

психологической адаптации больных с помощью методов психологического исследования; умений общения с коллегами, пациентами и их родственниками с учетом их психологических особенностей, создания здорового психологического климата в медицинском сообществе. В результате изучения дисциплины будущий семейный врач получает навык скрининга начальных проявлений психических расстройств с учетом вклада в их возникновение психосоциальных факторов, определяющих специфику лечебно-профилактических мероприятий. Освоение навыков использования современных психотерапевтических подходов, в том числе, семейной психотерапии, рациональной психотерапии, психотерапии кризисных состояний позволяет семейному врачу обеспечить прицельную направленность профилактических и реабилитационных мероприятий, а также длительность и постоянство наблюдения и поддержки. Поскольку повседневная деятельность семейного врача характеризуется риском развития профессиональной деформации и эмоционального выгорания, особое внимание в процессе обучения медицинской психологии уделяется вопросам повышения коммуникативной компетенции врача, обучению навыкам рефлексии и психорегуляции. Важным аспектом обучения дисциплине является формирование у студентов осознания необходимости преемственности между семейной медициной и специализированной помощью, разграничение медико-психологических задач, стоящих перед врачом первичного звена, и показаний к оказанию психолого-психотерапевтической помощи специалистами второго и третьего уровней медицинской помощи. Таким образом, преподавание медицинской психологии должно отражать современные тенденции формирования медицинской службы в целях развития действенной системы формирования, охраны и укрепления здоровья населения.

УДК 616. 8-02: 616.133.33/.134]-07-08-084

М. Ф. Андрейко

*КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

На большом собственном материале (1327 больных) установлено, что на доклиническом (донозологическом) этапе развития патологии магистральных артерий головы и шеи (ПМАГШ) астенические расстройства наблюдались у 96 % больных. Феноменологический анализ содержательных характеристик расстройств астенического (эмоционально лабильного) круга дает возможность на ранних этапах развития цереброваскулярной патологии распознавать органическую патологию головного мозга и/или направлять дальнейшие исследования в нужную сторону, в том числе с применением нейровизуализационных методов обследования для поиска сосудистых факторов, вызвавших такие расстройства.

Эмоционально-лабильное расстройство у больных с ПМАГШ характеризуется преобладанием эмоционально-гиперестетических нарушений. У таких больных наблюдался феномен «астении, не знающей покоя»: больные нетерпеливы, несдержанны, вечером долго не могут уснуть, т. к. сохраняется внутреннее напряжение, у них появляются элементы астенического ментизма.

Так, гиперестезия наиболее ярко проявляется в отношении физических раздражителей (свет, звук, запах). Несколько преобладает гиперактузия: больные не переносят громких, резких, внезапных звуков, быстро утомляются при просмотре телепередач, не могут долго слушать радио. Сильные и (или) длительные физические раздражители легко вызывают торможение всякой активной деятельности, вследствие чего у больных суживается поле сознания, появляются легкие признаки изменения активности сознания в виде обнуляции, растерянности. Эти нарушения в полной мере критически не воспринимаются и в жалобах спонтанно не вербализуются, а выявляются либо путем целенаправленных вопросов, либо в ходе достаточно продолжительной беседы.

Физическая гиперестезия в немалой степени определяет и эмоциональную. В условиях одномоментного воздействия субъективно сильных физических раздражителей, при общении с большим количеством людей у больных легко появляется раздражительность, причем в ряде случаев она возникает как бы внезапно, неожиданно для окружающих и, с их точки зрения, неспровоцированно. Это в немалой степени затрудняет общение

больных и побуждает их искать уединения, ограничивать контакты, сокращать их продолжительность. Сама раздражительность отличается ригидностью: больным нужно, по их словам, «много времени, чтобы успокоиться». Внимание больных отличается тугоподвижностью, сужением объема и концентрации, обуславливая снижение умственной работоспособности.

