

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 вищевикладене, нами здійснюється дослідження клініко-психопатологічних та топсихологічних 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. І. Химчан

Городской психоневрологический диспансер № 3 (г. Харьков).

ПСИХІАТРІЯ ПОЗДНЕГО ПОСТМОДЕРНА

Постмодерн — новий цивілізаційний період в розвитку 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 «растачили» 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 измененную 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 необходимость 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 ДЕПРЕСІВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНАЦІЇ МЕЛІТОРУ ТА ПОЛІОКСИДОНІУ

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).

Пацієнти групи порівняння отримували лише загальноприйнятну терапію, а хворі основної групи в комплексі лікування отримували комбінацію мелітору в дозі від 25 мг на добу одноразово всередині 2—3 місяці та ПО по 6 мг внутрішньом'язово через день — 5 ін'єкцій, потім 2 рази на тиждень — ще 10 ін'єкцій препарату (всього на курс — 90 мг ПО). Під час імунологічного обстеження встановлено, що у більшості хворих на СДР, до початку лікування виявляються порушення з боку показників клітинної ланки імунітету. Вказані імунні зсуви характеризувались наявністю Т-лімфопенії різного ступеня вираженості та дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, який переважно полягав у зменшенні кількості CD4⁺-клітин (Т-хелперів/індукторів) на тлі помірного зниження кількості Т-супресорів/кілерів (CD8⁺-лімфоцитів), а вміст у крові В-клітин (CD22⁺) у більшості випадків мав лише незначну тенденцію до зниження. При повторному проведенні імунологічних досліджень після завершення лікування було встановлено, що в основній групі хворих, які отримували лікування мелітором та ПО відзначено суттєве покращання імунологічних показників, що характеризують стан клітинної ланки імунітету. Дійсно, у цих пацієнтів спостерігалася ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до нижньої межі норми лімфоцитів з фенотипом CD4⁺ (Т-хелперів/індукторів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8. В групі порівняння, яка отримувала лише загальноприйнятну терапію, також відзначалася позитивна динаміка з боку імунологічних показників, однак суттєво менш виражена. Тому після завершення лікування у хворих групи порівняння кількісні та функціональні показники клітинної ланки імунітету (кількість CD3⁺ та CD4⁺-клітин, індекс CD4/CD8, показник РБТЛ) залишалися вірогідно нижче як норми, так і відносно показників в основній групі. Так, абсолютна кількість CD3⁺-клітин (тотальна популяція Т-лімфоцитів) у хворих групи порівняння збільшилася у порівнянні з вихідними значеннями у 1,3 рази та складала (0,95 ± 0,02) Г/л, що однак було менш норми у 1,4 рази; відносний вміст загальної популяції Т-лімфоцитів у обстежених пацієнтів збільшувався у 1,2 рази, складаючи (54,4 ± 1,3)%, що було нижче норми у середньому у 1,3 рази ($P < 0,01$). Абсолютна кількість CD4⁺-лімфоцитів збільшилася в абсолютному вираженні в 1,3 рази та складала на момент завершення загальноприйнятого лікування (0,68 ± 0,03) Г/л, що однак була в 1,26 рази меншою за норму; відносний вміст CD4⁺-клітин збільшився до (38,7 ± 1,3)%, тобто в 1,2 рази, але залишався в 1,2 рази меншим за норму; $P < 0,01$. Кількість CD8⁺-клітин та CD22⁺-клітин у абсолютному та відносному значенні вірогідно від норми не відрізнялися. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 також зазнавав тенденцію до підвищення, а саме збільшився у 1,2 рази, але був меншим за норму у 1,13 рази. Показник РБТЛ збільшився у порівнянні з першопочатковим у 1,4 рази, але залишався вірогідно меншим за норму у 1,2 рази. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним застосування комбінації мелітору та поліоксидоню при лікуванні хворих на соматизовані депресивні розлади.

УДК 616.89:615.8:616-053.2

Черкасова А. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АУТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Аутизм в дитинстві як окремий ознак або в цілому психічне розлад вважається спеціалістами більшості країн. Основними визначальними його ознаками вважаються аутистичні форми контактів, розлад мови, її комунікативної функції, порушення соціальної адаптації, розлад моторміки, стереотипна діяльність, порушення розвитку. Во вигляді на патологічну сутність, структуру, систематику аутизму до сих пор відзначаються протиріччя. В МКБ-10 дитячий аутизм відноситься до розладу «Общие расстройства развития» — F 84.

