

Analysis of psychological factors which can lead to development of inhalant toxicomania and aggravate the disease among children and adolescents

Kharkiv National medical University (Kharkiv)

In course of analysis of personal profiles of 155 children and adolescents, considering their latent period of disease, we exposed personal features which were expressed for patients with addiction to volatile organic compositions. We also analyzed types of accentuation in order to find out which of them can cause the disease. In our investigation we call these features of personality "diagnostical targets". We consider that exposure of such peculiarities of children and adolescents with addiction to volatile organic compounds is very important on the stage of diagnostic, treatment and rehabilitation as well as during the process of psychoprevention. Thus, "diagnostic targets" for addict of children and adolescents are: G- (lack of conscientiousness), Q₃- (insufficiency of self- control), Q₄- (frustration), F+ (carelessness), D+ (easy excitability).

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

Г. С. Рачкаускас, д-р мед. наук, проф., Є. В. Височин, лікар,
В. М. Фролов, д-р мед. наук, проф., засл. діяч науки і техніки
Луганський державний медичний університет (м. Луганськ),
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня (м. Луганськ)

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ФІТОЗАСОБІВ РЕЛАКСИЛУ ТА ІМУНОПЛЮСУ В ЛІКУВАННІ ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

На даний час проблеми соматизованих депресивних розладів (СДР) у підлітків потребують міждисциплінарного обговорення. Це обумовлено багатьма чинниками, проте найбільш істотними є зміни в структурі захворюваності та істотні перетворення медичної доктрини України [5]. Останніми роками наголошується зростання захворюваності і поширеності розладів психіки в осіб підліткового віку, в основному за рахунок неспихотичних пограничних патологічних станів, у тому числі невротичних розладів і СДР. У той же час більш виражена негативна динаміка зафіксована відносно соматичних захворювань у підлітків, в походженні яких значну етіопатогенетичну роль відіграють психосоматичний або психогенний механізм [1].

Епідеміологічні дослідження вказують, що на СДР хворіють 2 % дітей у віці до 12 років. У підлітковому віці цей показник збільшується до 8 % у хлопчиків і 10 % у дівчаток. Декілька пізніше, у віці 13—19 років, відсоток захворюваності у дівчаток істотно підвищується і досягає 16 %. За даними дослідників близько 4,9 % дітей страждають вираженими депресивними розладами з соматичним компонентом [2]. У підлітковому віці хворі капризні, дратівливі, імпульсивні, часто знаходять недоліки в своїй зовнішності, вважають себе невдахами і обмеженими людьми, не здатними принести користь ні собі, ні близьким. Слід зазначити замкнутість, прагнення до самоти як важливу ознаку початку депресії в юнацькому віці, часто присутні пошуки сенсу життя, розчарування у вибраній професії, хворобливе відношення до грошей і нездатність отримати задоволення від тих речей, які радували раніше [12]. Розлади настрою мають тенденцію до хронічного перебігу, якщо вони починаються у дитячому та підлітковому віці. Саме тому пошуки нових методів лікування мають бути пріоритетним напрямком розвитку сучасної психіатрії. Нами встановлено, що у підлітків з СДР поряд із порушеннями психоемоційного фону з наявністю соматичних проявів виявляються також істотні порушення з боку імунної системи [3, 7], що сприяє погіршанню стану таких пацієнтів та більш тривалому і важкому перебігу хвороби.

Робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету та являє собою

фрагмент теми НДР «Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція» (номер держреєстрації 0108U009465).

Метою нашої роботи була оцінка ефективності сучасних вітчизняних фітозасобів релаксилу та імуноплюсу в лікуванні та реабілітації підлітків з соматизованими депресивними розладами.

