СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ,

СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Кожина А.М., Коростий В.И., Зеленская Е.А.**

Харьковский национальный медицинский университет,г.Харьков, Украина Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) общая распространенность большого депрессивного расстройства составляет в среднем 5% населения, среди пациентов врачей общей практики – 33%, риск заболевания в течение жизни – более 20%. [3, 4, 7] Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты. Повышение риска осуществления аутоагресивних действий у больных с депрессивными расстройствами свидетельствует о несомненной медицинской и социальной актуальности поиска путей эффективного лечения этой психической патологии как способа превенции суицидов. [1, 2, 5, 6] Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, целью которого явилась оптимизация подходов к терапии депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, у лиц молодого возраста. Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 95 больных обоего пола возрасте 18-55 лет с депрессивными расстройствами непсихотического регистра и совершивших суицидальную попытку. Результаты. В клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее характерны жалобы на сниженный фон настроения (79,5±2,8% обследованных), подавленность (46,2±3,4%), плаксивость (37,4±3,3%), чувство грусти, тоски (39,5±3,3%), чувство тревоги, постоянного внутреннего напряжения (44,6±3,4%), нежелание общаться со сверстниками (42,3±3,4%), плохую переносимость шума и яркого света (35,6±3,3%), головные боли (45,2±3,4%), головокружения (33,7±3,2%), мышечное напряжение (37,4±3,3%), мышечные боли (22,4±2,8%), парестезии (33,1±3,2%), нарушения цикла сон-бодорствование (76,2±2,9%), общую слабость, вялость и быструю утомляемость (56,2±3,4%), состояния растерянности (64,7±3,3%), явления повышенной восприимчивости к ранее нейтральным раздражителям (73,2±3,1%). Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами - 68,7% обследованных. На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери-Айсберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3% случаев, неврастенический 38,9% и тревожно-тоскливый в 16,8% случаев. Базируясь на полученных в ходе работы данных нами разработана патогенетически обоснованная система коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ, в сочетании с медикаментозной коррекцией. 118

По нашему мнению необходимым является применение комплексных психокоррекционных программ, предусматривающих поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от индивидуальных особенностей больных и содержательной части психотерапии. При этом задачи содержательной части должны включать принцип взаимного потенцирования, не зависимо от применения методов психотерапии. В состав вышеуказанных программ входят следующие психотерапевтические методики. Рациональная психотерапия (классический вариант Дюбуа), прежде всего, направленная на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск невротической реакции, на активацию позитивных особенностей личности, коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений. Рациональная (разъясняющая) психотерапия - логическое воздействие на психику пациента, ставящее задачу изменить неправильные представления о ситуации болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой психотерапии: выработка вместе с пациентом соответствующих ситуаций жизненных установок, используя при этом логическое убеждение и лечебное перевоспитание. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение больного к своему состоянию. Для этого необходимо уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания. Патогенетическая поведенческая групповая психотерапия (Н.К.Липгарт, В.С.Подкорытов, В.И.Сухоруков, 1979), направленная на повышение способности адекватно реагировать на проблемные ситуации и принимать конструктивные решения. Поведенческая терапия, теоретической основой которой является учение об условно-рефлекторной деятельности, т.е. теория обучения. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подавления аутодеструктивных форм поведения. С этой целью выбирается оптимальная программа и организуется обстановка, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Когнитивно - бихевиорально - аналитическая психотерапия по Д. Мак-Каллоу, направленная на выявления и исправления больным ошибочных умозаключений, приводящих к сниженному настроению и суицидальному поведению, осознание слабых сторон личности; личностных, когнитивных иэмоциональных форм проявления депрессивных реакций. С целью активации психотерапевтического процесса, то есть активного участия больных в реализации психотерапевтической программы целесообразно введение аутогенной тренировки (мы использовали модификацию А.Т.Филатова, 1979). Аутогенная тренировка, должна быть направлена на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе, формирование компенсаторных механизмов, а также релаксации. В ходе работы нами разработаны принципы и методы ведения внебольничной длительной терапии, необходимой в случаях, требующих проведения психокоррекции, по срокам не укладывающейся в период стационарного лечения. В состав элементов такой психотерапевтической работы вошли приемы семейной терапии (в модификации В.К.Мягер), консультативные формы работы, понадобилась и была проведена акцентировка и дальнейшее расширение имаготерапии (В.И. Сухоруков. 1984) и активизация арттерапии (М.Е.Бурно, 1982) (как наиболее соответствующей этому контингенту лиц); введение целого ряда социальных адаптирующих приемов (разного рода помощь и взаимопомощь, активизация общения, перестройка круга контактов, усвоение социальных правил, требований и критериев, изменение степени необходимой социальной активности). Семейная психотерапия, направленная на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье. В процессе психотерапии выявляются и исправляются нарушения в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, межличностное общение в семье, семейная интеграция и система ролей. Также неотъемлемым компонентом психотерапевтического вмешательства является психообразовательная работа с больными депрессивными расстройствами и их родственниками. Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой системы психотерапевтических мероприятий Так у 83,8% больных повторных суицидальных попыток не отмечалось, 16,2% прошли повторные курсы комплекса терапевтических мероприятий в связи с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами, при этом у данной категории больных суицидального поведения не отмечалось, а в клинической картине доминировала астеническая и тревожно-депрессивная симптоматика. 119

**Список литературы**

1. Бачериков А.Н., Денисенко М.М. Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями. // Український вісник психоневрології. Том 18, вип. 4 (65), 2010. С. 56-60.

2. Марута Н.А., Семикина Е.Е. Новые возможности терапии депрессивных расстройств. // – Український вісник психоневрології. Том 15, вип. 3 (52), 2007. С. 89-94.

3. Марута Н.О., Семікіна О.Є., Малюта Л.В. Когнітівно-біхевіоральна терапія при лікуванні депресивних порушень // Таврический журнал психиатрии том 15, №2 (52), 2011, С. 32-33

4. Марута Н.О. Стан психічного здоров’я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. // – Здоров’я України. №3 (22), 2012. С. 6-8.

5. Михайлов Б.В. Психогенные расстройства и проблемы психотерапии // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. – 2007. – Т. 1, № 1. – С. 84 – 89.

6. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии (Современная терапия) // Харьков: Торнадо, 2003. – 350 с.

7. Чабан О.С., Тревога, депрессия и боль. // – Здоров’я України. №3 (22), 2012. С.4.