієнтом в єдину стратегію. На основі вивчення психологічних і психопатологічних паралелей суїцидогенезу 60 суїцидентів та 60 хворих з інфарктом міокарда ми розробили та застосували трьохкомпонентну модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу. Модель є поєднанням психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків інтервенції. Оцінку ступеня редукції само руйнівної поведінки ми оцінювали за допомогою динаміки Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS). Нами було зафіксовано редукцію суїцидальних думок в обох групах. Причому манифестація «загрозливого» соматичного стану у вигляді інфаркту міокарда додатково сприяла зменшенню суїцидальної налаштованості, що відтворилося у повному зникненні всіх суїцидальних ідей. Саме поєднання психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків з використанням мотиваційного інтерв'ю як інструменту підвищення прихильності до терапії дозволило провести трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів обох груп.

Актуальність. Профілактика аутоагресивної поведінки постає важливим соціальним завданням, здійснення якого можливе лише при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію. Провідними для АП є соціально-психологічні фактори ризику (ФР), але наявність психічного розладу у пацієнта значно

збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів психіатрів, психотерапевтів і психологів [1, 8, 16, 21,22].

Сучасні підходи профілактики аутоагресивних дій базуються на моделі «суїцидального процесу». Аутоа-

гресивні дії є одним із варіантів поведінкових реакцій людини в стані психологічної дезадаптації, яка проявляється широкою гамою хвилювань – як психологічно зрозумілих, так і патологічних [2]. У науковій медичній літературі описано низку загальних закономірностей розвитку суїцидальної активності, що притаманна всім категоріям пацієнтів. Так, аутоагресивний факт розглядається як результат взаємодії численних «базових» ФР одне з одним і з «тригерними» (пусковими) факторами, що пов'язані з кризовою ситуацією та її суб'єктивною переробкою індивідумом, значимістю для пацієнта актуальної кризової ситуації.

Важливу роль у формуванні суїцидальної поведінки відіграють соціально-демографічні предиктори аутоагресивного ризику. Так, рівень завершених суїцидів у популяціях збільшується з віком і сягає максимуму після 45 років. Максимум незавершених суїцидальних спроб відбувається у молодому віці – 20–29 років [13, 15]. Рівень суїцидів у чоловіків в 3–6 разів вище, ніж у жінок. Навпаки, кількість незавершених суїцидальних спроб переважає серед жінок [2]. Сімейне проживання постає запобіжником АП: рівень суїцидів вище серед осіб, які не були в шлюбі, розведених, вдів бездітних і одинаків [9]. Впливовим чинником профілактики АП є релігія. Так, рівень суїцидів вище серед атеїстів порівняно з віруючими. Серед основних конфесій максимальні рівні суїцидів реєструються у буддистів, мінімальні – у мусульман; християни і індуїсти посідають проміжне становище. Стабільний професійний статус також має профілактичне значення. Порушення професійного стереотипу (втрата роботи, вихід на пенсію, статус безробітного) асоціюються зі збільшенням ризику аутоагресії [8, 21, 22].

Низкою досліджень відмічено наявність зв'язку між соматичною патологією та АП. Так, приблизно 70% людей, які скоїли самогубство, мали гостре чи хронічне соматичне захворювання на момент смерті. Отже, групу підвищеного суїцидального ризику складають особи з важкими хронічними захворюваннями. Окрім фізичних страждань або хронічного больового синдрому, такі захворювання приносять велику кількість негативних соціально-психологічних наслідків для пацієнта. Саме тому соматичні захворювання часто поєднуються з депресією [11, 16, 17].

Найбільший ризик суїциду пов'язаний з такими хворобливими станами, як епілепсія, онкологічна патологія і захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця); захворювання органів дихання (бронхіальна астма, туберкульоз); уроджені та набуті аномалії; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ-інфекція; стан після тяжких операцій та трансплантації донорських органів і тканин; штучна нирка. Постійний прийом певних лікарських препаратів може погіршити стан депресії у пацієнтів із хронічними захворюваннями. До таких медикаментів відносять: препарати раувольфії та інші гіпотензивні препарати; блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні препарати.

До анамнестичних предикторів аутоагресії, що не менш важливі в її реалізації, відносяться суїцидальні спроби в анамнезі, суїцидальна поведінка біологічних родичів та «значимих інших» та деякі інші ФР. Наявність

суїцидальної спроби в анамнезі є одним із найбільш значущих факторів ризику суїциду та повторного парасуїциду. Близько 30–40% осіб, які скоювали суїцидальні спроби, повторюють їх. Ризик повтору суїцидальної спроби найбільше високий протягом 3 місяців після першої [1, 3, 13, 17, 22].

