УДК 616.89-021

О. П. Романів

ІНФАРКТ МІОКАРДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СУЇЦИДОЛОГІЇ: СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ АУТОАГРЕСІЇ, ПАРАЛЕЛІ ТА ВІДМІННОСТІ В ПОРІВНЯННІ З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУЇЦИДОМ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: аутоагресія, інфаркт міокарда, суїцид, аутодеструктивна поведінка, суїцидальна спроба, суїцидальний намір

Актуальність. Нині у всьому світі прогресує ріст саморуйнівної поведінки серед населення. Дедалі частіше вона знаходить своє відображення в захопленнях, звичках та способі життя сучасної людини [4; 5]. Враховуючи показники соціально-економічних втрат та швидкого темпу розповсюдження саморуйнівної поведінки, вивчення механізмів, факторів ризику та формування моделей попередження аутоагресії має важливе значення для її попередження.

Методологічні принципи сучасної суїцидології розмежовують поняття аутоагресії як широкого спектру процесів саморуйнівної поведінки та власне самогубства – крайнього ступеня аутоагресії, свідомого позбавлення себе життя з відповідними намірами [8]. Ключовою відмінністю, як вважається, є намір людини до самознищення, який робить його усвідомленим та цілеспрямованим шляхом вирішення існуючої життєвої кризи суїциданта. Зовнішній прояв суїцидального наміру, у вигляді суїцидальної налаштованості, висловлювань і т. д., поряд із відомими нині факторами ризику, служить в суїцидології одним із сигналів для превенції суїцидальної спроби [32; 33; 34; 37]. Проте за своїми наслідками для здоров'я та життя людини, деякі види аутоагресії несуїцидального спектру, мають не менше значення, ніж проблема суїцидів. До таких аутоагресивних проявів ми відносимо і так звані психосоматичні захворювання, і зокрема – інфаркт міокарда, як одну з найнебезпечніших для життя хвороб [13; 14].

У світлі сучасних досліджень, суїцидальний процес розгортається в часі на тлі біологічних схильностей під впливом соціальних і особистісних стресорів в умовах захисту протективними факторами переважно соціального характеру [4; 45]. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необг рунтований вчинок – самогубство на підставі логічних передумов, образу мислення та зосередженості на певному колі проблем здається логічним людині, яка зважується на нього, – а як реакцію на фрустровані психологічні потреби, яка сама по собі може грати роль хронічного стресогенного чинника [27; 33; 35].

Можливості та індивідуальні стратегії подолання стресових чинників називають копінг-стратегіями. Копінг (від англ. Coping – подолання), являє собою поведінку, направлену на пристосування до стресових ситуацій [2; 13; 16; 17]. Вивчення поведінки людини в стресових ситуаціях призвело до виявлення копінг-механізмів, що визначають успішну або неуспішну адаптацію. Amirkhan J., 1990 запропонував розділити всі поведінкові стратегії на три великі групи:

1. Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при якій людина використовує наявні у неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.
2. Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до свого оточення: сім'ї, друзів і т. д.
3. Стратегія уникнення – це пасивна поведінкова стратегія, при якій людина намагається уникнути контакту з навколишньою проблемною дійсністю, піти від вирішення проблем (відхід у хворобу, вживання алкоголю, наркотиків або суїцид).

Розглянемо з цієї позиції пацієнта з інфарктом міокарда. Серце є досить чутливим індикатором всіх подій, що відбуваються з людиною. Ритм, а також сила його скорочень, регульовані через симпатичний і парасимпатичний відділи вегетативної нервової системи, дуже чутливо реагують на будь-які зовнішні стресорні впливи. Інфаркт міокарда – одна з клінічних форм ішемічної хвороби серця, що протікає з розвитком ішемічного некрозу ділянки міокарда, обумовленого абсолютною або відносною недостатністю його кровопостачання [1; 12].

Особистісний профіль хворих на інфаркт міокарда включає такі характерні риси: перфекціонізм, честолюбство, прагнення до самоствердження, інтровертованість, емоційну лабільність, істероїдність [16; 19]. Для них характерний хронічний внутрішньоособистісний конфлікт між агресивними імпульсами і залежністю від значущого іншого. Поєднання цих рис 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 трудоголіка. Свій гнів за це вони переносять на найближче оточення, з яким встановлюють складні стосунки. Стримування зовнішніх проявів агресії замикає хибне коло, яке через гіперкомпенсацію внутрішніх стресогенних переживань веде до метаболічних змін, виникнення ішемічної хвороби серця та рано чи пізно призводить до виснаження компенсаторних можливостей та незворотних змін, якими і є інфаркт міокарда [22].

