

як у хворих на шизофренію, так і в їх референтних родичів, що безумовно призводить до зниження соціального функціонування сім'ї та погіршення якості життя її членів.

Література:

1. Amark C. *Emotions and the coping* / C. Amark // *Acta psychiat. scand.*, Copenhagen. – 2001. – Suppl. – №70.
2. DuClemente C.C. *Coping and competence in smoking behavior change* / C. C. DuClemente, J.O. Prochaska // S. Shiftman, T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. – Orlando: Academic Press. 2005. – P. 319–343.
3. Barrett-Lennard G.T. *The phases and focus of empathy* / G.T. Barrett-Lennard // *Brit. J. Med. Psychol.* – 2003. – Vol. 66 (1). – P. 3–14.
4. Batson C.D. *Distress and empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences* / C.D. Batson [et al.] // *J. of Personality*. – 1997. – Vol. 55(1). – P. 5–36.
5. Mehrabian A. *Public places and private space: The psychology work, play and living environments* / A. Mehrabian. – N. Y.: Basic Books, 1976. – 125 p.
6. Schwarzer R. *Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource* / R. Schwarzer // *Diagnostica*. – 2004. – Vol. 40. – № 2. – P. 105–123.
7. Terry D. I. *Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior* / D. I. Terry // *Pers. Individ. Diff.* – 1998. – Vol. 12 (10). – P. 1031–1047.
8. Выговская Л. П. *Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи: автореф. дисс. ... канд. психол. наук* / Л. П. Выговская – Киев, 1991. – 20 с.
9. Davis M.H. *The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach* / M.H. Davis // *J. of Personality*. – 2009. – Vol. 51. – P. 167–184.
10. Moos R.H. *Understanding Environments: The Key to Improving Social Processes and Program Outcomes* / R.H. Moos // *Amer. J. of Community Psychology*. – 2006. – Vol. 24. (1). – P. 193–201.
11. Ярцев А. П. *Оценка центральных личностных функций больных с алкогольной зависимостью* // *Вопросы наркологии*. — 2007. — № 3. — С. 27–32.
12. Бобнева М. И. *Социальные нормы регуляции поведения* / Бобнева М. И., -М.: Наука, 2004. – 311 с.
13. Михайлова Е. С. *Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика* / Михайлова Е. С. – СПб.: СПбГУ, 2007. – 266 с.

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМУНИКАТИВНЫХ РЕСУРСОВ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ

Е. Я. Пшук

Исследованы коммуникативные ресурсы (эмпатия, аффилиация, социальный интеллект) у пациентов с шизофренией и их референтных родственников в динамике развития заболевания. Установлено, что с увеличением длительности заболевания происходит истощение коммуникативных ресурсов не только у пациентов с шизофренией, но и у их референтных родственников, что необходимо учитывать при разработке психообразовательных программ.

Ключевые слова: шизофрения, эмпатия, аффилиация, социальный интеллект, референтный родственник

LEVEL ASSESSMENT RESOURCES COMMUNICATIVE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR REFERENCE RELATIVES

Y. Y. Pshuk

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Summary: investigated communicative resources (empathy, affiliation, social intelligence) in patients with schizophrenia and their relatives reference in the dynamics of the disease. Found that with increasing duration of the disease, depletion of communicative resources not only in patients with schizophrenia, but also for their relatives reference that must be considered in the development of psychoeducational programs.

Keywords: schizophrenia, empathy, affiliation, social intelligence, the reference relative

УДК 616.89-05-616.831

О. П. Романів

ІНФАРКТ МІОКАРДА ЯК СПОСІБ МАНІФЕСТАЦІЇ СУЇЦИДОЛОГІЧНОЇ НАЛАШТОВАНОСТІ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: інфаркт міокарда, суїцид, аутоагресія, аутодеструкція, Колумбійська шкала

Актуальність. Психологічні та психопатологічні описи особистості, схильної до захворювань серцево-судинної системи і, зокрема, інфаркту міокарда містять велику кількість різноманітних характеристик та добре розкриті як у кардіологічній, так і в психіатричній літературі. Проте типологізація психічних феноменів таких хворих з точки зору суїцидології на сьогодні є мало розробленою, незважаючи на велику діагностичну та терапевтичну цінність.

