

ный ответ на поиск защиты, укрытия; 3) трансформация аффективных стереотипов с моторными разрядками в коммуникативную игру; 4) комментарии и пробные интерпретации резкого изменения психического и эмоционального состояния ребенка в зависимости от динамики контакта между ребенком и психотерапевтом (внезапные проявления гнева, резкое усиление тревоги, маниакальное возбуждение, депрессивные проявления, уход в аутистическое состояние и возвращение к контакту).

3. Выбор конкретного поведенческого и эмоционального ответа психотерапевта в зависимости от соотношения паттернов искажения, задержки и повреждения в эмоциональном состоянии ребенка:

А) При доминировании регрессивных инфантильных эмоционально-личностных проявлений ребенка оптимальны следующие пробные психотерапевтические воздействия: на поиск тактильного контакта допускается дозированный тактильный контакт с ребенком, усиливающий чувство защищенности, но не стимулирующий возбуждения ребенка, на взгляд ребенка психотерапевт отвечает взглядом с установлением глазного контакта на короткий период, до появления признаков усталости и истощения у ребенка, своеобразные жесты, позы, гримасы ребенка, отражающие конфликт между желанием показать себя и спрятать повторяются психотерапевтом в смягченной манере с усилением одного из компонентов (самодемонстрации или желания контакта);

Б) В контакте с детьми с выраженными искажениями в эмоциях и личностных проявлениях напряженные аутостимуляторные ритмические движения пальцами ребенка преобразуются в коммуникативную игру (типа «Идет коза рогатая»); на попытку ребенка «магически» воздействовать на взрослого для получения желаемого (протянутая рука, крик, пристальный взгляд) психотерапевт отвечает просьбой обозначить другим путем (показать, обыграть, нарисовать, сказать), чего он хочет; уход или попытки спрятаться интерпретируются как игра в прятки, на аутистическую речь ребенка допустимы ответы эхом; при наличии выраженных симбиотических тенденций интерес к своему отражению в зеркале удается вызывать путем введения опорного объекта или совместным рассмотрением отражения.

В) В обследовании детей с явлениями повреждения и распада аффективной сферы (обнажением влечений, разрушением эмоциональных привязанностей, нерегулируемых разрушительных импульсов, направленных как на себя, так и на окружающих людей) важно купировать агрессию и аутоагрессию. Особую сложность в методической организации таких детей представляет непереносимость ряда пространственных нагрузок, сверхчувствительность к величине объектов и пр. Так, нахождение в закрытом пространстве (в трубе, в домике), как правило, приводит к панической атаке

или психосоматическому кризу. Архаические объекты типа мячей или большие игрушки используются как орудия агрессии. Рекомендуется использование простого игрового материала в предельно структурированных безопасных условиях. В дальнейшем возможно простраивание протодиалога и налаживание эмоциональной коммуникации на инфантильном уровне.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ СПРОВОЦИРОВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ И КАННАБИОИДОВ

А.Д. Гагин, Е.А. Южакова

Тюменская ОКПБ
Тюменская ГМА

На протяжении многих веков истории человечества, прослеживается проблема употребления им наркотических веществ, в том числе каннабиоидов. В настоящее время курение каннабиоидов не утратило своей актуальности. Кроме того, в течение последних 4-5 лет, достаточно значимой в России и многих странах Европейского союза, стала наркотизация синтетическими каннабиоидами, которые являются действующим веществом курительных смесей линейки SPISE. Кроме основной проблемы этого злоупотребления – формирования наркотической зависимости, отмечены и другие последствия; в ряде случаев, по причине передозировки, либо индивидуальной повышенной чувствительности, интоксикация каннабиоидами приводит к развитию тяжелых, психических расстройств и заболеваний.

Психотических расстройства, вследствие употребления курительных смесей и каннабиоидов, в зависимости от условий их возникновения, можно условно разделить на следующие группы:

- собственно гашишные психозы вследствие передозировки канабиса;
- абстинентные гашишные психозы при наличии гашишной наркомании;
- сложные гашишно-интоксикационные психозы, вследствие Kompliziertого сочетания наркотизации канабисом со снотворными, либо транквилизаторами, либо препаратами опия-сырца, либо алкоголя;
- спровоцированные гашишизмом дебюты эндогенных психозов (чаще всего шизофрении).

Целью проведенного исследования являлось: оценить и описать особенности клинической картины эндогенных психозов, развившихся после употребления этих наркотиков.