Виражене прагнення до соціального успіху в осіб схильних до інфаркту виникає з невротичної аномалії розвитку і в цьому випадку служить компенсацією. Якщо описана психічна схильність поєднується з певними соціальними ситуаціями, то з психосоматичної точки зору ризик інфаркту накопичується, оскільки одночасно у пацієнта «йде назустріч» соматичний компонент у вигляді латентної або маніфестної серцевої недостатності. Пускові соціальні ситуації, які в поєднанні з психічною схильністю можуть викликати інфаркт, часто означають переживання втрати об’єкта. Міжособистісні розчарування з вираженим характером розставання і професійними неуспіхами з виразним емоційним компонентом втрати становлять для потенційного хворого інфарктом більшу загрозу, оскільки у пацієнта одночасно є нарцисичні порушення [24; 25]. Воно являє собою важливу умову для незадовільної переробки переживання втрати об’єкта. Такий пацієнт переживає її як грубу нарцисичну образу. З’являється нестійкість таких душевних якостей, як внутрішня впевненість і почуття благополуччя, що позначається також як «лабільне самосприйняття» і має чітко депресивне забарвлення. Це лабільне самосприйняття, в прихованому або явному вигляді, виявляється у тих потенційних хворих інфарктом, які характеризуються описаними психодинамічними процесами. Лабільне почуття самосприйняття, представлене в тому числі як почуття неповноцінності, представляє істотний внутрішній мотив для прагнення до соціального успіху, тому що тим самим пацієнту вдається вибудувати більшменш стабільне компенсаторне псевдосамосприйняття. Розрізняють 2 чинники, які визначають ризик інфаркту: з одного боку – атеросклероз, а з іншого – стрес. На посилення цих факторів впливають також спосіб життя пацієнта, пов’язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стану страху, напруги, агресивності та виснаженості, які, в свою чергу, можуть мати наслідком поведінку підвищеного ризику.

Таким чином, пацієнти з ризиком виникнення інфаркту міокарда схильні до копінг-стратегій, що направлені на вирішення стресової ситуації. Проте через особистісні характеристики така поведінка видозмінює спосіб життя і веде до незворотних змін.

Серед спільних ланок виникнення інфаркту міокарда та самогубства можна розглядати не тільки психологічні і психодинамічні механізми, але й метаболічні зміни. Цікавими є патофізіологічні дослідження аутоагресивної поведінки останніх років. Відзначимо, зокрема, що серед чоловіків із низьким рівнем холестерину серед причин смерті самогубство зустрічається частіше [10; 11]. За даними M. Zureik і співавторів (1996), відносний ризик самогубств у чоловіків у віці 43–53 років із зниженим рівнем холестеролу в крові (<4,78 ммоль/л) становить 3,16. З’являється все більше даних про взаємозв’язок природно низького або фармакологічно зниженого рівня холестерину в крові та підвищеної смертності не тільки внаслідок самогубств, але і травм, і нещасних випадків (Kaplan JR та ін, 1997;. Kunugi H. та ін., 1997). Це дає підстави припустити наявність відхилень у поведінці, зокрема, агресивності, імпульсивності й депресії. Відповідно до однієї з гіпотез, біохімічні стимули, обумовлені зниженням рівня цього важливого показника нормального харчування, провокують собою ризикову поведінку, спрямовану на пошук джерел їжі, або депресію як прояв фрустрації (Kaplan JR і співавт., 1997).

У свій час в американських групах здоров’я, з метою зниження ризику серцево-судинної патології та інших атеросклеротичних розладів, рекомендували ефективний і безпечний дієтичний спосіб відмови від споживання насиченого жиру і холестерину. Накопичений Каплан Дж. Р. з співавт. матеріал у даних групах про низький рівень холестерину сироватки крові свідчив про збільшення смертності переважно від нещасних випадків та суїцидів. На думку авторів, зміни в поведінці настали через механізм залучення в процес центральної серотонінергічної активності. Попередні дослідження показали, що застосування дієти або медикаментозних препаратів для зниження холестерину крові та запобігання серцево-судинних розладів супроводжується збільшенням смертних випадків унаслідок аутоагресії або застосування насильства. Hawthon K. з співавт., Bovbjerg V. E. з співавт. підтвердили зв’язок підвищеного ризику агресивної і ауто агресивної поведінки, обумовленої застосуванням препаратів, що знижують рівень холестерину крові. Подібні результати були отримані Kunigi при вивченні смертності від серцево-судинної патології. Незважаючи на її зниження, рівень смертності від суїцидів та нещасних випадків зростав серед пацієнтів зі зниженим холестерином сироватки крові.