Згідно даних останніх епідеміологічних розробок інфаркт міокарда часто виявляє коморбідність із соматоформними, нозогенними, афективними та органічними

психічними розладами. Крім цього, значну частину серцево-судинних захворювань викликають психогенно обумовлені травмуючі ситуації високої особистісної значущості (від умовно-патогенних обставин повсякденного життя до істинно стресогенних: втрата близької людини, крах життєвих цінностей, важке захворювання тощо). Механізм розвитку таких психогенно обумовлених захворювань розглядається в рамках концепції неспецифічного психічного стресу. На основі цього механізму виділено два типи психогенно провокованих особистісних реакцій: механізм «ключового переживання» та механізм конверсії.

Стани першого типу маніфестують в ситуаціях, патогенних для осіб-носіїв певних кататимних переживань, що мають схильність до ампліфікації негативних переживань (загроза діловій репутації, втрата об'єкту надцінної прив'язаності, неможливість виконання обов'язків). Психосоматичні стани конверсійного типу маніфестують під впливом різнопланових, неспецифічних тригерів (умовно-патогенні обставини) та проявляються у вигляді соматизованої тривоги, яка, при хронічному перебігу, у свою чергу призводить до виникнення захворювання.

Дані психосоматичні концепції виникнення інфаркту міокарда мають багато спільних елементів з механізмами розвитку суїцидальних тенденцій особистості взагалі, що і обумовило наш науковий інтерес до даної проблеми.

Метою даної роботи було виявлення та характеристика психологічних та психопатологічних особливостей осіб з інфарктом міокарда в анамнестичному розрізі, порівняння цих даних із аналогічними характеристиками в загальній популяції та групою обстежуваних суїцидентів.

Матеріали й методи. Для реалізації мети дослідження було обстежено 48 пацієнтів кардіологічного профілю, віком від 29 до 60 років, які в найближчому минулому (від 5 днів до 2-х місяців) перенесли інфаркт міокарда різного ступеня важкості та локалізації. Серед них 32 чоловіків та 16 жінок.

У групу порівняння увійшло 60 суїцидентів віком від 25 до 63 років, що було обстежено в найближчому постсуїцидальному періоді. Розподіл обстежуваних за статтю складав: 36 чоловіків та 24 жінки. Процедура обстеження була реалізована по мірі поступлення даних осіб у психіатричний стаціонар.

Інструментарій обстеження всіх трьох груп обстежуваних представлений наступними методиками та оціночними шкалами:

1. Колумбійська шкала оцінки важкості суїциду (C-SSRS) користується широкою поширеністю та гнучкістю у виявленні різного роду суїцидальної налаштованості. Перевагою даної шкали можна вважати можливість її використання в ретроспективному плані, що робить її придатною не тільки в групі суїцидентів, але дає можливість виявити цінні анамнестичні відомості в групі кардіологічних хворих, зокрема кількісно та якісно описати аутоагресивні, суїцидологічні переживання хворих на інфаркт у минулому. Шкала складається з чотирьох модулів: 1) суїцидальні ідеї; 2) інтенсивність суїцидальних ідей; 3) суїцидальна поведінка; 4) реальна/потенційна небезпека суїцидальних спроб.
2. Коротка психіатрична оціночна шкала (BPRS) дала можливість описати психіатричні симптоми та феномени в досліджуваних групах для формулювання заключення про стан психічного здоров'я обстежуваних, верифікації діагнозу.
3. Діагностичний опитувальник біполярного афективного розладу дав можливість оцінити роль афективних (а саме – коливання настрою) показників у маніфестації патологічних станів у досліджуваних

осіб. На основі даного опитувальника вираховувався так званий «індекс біполярності», що визначає ступінь вираженості біполярної налаштованості особистості. Опитувальник призначений для попередньої діагностики та скринінгового виявлення біполярного розладу. Він складається з основної частини – 32 питань з однозначними відповідями «так» або «ні», що стосуються особливостей поведінки в стані «припіднятості». Саме ці питання підраховувалися в «індекс біполярності».