Основными принципами терапии психических расстройств у больных с ПМАГШ является ликвидация психопатологических феноменов, предупреждение галопирующего течения сосудистого процесса и развития тяжелых психических последствий. Различный характер и выраженность как сосудистого процесса, так и психических нарушений предполагает новые подходы к терапии таких больных.

Наиболее адекватной и взвешенной представляется терапевтическая позиция, основанная на комплексном подходе, включающем ряд этапных мероприятий с традиционными методами психофармакотерапии, психотерапии и применения средств, улучшающих как реологические свойства крови в веществе головного мозга, так и защиту от гипоксического фактора. Следовательно, в основу патогенетического лечения пациентов должны быть положены этиопатогенетические процессы в цепи возникновения развития болезни.

УДК 616.899-071

*Андрейко М. Ф., Чудакова Л. Б.,
Гончаренко В. А., Тесленко Е. В.*

*КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Проблема раннего детского аутизма занимает особое место не только в детской психиатрии.

Цель: показать влияние нейрорептиков на редукцию аутистических симптомов, как обмен информацией с коллегами.

Метод: клинико-психопатологический, анамнестический, катанестический.

Пациент А., ребенок 2006 г. р., мужского пола. Наследственную отягощенность психическими расстройствами родители отрицали. Мать с высшим педагогическим образованием, по характеру активная, деятельная. Отец — специалист по компьютерному программному обеспечению, по характеру общительный. Беременность у матери и перинатальный период пациента А. протекали благополучно. К двум годам матерью было замечено, что сын пользуется речью для общения только с ней и старшим братом, поэтому А. был отдан в детский сад, где воспитателей также насторожило отсутствие вербального контакта с ними и с другими детьми. Мать обратилась к детскому психиатру, когда А. было 4 года, специалист порекомендовал определить ребенка в специализированный интернат. Занятия с частным психологом также не дали эффекта. Через год А. прошел психотерапевтический курс стационарного лечения, где применялась методика психофизиологического (тактильного) воздействия — без эффекта. Затем был госпитализирован в детское отделение Днепропетровской областной психиатрической больницы, где находился вместе с мамой. При поступлении: охотно выполнял невербальные инструкции. Зрительный контакт устанавливал на короткое время. Эмоциональные реакции слабо дифференцированы. Соматический и неврологический статусы без особенностей. Клинические лабораторные анализы, ЭЭГ — без патологических изменений. По результатам психологического обследования — показатели невербального интеллекта 86. Выполнял все инструкции медперсонала, но речью при этом не пользовался, поведение носило строгий стереотипный характер и не менялось.

Учитывая данные клинического и психолого-патологического обследования состояние было расценено как высокофункциональный аутизм и согласно клиническим протоколам лечения аутизма был назначен раствор рисполепта для питья 0,0005 г/с и золофт 0,025 г/с. Из немедикаментозных методов лечения проводился тренинг коммуникативных навыков, тренинг эмоций и социальных навыков. На третьей неделе терапии в состоянии А. начала проявляться положительная динамика — появились эмоциональные реакции соответствующие ситуациям. Также, матерью был отмечен неожиданный интерес к её подарку — морской свинке, которой А. самостоятельно дал имя, проявлял о ней заботу и уделял внимание. Во время прогулок по городу с матерью, начал разговаривать и описывать окружающее, в общественном транспорте обращался к пассажирам,

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 пела 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 нейрорепетиками 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 глубокой 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 вспышки злоупотребления. Наркотизмом поражаются определённые 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 обнаружили свою биологическую причину.

Изучение проблемы психосоциальной дезадаптации в рамках аддиктологии показывает важность непрерывного дополнения знаний об отклоняющемся поведении феноменологически 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 неврології, психіатрії 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 пережити 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, безвиході.

Незважаючи на вищевказані відмінності в клініко-психопатологічному стані хворих в пресуїцидальному періоді, формування суїцидальної поведінки у всіх обстежених йшло на фоні 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.