Протилежні зміни ліпідного обміну, тобто гіперхолестеринемія, є одним із значущих факторів виникнення атеросклерозу, який, в свою чергу, веде до ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда. В цьому сенсі суїцид та аутодеструктивна поведінка у вигляді інфаркту міокарда є ніби протилежностями одного процесу із різними проявами.

У числі причинних факторів суїцидів певне місце займають психологічні закономірності, що визначають даний вид поведінки людини, врахування яких є досить значущим для вирішення ряду проблем суїцидології [29; 30; 33; 36; 37; 45]. Практика роботи з суїцидентами показує, що суб’єктивно-психологічні характеристики суїцидальної поведінки містять у собі ряд загальних рис із аутоагресивним компонентом при інфаркті міокарда, що мають теоретичне і практичне значення. Не йдеться про об’єктивно значущі фактори ризику, а лише про їх суб’єктивне переживання хворим та необхідність у виявлення службою психологічної та психотерапевтичної допомоги таких факторів у окремої особи.

Методи і матеріали. Пропонуємо проаналізувати з позицій суїцидології та психосоматичної медицини два випадки аутоагресивної поведінки, які нам довелося спостерігати: інфаркт міокарда в чоловіка 34 років (д-з: Гострий інфаркт міокарда, передньоперегородковий), незавершену спробу суїциду в чоловіка 32 років (через повішання). В обох чоловіків не виявлено ознак психічного захворювання в анамнезі та на момент обстеження.

Обстеження даних осіб проводилося після виникнення інфаркту міокарда та спроби самогубства відповідно у кожного з них через тиждень після цих подій. Клінічна оцінка обстеження проводилася в двох напрямках – оцінка актуального психічного стану на момент обстеження, клінічне інтерв'ю та ретроспективна оцінка життєвих подій та переживань, що передували випадкам даних поступлень до стаціонарів. З цією метою використані такі методики: шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала самооцінки (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.), оцінка якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.), Колумбійська шкала оцінки важкості суїциду (C-SSRS) [7].

Результати. Оцінка наведеними методиками проводилася на момент після випадку незавершеного суїциду та інфаркту міокарда у цих осіб, що не дає змогу говорити про високу достовірність отриманих даних стосовно їх ретроспективного стану, який безпосередньо передував фатальним подіям; проте метою даного повідомлення є максимальне наближення до розуміння переживань обох пацієнтів та виявлення можливих спільних передумов їх формування.

Випадок 1. Інфаркт міокарда. Пацієнт Н., 34 років, за фахом – економіст. Соматичних захворювань в анамнезі немає. Народився в повній сім'ї, ріс, зі слів самого хворого, в «благоприємній психологічній атмосфері, проте в матеріальній скруті», і був старшим із синів. З дитинства прагнув досягти кращого матеріального становища, через що в школі добре вчився, був ініціатором шкільних заходів, лідером у колективі. Після закінчення середньої школи серйозно готувався до вступу до вишу, проте невдало склав іспити на економічний факультет та був вимушений працювати на сезонних роботах протягом року. В збройних силах не служив через плоскостопість. Через рік вступив на стаціонарну форму навчання економічного факультету, який закінчив через 5 років. Після цього протягом року шукав місце працевлаштування, проживав за рахунок коштів батьків, з якими стосунки погіршилися через матеріальну неспроможність пацієнта. Нарешті він отримав роботу економіста в одній із комерційних структур. Зі слів самого пацієнта, мав неабияку мотивацію до роботи та часто залишався позанормово; поступово робота зайняла провідне місце в його житті, але, незважаючи на це, довгий час у нього не було просування по службі та покращення матеріального становища. З огляду на це, Н. відмічав постійні переживання власної безпомічності та посилене бажання будь-що довести свою компетенцію та отримати визнання з боку керівництва. В цей час відмічаються внутрішньоособистісні конфлікти між фрустрованою потребою у визнанні та самореалізації і тривожною невизначеністю, часто злісного бажання довести право на кращі позиції власному керівництву. За характером даний пацієнт описує себе як «відповідального, виконавчого, тримаючого переживання в собі». У 28 років одружився, до 32 років став батьком 2-х дітей. Проживав разом з жінкою та дітьми в окремо орендованій квартирі. До цього часу матеріальне становище пацієнта покращилося за рахунок більших об'ємів виконуваної роботи, при тій же займаній посаді, що неминуче приводило до пригніченості, почуття особистої образи на керівництво, яке пацієнт не міг виразити через страх втратити будь-які засоби до існування. Виконання роботи не приносило задоволення, але віра в краще майбутнє мотивувала пацієнта до виконання своїх обов'язків. Стосунки в сім'ї пацієнт відмічав як «хороші, теплі», часто знаходив у розмовах з жінкою підтримку та розуміння, проте водночас відчував провину та намагався утримувати свої переживання «в собі».

