

на улицах к прохожим — по выражению матери «как будто раньше этого не видел и открывал мир заново». В сентябре, спустя два месяца после начала терапии, А. пошел в первый класс. В школе пел на линейке и общался с учителем. С программой обучения справлялся на отлично, замечаний преподавателей о каких-либо «проблемах в общении» не было.

Катамнез: через шесть месяцев: А. окончил первое полугодие 1-го класса с высшими оценочными баллами. Посещал музыкальную школу по классу вокала, занимался в ансамбле бального танца. Расстройств вербальной коммуникации не выявлено. Медикаментозное лечение было отменено. Таким образом, терапия нейрорепетитивными упражнениями приводит к редукции нарушений в коммуникации и облегчает обучение детей с расстройствами аутистического спектра.

УДК: 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Андрух Г. П., Андрух П. Г.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)

О ЗНАЧЕНИИ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЛЯ АДДИКТОЛОГИИ

Психосоциальная дезадаптация является процессом нарушения интеграции личности в среду в силу действия тех или иных причин, невозможность приспособления в течение длительного времени; системное нарушение, обусловленное несоответствием врожденных или приобретенных потребностей личности ограничивающему требованию социальной среды, это неспособность индивида к глубинной самоадаптации. Основу дезадаптированного поведения составляет конфликт, под влиянием которого постепенно формируется неадекватное реагирование на условия и требования среды в форме тех или иных поведенческих отклонений — как реакции на систематические, постоянно провоцирующие факторы, справиться с которыми личность не может.

Нами была поставлена цель — выявить облигатные факторы, формирующие аддиктивный вариант «ухода от реальности».

Влияние средовых факторов в развитии наркомании на макросоциальном и микросоциальном уровне выглядит достаточно наглядно. Известно, что общественные катаклизмы, войны, экономические пертурбации влекут за собой всплески злоупотребления. Наркотизмом поражаются определенные группы населения, в частности преступники, беглецы, десоциализированная среда люмпенов и, напротив, «среда безработных» — не занимающихся делом и обеспеченных. Социальное влияние, опосредованное через «моду», предопределяет эпидемический характер распространения наркомании. Мы видим, как социальное влияние, навязываемое через новые моральные нормы и навыки неокультуры, отражается, например, в уравнивании мужского алкоголизма с женским, в заметной распространенности ультрасовременных психоактивных веществ. Эпидемиология наркотизма также показывает влияние внешних факторов среды: алкоголизм более распространен в странах, где производят много алкогольных напитков, опиумная и гашишная — в странах с традиционным выращиванием мака и конопли, а также везде, где настойчиво рекламируется (иногда в скрытой форме) та или иная аддикция.

На основании проведенных исследований, мы пришли к выводу, что наркотизация — одно из проявлений ухода, изоляции индивидуума от общества, а проводимый многими специалистами анализ должен рассматривать явление как на уровне индивидуума и его микрогрупп, так и в ракурсе макросоциальных процессов. Без этого оценка каких-либо факторов, определяющих распространенность и форму наркотизма, всё-таки не дает в полной мере возможности объяснить его причину. К слову, как показывают этнографические, археологические и исторические данные, не было цивилизации, не было общественно-экономических формаций, когда не знали бы того или иного вида злоупотребления ПАВ. Чем тщательнее нами изучалось влияние микросреды, тем явственнее проступала взаимосвязь биологического и психологического содержания этого влияния.

Биологическое содержание микросоциального неблагополучия мы рассматриваем двояко. Во-первых, микросоциальное неблагополучие является отражением биологической, в частности психической, недостаточности родителей. Во-вторых, плохие микросоциальные условия эту биологическую недостаточность подкрепляют: для следующего поколения это следствие становится причиной. Как показывает практика,

часто имеет место и то, и другое, порочная цепь состоит из нескольких звеньев. Отклонения поведения, ранее считавшиеся результатом неправильного воспитания, во многих случаях обнаруживают свою биологическую причину.