4. Опитувальник стану здоров'я (PHQ) містить у собі набір запитань, що стосуються соматичних скарг обстежуваних осіб, що дає можливість оцінювати вплив тілесних переживань на важкість психічного стану обстежуваних.
5. Шкала оцінки якості рівня життя за Чабаном О. С., Хаустовою О. О. Тест містить у собі 10 запитань, що включають інтегровані показники задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним благополуччям, самопочуттям у цілому та дає змогу виявити динаміку зміни у ставленні пацієнта до цих положень у процесі терапії; оціночні критерії тесту виявляють суб'єктивні переживання якості життя як вкрай низької (менше 7-ми балів), низької (7–12 балів), середньої (13–18 балів), високої (19–24) та дуже високої (25–39). Спрямованість на суб'єктивну оцінку власного життя, задоволення/незадоволення ним у цілому та окремими його аспектами дало можливість локалізувати межі індивідуально-психологічного дискомфорту як потенційної передумови та платформи, на якій розвиваються суїцидальні інтенції та психосоматичні передумови розвитку інфаркту міокарда.

Результати. Оцінка динаміки аутоагресивних тенденцій у групах суїцидентів та хворих на інфаркт міокарда на момент обстеження та в анамнестичній площині дала можливість виявити певні психопатологічні закономірності.

Зокрема значна частина пацієнтів з інфарктом міокарду мала досвід суїцидальної налаштованості різного ступеня вираженості – від епізодичних думок про розршення життєвих проблем внаслідок власної смерті до намірів та навіть планів здійснення суїцидальної спроби в минулому. У більшості таких випадків на висоті життєвої кризи мали місце активні неспецифічні думки про самогубство.

Виходячи з отриманих відомостей та результатів Колумбійської шкали оцінки важкості суїциду, більше третини пацієнтів з інфарктом міокарда мали в минулому суїцидальні ідеї різного ступеня важкості, серед яких переважали бажання померти (24%) та активні неспецифічні ідеї про самогубство (12%). Частота та тривалість думок про самогубство в таких осіб відповідають середнім показникам по шкалі C-SSRS, що говорить про відносно високу вираженість переживань. Проте цікавим є порівняння рівня контрольованості та участі стримуючих факторів у припиненні (або нівелюванні особистісного значення) суїцидальних думок. Так

Таблиця 1

Вираженість суїцидальних думок в анамнезі серед хворих на інфаркт міокарда (%)

Суїцидальні думки	%	Інтенсивність суїцидальних думок	%
Бажання померти	24	Частота: 1 р/тиждень, 2-5 р/тиждень	61
		Тривалість: менше години та 1-4 години	56
Активні неспецифічні думки про самогубство	12	Контрольованість: - з незначними труднощами	55
		- з деякими труднощами	29
		- з великими труднощами	9
		Стримуючі фактори: - утримали від суїцид. спроби	74
Актуальні суїцидальні ідеї без наміру діяти	1	- вірогідно утримували від спроби	15
		- не зрозуміло чи утримували від спроби	11
Актуальні суїцидальні ідеї з наміром діяти	3	Привід до суїцидальних думок: - виключно для привертання уваги	14
		- здебільшого для привертання уваги	12
		- як для привертання уваги, так і для зменшення страждань	25
		- здебільшого для припинення страждань	29
Суїцидальні ідеї з наміром та планом дій	2	- виключно для припинення страждань	30

більше половини обстежених цієї групи, що виявляли суїцидальні думки, могли з незначними труднощами їх контролювати. З історій життя цих пацієнтів стало відомим, що високі соціальні вимоги, обов'язки перед родиною, небезпека втратити авторитету перед оточенням значною мірою сприяли стимулюванню соціального функціонування, орієнтації на довготривалі перспективи. Такі обставини певною мірою «відставляли» на

задній план суїцидальні переживання, незважаючи на індивідуальну значущість (більше половини (59%) таких пацієнтів вважали приводом до суїцидальних переживань можливість зникнення особистісних страждань внаслідок власної смерті). 6 осіб у минулому мали зупинену або перервану суїцидальну спробу.

