

основної групи додатково отримували реамберин по 400 мл 2 рази на день внутрішньовенно крапельно (800 мл на добу) протягом 1—2 днів, після чого препарат призначали по 400 мл 1 раз на день ще 3—5 днів (всього від 5 до 7 днів поспіль).

Під час вивчення стану системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, до початку медичної реабілітації були виявлені однотипні зсуви, а саме — підвищення концентрації метаболітів ліпопероксидації — малонового діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югатів (ДК). Так, концентрація кінцевого продукту ПОЛ — МДА в основній групі до початку медичної реабілітації була в середньому в 1,8 рази вище за норму ($P < 0,001$), складаючи $6,3 \pm 0,18$ мкмоль/л, в групі порівняння — в 1,7 рази ($P < 0,001$), дорівнюючи $6,0 \pm 0,2$ мкмоль/л. Вміст в крові хворих основної групи проміжних продуктів ПОЛ — ДК було підвищене в середньому в 1,7 рази щодо норми ($P < 0,001$), в групі порівняння — в 1,6 рази ($P < 0,001$). Показник ПГЕ (перекисний гемоліз еритроцитів) в основній групі хворих складав $7,1 \pm 0,3$ %, тобто був підвищений в середньому в 2 рази щодо норми ($P < 0,001$). У групі порівняння рівень ПГЕ до початку медичної реабілітації складав $6,8 \pm 0,25$ %, тобто був підвищений в 1,9 рази щодо норми ($P < 0,001$). Достовірних відмінностей вивчених показників ПОЛ в основній групі і порівняння до початку медичної реабілітації не знайдено ($P > 0,1$), що свідчить про однотипність обстежених груп в біохімічному плані. При повторному обстеженні після завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що майже у всіх хворих з основної групи (які додатково отримували реамберин) концентрація продуктів ПОЛ в сироватці крові — МДА і ДК нормалізувалася, тоді як в групі порівняння їх рівень залишався достовірно вище за норму та аналогічні показники у хворих основної групи, що свідчило про збереження підвищеного рівня ліпопероксидації. Дійсно, концентрація МДА в крові в цей період у хворих групи порівняння була в середньому в 1,66 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,6 рази вище, ніж в основній групі, пацієнти якої отримували додатково реамберин ($P < 0,05$). Рівень ДК в крові хворих групи порівняння був в середньому в 1,54 рази вище за норму ($P < 0,01$) і в 1,53 рази вище концентрації ДК в крові хворих основної групи ($P < 0,05$). Показник ПГЕ в основній групі знизився до верхньої межі норми, а у хворих з групи порівняння складав на вказаний момент обстеження $7,6 \pm 0,24$ %, що в 2,17 рази вище за норму ($P < 0,001$). Таким чином, можна вважати, що у пацієнтів основної групи спостерігалася більш швидка нормалізація клінічних та вивчених біохімічних показників.

Отримані дані свідчать про високу ефективність препарату з детоксуючою та антиоксидантною активністю реамберину в комплексі медичної реабілітації хворих на шизофренію, які перенесли фебрильний напад, що дає можливість вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування цього препарату в комплексі медичної реабілітації хворих з дані захворюванням.

УДК 616.896-03.005

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АУТИЗМА

В разных странах мира общее количество детей с аутизмом (А) и аутического круга расстройств (АКР), которые диагностируются клинико-психологическими, экспериментально-психологическими, социально-психологическими и другими методами исследований, колеблется от 26 до 54 и выше на 10 тыс. детского населения.

На основе наших многолетних наблюдений предлагается классификация вариантов (клинических) проявлений А, при которых ведущими являются один или несколько психопатологических (патопсихологических) симптомов (синдромов), их выраженность, нарушения взаимоотношений в микро- и макросреде.