Виділяють декілька етапів в розвитку учиння об аутизмі у дітей. Перші згадки про дітей со стремлінням до самотності та уходу приходять на кінець XIX — початок XX в. (I етап). Так називаний доканнерівський період в розвитку проблеми аутизму охоплює 20—40-е роки нашого століття, коли формувалося поняття аутизму у дітей (II етап).

Термін «аутизм» введений в психіатрію Е. Блеуер (1911, 1922). Автор назвав аутизмом отрыв від реальності з наявністю внутрішньої життя, особого світу грез і фантазій при шизофренії.

В дитячій психіатрії поняття аутизму як симптома або синдрому стало вперше використовуватися со времени выделения ранней дитячої шизофренії [Сухарева Г. Е., 1926, 1937;

Гуревич М. О., 1949] і шизоїдії [Симеон Т. П., 1929]. Третій етап в розвитку проблеми аутизму в дитинстві прийнято називати каннерівським (40—80-е роки). Цей період ознаменований виходом в світ кардинальних робіт по дитячому аутизму, серед них першою належала Л. Каннер (1943).

Клініка синдрому дитячого аутизму досягає найбільшого розвитку к 3—5 рокам, звертає на себе увагу поєднання складних і примітивних реакцій в кожній функціональній системі. Інтелектуальний рівень не досягає середнього значення.

Лікування, переважно, проводиться в залежності от ведущого симптомокомплексу.

В теперішній час основним напрямком в розвитку психіатрії вважається профілактика захворювань і дефектних станів при психічних розладах.

Проблема реабілітації аутистичного спектра из-за вираженої соціальної дезадаптації больних цих контингентів займає суттєве місце в загальній проблемі реабілітації дитячої і підліткової особистості патології, порушеної розвитку. При аутизмі профілактичні заходи проводяться для запобігання дефектним станам, і включають в себе психологічну і психотерапевтичну корекцію, направлену на соціально-бутову реабілітацію, котра дозволяє дітям і підліткам з раннім дитячим аутизмом адаптуватися в повсякденній житті. Найбільших успіхів в області соціально-бутової реабілітації людей з раннім дитячим аутизмом досягли сторонники поведінкової терапії.

Психокорекційні заняття з дітьми, страждальними аутизмом, створюються по принципу чередування різних завдань і ігор в строгому відповідності з графіком на фоні чітко дозованого емоціонального тонізування.

Підхід к дитячому аутизму як к асинхронному дизонтогенезу з затримкою розвитку всіх сфер діяльності ребенка дозволяє відкрити значимість правильно організованої комплексної корекції, поєднаної з терапією, направленою на преодоління аутизму і соціальної адаптації таких дітей. Результати лічєбної і корекційної роботи з дітьми приближають нас к вирішенню вторичної профілактики дитячого аутизму.

УДК: 616.89-084:615.851:614.84

Чистикова Е. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

К ВОПРОСУ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СРЕДИ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОЖАРНОЙ ОПАСНОСТИ

В современное общество одной из главных проблем остается недостаток психологического совладания с нервно-психическими расстройствами, вызванными особо трудными условиями труда. По теперішній час круг професій, зв'язаних з ризиком для життя, зростає. Зростає і кількість запитань к медико-соціальному забезпеченню працівників, в число котрих входять пожежники. Вони одні из небагатьох стикаються со складними ситуаціями вибору при спасенні постраждалих, стрессорними факторами непередбачуємої стихії.

Програми психосоціального супроводження повинні учити особливості психічної адаптації контингентів к складним умовам праці. Останнє повинно виражатися в розробці спеціалізованої психологічної діагностики, психопрофілактики, а також краткосрочної системи психотерапевтичної корекції.

Все це і обумовило суть проводимих нами медико-психологічних досліджень, основною метою котрих являлось — розробити принципи психопрофілактики і психокорекції осіб, працюючих в умовах пожежної небезпечності, на основі комплексного медико-психологічного аналізу феноменів психічної адаптації і дезадаптації.

В дослідженні прийняло участь 320 працівників пожежної служби, котрі проходили профілактичний огляд на базі науково-дослідницького інституту профілактичної медицини (г. Харків) за період 2009—2011 гг. Середній стаж по професії склав 5 лет.

Реалізовані клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний методи і методи математичної статистики.

Діагностичні заходи здійснювались в 4 основних блоках: первинний клініко-психологічний (с учетом соціально-демографічних і психоанамністичних даних);