Під наглядом перебували 78 підлітків, яким був встановлений діагноз соматизований розлад (F 45.0) [6]. Усі обстежені були поділені на дві групи — основну (40 пацієнтів) і зіставлення (38 хворих). Обидві групи хворих були рандомізовані за статтю, віком та тривалістю захворювання. Хворі групи зіставлення отримували лише загальноприйнятту терапію для лікування СДР, а саме антидепресанти групи СИЗС (флуоксетин, флувоксамин), препарати групи похідних бензодіазепінів (феназепам, діазепам), а також у разі необхідності їм призначали антиспихотичні засоби групи «малих нейролептиків» (тіорідазін, сульпірид). Пацієнти основної групи додатково до загальноприйнятої терапії отримували комбінацію релаксилу та імуноплюсу. Релаксил призначали усередину 3 рази на добу зранку та ввечері по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері 2 капсули (0,35 г) протягом 30 діб поспіль та імуноплюс — по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на добу внутрішньо протягом 30 діб поспіль [4, 8].

Релаксил — капсули, кожна з яких містить валеріани 0,8 % сухого водно-спиртового екстракту 0,125 г, м'яти перцевої екстракту сухого 0,025 г, меліси лікарської екстракту сухого 0,025 г. Комбінований препарат рослинного походження, дія якого обумовлена властивостями компонентів, що входять до його складу. Даний препарат знижує збудженість центральної нервової системи, виявляє седативно-анксиолітичну, протисудомну, слабку гіпотензивну, спазмолітичну, протизапальну, бактерицидну дію та посилює роботу серця, матки, головного мозку (покрощує метаболічні процеси головного мозку) [8]. Релаксил затверджений Наказом МОЗ України № 686 від 18.10.06 р. як лікарський препарат, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/5286/01/01).

Імуноплюс — випускається у вигляді таблеток, кожна з яких містить 100 мг сухого віджатого соку ехінацеї

пурпурової. Речовини, які входять до складу ехінацеї пурпурової зумовлюють різноманітні фармакологічні властивості імуноплюсу. Насамперед, це імунomodулятор природного походження, що стимулює клітинний імунітет, збільшує кількість Т-лімфоцитів, підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів і хемотаксис гранулоцитів, сприяє вивільненню цитокінінів, тим самим активізуючи неспецифічну резистентність організму [4]. Виробник цього препарату — ВАТ «Київський вітамінний завод». Імуноплюс затверджений Наказом МОЗ України № 758 від 16.11.06 р. як лікарський препарат, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/5398/01/01).

Психопатологічне обстеження виконувалося за допомогою таких психометричних шкал: шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [11] та шкала Монтгомері — Асберг для оцінки депресії (MADRS) [10]. В обох групах хворих також вивчали як показники, що відображають стан макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС), активність фагоцитозу моноцитів/макрофагів периферійної крові. Для цього аналізували фагоцитарну активність моноцитів (ФАМ) периферійної крові, яку вивчали чашечковим методом. Як тест-об'єкт фагоцитозу використовували живу добову культуру *Staph. aureus* (штам 505). При цьому вивчали такі показники — фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (ІП) [9]. Отримані цифрові дані обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windows^{XP} Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6,0) на персональному комп'ютері Intel® Core 2 Duo® 2,66 GHz з обчисленням таких показників: середньої арифметичної величини — *M*; стандартного відхилення від середньої арифметичної величини — *m*; показника достовірності — *P*.

Основними скаргами в обох групах обстежених до лікування були дратівливість або гнів (68 %), відчуття смутку і безнадійності (71 %), соціальна самоізоляція (44 %), підвищення чутливості і відчуття нездоланості (34 %), підвищення стомлюваності і зниження життєвої енергії (59 %), зміна апетиту (43 %), безсоння або підвищена сонливість (64 %), словесні спалахи або плач (12 %), важкість у зосередженні (78 %), фізичні нездужання (91 %), що не піддавалися лікуванню, відчуття даремності або провини (57 %), думки про смерть або самогубство (68 %), труднощі з мисленням і важкість концентрації (31 %).