Індивідуально-психологічні предиктори ризику відображають не стільки ризик АП, скільки імовірність зниження толерантності до емоційних навантажень. До них відносять такі особливості: емоційна нестійкість, особливо в період вікових криз (пубертатної, інволюційної); імпульсивність; емоційна залежність; занижена або завищена самооцінка; максималізм і категоричність; сильно виражене бажання досягнення мрії; низька здатність до витіснення психотравмуючого фактора; тривога і гіпертрофічне почуття вини.

Втім, для «запуску» аутоагресивних дій необхідний тригерний фактор, яким, як правило, є конфлікт чи криза. Зазвичай внутрішньою складовою цієї кризи є втрата чи можливість втрати значимого об'єкту [10, 13]. До таких ситуацій віднесено: смерть близької людини, розлучення або його перспектива, втрата роботи чи соціального статусу; втрата здоров'я (встановлення діагнозу тяжкого соматичного чи психічного розладу, соціальна чи фізична безпорадність в результаті захворювання та ін.); втрата безпеки (реальні погрози чи маячня переслідування) тощо [5].

Ступінь дезадаптації у кожного пацієнта є різною та залежить від взаємодіючих базових ФР та сили тригера. Пускові фактори мають певну ступінь специфічності для конкретного індивідуму, що залежить від низки його характеристик (особисті ознаки, особливості соціальної ситуації, вік). Плинні ситуації міжособистісних конфліктів є джерелами дезадаптуючих емоцій страху, вини і ганьби, симптомокомплексу депресії, які, як правило, стають підґрунтям аутоагресивної мотивації. На суб'єктивному рівні «пресуїцидальний» стан сприймається через призму безпорадності, безнадійності і неможливості альтернативного виходу. Когнітивна складова аутоагресивного сприйняття ситуації характеризується також когнітивним звуженням («іншого виходу немає») і дихотомічним мисленням («все або нічого»). Таким чином, АП є дезадаптивним способом співіснування з кризовою ситуацією в суб'єктивному сприйнятті індивіда [6].

Розглянемо з цієї позиції пацієнта з інфарктом міокарда. Серце є досить чутливим індикатором всіх подій, що відбуваються з людиною. Останніми роками курація пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) передбачає увагу до таких психологічних факторів ризику, як агресивність і ворожість [1, 7, 12, 14, 16]. Агресивність як стійка особистісна характеристика та її складові (ворожість, гнів, вина) супроводжуються висцеро-вегетативними розладами, що призводять до змін у серцево-судинній системі [14, 16]. Особистісний профіль хворих на інфаркт міокарда включає такі риси: перфекціонізм, честолюбство, прагнення до самоствердження, інтровертованість, емоційну лабільність, істероїдність [1, 7, 21]. Для них характерний хронічний внутрішньо-особистісний конфлікт між агресивними імпульсами і залежністю від значущого іншого. Поєднання цих рис

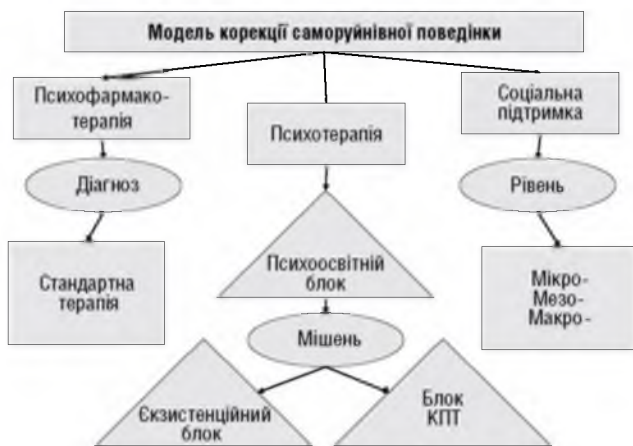


Рис. 1. Модель корекції саморуйнівної поведінки

призводить до підвищеної готовності до психосоматичного реагування, особливо при необхідності адаптуватися до зміни життєвого стереотипу. Хворі не відступають перед труднощами, нездоланні перешкоди викликають у них лише роздратування і готовність «битися до кінця». Прагнення до самоствердження та надмірне почуття відповідальності нав'язують їм роль трудоголика. Світі гнів за це вони переносять на найближче оточення, з яким встановлюють складні відносини. Стимування зовнішніх проявів агресії замикає хибне коло, яке через гіперкомпенсацію внутрішніх стресогенних переживань призводить до метаболічних змін, виникнення ІХС та рано чи пізно – до виснаження компенсаторних можливостей та непоправимих змін, якими і є інфаркт міокарда [16].

