підвищення вимог) емоційні реакції (депресія, агресія); фаза деструктивної поведінки (сфера інтелекту, мотиваційна сфера, емоційно-соціальна, психосоматичні реакції та зниження імунітету, розчарування та негативна життєва настанова).

Виявлені клінічні ознаки, фази та форми ПД обумовлюють необхідність розроблення системи психокорекційних та психопрофілактичних заходів, спрямованих на середній медичний персонал, які працюють хворими на особливо небезпечні захворювання, що здійснюватиметься нами у подальшій роботі.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

О. М. Царенко
Вінницька обласна психіатрична лікарня № 2 (м. Вінниця)

ЩОДО РОЗРОБКИ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПСИХІЧНО ХВОРИХ В УМОВАХ ПРИМУСОВОГО ЛІКУВАННЯ

Питання надання психіатричної та медико-психологічної допомоги спеціальним цільовим групам психічно хворих, що мають певні особливості психічного й соціального статусу, набувають сьогодні особливої актуальності (Н. О. Марута, 2007—2012; Л. Н. Гуменюк, 2007; 2008; В. А. Абрамов, 2002—2009). Однією з таких груп є пацієнти, що перебувають в умовах примусового лікування.

Тривале вимушене перебування в умовах психіатричного стаціонару, примусове спільне проживання, втрата особистого життя, пасивна участь у своїй долі, відсутність будь-яких повноважень, що активують мотиваційно-когнітивні процеси, не менш деструктивно впливають на особистість пацієнта, ніж власне психічна хвороба (Г. Г. Путятін, 2010). В умовах примусового лікування відбувається формування патологічних зв'язків з навколишнім середовищем, втрата індивідуальних властивостей особистості як суб'єкта соціальних відносин, що, за умови відсутності заходів психосоціальної корекції та профілактики, сприяє виникненню та формуванню госпіталізму та дезадаптації пацієнтів, яка обумовлена тривалим перебуванням в одноманітних умовах психіатричного стаціонару та нераціональній організації лікарняного середовища.

Між тим, незважаючи на беззаперечну актуальність даної проблеми, а також стратегію гуманізації, дестигматизації, деінституалізації та поліпрофесійності вітчизняної психіатричної допомоги (М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2010), питання профілактики та корекції дезадаптації психічно хворих в умовах примусового лікування ще не знайшли свого вирішення.

З огляду на вищенаведене, нами здійснюється дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних характеристик психічно хворих в умовах примусового лікування, що дозволить визначити особливості формування в них проявів дезадаптації та розробити систему її психосоціальної корекції і профілактики.

Досягнення мети відбувається шляхом вивчення особливостей, механізмів та етапів формування дезадаптації у психічно хворих з різною тривалістю перебування в умовах примусового лікування; визначення рівню когнітивної, емоційної та поведінкової дезадаптації у психічно хворих в умовах примусового лікування; проведення аналізу особливостей міжособистісних стосунків психічно хворих в умовах примусового лікування; визначення впливу терапевтичного середовища на особливості функціонування психічно хворих в умовах примусового лікування на різних рівнях дезадаптації.

УДК 616.89

Ю. В. Чайка, А. И. Химчан
Городской психоневрологический диспансер № 3 (г. Харьков).

ПСИХИАТРИЯ ПОЗДНЕГО ПОСТМОДЕРНА

Постмодерн — новый цивилизационный период в развитии бытия человека XXI века (Ж. Лиотар, В. Подорога). Он неразрывно связан с постмодернизмом как мировоззрением новой реальности (Е. Петровская). Постмодерн — крайне многогранное и противоречивое явление, которое характеризуется кризисом во всех сферах жизни человека. С одной стороны — это рост внутренней свободы личности, снижение её отчужденности, широкий плюрализм (Р. Рорти), с другой — кризис личностных, этических, культуральных, социальных основ. Эти явления отражаются и в психиатрии (П. В. Морозов, Н. Г. Незнамов с соавт., Ю. С. Савенко, Х. Мёллер).

В психиатрии постмодерн проявляется рядом признаков.