Серед об'єктивних соматичних симптомів у обстежених відмічалися анорексія (41 %), булімія (21 %), цефалгії (25 %), кардіалгії (34 %), абдоміналгії (64 %), фіброміалгії (32 %), невралгії (12 %), спондилоалгії (8 %), синдром вегетосудинної дистонії (21 %), запаморочення (54 %), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (91 %), безсоння (21 %), гіперсомнія (33 %).

До початку проведення медичної реабілітації в обох групах обстежених пацієнтів були виявлені однотипові порушення афективного фону за сучасними психометричними шкалами (табл. 1).

З таблиці 1 видно, у пацієнтів основної групи показники депресивного стану перевищували показники норми за шкалою HDRS — у 1,9 рази та за шкалою MADRS — у 1,6 рази. В групі зіставлення кратність перевищення відносно норми складала за шкалою HDRS — у 1,8 рази та за шкалою MADRS — у 1,6 рази.

При цьому не було встановлено вірогідної різниці між відповідними показниками у хворих основної

групи та групи зіставлення ($P > 0,1$), що свідчило про однакову вираженість основних депресивних проявів в обох групах.

При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі підлітків з СДР, так і в групі зіставлення мали суттєві розбіжності щодо норми (табл. 2).

Таблиця 1

Показники важкості депресивного синдрому у підлітків з СДР, до початку лікування

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих на СДР		P
		основна (n = 40)	зіставлення (n = 38)	
HDRS	7,1 ± 0,6	13,1 ± 1,3**	12,9 ± 1,2**	> 0,1
MADRS	10,1 ± 1,5	16,5 ± 1,9**	16,3 ± 1,8**	> 0,1

Примітки: в таблицях 1, 3 стовпчик *P* відображає вірогідність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення; вірогідність різниці відносно норми: * — при $P < 0,05$, ** — $P < 0,01$, *** — $P < 0,001$.

Таблиця 2

Стан ФАМ у хворих на СДР підлітків до початку лікування (M ± m)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих на СДР		P
		основна (n = 40)	зіставлення (n = 38)	
ФІ, %	28,6 ± 0,8	18,0 ± 0,9***	18,5 ± 0,8***	> 0,05
ФЧ	4,0 ± 0,16	2,2 ± 0,15***	2,3 ± 0,15***	> 0,05
ІА, %	16,9 ± 0,6	11,0 ± 0,25**	11,6 ± 0,2**	> 0,05
ІП, %	26,5 ± 0,9	12,7 ± 0,26***	12,4 ± 0,15***	> 0,05

Примітки: у таблиці 2 стовпчик *P* відображає розбіжності між фагоцитарними показниками в хворих основної групи та групи зіставлення; вірогідність різниці відносно норми: * — при $P < 0,05$, ** — при $P < 0,01$, *** — при $P < 0,001$.

Дійсно, зниження усіх чотирьох показників ФАМ мало місце в усіх обстежених нами пацієнтів. Так, ФІ в основній групі хворих підлітків був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми ($P < 0,001$) та становив $18,0 \pm 0,9$ %, ФЧ у цей період дослідження було знижено в 1,9 рази та складало $2,2 \pm 0,15$ ($P < 0,001$). Показник ІА в основній групі хворих на СДР підлітків був в середньому в 1,6 рази нижчим за норму ($P < 0,01$) і сягав значення $11,0 \pm 0,25$ %, ІП складав $12,7 \pm 0,26$ %, тобто був нижчим за норму в 2 рази.

У групі зіставлення (хворі отримували лише загальноприйнятну терапію) показник ФІ становив $18,5 \pm 0,8$ %, що було нижчим за норму в 1,6 рази ($P < 0,001$), ФЧ знизилася до $2,3 \pm 0,13$, та було в 1,8 рази ($P < 0,001$) нижчим за норму. Показник ІА в групі зіставлення становив $11,6 \pm 0,2$ %, що було в 1,5 рази нижчим за норму ($P < 0,01$). ІП також був знижений в 2,1 рази відносно норми та складав $12,4 \pm 0,15$ % ($P < 0,001$). Отже, у хворих на СДР підлітків обох груп мало місце суттєве пониження усіх фагоцитарних показників, особливо ІП. Таке суттєве зниження ІП у обстежених підлітків свідчить про недостатню ефективність механізмів фагоцитарної реакції МФС, тобто про незавершеність процесів фагоцитозу.