Изучение проблемы психосоциальной дезадаптации в рамках аддиктологии показывает важность непрерывного дополнения знаний об отклоняющемся поведении феноменологическими наблюдениями, сопоставляя их с клинико-теоретическими моделями представлений в психонейронауках.

УДК 616.89-008.441.13-008.441.44

Бачериков А. М., Кузьминов В. Н., Ткаченко Т. В.

ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ

У хворих на залежність від алкоголю спостерігається високий ризик скоєння суїциду. Тому метою дослідження стало вивчення механізмів формування суїцидальної поведінки у хворих цієї нозологічної рубрики.

Було обстежено 30 хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок залежності від алкоголю, які потрапили на лікування в ЖКПОЛ № 3 після скоєння незавершеної суїцидальної спроби. Співвідношення чоловіки/жінки у групі склало 3 : 1. Жінки найчастіше як спосіб самогубства обирали самоотруєння ліками (57,14 %), чоловіки — нанесення самопорізів та колотих ран (56,25 %), спроба самоповішення (18,75 %), спроба падіння з висоти (12,5 %). За даними анамнезу 10 (33,33 %) хворих виховувались в неблагополучних родинах, у 18 (60,0 %) з них була обтяжена спадковість по залежності від алкоголю з боку одного чи обох батьків, у 14 (46,67 %) хворих це були повторні суїцидальні спроби. Особи працездатного віку в групі складали 80,0 % суїцидентів. Зловживання алкоголем призводило до зниження соціальної та професійної адаптації, що мало відображення у низькому рівні освіти (83,33 %), відсутності постійної роботи (70,0 %), порушення сімейних стосунків: розлучені (36,67 %), ніколи не перебували у шлюбі (40 %).

Хворі були поділені на підгрупи в залежності від стану, в якому вони скоювали суїцид: 1) в стані алкогольної інтоксикації (36,67 %); 2) в стані відміни алкоголю: а) без делірію (20,0 %); б) з делірієм (30,0 %); 3) в ремісії щодо вживання алкоголю (13,33 %).

Аутодеструктивна поведінка в стані алкогольної інтоксикації характеризувалась імпульсивними саморуйнуючими діями. Більшість з них (63,64 %) після потрапляння до стаціонару не пам'ятали, що сталося та відмовлялися від намірів вкоротити собі віку. Особливості поведінки хворих у повсякденному житті та на момент скоєння суїциду (зі слів близьких родичів) — імпульсивність, дратівливість, агресія, низький поріг до фрустрації, стійке неприйняття соціальних норм, нездатність переживати відчуття провини, виражена схильність до звинувачення оточення — свідчать про наявність дисоціального порушення особистості. Однозначно встановити генез цих порушень (спадковий, придбаний, змішаний) не було можливості внаслідок того, що в усіх пацієнтів в анамнезі виявлено тривале зловживання алкоголем.

Чинники формування суїцидальної поведінки у хворих в стані відміни алкоголю залежали від наявності або відсутності делірію. Так у хворих без психотичної симптоматики суїцидальна поведінка була пов'язана з депресивним синдромом, який виникав на фоні важкої соматичної патології внаслідок зловживання алкоголем. В стані відміни алкоголю з делірієм суїцидальна поведінка була обумовлена маяченням та галюцинаторними переживаннями погрожуючого характеру.

У хворих в стані ремісії щодо вживання алкоголю суїцидальна поведінка формувалась на фоні вираженого депресивного синдрому з домінуванням в клінічній картині тривоги, безсоння, ідей самозвинувачення, відчуття своєї нікчемності, безвихіді.

Незважаючи на вищенаведені відмінності в клініко-психопатологічному стані хворих в пресуїцидальному періоді, формування суїцидальної поведінки у всіх обстежених йшло на тлі наявності токсичної енцефалопатії внаслідок тривалого зловживання алкоголем, особистісних порушень різного генезу, втрати мотивації до лікування і тверезого способу життя, відсутності критики або неадекватне критичне ставлення до того, що відбувається. Усі суїциденти здійснювали суїцид на фоні порушення свідомості.