Протягом двох останніх років коло спілкування пацієнта обмежилося діловими зв'язками, дозвілля практично повністю займали справи, став не помічати, як за роботою «пролітало все життя». Стосунки в сім'ї погіршилися, виникали відчуженість від близьких та непоборне бажання покращення матеріального становища, яке він очікував у найближчому майбутньому. За тиждень до госпіталізації з діагнозом інфаркт пацієнт дізнався про можливе скорочення у підрозділі, де він працює, та почав дуже нервувати з приводу цього: «Всі мої очікування на краще життя ніби рухнули, страх за своє майбутнє та майбутнє близьких, постійні роздуми та безсоння протягом кількох діб звалили мене з ніг». У результаті пацієнт був доставлений швидкою допомогою в кардіологічне відділення лікарні з діагнозом «Гострий інфаркт міокарда, передньоперегородковий».

За шкалою Оцінки якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.) пацієнт відмітив рівень якості свого життя як низький (здебільшого через пункти, що стосувалися рівня фінансового благополуччя, задоволення від роботи, самореалізованості та стосунків у сім'ї). Шкала Гамільтона показала наявність у даного пацієнта депресивного розладу легкого ступеня на момент огляду (13 балів) у порівнянні з нижньою межею середнього ступеня важкості при ретроспективному порівнянні цих показників (зі слів пацієнта він почував себе набагато гірше протягом 1,5 тижня до госпіталізації), що може свідчити про ймовірний «відхід у хворобу». При цьому хворий усвідомлює важкі наслідки для свого здоров'я даного захворювання, проте відмічає, «що зараз відчуття провини та пригніченості менш інтенсивне». Згідно шкали самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.) у пацієнта відмічається помірний рівень реактивної тривожності (43 бали) та високий – особистісної тривожності (57 балів). C-SSRS показала відсутність у даного пацієнта думок про самогубство, бажання померти, активних ідей та намірів саморуйнівних дій. При клінічному інтерв'ю пацієнт неодноразово наголошував на «бажанні боротися далі», «навіть думки такої не допускав ні до інфаркту, ні після». Свій теперішній стан та випадок виникнення даного захворювання пацієнт інтерпретує як «жорстоке попередження та необхідність щось змінювати в житті».

Відчуття безпомічності та хронічно фрустровані потреби у самореалізації, матеріальному благополуччі привели даного пацієнта до необхідності постійно працювати, що принесло шкоду здоров'ю та стосункам

з близькими; знаходити вирішення власних проблем тільки в роботі, що неодмінно привело до трудоголізму. Крах життєвих цінностей та неможливість використання власних ресурсів для подолання проблеми (знаходження іншої роботи, альтернативних джерел до існування) свідчать про стратегію уникнення життєвих проблем, що призвело до «виходу у хворобу ». Надсильне почуття провини перед рідними та власною гідністю в результаті знайшло свою реалізацію у несвідомому саморуйнівному акті, який одночасно є і виходом із існуючого становища, вирішенням наявної кризи особистості.