Після проведеного лікування в основній групі хворих (які додатково отримували комбінацію релаксилу та

Таблиця 4

Стан ФАМ у хворих на СДР підлітків після завершення лікування (M ± m)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих на СДР		P
		основна (n = 40)	зіставлення (n = 38)	
ФІ, %	28,6 ± 0,8	27,3 ± 0,7	23,0 ± 0,9*	< 0,05
ФЧ	4,0 ± 0,16	3,7 ± 0,25	3,2 ± 0,15*	< 0,05
ІА, %	16,9 ± 0,6	16,0 ± 0,3	14,1 ± 0,3*	< 0,05
ІП, %	26,5 ± 0,9	25,5 ± 0,26	21,3 ± 0,25*	< 0,05

Щодо пацієнтів із СДР групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятну терапію, ФІ підвищився до 23,0 ± 0,9 %, однак був нижчим за норму у середньому в 1,2 рази (P < 0,05); ФЧ у цих хворих збільшилося відносно вихідного його значення в 1,4 рази і становило 3,2 ± 0,15, що однак було у середньому в 1,3 рази меншим за норму (P < 0,05). ІА у підлітків з СДР, які не отримували релаксил та імуноплюс (група зіставлення), підвищився до 14,1 ± 0,3 %, що все ж таки було меншим за норму у середньому теж в 1,3 рази (P < 0,05). ІП на момент завершення загальноприйнятого лікування складав 21,3 ± 0,25 %, що було нижчим за норму в 1,2 рази (P < 0,05).

Отримані результати дозволяють вважати, що включення комбінації вітчизняних препаратів рослинного походження релаксилу та імуноплюсу до комплексу лікування хворих на СДР підлітків сприяє більш швидкому та якісному покращанню психоемоційного фону хворих, а також нормалізації показників ФАМ. Виходячи з цього, ми вважаємо включення комбінації релаксилу та імуноплюсу в комплекс лікування підлітків із СДР патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

Список літератури

1. Антропов Ю. Ф., Бельмер С. В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. — М.: Медпрактика-М, 2005. — 444 с.
2. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. — 670 с.
3. Височин Є. В., Рачкаускас Г. С. Динаміка показників фагоцитарної активності моноцитів у підлітків з депресивними розладами // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: 36. наук. праць. — Київ; Луганськ; Харків, 2008. — Вип. 1—2 (82—83). — С. 57—63.
4. Імуноплюс — інструкція для клінічного застосування препарату (Затверджена наказом МОЗ України № 758 від 16.11.06 року)
5. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
6. Моховикова А. Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. — СПб.: Academia, 2008. — 408 с.
7. Рачкаускас Г. С., Височин Є. В. Динаміка показників циркулюючих імунних комплексів у підлітків, які хворіють на соматизовані депресії // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: 36. наук. праць. — Київ; Луганськ; Харків, 2008. — Вип. 3—4 (84—85). — С. 101—106.
8. Релаксил: інструкція для клінічного застосування препарату (Затверджена наказом МОЗ України № 686 від 18.10.06 року)
9. Фролов В. М. и др. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / В. М. Фролов, Н. А. Пересадин, И. Я. Пшеничный // Лаборат. дело. — 1990. — № 9. — С. 27—29.
10. Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br. J. Psychiatry. — 1979. — Vol. 134. — P. 382—389.
11. Hamilton M. Rating scale for depression // J. Neurolog. Neurosurg. Psychiat. — 1960. — Vol. 23. — P. 56—62.
12. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide / D. Shaffer, M. S. Gould, P. Fisher, P. Trautman // Arch. Gen. Psychiatry. — 1996. — Vol. 53, № 4. — P. 339—348.

Надійшла до редакції 18.02.2009 р.