Для этого было проведено наблюдение за 2 группами пациентов (10 больных – основная группа и 10 больных контрольная группа), которые

проходили лечение в течение 2010 году, в ГЛПУ ТО ТОКПБ. Это были пациенты, проходящие обследование и лечение с дебютами эндогенных психических заболеваний. Первая, основная группа обследованных пациентов, у которых острому началу эндогенного психоза предшествовало употребление курительных смесей и каннабиоидов. В контрольной группе, пациенты, которые до дебюта хронического психического заболевания, шизофрении, не злоупотребляли наркотическими веществами. Пациенты обеих групп были практически одного возраста, на учёте у врачей психиатров и наркологов не состояли, не наблюдались. У пациентов в основной исследуемой группе, по сравнению с контрольной, выявлялась отягощённая психопатологически наследственность. Это проявлялось алкоголизмом родителей, суицидальным поведением и психозами позднего возраста у кровных родственников. Характерной особенностью пациентов основной группы, было наличие органической несостоятельности центральной нервной системы, и череды травм головы в детском и подростковом возрасте. Наличие этих травм головы отчасти можно объяснить присутствием у мужчин в основной группе, нарушений поведения, которые стали отчётливо видны, в подростковом и юношеском возрасте.

Психоз развивался, у подавляющего большинства больных уже после первого курения наркотических смесей, типа SPISE и анаши. Клиническая картина у больных основной, исследуемой группы, характерна, прежде всего, достаточно острым, чётким началом: уже в течение ближайших часов, реже последующих, за употреблением курительных смесей и каннабиоидов суток, развивается явления острого психотического состояния. Отследить острое начало психоза, прежде всего, стало возможным за счёт выявления у значительной части больных (пяти случаев), помрачения сознания. У двух пациентов диагностировалось, сразу после перенесенной острой интоксикации наркотиками, онейроидное помрачение сознания. Психотическое состояние, на фоне нарушенного сознания, сопровождалось яркими, сценopodobными, фантастическими галлюцинациями. Галлюцинации сопровождалась выраженной аффективной напряжённостью т.е. больные испытывали выраженную панику, страх, и в тоже время интерес, ошеломляющий восторг, перед переживаемыми сценopodobными событиями.

Ещё у трёх больных, манифестация заболевания, последующая за употреблением курительных смесей, проявилась кратковременным делириозным помрачением сознания. В данных наблюдениях, после гашишной интоксикации, в ночные часы индивидуумы испытывали истинные зрительные галлюцинации, которые сопровождалась выра-

женным эмоциональным напряжением (тревога, страх, любопытство) и острым чувственным бредом. Во всех указанных случаях, период помрачённого сознания был достаточно краткосрочным, от нескольких часов и до суток, и прекращался вне зависимости оказывалась им медицинская помощь или нет. В дальнейшем, у вышеперечисленных пациентов, развивалась стойкая психотическая симптоматика, при явных нарушениях мышления, на фоне явлений астении или депрессии.

В остальных клинических наблюдениях, дебют заболевания, спровоцированный употреблением курительных смесей и других каннабиодов, проявлялся значимыми для больных, галлюцинаторными переживаниями, которые в свою очередь имели яркую аффективную окраску (преимущественно маниакальный синдром). В рамках галлюцинаторных переживаний, больные обнаруживали бредовые переживания: бред величия, бред реформаторства, любовный бред.

В контрольной группе, манифестации заболевания (шизофрении), явлений нарушенного сознания не отмечалось. Психические расстройства, даже в рамках шубообразного приступа, формировались в течение нескольких дней и даже недель. Бредовые переживания чаще носили обыденный, бытового характер (бред особого значения, преследования, отношения), при грубо нарушенном мышлении, сопровождалась ложными галлюцинациями (больные слышали голоса звучащие внутри головы, воспринимали звучание мыслей, заявляли о «внутреннем зрении» и т.п.). Весь комплекс синдромов и симптомов, был преимущественно стабильным, вплоть до редукции их, на фоне начатой терапии нейрорептиками.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ КАК ПУТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

С.Н. Голуб, И.Г. Ульянов

Владивостокский ГМУ

E-mail авторов: kovalenkosveta@yahoo.com
happy-family09@mail.ru

Известно, что невротические расстройства могут возникать вследствие различных психогенных факторов [1], особенно при их длительном и систематическом воздействии. Одним из факторов подобного типа является насилие над женщиной в семье. Ситуация семейного насилия становится кризисным явлением в жизни женщины. Дж. Ка-