

10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия.- М., Медицина, 1977.- 191 с.
11. Amer. Psychiat. Assoc DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 3 d Edition Revised. - 1987.
12. Amer. Psychiat. Assoc DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual Disorders, fourth Edition. - 1994.
13. Amer. Psychiat. Assoc DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual Disorders, fourth Edition, Text Revision. - 2000.
14. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями), под ред. Кулер, Дж. Э. – К.: Сфера, 2000.- 464 с.
15. Gyllstrom M. Elizabeth, Schreiner Pamela J., Harlow Bernard L. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 21, No. 2, P. 275 - 292, 2007.
16. Сметник В. П. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Consilium medicum, 2001, т. 3, № 11.
17. Жислин, С. Г. Очерки клинической психиатрии.- М. «Медицина», 1975.
18. Пустовойт М. М. До питання психодинаміки психічних розладів інволюційного періоду // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 1 (11) 2007, С. 15-21.
19. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактору в генезі інволюційних психозів // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 1 (13) 2008, С. 45-59.
20. В.С. Битенский, М.М. Пустовойт, Н.А. Прусс, И.И. Краснополяская, Инволюционные психозы как психосоматическая проблема // Таврический журнал психиатрии. – Т.12, №1 (42), - 2008, С. 9-19.
21. Дубницкая Э.Б. Малопргредиентная шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): Автореф. Дисс. к. мед. н. –М., 1979. – 24 С.
22. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
23. Amer. Psychiat. Assoc DSM-III Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 3 d Edition. - 1980.
24. Fonagy, Peter & Target, Mary. Psychoanalyse und Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta, 2007. – 541 с.

УДК: 616.89-037
О.А.Філатова

КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

О.А.Філатова

КОРРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ПСИХІЧНОГО ІНФАНТІЛІЗМУ У ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ.

Харківська медична академія післядипломної освіти.

В статті розглянуто медико-психологічні аспекти психічного інфантилізму у хворих на сурдомутизм. Сучасна психологія трактує цей стан як часткову затримку деяких компонентів особистості, що формуються. Не дивлячись на наявну дезадаптацію, у цих хворих вистачає доволі особистісних ресурсів, щоб завершити соціалізацію.

Ключові слова: психічний інфантилізм, сурдомутизм, соціалізація.

O.A. Filatova

CORRECTION OF DISPLAYS OF MENTAL INFANTILITY AT PERSONS WITH SURDOMUTISM

The Kharkov medical academy of postgraduate education

In clause medical and psychological aspects of mental infantility at patients with surdomutism are considered. The modern psychology treats this condition as partial backlog of some components of the formed person. Despite lacking adaptation, these patients have enough personal resources for end of socialization.

Keywords: mental infantility, surdomutism, socialization.

Психический инфантилизм (ПИ) – недостаточная зрелость когнитивной, эффекторно-волевой и поведенческой сфер личности; сохранение детских стереотипов реагирования на внешние обстоятельства; социальная неадаптированность, низкая фрустрационная толерантность.

ПИ у больных сурдомутизмом обусловлен как хронической аудиальной депривацией, и связанной с ней задержкой речевого развития, так и сопутствующими органическими нарушениями – частым коррелятом врожденной глухоты. [1]

У больных с данной патологией можно наблюдать 3 варианта ПИ: простой, органический и церебростенический.

Простой (неосложненный) ПИ – это следствие нарушенного созревания наиболее молодых структур мозга – неокортекса, вызванного сочетанием конституционально-генетического и антенатального факторов. Такие больные внешне выглядят незрелыми, в чертах преобладает «детскость»: рост ниже среднего, гармоническое телосложение, тонкая ранимая кожа, недостаточность оволосения лобковой области и ко-