Таким чином, хвороба стала для нього необхідною «зупинкою на вимогу» для орієнтації в життєвих цінностях та вирішенні кризи особистості. Аутодеструктивні тенденції в даному випадку були спрямовані на досягнення певного рівня власної фізичної неспроможності при збереженому соціальному статусі та зниження надсильного почуття відповідальності, через яке пацієнт страждав. Нарцисична травма на фоні попередньої особистісної вразливості знайшла своє відображення саме в аутодеструктивних проявах. Небезпека таких обставин, очевидно, полягає у неусвідомлених саморуйнівних тенденціях, їх непередбачуваному фатальному наслідку, а отже, недоступності інших варіантів виходу із життєвої кризи. Попри відсутність наміру до виникнення власної смерті, життя даного пацієнта могло обірватися з виникненням інфаркту.

Випадок 2. Пацієнт В., 32 років поступив в ургентому порядку в психіатричне відділення, в свідомості після скоєної спроби самогубства через повішання на балці у власному гаражі. Дану суїцидальну спробу ми кваліфікували як незавершену, перервану, оскільки на момент скоєння (без свідомості близько 1 хв) пацієнта застав сусід, який і зупинив цю спробу. Дане обстеження проведене на 7 день після суїцидальної спроби, після проведених лікувальних заходів у психіатричному стаціонарі. З дитинства пацієнт пам’ятає себе як «бешкетника, дуже живу дитину, компанійського, проте інколи був забіякою». З п’ятирічного віку виховувався в неповній сім’ї (батьки розлучилися), був єдиною дитиною. В школі вчився посередньо, часто вступав у суперечки та конфлікти з однокласниками, хоча також був неформальним лідером в учнівському колективі. З батьком бачився рідко, стосунки носили формальний характер – «мав образу на нього». Проживав з матір’ю. Пацієнт відзначає, що з дитинства періодично відчував свою непотрібність, сумніви у бажаності свого народження для батьків. Авторитетною фігурою для хлопчика був дідусь – колишній військовий, з яким, проте, також рідко бачився. Після закінчення школи навчався в одному з професійних училищ, яке закінчив за спеціальністю «автомеханік», проте працевлаштуватися за фахом не зміг. Матеріальним благополуччям пацієнт не дуже переймався, проживав за рахунок матері. З 25 років до теперішнього часу працював на заводі, в’язальником електроджгутів. На роботу влаштувався за сприянням та ініціативи матері; до своїх трудових обов’язків ставився достатньо відповідально, проте самореалізації не відчував. Відомо про часті епізоди імпульсивності у пацієнта, подекуди з агресивними діями (вступав у вуличні бійки), здебільшого спровоковані «захистом власної гідності» зі слів пацієнта. Алкоголем не зловживав. Палить протягом 10 років. Останні 5 років проживає в цивільному шлюбі. Стосунки з жінкою характеризує амбівалентно, як «хороші, але з частими сварками та непорозуміннями».

Вперше думки про можливість заподіяння собі смерті пацієнт відмічав ще з юнацького віку, особливо після конфліктів з товаришами, проте не допускав у той час можливості скоєння самогубства. За півроку до скоєння даної суїцидальної спроби, після чергової сварки та розриву стосунків з цивільною дружиною (ініціатором розлучення стала жінка через агресивні дії, погрози і постійні ревнощі чоловіка), залишившись наодинці, пацієнт відмітив безвихідність свого становища та «нестерпне почуття занедбаності в світі», через що з’явилися думки про можливість «переривання приреченості через позбавлення себе життя». На той час власні суїцидальні думки, незважаючи на привабливість для тодішнього свого становища, він сприйняв з острахом та тривогою, уявляючи закінчення свого існування. Очевидно, перебуваючи у співзалежних стосунках із своєю супутницею, вони невдовзі знову почали жити разом. Проте переживання того часу неминуче потягли за собою ланцюжок роздумів та уявлень про можливе заподіяння власної смерті – «думки про це мимоволі виникали під час роботи, по дорозі додому, під час спілкування з близькими». Стримуючим чинником до скоєння самогубства на той час був переїзд дідуся пацієнта до його матері у зв’язку з погіршенням стану здоров’я. «Це дозволило мені забути про власні «дурні думки» та переключитися на спілкування з рідними».