1) **Гиперактивная форма.** Выделяются: а) гиперактивность с дефицитом внимания, с повышенной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, стереотипными движениями (моторная стереотипия), несформированной интеллектуальной деятельностью, неконтролируемым поведением в микро- и макросреде и др.; б) гиперактивность с относительно умеренной возбудимостью и эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, умственной отсталостью легкой степени и отностительно контролируемым поведением в микро- и макросреде и др. 2) **Отрешенность** (отстраненность, непривязанность). Больной характеризуется отстраненностью от реальной жизни

и, частично, от своего «я», нарушением коммуникативных навыков, нарастанием индифферентности к окружающему, задержкой и отставанием дизонтогенеза с последующим отставанием когнитивных процессов, в т. ч. психомоторного, психоречевого, психосенсорного развития и др. Отрешенность — более глубокая, чем отстраненность и характеризуется более глубоким отчуждением от окружающего. 3) **Оглушенность** характеризуется расстройством сознания (непродуктивным). При этом затруднены ориентация на местности, во времени, повышение порога всех внешних (сенсорных) раздражителей, затруднение течения психических процессов и др. 4) **Апатическая форма** характеризуется снижением эмоций, безразличием к себе, сверхтормозимостью к окружающему миру, или кратковременной психической активностью при удовлетворении физиологических потребностей, сильной мотивации извне (показ любимой игрушки, пищи) и др. 5) **Сенситивная форма** характеризуется повышенной чувствительностью больного к окружающему, к событиям, происходящим с ним, в сочетании с повышенной адекватностью, боязнью новой обстановки, людей, событий, действий, боязнью темноты, одиночества, часто — симбиоз с матерью и др. 6) **Смешанная форма.** 7) **Конституционально (генетически) обусловленная форма** — в рамках семьи и родственников. 8) **Аутизм. Нормотоническая форма.** В клинической практике захватывает психическую деятельность, социальное поведение, аффективную сферу. Она более характерна для детей, прошедших адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия и находящиеся в благополучных социально-бытовых условиях. У таких детей более адекватный тип поведения, взгляд, невербальное, частично — вербальное общение, сохранены раздражительные способности, формальная социальная, эмоциональная перцепция и др. 9) **Атипичная форма (АА).** Согласно литературным данным, протекает как процессуальное аутическое расстройство и составляет около 50 % случаев от общего числа больных АКР.

Подобная классификация позволяет подобрать более адекватные методики для реабилитации детей.

УДК 616.89:340.63

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

НАШ ОПЫТ РАБОТЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕССУАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Процессуально ориентированная психотерапия (ПОП) (от англ.: Process Oriented Psychology, ProcessWork) — целенаправленный комплекс мероприятий (направление, которое объединяет широкий спектр областей и включает в себя психологию, психотерапию, психиатрию, педагогику), направленных на социальную, трудовую, групповую перцепцию и др.

Методы ПОП полиморфны. В зависимости от терапевтической среды, клинических проявлений основного заболевания, используются разные методы психотерапии, психологических, в т. ч. психофизических, влияний. Роль психотерапевта, психолога, врача в целом может изменяться от пассивного наблюдателя к активному проводнику, который играет ведущую роль в осуществлении медицинской и социальной реабилитации больных и их семей. Психотерапевт, не изменяя свою роль психоаналитика, проникает в душу больного, его семейные проблемы (конфликты), может одновременно быть арт-терапевтом, массажистом, преподавателем, воспитателем, танцевальным инструктором, художником, заменять младший медперсонал (санитара, медбрата и др.) и шаг за шагом, прямым и косвенным образом, приближается к устранению межличностных проблем больного, семейства в целом, к их медицинской и социальной реабилитации.