Мета дослідження: розробити модель корекції саморуйнівної поведінки на основі вивчення схильності до аутоагресії на прикладі пацієнтів з інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу.

Матеріали та методи дослідження

На основі вивчення психологічних та психопатологічних паралелей аутоагресивної активності суїцидентів та хворих із серцево-судинними захворюваннями [18] ми розробили та застосували трьохкомпонентну модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу. Оцінку ступеня редукції саморуйнівної поведінки оцінювали за допомогою динаміки Колумбійської шкали оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS).

Дослідження проводилося серед двох клінічних груп обстежуваних пацієнтів. В першу групу увійшло 60 осіб, що знаходилися на обстеженні та лікуванні з приводу незавершеної суїцидальної спроби в найближчий постсуїцидальний період. Іншу групу досліджуваних склали 60 пацієнтів кардіологічних відділень, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням. Вік пацієнтів першої групи – від 22 до 58 років (в середньому 31,4 року), другої – від 27 до 64 років (в середньому 35,1 року). За статеву структуру групу суїцидантів склали 34 (56,7 %) жінки, 26 (44,3%) чоловіків. В групі хворих на інфаркт – 29 (48,3%) жінок та 31 (51,7%) чоловік.

Результати та їх обговорення

Загальний комплекс курації обох груп пацієнтів передбачав поєднання застосування психофармакотерапії,

психотерапії та соціальної підтримки (рис. 1). Обсяг психофармакологічної допомоги визначався наявністю клінічно окреслених форм психічних розладів та тяжкістю психопатологічного стану відповідно до стандартів лікування. Нами було враховано, що пацієнти незалежно від ступеня тяжкості психічного стану спочатку були налаштовані тільки на медичне трактування захворювання, що було вигідно для них і знімало відповідальність за користування своїм типом психологічного захисту. Тому в процесі подальшої психотерапії нами регулювалася глибина занурення пацієнта в внутрішньоособистісний конфлікт, тому що надто глибоке занурення в конфлікт, до якого пацієнт ще не визрів, могло спровокувати обтяження соматичного стану або повторення суїцидальної спроби.

Соціальна підтримка відбувалася на рівні родини (мікрорівень), стаціонарного відділення перебування хворого (мезорівень). Макрорівнева соціальна підтримка (на регіональному рівні) виявилася найбільш проблематичною через організаційно-фінансові труднощі залучення пацієнтів до діяльності громадських організацій.

Основою нашого втручання була розроблена нами трьохкомпонентна модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу. Психотерапевтичне лікування було націлене на формування партнерських відносин лікар-пацієнт та позитивну динаміку ресурсної бази пацієнта під впливом макро- та мікрочинників його оточення. В процесі проведення психотерапії використовувався прийом мотиваційної співбесіди [19] як інструмент підвищення прихильності до терапії (рис. 2).

Запропонована нами психотерапевтична корекція була компонентною, а саме: психоосвітній блок; гуманістичний (екзистенційний) блок; когнітивно-поведінковий блок. Прототипом була обрана психотерапевтична програма «Спосіб корекції метаболічного синдрому Х», що була запатентована (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2009) [20] як така, що мала на меті трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів. Відмінною рисою запропонованої моделі стало додавання психоосвіти як першого обов'язкового компоненту.



Рис. 2. Мотиваційна співбесіда: інструмент підвищення прихильності терапії (модиф. Rosen, Ryan & Rigsby, 2002)

Склад психоосвітнього блоку був однаковим для пацієнтів обох груп:

- стрес та його вплив на людину;
- особливості особистісного реагування;
- аутоагресія: психосоматичне реагування та саморуйнівна поведінка;
- трансформація життєвої стратегії: осмислення життя і свобода вибору.

В процесі проведення психоосвіти (індивідуально та в малих групах) частково верифікувалися психотерапевтичні мішені, що були визначені попереднім обстеженням пацієнтів у процесі дослідження. Було виявлено специфічні патерни поведінки, що провокували виникнення та подальший хворобливих станів. В обох групах ці стани були зумовлені наслідками хворобливої оцінки події життя внаслідок наявності внутрішньоособистісних конфліктів та невирішених проблем, тому зміна оцінки події життя зумовлювала зміни стану пацієнта. Отже, модифікація патологічних поведінкових патернів (трансформація актуальної життєвої стратегії мала значно зменшити вірогідність прогресивності захворювання.