імуноплюсу) відмічалася практично повна нормалізація психічного стану обстежених. У групі зіставлення також відмічалася позитивна динаміка, але менш виражена, ніж у пацієнтів основної групи. Так, скарги на дратівливість або гнів відмічалися у 30 % хворих, відчуття смутку і безнадійності — 29 %, соціальну самоізоляцію — 15 %, підвищення чутливості і відчуття знедоленості — 14 %, підвищену стомлюваність і зниження життєвої енергії — 36 %, зміну апетиту — 22 %, безсоння або підвищену сонливість — 47 %, словесні спалахи або плач — 7 %, важкість у зосередженні — 49 %, труднощі з мисленням і важкість концентрації — 16 %, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню — 55 %, відчуття даремності або провини — 32 %, думки про смерть або самогубство — 20 %. Серед соматичної симптоматики відмічалася анорексія (21 %), булімія (13 %), цефалгія (12 %), кардіалгія (26 %), абдоміналія (30 %), фіброміалгія (15 %), невралгія (5 %), синдром вегетосудинної дистонії (16 %), запаморочення (33 %), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (60 %), безсоння (11 %), гіперсомнія (13 %).

При повторному вивченні стану хворих після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі, яка додатково отримувала комбінацію релаксилу та імуноплюсу, практично усі показники за психометричними шкалами нормалізувалися (табл. 3).

Таблиця 3

Показники важкості депресивного синдрому у підлітків з СДР після проведеного лікування

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих		P
		основна (n = 40)	зіставлення (n = 38)	
HDRS	7,1 ± 0,6	7,4 ± 0,7	11,1 ± 1,1*	< 0,05
MADRS	10,1 ± 1,5	10,3 ± 1,6	14,2 ± 1,7*	< 0,05

Так, з таблиці 3 видно, що в основній групі хворих на СДР відмічалася нормалізація вивчених показників згідно з психометричними шкалами та відсутність їх відхилень від норми (P < 0,1). У той же час були виявлені вірогідні розбіжності між вивченими показниками в основній групі та групі зіставлення. Це було пов'язано з тим, що в групі зіставлення позитивна динаміка показників психометричних шкал була менш виражена, ніж у пацієнтів основної групи (P < 0,05). Тому в більшості було встановлено наявність вірогідних різниць вивчених показників у хворих основної групи та групи зіставлення. Дійсно, бали за шкалами HDRS та MADRS в основній групі були нижчими за аналогічні показники у групі зіставлення в 1,5 та 1,38 рази відповідно.

При проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування у пацієнтів основної групи, яка отримувала комбінацію релаксилу та імуноплюсу, було виявлено чітко виражену позитивну динаміку показників МФС (табл. 4). Як видно з таблиці 4, у пацієнтів із основної групи (які в комплексі лікування отримували додатково комбінацію релаксилу та імуноплюсу) відмічалася практично повна нормалізація показників, які характеризують стан МФС. Так, ФІ збільшився відносно вихідного рівня в 1,52 рази та складав 27,3 ± 0,7 %, ФЧ становило 3,7 ± 0,25, що практично відповідало нижній межі норми. Аналогічна тенденція відмічена і стосовно ІА та ІП, які на момент завершення лікування складали 16,0 ± 0,3 % та 25,5 ± 0,26 % відповідно.

Г. С. Рачкаускас, Е. В. Высочин, В. М. Фролов

Оценка эффективности современных отечественных фитопрепаратов релаксила и иммуноплуса в лечении подростков с соматизированными депрессивными расстройствами

*Луганский государственный медицинский университет,
Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница (г. Луганск)*

Применение комбинации современных препаратов растительного происхождения релаксила и иммуноплуса в комплексе лечения подростков с соматизированными депрессивными расстройствами показало, что данная комбинация препаратов не только способствует улучшению психоэмоционального фона больных, но и нормализует иммунные показатели, в частности, состояние макрофагальной фагоцитирующей системы, что положительно влияет как на тяжесть течения заболевания, так и на его длительность.