За місяць до поточної суїцидальної спроби, у пацієнта почали актуалізуватися суїцидальні думки, вираженість яких стала інтенсивнішою; вони стали сприйматися з більшою серйозністю та викликали менше неприємних почуттів. Відмітимо, що в цей час помирає дідусь пацієнта, який був для нього стійкою авторитетною фігурою. Втрату пацієнт переживав важко, взяв відпустку на роботі, протягом останніх тижнів уникав контактів з оточуючими, усамітнився. Роздуми про власну смерть стали інтенсивнішими та частішими, назрівали наміри діяти та ідеї плану скоєння самогубства. Декілька разів пацієнт обходив місця, які розглядав як потенційні місця для вчинення самогубства, оцінював їх доступність для оточуючих, вибирав спосіб, яким міг це зробити з огляду на свої попередні уявлення про такі дії. Зрештою, вагаючись, пацієнт зупинився на можливості самоповішання у власному гаражі. За день до спроби готувався до неї, підбирав мотузку та балку. Жодних повідомлень, записок, інших проявів власних намірів нікому не показував, що свідчить про серйозність та важкість суїцидальної спроби. Думки та наміри про можливість повторної суїцидальної спроби пацієнт на момент огляду категорично заперечує.

Оцінка якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.) відповідає рівню низького (за рахунок низьких

показників міжособистісних стосунків, задоволеності матеріальним станом). Шкала Гамільтона показала наявність у даного пацієнта депресивного розладу важкого ступеня на момент огляду (22 бали) в порівнянні з середнім ступенем безпосередньо за кілька тижнів до госпіталізації в лікарню. Це може свідчити про погіршення депресивних переживань після зупиненої спроби самогубства, які до того нівелювалися «передсуїцидальними» переживаннями, що потребує додаткової терапевтичної уваги. За шкалою самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.) у пацієнта відмічається високий рівень реактивної тривожності (49 балів) та на такому ж рівні – особистісної тривожності (53 бали). За C-SSRS підтверджено та деталізовано високий рівень суїцидальної активності та подальшого ризику.

Додаткової уваги заслуговує в даному випадку C-SSRS: з її допомогою була встановлена вся послідовність суїцидальної активності даного хворого, елементи якої наведені вище в описі його випадку та яка дозволила отримати уявлення про важкість та серйозність даної спроби, описати історію суїцидогенезу пацієнта, що з огляду на її важливість для подальшої інтервенції та реабілітаційних заходів. Оцінка показників (високі інтенсивність та частота суїцидальних думок, наявність підготовки до суїциду та наявна зупинена спроба самогубства) свідчить про надзвичайну серйозність суїцидальної поведінки даного пацієнта, що реально та потенційно загрожувала його життю.

Психологічним контекстом скоєння суїцидальної спроби з усіх анамнестичних даних, клінічного інтерв'ю на момент обстеження можна також вважати життєву кризу особистості на фоні дитячих травм та нереалізованої потреби в близькості, прийнятті та любові. Агресивні тенденції, імпульсивність у минулому, відсутність стримуючої, обмежувальної батьківської фігури стали несприятливими супутніми факторами, що обумовили важкість суїцидальних переживань та серйозність намірів даного суїцидента. Переживання втрати близької людини і як можливий крах попередніх особистісних цінностей є в даному випадку каталізаторами та передумовами виникнення суїцидальної активності. Подальша психотерапевтична інтервенція спрямована саме на проживання цих життєвих подій, пом'якшення психотравмуючої дії факту суїцидальної спроби, адже ризики виникнення повторного суїциду у даного пацієнта надзвичайно високі.

Висновки. Наявність свідомого бажання позбавити себе життя і таким чином розв'язати свою життєву кризу і відрізняє даного пацієнта від попереднього, в якого автодеструктивна розв'язка носила несвідомий, позбавлений контролю характер, проте вона мала не менш фатальну загрозу для його життя та здоров'я. Якщо сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію стосовно допомоги суїцидантам, то для осіб, які мають схильність до аутодеструктивних психосоматичних проявів, діагностичні та терапевтичні заходи визначені недостатньо. В поле зору спеціалістів-суїцидологів та лікарів загальної мережі вони мають шанс потрапити вже після маніфестації захворювання (у нашому випадку – інфаркт міокарда), яке власне може стати неблагоприємною «платформою» для розвитку суїцидальної активності в подальшому житті пацієнта.