Комбінації використання окремих технік екзистенціальної та когнітивно-біхевіоральної терапії становили відповідно другий та третій блоки-модулі психотерапевтичної корекції та визначалися актуальними психотерапевтичними запитами. Групова (в малих групах 3–5 осіб) й індивідуальна психотерапія були спрямовані в тому числі на внутрішньоособистісну проблематику і систему стосунків пацієнтів, дефекти якої знаходили вираження в міжособистісній взаємодії, що уже вдруге зумовлювало посилення порушень внутріособистісних структур і ріст нервово-психічної напруги. На кожному занятті приділялася увага поєднанню групового досвіду для підвищення мотивації кожного члена групи до позитивних змін, униканню конфронтації. Кожне заняття починалося з констатації досягнутих найменших позитивних змін пацієнтів і закінчувалося констатацією позитивних результатів здійсненої роботи. Комбінації використання окремих технік екзистенціальної та когнітивно-біхевіоральної терапії визначалися актуальними психотерапевтичними запитами.

Окремі кроки екзистенціального блоку психотерапевтичної програми були присвячені: ревізії проблем пацієнтів із перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу; трансформації цих проблем у цілі; побудові адекватної ієрархії цілей; визначенню прийнятних засобів досягнення цілей; ревізії ресурсної біопсихосоціальної бази як опори в досягненні цілей. Ця частина блоку принципово не відрізнялася від прототипу за змістом, але актуальні проблеми пацієнтів виокремлювалися через призму Колумбійської шкали оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS).

Наступні кроки з використанням засад когнітивно-біхевіоральної терапії формували індивідуальні психотерапевтичні програми з усвідомленим вільним вибором пацієнтами окремих особистих стратегій – спілкування, лікування, активності, способу життя, сприяли адекватній трансформації їх життєвих стратегій та приводили актуальні ресурси у відповідність до нових життєвих цілей. Корекція за принципом вільного вибору, розши-

рення можливостей сприяла відновленню актуальних ресурсів у ланцюжку «біо-психо-соціо-». Підсумковий крок (аналіз трансформації актуальної життєвої стратегії) було присвячено фіксації змін емоції та поведінки, обговоренню можливих рецидивів та заохоченню пацієнтів обох груп до довготривалого виконання планів, розширення своїх можливостей, підвищення якості життя.

В результаті застосування запропонованої нами трьохкомпонентної моделі психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу, а саме поєднання психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоку, було зафіксовано редукцію суїцидальних думок в обох групах (рис. 3). Причому маніфестація «загрозливого» соматичного стану у вигляді інфаркту міокарда додатково сприяла зменшенню суїцидальної налаштованості, що відобразилося у повному зникненні всіх суїцидальних ідей.

Послідовними задачами в психотерапевтичній корекції були: усвідомлення пацієнтами зв'язків переживань і тіла, особливостей трансформації різних емоцій у тілесні процеси; усвідомлення пацієнтом і корекція найбільш актуальних дезадаптивних стереотипів (представлень, переживань і поведінки) щодо значимих життєвих позицій і свого захворювання; витяг і використання позитив-