G. S. Rachkauskas, E. V. Vysochyn, V. M. Frolov

Estimation of efficiency of modern domestic phytopreparations of relaxylum and immunoplus in treatment of teenagers with somatic depressive disorders

*Luhans'k State medical University,
Luhans'k regional clinical psychoneurological Hospital
(Luhans'k)*

Application of a combination of modern phytopreparations relaxylum and immunoplus in a complex of treatment of teenagers with somatic depressive disorders has shown, that the given combination of preparations not only promotes improvement of a psychoemotional background of patients, but also normalizes immune indicators, in particular, the condition macrophagal phagocytic system, that positively influences both gravity of a current of disease, and on its duration.

УДК 616.895.4-008.441.44-084-036.82

М. В. Шестакова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

По данным ВОЗ в Европе более 110 млн человек страдают депрессивными расстройствами. При этом наиболее уязвимым возрастом для возникновения депрессий является пожилой (среди подростков депрессии регистрируются у 5 %, среди лиц среднего возраста — у 20 %, среди пожилых — у 30 %) [1, 2, 3, 15].

Такое преобладание депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста объясняется закономерными физиологическими, социальными и психологическими изменениями, которые происходят в процессе старения и являются предрасположением основой формирования депрессивных расстройств [6, 7, 9, 11, 12].

В настоящее время установлено, что пациенты с депрессиями совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди, не страдающие депрессиями. При этом 15 % нелеченых пациентов с депрессиями умирают от суицида.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что изучение суицидального поведения при депрессиях у лиц пожилого возраста является важной медико-социальной проблемой.

На основании результатов обследования 98 больных пожилого возраста (55—65 лет) с депрессивными расстройствами (F 32.1 и F 33.1), в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения (основная группа), и 62 пожилых больных с эндогенными депрессиями без признаков суицидального поведения (контрольная группа) изучены особенности суицидального поведения при депрессиях у лиц пожилого возраста, что позволило разработать систему профилактики суицидального поведения у этой категории больных.

Основной целью разработанного комплекса является профилактика суицидального поведения за счет скорейшего купирования депрессии, стабилизации настроения и соматического статуса больного, купирования аутоагрессии и поддержания активности анти-суицидальных личностных механизмов.

Система профилактики суицидального поведения у пожилых депрессивных больных базируется на следующих основных принципах:

1. Системность подхода;
2. Своевременность и комплексность профилактики;

3. Дифференцированный (индивидуальный) подход;
4. Этапность.

Системность подхода в профилактике суицидального поведения у пожилых больных депрессиями подразумевает использование профилактических средств в трех направлениях.

В биологическом направлении, когда используются медикаментозные и немедикаментозные средства, способствующие купированию депрессии, коррекции эмоционального состояния и устранению биологических факторов формирования суицидального поведения (соматические болезни, сниженные вследствие старения физиологические ресурсы пожилого человека и т. д.).

В психологическом направлении, когда применяются психотерапевтические методы, способствующие коррекции личностных особенностей реагирования пожилого пациента на кризисные ситуации с формированием новых, более адаптивных форм поведения, эмоционального и когнитивного реагирования.

В социальном направлении, на котором с помощью социотерапевтических методов осуществляется микро- и макросоциальная реадaptация личности пожилого человека. Микросоциальная реадaptация личности пожилого подразумевает коррекцию его взаимоотношений в семье, производственном коллективе и повышение оценки удовлетворенности статусом в этих микрогруппах, повышение адаптивности психологической установки на жизнь в пожилом возрасте, в статусе пенсионера, социальную компенсацию потери части физиологических ресурсных возможностей в старости.

Макросоциальная реадaptация личности пожилого подразумевает коррекцию негативного отношения к сложившемуся материальному и социальному положению, экономическим и социальным изменениям вследствие старения и изменения жизненного стереотипа.

Составной частью системного подхода в профилактике суицидального поведения депрессивных больных пожилого возраста является комплексное терапевтическое воздействие на все суицидогенные (биологические,