Касаюсь вопроса лечения детей с аутизмом (А) и аутической сферы расстройствами (АСР) следует отметить, что А и АСР являются процессуальными заболеваниями, основная тенденция которых выражается в дальнейшем ухудшении состояния больного, в частности, от функциональных — к необратимым органическим изменениям. Каждый этап развития выражается появлением новых симптомов, выраженность которых зависит от этиопатогенеза, давности заболевания, социальной среды и проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий. Каждый синдром (симптом) возникает на определенных этапах заболевания, в определенное время и они связаны друг с другом. Касаюсь вопроса гиперактивного поведения, стереотипий, «попугайной речи» и др. у пациентов с А и АСР по нашей теории психоанализа детского и подросткового возраста мы считаем, что это является сознательным на уровне реально происшедших и осознанно

«выдуманных» реактивных прошлых и настоящих переживаний, позитивное решение которых возможно с помощью физиологически допустимых норм, психофизических методов (создаваемых стрессовых ситуаций), которые можно устранить (разрешить с помощью внутриличностного, межличностного, индивидуального, группового и глобального воздействия). В это же время у детей, переживших внутриутробные психотравмирующие ситуации, стереотипии, «попугайную речь», поведенческий и межличностный негативизм связаны с бессознательностью и целым рядом неумышленных (неинтенциональных) вербальных и невербальных раздражителей (сигналов) и их перцепциями (социальными, межличностными, коммуникативными), идеями, убеждениями, при которых пациент не идентифицируется.

В результате терапии происходят изменения на уровне психической реальности пациента. При этом изменяется субъективное в целом и объективно реальное, адекватное восприятие происходящего в окружающей среде, но не сама среда. Изменение восприятия внешней реальности является истинным опосредствованным результатом изменений в собственном (внутреннем) психическом мире. Это способствует изменению субъективного восприятия окружающих людей, событий, отношения к ним. Происходят позитивные поведенческие и личностные изменения, способствующие социальной, индивидуальной, межличностной перцепции.

УДК 616.89:316.6:159.9.07-036.82-053.2/5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ЗНАЧИМОСТЬ ДАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ МЕДИКО- И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

В последнее десятилетие требования в диагностике тех или иных отклонений в психическом статусе больного широко используются данные клиническо-психологических, экспериментально-психологических, социально-психологических исследований. Существующие разнообразие психологические тесты и результаты полученных исследований, их интерпретация часто являются решающими в судьбе ребенка.

Практика показывает, что из-за ошибок при проведении психологического тестирования не всегда можно точно определить IQ — коэффициент интеллекта ребенка. Для получения объективных данных при тестировании на IQ необходима полная адаптация во времени, местности испытуемых больных, в т. ч. детей и их сопровождающих. Эти факторы значительно искажают показатели психологических тестов, хотя в привычных условиях больные, особенно дети, могут не отличаться от сверстников или даже опережать их по некоторым показателям.

Некоторые специалисты, не вникая в суть дела, «штампуют» данные предыдущих специалистов и ставят свои традиционные диагнозы: «умственная отсталость», «задержка психомоторного развития», «апатия», «аутизм», «расстройство поведения» и др.

Данные психологических обследований (IQ) не должны быть окончательным «объектом» в постановке или уточнении диагноза и дальнейшей судьбы ребенка, а их результаты должны быть индивидуальными в каждом случае.

Значительным вкладом в педагогическую психологию является используемое Л. С. Выготским (1935) понятие «зона ближайшего развития». Он отмечает, что текущий IQ ребенка мало что говорит о перспективах его дальнейшего обучения и умственного развития. По его мнению «зона ближайшего развития» — область не созревших, но созревающих «процессов». Задача, с которой ребенок в данное время, на данном уровне развития, не может справиться самостоятельно, однако способен решить с помощью взрослого. Это уровень, достигаемый ребенком в ходе совместной деятельности со взрослым.

С целью изучения этих проблем нами был обследован 781 больной в возрасте от 2 до 45 лет, в том числе мужчин 344 (44,04 %) и 437 (55,95 %) женщин. Диагноз «психической неполноценности, умственной отсталости» был установлен 82 (10,49 %) пациентам 26 психиатрами, 26 невропатологами, 3 сурдологами, 3 педиатрами, 18 педагогами-дефектологами и 6 воспитателями. У 70 (85,36 %) из 82 больных при специальном исследовании, проводившемся психиатром и психологом, этот диагноз был снят. Чаще всего диагноз «психической неполноценности» устанавливался детям и подросткам в возрасте от 5 до 15 лет. IQ не только отражает ответы на тесты, но и должен являться основанием для изучения логического, образного, математического, вербального (невербального) мышлений и др.