нечностей. Интеллектуально больные несколько снижены, но в целом, их когнитивные способности имеют тенденцию к развитию, т.к. отсутствует органическая дефектность, скорее, все дело в педагогической запущенности и отсутствии навыков саморазвития. Больные эмоционально откликаемы, подвижны, несколько поверхностны. Их внимание легко переключается с одного объекта на другой. Преобладают мотивы получения непосредственного удовольствия, беззаботного существования. Пациенты могут по несколько часов в день неотрывно смотреть развлекательные передачи по телевизору, забывая о необходимых делах, уклоняясь от обязанностей. Среди них есть люди, одаренные художественными способностями (к рисованию, лепке, шитью, оригами), однако, из-за повышенной суетливости, низкой концентрации внимания, они не способны довести до конца свои творческие порывы. По отношению к другим людям они доброжелательны, отзывчивы, сочувствуют чужому горю, быстро привыкают к новым лицам. В мышлении значительное место занимают его дологические формы. Память имеет достаточный объем, но больные плохо удерживают абстрактный материал, не подкрепленный внешними объектами. Пробелы в памяти они заполняют красочными фантазиями. К себе часто не критичны. Это наиболее благоприятный вариант ПИ [2].

Органический инфантилизм является неблагоприятным вариантом ПИ. Его появление обусловлено грубыми повреждениями головного мозга вследствие акушерских вмешательств (наложение щипцов, форсированное извлечение плода) при постреанимационном синдроме после оживления (осложненные роды, тяжелые болезни до года, травмы головы) и другими повреждающими воздействиями. Внешне больные резко отличаются от пациентов с гармоническим инфантилизмом. Они диспластичны, часто встречается дизостоз лица, косоглазие, аномальный прикус, тики и нарушения локомоции. Они также склонны к эйфории, но она не сочетается с благодушием и отзывчивостью. Больные мало реагируют на изменения внешнего плана, отсутствует чуткость, любознательность, почти не развита межличностная перцепция. Им трудно охарактеризовать человека, даже описать его как целостный объект. Они правильно указывают на отдельные черты – «глаза карие», «волосы черные», «смеется». Но не могут синтезировать их в целое. Мышление наглядно-образное. Затрудняются в определении абстрактных понятий. Например, слово «молодость» заставляет пациентов искать глазами более молодые лица среди окружающих людей, но само понятие – объяснить или описать на бланке – они не могут. Память имеет малый объем простых слов (жестовой и письменной речи). Больные отмечают, что в детстве они учились неохотно, не были заинтересованы в высокой успеваемости, часто скучали. Безразличие к оценке своего труда экстраполировалось и на показатели производительности. Пациенты с органическим инфантилизмом даже в простых видах деятельности нуждаются во внешнем контроле, императивных стимулах; заставить выполнить работу их может только страх остаться без материального вознаграждения. Они несамостоятельны в решениях, не имеют устойчивого мнения, подвержены

приступам дисфории, скупы, мелочны. При правильном педагогическом подходе (особенно при интенсивных занятиях в раннем детстве с сурдологом – для определения и развития остаточного слуха), наблюдается положительная динамика. Это выгодно отличает таких больных от олигофренов, дает возможности развития и достаточной компенсации в процессе личностного становления.