1. Права человека. Ю. Хабермас считает, что это «реалистическая утопия», т. к. они никогда не соблюдаются. В психиатрии же они приняли уродливую форму и привели к снижению врачебной ответственности психиатров по отношению к пациентам, что можно выразить так: «хочешь быть безумным — будь им». Такие процессы сопровождаются деантропологизацией человека: отсутствием новой гуманитарной идеи, раздробленностью человека, который стал «техноидом» без тела и души, идентичности, самотождественности, укорененности. Единого душевнобольного «растащили» психоаналитики, психотерапевты, социологи (Р. Барт, П. С. Гуревич).

2. Концепция деконструкции Ж. Деррида. Смысл этого понятия состоит в создании нового через хаос и разрушение старого. Но разрушение свершается, а созидание — нет. В психиатрии — это демонтаж организации психиатрической помощи как по вертикали, так и по горизонтали. В науке — это распад теоретического знания, отсутствие адекватной парадигмы, договорное понимание истины и развитие атеоретических оснований в исследованиях. Происходит демонтаж клинических форм с нарушением принципов классификации. Классификация — это свернутая теория психиатрии, а не набор симптомов, синдромов и рудиментов нозологии. Отсутствие психиатрической парадигмы приводит к тому, что фундаментальным в психиатрии начинают считать различные биологические исследования, а не клинику, которая конституирует предмет психиатрии. Психопатологическая феноменология, симптомо- и синдромология, синдромодинамика и клинические единицы всегда будут определять фундамент психиатрии как науки. Деконструкция в психиатрии разрушает клиническое мышление врача и ориентирует его на экспресс-интервью с применением диагностических шкал.

3. Симулякр в психиатрии. Симулякр — это «псевдовещь» без внутреннего содержания (Ж. Бодияр, Ж. Делёз). В нем стираются границы между реальным и воображаемым. Он есть не истинная, пустая жизнь. Когда психиатрия стремится восстановить изменённую реальность у пациентов, симулякры стоят на пути этого процесса.

4. Власть и постмодерн. М. Фуко показал, что психиатрия пронизана «оком власти». Оно формирует клинику, стандарты диагностики и лечения, самого врача. Власть «спаивается» с фармацевтическими фирмами, «вымывает» доступные и проверенные психотропные средства и навязывает доктору и пациенту дорогие, часто малоэффективные препараты. Власть формирует и мышление врача. Врачевание и свободная мысль из психиатрии исчезают.

5. Традиция и постмодерн. В связи с неспособностью создать новую парадигму психиатрия постмодерна обращается к традиции. *Но это своеобразная традиция.* Она «переиначивает» старое и выдает его как новое, например, первичный психотический эпизод, коморбидность внутри аффективных синдромов, замена классической терминологии и многое другое.

Выход из создавшегося положения Ю. С. Савенко видит в возврате к Ясперсу, мы же дополняем необходимостью возврата к новому прочтению и пониманию классической психиатрии на основе постнеоклассической рациональности.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Чеботарьов Є. В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНАЦІЇ МЕЛІТОРУ ТА ПОЛІОКСИДОНІЮ

Соматизовані депресивні розлади (СДР) характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, разом із постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців. Значна увага на сучасному етапі патогенезу депресій приділяється вивченню характеру порушень імунологічного та біохімічного гомеостазу у хворих на СДР. Тому потрібна розробка досить ефективних способів лікування та профілактики рецидивів СДР, що має суттєве значення для клінічної психіатрії. В наших попередніх роботах вже вказувалося на різноманітні імунні та біохімічні порушення у хворих з даною патологією та вплив на них комбінації сучасного антидепресанту мелітору та імуноактивного препарату поліоксидонію (ПО), тому, з нашої точки зору, доцільним було вивчення показників клітинної ланки імунітету у хворих на СДР при лікуванні мелітором та ПО.

Нами було обстежено 65 пацієнтів (34 жінки і 31 чоловік), у віці від 18 до 61 року, з симптомами СДР. Усі хворі були поділені на дві групи — основну (33 пацієнти) та порівняння (32 хворих).