

следование включало методики – тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН; тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы С. D. Spielberger – Ханина; уровень нейротизма личностного опросника Н. J. Eysenck, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К. Томаса.

У подростков жертв насилия в семье, были выявлены психопатологические изменения формирования личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и у более 30% подростков в виде формирования агрессивности: они сами испытывали гнев, который чаще всего изливали или на предметы и игрушки, или на более слабых: младших по возрасту детей, на животных. Часто их агрессивность проявлялась в игре, а вспышки их гнева не имели видимой причины. Подростки с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности. Вследствие этого подростку трудно было добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками было затруднено, отсутствовали близкие друзья, отмечалась изоляция и непопулярность у других подростков.

Принципы реабилитации, социально-психологической коррекции и психотерапии подростков и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, последовательности. Комплекс психотерапии у подростков жертв насилия в семье включал дифференцированное соединение методов семейной, игровой, индивидуальной, поведенческой психотерапии. и применялись следующие методики психотерапии: психологическое консультирование; суггестивная психотерапия; системная семейная психотерапия; игровая психотерапия, сказкотерапия, рациональная психотерапия. В семейной психотерапии мы фокусировались на возможности адаптации подростков и членов семьи, привлечении подростков и членов семьи к выражению своих эмоций и переживаний, акцентировании на сильных качествах личности членов семьи, формировании новых возможностей коммуникации членов семьи, анализе перспектив, определении планов семьи, профилактики рецидивов насилия, контроле агрессивного поведения членов семьи и подростков.

УДК 616.89-021

ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТМ МІОКАРДУ ТА ОСІБ З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУЇЦИДОМ

Романів О. П.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Одним із сигналів для невідкладної превенції суїцидальної спроби в суїцидології вважається зовнішній прояв суїцидального наміру у вигляді суїцидальної налаштованості, висловлювань і т.і. Проте, за своїми наслідками для здоров'я та життя людини не менше значення мають деякі види аутоагресії несуйцидального спектру, до яких ми відносимо психосоматичні захворювання, і зокрема – інфаркт міокарда (ІМ). Суб'єктивно-психологічні характеристики суїцидальної поведінки містять у собі низку спільних рис із аутоагресивним компонентом при ІМ. Йдеться не про об'єктивно значущі фактори ризику, а лише про їх суб'єктивне переживання хворим та необхідність у виявленні службою психологічної та психотерапевтичної допомоги таких факторів у окремої особи.

Психологічним контекстом скоєння *суїцидальної спроби* є життєва криза особистості на тлі нереалізованої потреби в близькості, прийнятті та любові. Наявність агресивних тенденцій, імпульсивності у минулому, відсутність стримуючих, обмежувальних факторів є несприятливими супутніми чинниками, що обумовлюють важкість суїцидальних переживань. Каталізаторами та передумовами виникнення суїцидальної активності стає крах попередніх особистісних цінностей, в деяких випадках – переживання втрати близької людини. У *пацієнтів з ІМ* хвороба також стає необхідною «зупинкою на вимогу» для орієнтації в життєвих цінностях та вирішенні кризи особистості. Відповідно, аутодеструктивні тенденції проявляються в спрямованості на досягнення певного рівня власної фізичної неспроможності для зниження надсильного почуття відповідальності, що спричиняло

страждання, при збереженому соціальному статусі. Отже, небезпека для пацієнтів з ІМ полягає у неусвідомлених саморуйнівних тенденціях, їх непередбачуваному фатальному наслідку, а отже, недоступності інших варіантів виходу із життєвої кризи. Таким чином, насамперед наявність свідомого бажання позбавити себе життя і таким чином розв'язати свою життєву кризу відрізняє суїцидентів від психосоматичних пацієнтів, у яких автодеструктивна розв'язка має несвідомий, позбавлений контролю характер, що проте вона мала не менш фатальну загрозу для його життя та здоров'я.

Сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію стосовно допомоги суїцидентам, але діагностичні та терапевтичні заходи щодо осіб, які мають схильність до аутодеструктивних психосоматичних проявів, визначені недостатньо.

УДК 616.89–008.454–06:615.015.8]:615.214

ВАРИАНТЫ РЕЗИТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Саржевский С. Н.

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье, Украина).

Несмотря на многообразие в настоящее время антидепрессантов с различным спектром действия, вопросы резистентности депрессий в практике психиатра являются не менее актуальными, чем ранее. Однако следует понимать, что это очень неоднородная группа симптоматики, которая объединена только на основании ответа на терапию. Различные данные в литературе о проценте терапевтической резистентности связаны с особенностями в подходе к диагностике данных состояний.

Целью настоящего исследования являлось изучение и соотношение различных типов резистентности депрессий в соответствии с их современной систематикой.

Наблюдались 38 мужчин в возрасте 32–67 лет, которые проходили стационарное лечение с диагнозом умеренно – выраженный депрессивный эпизод либо органическое депрессивное расстройство. У всех пациентов отсутствовал либо был невыраженным клинический эффект после последовательного 3 недельного лечения двумя антидепрессантами различных групп в дозах эквивалентных 200–300 мг amitриптилина.

В 21 случае выявлялась первичная резистентность, связанная с труднокурабельной депрессией и неблагоприятным её течением. В клинической картине преобладали признаки меланхолии, с периодической актуализацией бредовых переживаний. В дальнейшей лечебной тактике проводилась комбинированная терапия с применением двух антидепрессантов с преимущественно серотонинергической и норадренергической активностью. Базовыми препаратами оставались трициклики, особенно с учётом возможности их парентерального введения. Второй препарат присоединялся с минимальных доз, наращивание проходило постепенно, учитывался риск побочных эффектов.

В 7 случаях отмечалась вторичная резистентность, когда неэффективность применяемого лечения была обусловлена недостаточно активным увеличением дозировок препарата, и фактически развился феномен адаптации к фармакотерапии. Клинически особенно стойкими оставались нарушения сна, пониженная самооценка и демонстрируемые когнитивные нарушения. Среди лечебных стратегий данной группы преобладала замена препарата в первую очередь на антидепрессант другого спектра действия, чаще применялся венлафаксин.

У 6 пациентов диагностирована псевдорезистентность, связанная с недостаточной длительностью курса терапии одним препаратом по различным причинам (перебои в наличии лекарства, отказ от него самого больного) а также соматогенными факторами. В клинической картине преобладали атипичные депрессии с тревогой и сочетанием симптомов органического регистра. При лечении применялась «тактика наслоения», когда к базовому антидепрессанту присоединялся карбонат лития, либо атипичный антипсихотик (риспери-