Меньшее IQ не означает пониженное IQ, а, наоборот, должно дать основание специалистам для поиска «скрытых, резервных возможностей» психических (когнитивных) процессов. С помощью целенаправленных мероприятий можно натренировать и повысить IQ у ребенка.

Осторожное использование такого диагностического понятия как «психическая неполноценность» — важное условие эффективной медико- и психосоциальной реабилитации пациентов и их ближайшего окружения.

УДК 616.851-055.52-036.82:616-052-053.2/5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

В системе реабилитации детей главным фактором является работа с семьей, мобилизация ее потенциала в совместной работе с врачами. С этой целью следует начинать с семейного консультирования (СК) и семейной психотерапии (СП).

СК является одним из главных этапов СП, цель которой — ознакомление с семейными взаимоотношениями, проблемами членов (члена) семьи и выявление взаимосвязи болезни ребенка с этими проблемами. Проводят анализ ситуации, аспектов ролевого взаимоотношения-взаимодействия в семье для поиска элементов лечебного воздействия (ресурса) для дальнейшего проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

При этом проводится: а) первичный прием, устанавливается контакт с больными и членами семьи; б) ознакомление и сбор информации; в) выясняются терапевтический настрой и потенциал когнитивных, коммуникативных процессов больного и членов семьи; г) их вера в лечение и психофизические возможности, выполнение врачебных требований в совместной работе с больными детьми; д) обсуждение психотерапевтических, в целом лечебно-реабилитационных мероприятий, для каждого конкретного пациента.

Поведение родителей, членов семьи, близких, их отношение к больному ребенку оказывают значительное влияние на лечебно-реабилитационный процесс. При планировании и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо учитывать нарушения внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), суицидальное поведение и др. неблагоприятные внутрисемейные обстоятельства.

В СП выделяют 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидации семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий.

Психотерапевтические воздействия, часто применяемые в СП: а) преодоление дезадаптации, дезинтеграции в связи с психотравмирующей ситуацией, болезнью ребенка, в конкретных ситуациях между членами семьи; б) преодоление эмоциональной ломки, осознание своей ошибки и критика своего поведения; в) уважение к «противнику» и выявление позитивного в «противнике»; г) преодоление аффективного поведения и выработка «режима молчания»; д) умение слушать противника и других членов семьи; е) проигрывание ролей; ж) конфронтация; з) анализ собственных поведений, в т. ч. и аудиовизуальных записей и др.

В наших ранних исследованиях было выявлено, что после болезни ребенка у 84 % матерей и 18 % отцов появляются различные эмоционально-аффективные непсихотические расстройства. Если не принять меры по их устранению, то в дальнейшем возникает реальная возможность более тяжелого характера психосоматических заболеваний. Эти расстройства имеют и социальное значение, а именно: в 5,2—6,8 % таких семей происходит распад брака, в 11,0 % — наблюдается злоупотребление алкоголем, в 9,8—16,7 % имеет место отказ от ранее запланированного второго ребенка и т. д.

СП является одним из психотерапевтических методов, при котором осуществляется коррекция и устранение негативных межличностных отношений, эмоциональных перенапряжений отдельных членов семьи, оказание психолого-психотерапевтической помощи в устранении невротических и соматоформных (психосоматических) и других расстройств, наиболее выраженных у отдельных членов семьи.

С целью оказания помощи членам семьи, от которых зависит дальнейшая судьба больного, в т. ч. ребенка, в индивидуальном порядке следует подключить других специалистов и другие методы, в т. ч. сочетание СП с фармакотерапией.