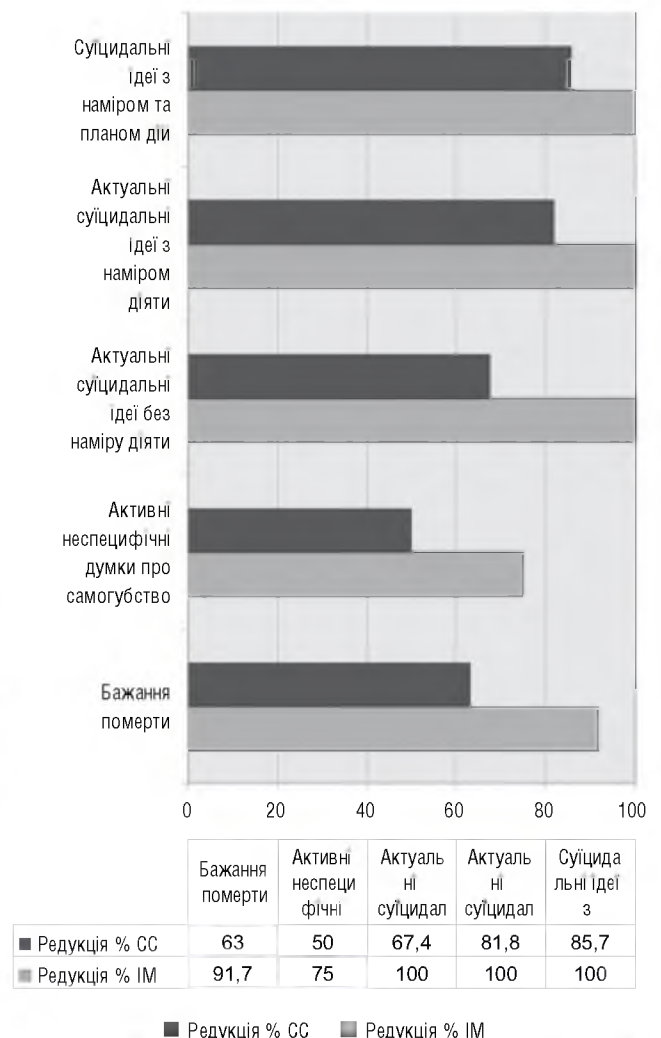


Рис. 3. Редукція суїцидальних думок в результаті впровадження моделі корекції саморуйнівної поведінки у пацієнтів з інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу

них особистісних ресурсів пацієнтів і активізація їхніх творчих можливостей для досягнення конструктивних змін; вироблення нових навичок контролю і подолання психоемоційних аспектів хвороби, а також стресових життєвих ситуацій; підвищення самооцінки.

У процесі проведення психотерапії пацієнти здобували такі навички: уміння швидко досягати фізичного і психічного розслаблення; підвищення здатності до самоконтролю, що дозволяло обмежувати вплив стресу, контролювати навантаження; формування конструктивної й ефективної стратегії вирішення (менеджменту) проблем і ситуацій, що викликали стрес; поліпшення міжособистісного функціонування.

Висновки

Розроблена і застосовувана нами трьохкомпонентна модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки щодо пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що вчинили суїцидальну спробу, показала значний позитивний результат за оцінкою ступеня редукції саморуйнівної поведінки за Колумбійською шкалою оцінка тяжкості суїциду (C-SSRS). Відмінною від прототипу рисою запропонованої нами моделі стало додавання психоосвіти як першого обов'язкового компонента. Саме сполучення психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоку з використанням мотиваційної співбесіди як інструменту підвищення прихильності до терапії дозволило провести трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів обох груп.

Список використаної літератури

1. Barefoot J.C., Larsen S., von der Lieth L., Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // *Am. J. Epidemiol.* – 1995. – Vol. 142. – P. 477–484.
2. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G. et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. // *The British Journal of Psychiatry.* – 2010. – Vol. 197 (1). – P. 20–27.