Порівнюючи аналогічні показники в групі суїцидентів у їх анамнезі (період перших суїцидальних проявів

Таблиця 2

Вираженість суїцидальних думок в анамнезі серед групи суїцидентів (%)

Суїцидальні думки	%	Інтенсивність суїцидальних думок	%
Бажання померти	27	Частота: 1 р/тиждень, 2-5 р/тиждень	57
		Тривалість: менше години та 1-4 години	44
Активні неспецифічні думки про самогубство	12	Контрольованість: - з незначними труднощами	32
		- з деякими труднощами	43
		- з великими труднощами	20
		Стримуючі фактори: - утримали від суїцид. спроби	44
Актуальні суїцидальні ідеї без наміру діяти	43	- вірогідно утримували від спроби	19
		- не зрозуміло чи утримували від спроби	27
		Привід до суїцидальних думок: - виключно для привертання уваги	12
Актуальні суїцидальні ідеї з наміром діяти	11	- здебільшого для привертання уваги	14
		- як для привертання уваги, так і для зменшення страждань	29
Суїцидальні ідеї з наміром та планом дій	7	- здебільшого для припинення страждань	24
		- виключно для припинення страждань	21

особистості), ми відмітили майже ідентичну вираженість суїцидальних думок та налаштованості, проте зі значним зниженням ролі стримуючих факторів.

Таким чином, прослідковуються деякі спільні тенденції особистісної організації в площині аутоагресивної налаштованості як в групі пацієнтів кардіологічного профілю, так і серед суїцидентів. Очевидними розбіжностями на подальших етапах є посилення контролюючих та стримуючих суїцидальні переживання механізмів, які трансформують явні аутоагресивні тенденції у соціальну активність, що, на нашу думку, сприяє компенсаторному (відносно можливого суїциду) врівноваженню особистості.

На жаль, можливості Колумбійської шкали поширюються лише на очевидні (як для самого пацієнта, так і для досліджуваного) аутоагресивні прояви. Тому виявляти інші модальності, які, можливо, сприяли маніфестації інфаркту міокарда, ми вирішили за допомогою інших методик.

Коротка психіатрична оціночна шкала (BPRS) дала можливість при дослідженні ретроспективних показників серед пацієнтів з інфарктом міокарда виявити відсутність або незначний рівень стурбованості власним соматичним станом (на час умовного благополуччя, до моменту інфаркту міокарда) разом з високою емоційною заглибленістю в себе або навпаки – збудливістю та напруженістю. Такі комбінації показників виявляли більшість обстежених цієї групи (78%).

Поряд з цим, у групі суїцидентів відмічалися відносно вищі показники тривожності, почуття провини та депресивні переживання (комбінація високих показників за цими параметрами відмічалася у 64% обстежених суїцидентів) як в минулому, так і в найближчому постсуїцидальному періоді.

Цікавим є спостереження, що співвідношення збудливості/напруження та тривожності/репресивності відчуття провини у кардіологічних хворих до маніфестації інфаркту та після значно змінилися в сторону більшої вираженості останніх. Тобто факт захворювання інфарктом міокарда та реалізація суїцидальної спроби зводять особистісні реакції в досліджуваних обох груп в один полюс. Цим можна пояснити також відому тенденцію до інтенсифікації суїцидальних думок та намірів після інфаркту міокарда.

Вдалося виявити також значно вищий індекс біолярності (середній показник для кардіологічних пацієнтів – 26, для суїцидентів – 17). При цьому хворі на інфаркт міокарда виявляли більшу схильність до проявів гіноманії та навіть клінічно виразної манії протягом тривалого періоду життя перед хворобою, чим пояснюється їх високий рівень соціального функціонування, та деякий «протективний» ефект щодо контролю над суїцидальними інтенціями в минулому.

Серед представників групи пацієнтів з інфарктом 31,7% мали психічні та поведінкові розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, 9,4% – іншими середниками (снодійні, заспокійливі, наркотичні речовини).

У групі суїцидентів мали місце верифіковані на момент обстеження депресивні епізоди різного ступеня важкості (в 33,4% обстежених), рекурентний депресивний розлад (28,6%) та тривожно-депресивний розлад (25,4%).