Література:

1. *Особенности психосоматических взаимоотношений при инфаркте миокарда и гипертонической болезни. Попов В. И., Кондюхова Т. Н. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2008. № 1. С. 78-83.*
2. *Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации. Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 186-190.*
3. *Шустов Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №1 – март.*
4. *Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 24–27.*
5. *Пилягина Г. Я. К вопросу о клинико-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т. 4, № 1. – С. 22–24.*
6. *Розанов В. А. О механизмах формирования суицидального поведения и возможностях его предикции на ранних этапах развития. Український медичний часопис, № 1(75) I – II 2010 г.*
7. *Цукарзи Э. Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS). Современная терапия психических расстройств. 2011. № 2. С. 30-40.*
8. *Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. Пороги, Днепропетровск, 470с., 2006.*
9. *Пилягина Г. Я., Чумак С. А., Семенцул В. Э. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения // Архів психіатрії. – 2006. – Т. 12, № 1–4. – С. 240–250.*
10. *Богданов А.С. Гипохолестеринемия и поведение человека. Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2008. Т. 7. № 1. С. 95-102.*
11. *Розанов В. А. Моховиков А. Н. Вассерман Д. Нейробиологические основы суицидальности. Український медичний часопис, №6 (14) XI-XII 1999 г.*
12. *Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. –М.: Когито-Центр, 2005.*
13. *Сыркин А. Л.Инфаркт миокарда. М.: МИА, 2003, – 466 с. , 3- е изд. перераб. и доп.*
14. *Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М.: «Статья-веда», 2004 – 334 с.*
15. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. 88 Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. –М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.*
16. *Ароне, К. Развод: крах или новая жизнь? Перев. с англ. / Ароне, К. М.: «Мирт», 1995.-448 с.*
17. *Юсупходжаев, Р. В. Тип отношения к болезни, копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда / Р. В. Юсупходжаев, Г. Г. Ефремушкин // Материалы Российского национального конгресса кардиологов. – М., 2006. – С. 445-446. – (Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2006. – № 6).*
18. *Юсупходжаев, Р. В. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации / Р. В. Юсупходжаев, Т. И. Сидорова, Г. Г. Ефремушкин // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – № 3 (125). – С. 186-190.*
19. *Быховская И.М. Homo Somatikos: аксиология человеческого тела. – М.: Эдиториал УРСС, 2000. – 208 с.*
20. *Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Ковалев О. А. Психогенные расстройства кровообращения. – СПб.: Политтехника,1993. – 248 с.*
21. *Гафаров В. В. и др. Личностная тревожность и ишемическая*

болезнь сердца // Терапевтический архив. 2005. Т. 77. № 12. С. 25-29.

22. *Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. № 4. С. 86-90.*
23. *Великанов А. А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца // Известия РГПУ им. А.И. Герцена 2008 №61*
24. *Гиляревский С. Р. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Российский кардиологический журнал. 2001. № 2 (29). С. 58-72.*
25. *Петрова М. М., Айвазян Т. А., Фандюхин С. А. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. 2000. № 2. С. 65-66.*
26. *Осипов Д. А., Рождественская Т. В., Кром И. Л., Ребров А. П. Объективизация оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал 2010 №3.*
27. *Русалинова А. А. Социальное самочувствие человека в современном мире как научная проблема // Вестник Санкт-Петербургского университета.- 6 сер.-1994.- Вып. 1.- №6.-С.49-60.*
28. *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.*
29. *Панченко Е. А. Социодемографические и социокультуральные характеристики лиц, совершивших покушение на самоубийство. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010, №2 (59). С.128-133.*
30. *Панченко Е. А. Особенности досуицидального периода у лиц, совершивших незавершенное самоубийство. Психическое здоровье, 2010, № 1(44). С.26-30.*
31. *Панченко Е. А. Фактор семьи в генеза суицидального поведения. Психическое здоровье. 2011, №2 (57). С. 58-61.*
32. *Личность и болезнь. Учебное пособие. – Ижевск, Издательство «Экспертиза», 2001. – 84 С (Соавт.: Лекомцев В. Т., Каменщиков Ю. Г., Репина Л. Л.).*
33. *Социальные дисфункции и саморазрушающее поведение. Учебное пособие. – Ижевск, Издательство «Удмуртский университет», 2002. – 122 С (Соавт.: Лекомцев В.Т.).*
34. *Г. Я. Пилягіна. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування – Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.01.16. – Київ, 2004. – 32 с.*
35. *Пилягина Г. Я. К вопросу об исследовательской парадигме в суицидологии // Материалы VII международной междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26–28 февраля 2003 г.). – М., 2003. – С. 87–89.*
36. *Демина, О. О. Феноменология суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс у лиц молодого возраста // Эксперим. і клініч. медицина. – 2010. – № 2. – С. 139-142.*
37. *Парфенова А. А. Типологические особенности суицидоопасного пациента. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. Т. 11. № 1. С. 50-55.*
38. *Руженков В. А., Руженкова В. В., Боева А. В. Концепции суицидального поведения. Суицидология. 2012. № 4. С. 52-59.*
39. *Трунов Д. Г. К вопросу об этапах суицидальной активности. Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2012. № 3. С. 133-139.*
40. *Буткова Т. В., Кибрик Н. Д. Особенности партнерских отношений и суицидальное поведение у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2010. № 2. С. 73-74.*
41. *Кибрик Н. Д., Лужников Е. А., Бадалян А. В. и др. Суицидальное поведение при дисгармоничных парных отношениях // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 1. С. 14-19.*
42. *В. А. Розанов, Ж. В. Емяшева, Б. В. Бирон. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни. Український медичний часопис. – 2011. – № 6. – С. 94-98*
43. *Мидько А. А. Гнев и другие личностные предикторы тяжести суицидальной попытки в связи с переживанием безнадежности/ А. А. Мидько, В. А. Розанов // Медицинская психология, 2011. т.Т. 6,N № 1. - С. 70-76*
44. *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.*
45. *Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии. Суицидология. 2011. № 3. С. 3-16.*
46. *Суицид: Хрестоматия по суицидологии. / Сост. А. Моховиков. Киев: Изд-во А.Л.Д., 1996.*