3. Danish Medicines Agency (2005) *Forbruget af Antidepressiva i Danmark i den Primære Sundhedssektor i Perioden 1994–2003.* Copenhagen: Danish Medicines Agency.
4. Dombroski T.M., MacDougal J.M., Williams R.B. et al. Components of type A, hostility, and anger-in: relationship to angiographic findings. // *Psychosom. Med.* – 1985. – Vol. 47. – P. 219–233.
5. Fergusson D., Doucette S., Cranley Glass K. et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials // *BMJ.* – 2005. – Vol. 330. – P. 396–399.
6. Grunebaum M.F., Ellis S.P., Li S. et al. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985–1999 // *J. of Clinical Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65. – P. 1456–1462.
7. Hearn M.D., Murray D.M., Luepker R.V. Hostility, coronary heart disease, and total mortality: a 33-year follow-up study of university students. // *J. Behav. Med.* – 1989. – Vol. 12. – P. 105–121.
8. Isacson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2000. – Vol. 102. – P. 113–117.
9. Martinez C., Rietbrock S., Wise L. et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and nonfatal self-harm in first-episode depression – a nested case – control study // *BMJ.* – 2005. – Vol. 330. – P. 389–393.
10. Middleton N., Gunnell D., Whitley E. et al. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–1998 // *J. of Public Health Medicine.* – 2001. – Vol. 23. – P. 262–267.
11. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T. et al. Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior // *Psychological Science.* – 2010. – Vol. 21 (4). – P. 511–517.
12. O'Connor N.J., Manson J.E., O'Connor G.T. et al. Psychosocial risk factors and nonfatal myocardial infarction // *Circulation.* – 1995. – Vol. 92 – P. 1458–1464.
13. Olfson M., Shaffer D., Marcus S.C. et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents // *Archives of General Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 978–982.
14. Rosengren A., Hawken S., Ounpuu S. et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // *Lancet.* – 2004. – Vol. 364. – P. 953–962.
15. Whittington C.J., Kendall T., Fonagy P. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data // *Lancet.* – 2004. – Vol. 363. – P. 1341–1345.
16. Дзюба О.М., Хаустова О.О., Безшейко В.Г. Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психосоматичними розладами // *Таврический журнал психиатрии.*
17. Суїцид. Хрестоматія по суїцидології / Сост. Моховиков А.Н. – К., 1996.
18. Хаустова О.О., Романів О.П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики // *Ліки України.* – 2013. – №1 (167). – С. 89–94.
19. Хаустова О.О., Сахно С.Г. Мотиваційне інтерв'ю в діагностично-лікувальному процесі психосоматичних хворих // *Архів психіатрії.* – 2013. – Т 19, №1 (72). – С. 130–134.
20. Чабан О.С., Хаустова О.О. Спосіб корекції метаболічного синдрому Х. – Пат. 24084 Україна, МКП (2006) А61М 21/00 А61В 5/16. Заявник і патентовласник Укр. НДІ ССПН. – № і 2006 08832; заявл. 07.08.06; опубл. 25.06.07, Бюл. №9.
21. Чабан О.С., Хаустова О.О. Реабілітаційні мішені: особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2009. – №1 (21). – С. 13–22.
22. Юрьева Л.Н. Клиническая суїцидология. – Днепропетровск, 2006. – 742 с.

МОДЕЛЬ КОРРЕКЦИИ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ СКЛОННОСТИ К АУТОАГРЕССИИ

А.П. Романів

Коррекция саморазрушающего поведения является важной социальной задачей, решение которой возможно только при интеграции различных направлений работы с пациентом в единую стратегию. На основе изучения психологических и психопатологических параллелей суицидогенеза 60 суицидентов и 60 больных инфарктом миокарда мы разработали и применили трехкомпонентную модель психотерапевтической коррекции саморазрушительного поведения у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и лиц, совершивших суицидальную попытку. Модель представляет собой сочетание психообразовательного, гуманистического (экзистенциального) и когнитивно-поведенческого блоков интервенции. Оценку степени редукции саморазрушительного поведения мы оценивали с помощью динамики Колумбийской шкалы оценка тяжести суицида (C-SSRS). Нами было зафиксировано редукцию суицидальных мыслей в обеих группах. Причем манифестация «угрожающего» соматического состояния в виде инфаркта миокарда дополнительно способствовала уменьшению суицидальной настроенности, что отразилось в полном исчезновении всех суицидальных идей. Именно сочетание психообразовательного, гуманистического (экзистенциального) и когнитивно-поведенческого блока с использованием мотивационной интервью как инструмента повышения приверженности к терапии позволило провести трансформацию актуальных болезненных жизненных стратегий пациентов обеих групп.

Ключевые слова: аутоагрессия, психосоматика, суицидальная попытка, инфаркт миокарда, психотерапия, психообразование

CORRECTION MODEL OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR BY STUDYING THE TENDENCY TO SELF-AGGRESSION

O. Romaniv

Correction of self-destructive behavior is an important social problem whose solution is possible only with the integration of different areas of work with the patient in a single strategy. Based on the study of psychological and psychopathological parallels suicidogenesis 60 suicides and 60 patients with myocardial infarction, we have developed and applied a three-component model of psychotherapeutic correction self-destructive behavior in patients with prior myocardial infarction and perpetrators of a suicide attempt. The model is a combination of psychoeducational, humanistic (existential) and cognitive-behavioral intervention units. Assessment of the degree of reduction of self-destructive behavior, we evaluated using the dynamics of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). We recorded a reduction of suicidal ideation in both groups. Moreover, the manifestation of «threatening» physical state in the form of myocardial infarction is further helped to reduce suicidal tendencies, which resulted in the complete disappearance of all suicidal ideation. The combination of psychoeducational, humanistic (existential) and cognitive-behavioral unit using motivational interview as a tool to improve adherence to therapy allowed for the transformation of the actual painful life strategies of patients in both groups.

Key words: autoaggression, psychosomatics, suicidal attempt, myocardial infarction, psychotherapy, psychoeducation