Переорієнтація на соматичне благополуччя та пов'язані з ним іпохондричні та тривожно-депресивні переживання посилювалися у пацієнтів після інфаркту. Біль у голові, грудній клітці, посилене серцебиття є як суб'єктивні переживання, що домінували в оцінці власного здоров'я як «поганого». У той же час, протягом тривалого часу пацієнти відмічали й інші ознаки порушень здоров'я (як-то посилення або зниження апетиту, безсоння, зміни настрою, зниження концентрації уваги, втомлюваність), на які хворі не зважали та продовжували активну трудову та соціальну діяльність. Це свідчить про нечутливість до власних тілесних відчуттів та переживань у цих осіб, яка в свою чергу безпосередньо чи опосередковано призвела до очевидної катастрофи здоров'я у вигляді інфаркту міокарда. Таких висновків вдалося дійти порівнюючи відповіді суїцидентів та кардіологічних хворих на питання Опитувальника стану здоров'я (PHQ).

Вагомим доповнення до цієї методики виявилася Шкала оцінки якості рівня життя: вдалося встановити ширші закономірності соціального та особистісного благополуччя досліджуваних у часовій динаміці. Зокрема хворі на інфаркт упродовж тривалого часу до своєї хвороби відмічали якість свого життя як високий (44,5%) та дуже високий (23,8%) здебільшого за рахунок власної самореалізації, соціальної активності та статусу, фінансового благополуччя та пов'язаної з цими аспектами гедонії. Хоча в той же час більшість обстежуваних (68,5%) відмічала дефіцит тісних міжособистісних стосунків, сумісного проведення часу з родиною і задоволення від роботи. Для цих осіб ключовим підтримуючим (до певної міри) особистісним ресурсом було задоволення та реалізація нарцисистичних потреб, які в свою чергу також нівелювали деякі суїцидальні схильності. Тому стає зрозумілим різке (можливо, за рахунок більше психологічних переживань, аніж реального фізичного дефекту) зниження суб'єктивної оцінки якості життя. У групі суїцидентів відмічалася відносно рівномірна оцінка якості власного життя від моменту умовного благополуччя до періоду посилення суїцидальної налаштованості та власне спроби самогубства: низький (27,1%), середній (32,4%) та високий (11,8%) проти 49%, 18,7% та 5,9% відповідно.

Висновки. Підсумовуючи вищеописані тенденції та паралелі розвитку інфаркту міокарда з суїцидом, можна говорити про певну спорідненість між цими процесами в площині аутоагресивності. Про це, зокрема, свідчить високий рівень суїцидальної налаштованості в анамнезі серед пацієнтів з інфарктом міокарда, який проте піддається контролю та їх стримуванню сильніше, ніж це можна прослідкувати в історії життя суїцидентів. У цьому випадку протективні (стосовно суїциду) механізми не втрачають своїх аутоагресивних якостей,

а лише трансформують особистісні паттерни поведінки в іншу форму прояву, одним з варіантів якої можна вважати інфаркт міокарда. Виявлені характерологічні та психопатологічні відмінності між досліджуваними групами, а саме більша схильність до гіпоманіакальних та маніакальних станів у пацієнтів-інфарктників та схильність до депресивних і тривожно-депресивних розладів у суїцидентів.

Можна припускати спорідненість цих процесів (суїциду та інфаркту) не лише в плані афективних розладів, а й в площині задоволеності якістю власного життя, що певною мірою витікає з можливостей нарцистичної компенсації чи гіперкомпенсації. Подальші дослідження та методичні розробки даної проблеми з психологічного, психопатологічного та соціального аспекту дадуть відповіді на питання попередження, профілактики та корекції як суїцидальної поведінки, так й інфаркту міокарда.

Література:

1. Смулевич А. Б., Медведев В. Э. Психические расстройства у больных с инфарктом миокарда. В книге А. Л. Сыркина, Н. А. Новиковой. С. А. Терехина "Острый коронарный синдром". М., МИА; 2010: 123-36.
2. Чабан. О. С., Хаустова. О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник.-Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004 – 96 с.
3. Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г.

Котинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 186-190.

4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470 с., 2006.
5. Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки. Российский психиатрический журнал. 2008, №2 С. 16-21.
6. Пилигіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування — Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.16. — Київ, 2004. — 32 с.
7. Сухинин А. В., Яковлева О. А. Суицидальное поведение и его социально-психологический анализ. Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 5: Юриспруденция. 2012. №1. С. 148-154.
8. Копылов Ф. Ю., Сыркин А. Л., Дробизев М. Ю., Висуров С. А., Медведев В. Э. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса. Клиническая медицина. 2008; 2: 23-6.
9. Смулевич А. Б., Медведев В. Э., Фролова В. И. Ритмы депрессии при эндогенных и соматических (дермато- и кардиологических) заболеваниях. Психические расстройства в общей медицине. 2008; 1: 22-5.
10. Копылов Ф. Ю., Медведев В. Э., Никитина Ю. М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогностическом ИБС. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2008; 3 (том 1): 24-7.
11. Медведев В. Э. Личность пациента как фактор заболеваемости ишемической болезнью сердца. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2010; 5: 18-23.

ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК СПОСОБ МАНИФЕСТАЦИИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТРОЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. П. Романів

Сочетание в жизни отдельного пациента как суицидальной активности (мысли, намерения, попытки), так и возникновения тяжелого соматического заболевания (например, инфаркта миокарда) свидетельствуют о сложных психологических, физиологических и психопатологических взаимодействиях между ними. Если в большинстве кардиологических больных с высокой вероятностью удается установить аутодеструктивные тенденции личности в прошлом, то роль выраженных суицидологических намерений у этих пациентов, их взаимодействие с патогенезом кардиологической патологии является не столь очевидной.

В данном исследовании мы обратили внимание именно на такие случаи, поскольку идентификация взаимодействия суицидологических и психосоматических феноменов в этих пациентов позволит более четко понять ключевые моменты развития, а значит - и предупреждения как суицидальной активности, так и инфаркта миокарда.

Было проведено обследование 48 человек с инфарктом миокарда (в ближайших 3 недели после его возникновения), у которых в разной степени была выражена суицидальная настроенность - от эпизодических суицидальных мыслей на высоте жизненных кризисов, до выраженных суицидальных намерений с суицидальными попытками. Ключевым инструментом исследования в связи с этим мы выбрали Колумбийскую Шкалу оценки тяжести суицида (C-SSRS). В сочетании с изучением катamnестических и анамнестических сведений о больном, выяснением ключевых копинг-стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях и непосредственных предпосылок возникновения инфаркта, данная оценочная шкала позволяла сравнивать суицидологическую и психосоматическую реализацию аутоагрессивного у одного человека в разные периоды времени. Благодаря такому подходу удалось выяснить, что те поведенческие стратегии и мотивация, которые помогали личности преодолевать суицидальные мысли и намерения, оказывались неэффективными в случае возникновения инфаркта миокарда. Также выявлены некоторые количественные и качественные взаимосвязи между степенью выраженности суицидальных тенденций в прошлом и возникновением инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, суицид, аутоагрессия, аутодеструкция, Колумбийская шкала

MYOCARDIAL INFARCTION AS A WAY OF MANIFESTATION SUICIDOLGY DISPOSITION CARDIAC PATIENTS

O. P. ROMANIV

Combination of the individual patient's life as suicidal activity (thoughts, intentions, attempts) and of severe physical illness (eg myocardial infarction) show complex psychological, physiological and psychiatric interactions between them. If the majority of cardiac patients with a high probability can establish a self-destructive tendencies in the past, the role suicidology intentions expressed in these patients, their interaction with the pathogenesis of cardiac pathology is not so obvious.

In this study, we paid attention to such cases as the identification of interaction suicidology and psychosomatic phenomena in these patients will allow a more accurate understanding of key aspects of development, and therefore - and as suicide prevention activities as well and myocardial infarction. It examined 48 patients with myocardial infarction (closest to 3 weeks after emergence), which to varying degrees has been expressed suicidal mood - from occasional suicidal thoughts at altitudes life crisis, expressed suicidal intent of suicide attempts.

The key research tool in this regard, we chose Columbia Suicide The difficulty rating scale (C-SSRS). In conjunction with the study follow-up and anamnestic information about the patient, identifying key behavioral coping strategies in difficult situations and immediate conditions of myocardial given the estimated scale made it possible to compare suyitsydolohichnu and psychosomatic implementation autoahresyynoyi behavior one person at different times. Through this approach, we found that these behavioral strategies and motivation to help the individual overcome suyitsydolohi thoughts and intentions, proved ineffective in the case of myocardial infarction. Also found some quantitative and qualitative relationship between the severity of suicidal tendencies in the past and of myocardial infarction.

Keywords: myocardial infarction, suicide, autoaggression, autodestruction, Colombian scale.