ІНФАРКТ МІОКАРДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СУЇЦИДОЛОГІЇ: СПІЛЬНІ МЕХАНІЗМИ АУТОАГРЕСІЇ, ПАРАЛЕЛІ ТА ВІДМІННОСТІ В ПОРІВНЯННІ З НЕЗАВЕРШЕНИМ СУЇЦИДОМ

О. П. Романів

Проблема співвідношення та спектра проявів різних видів аутоагресії тривалий час супроводжується невирішеними дискусіями. Якщо людські втрати від завершених суїцидів та суїцидальних спроб ще вдається підрахувати, то всі інші види аутоагресивної поведінки, зокрема несвідомі аутодеструктивні акти, досі часто оминають поле зору суїцидології. Превенція, інтервенція та поственція таких випадків залишається спорадичною, та здебільшого покладається на лікарів-інтерністів, а ризики виникнення справжньої суїцидальної спроби після фатальних наслідків аутодеструктивних дій підвищується у рази. Нами проаналізовано теоретичні аспекти різних проявів аутоагресії, а також розглянуто спільні та відмінні риси суїцидальної спроби та інфаркту міокарда на прикладі окремих клінічних випадків за допомогою таких шкал: Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), самооцінки тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.), оцінки якості рівня життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.), Колумбійської шкали оцінки важкості суїциду (C-SSRS). Стаття покликана привернути увагу широкого кола спеціалістів для обговорення та подальшої методологічної розробки заходів щодо виявлення та запобігання саморуйнівної поведінки.

Ключові слова: аутоагресія, інфаркт міокарда, суїцид, аутодеструктивна поведінка, суїцидальна спроба, суїцидальний намір

MYOCARDIAL INFARCTION THROUGH THE PRISM OF SUICIDOLOGY: SHARED MECHANISMS OF AUTOAGRESSION, PARALLELS AND DIFFERENCES IN COMPARISON WITH AN UNCOMPLETED SUICIDE.

O. Romaniv

The problem of correlation and spectrum of manifestations of various kinds autoagression long accompanied unresolved discussions. If the loss of completed suicides and suicide attempts are still able to calculate all the other autoaggressive behavior, including unconscious autodestructive acts still often skip the field of suicidology.

Prevention, intervention and postventsiya of such cases remains sporadic and largely relying on medical intern, and the risks of genuine suicide attempts after fatal autodestruktyvnyh actions increases several times.

We propose to consider the differences and similarities of suicidal attempts and myocardial infarction, analyze the theoretical aspects of various manifestations autoagression and read the descriptions of the relevant cases. With diagnostic purposes and for comparison of these cases were used: Hamilton Rating Scale for Depression, anxiety assessment scales of Spielberg-Hanin, Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), the quality of life by Chaban O.S., Khaustova O.O.

Article aims to attract a wide range of experts for discussion and further methodological development measures to detect and prevent self-destructive behavior.

Keywords: autoagression, myocardial infarction, self-destructive behavior, suicide attempt, suicidal intent