Третьим видом ПИ, встречающимся у больных сурдомутизмом, является церебрастенический. Он возникает как следствие мозговых инфекций, черепно-мозговых травм, тяжелых соматических заболеваний в возрасте до 7 лет [3]. Внешне больные имеют обычное телосложение, ничем не отличаются от других пациентов данной нозологии. Их основными жалобами бывают: повышенная утомляемость, невозможность сосредоточиться на каком-либо деле, сильная головная боль при физической и умственной нагрузке и волнении, расстройство сна. Обращает на себя внимание пугливая капризность, усиливающаяся при настойчивых требованиях со стороны, «избегающая» позиция («бегство в болезнь», «бегство в сон»). После повышенных нагрузок, пережитой фрустрации у таких пациентов часто наблюдаются гиперсомнии [4]. Вазовегетативная лабильность является главным изнуряющим, дестабилизирующим фактором жизни больных. Отмечаются частые синкопальные состояния: на ярком солнце, при поездках в лифте, метро, при быстром подъеме по лестнице. Часто встречаются ортостатические коллапсы, никуририя у молодых пациентов. Выражена метеолабильность. Женщины с данным видом патологии тяжело переносят беременность: токсикозы, страх невынашивания, идиосинкразия к различным продуктам, парфюмерии, цветущим растениям. Таким больным трудно устроиться на работу, т.к. в цехе для изготовления одежды или других мастерских, куда они обычно приходят после специальной школы, как правило, недостаточная вентиляция, шум, вибрация, посторонние запахи, что делает пребывание там больных невозможным. Надо сказать, что пациенты данной группы имеют повышенную чувствительность к вибрации и шумам, в то время как звуки средней частоты они не воспринимают [5]. Для них характерно «детское переживание болезни»: потребность во внимании при полном равнодушии к лечению и уходу, зависимость от эмпатии близких и медперсонала. Динамика данного вида ПИ в молодом возрасте относительно благоприятна. Несмотря на психическую незрелость и множественные вегетативные нарушения, при рано начатом лечении и психологическом сопровождении, больные могут быть хорошо компенсированы. Катамнез таких больных по наблюдению ряда сурдопсихологов [6,7] может представлять собой достаточную трудовую и социальную адаптацию при сохранении астенических черт личности.

Коррекция больных сурдомутизмом с ПИ должна начинаться как можно раньше. К началу 90-х гг. было установлено, что даже при органической природе задержки психического развития глухонемые школьники, обучающиеся в специальных коррекционных школах или в классах выравнивания в общеобразовательных

школах, могут успешно освоить образовательный стандарт (нижнюю границу требований к знаниям, умениям и навыкам учащихся) в объеме неполной средней школы [6].

Современная психология придерживается того принципа, что наибольший вклад в результаты психокоррекции вносит сам больной, благодаря его личностным качествам (особенно силе мотивации к изменению «качества жизни» в лучшую сторону).

На втором плане находятся личностные параметры лечащего врача и психолога, и лишь на третьем – совокупность определенных методов лечения и психопрофилактики.

В коррекционном плане эффективным оказался

«Тренинг общения» по О.В. Заширинской [6]. Его целями являются:

- повышение осведомленности о правах личности, о ее уникальности и свободе выбора;

- обучение механизмам самопознания («что я делаю сейчас?», «в чем проявляется моя неуверенность \ уверенность \ агрессия?»);

- обучение эффективным навыкам невербального поведения (свойства жестов, мимики, пантомимики).

Это особенно важно в нынешнее время всеобщего безразличия и сконцентрированности на собственных проблемах, т.к. зачастую большие сурдомутизмом, осложненным ПИ, вынуждены в одиночку проходить трудный путь социализации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Розанова Т.В. Развитие мышления и памяти глухих детей. – М.: Наука, 1998. – 320с.
2. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности. – М.: АспектПресс, 2004. – 210с.
3. Иванц И.А., Левина Ю.В. Характеристики акустического рефлекса у глухонемых //Вестник оториноларингологии. – 2001. - №6. – С. 6-11.
4. Филатова О.А. Гиперсомнии у больных сурдомутизмом //Вісник психіатрії та психофармакології. – 2007. - №1(11). – С. 145-146.
5. Никифоров Н.А. Выявление центральных нарушений слуха у лиц, работающих на шумном производстве //Вестник оториноларингологии. – 2001. - №1. – С. 20-22.
6. Заширинская О.В. Коммуникативные качества личности в контексте социализации людей с задержкой психического развития. – СПб.: Речь, 2004. – 132с.
7. Бабій І.М. Корекція рухової сфери у глухих підлітків. – К.: Зліт, 2000. – 188с.

УДК 616.17 – 008.14:616.89

М.А. Денeko

К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И СУПРУЖЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А.Ф.Мальцева

М.О. Денeko

ДО ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПОДРУЖНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ СПЕЦИФІЧНИХ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ У ЖІНОК

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня ім. О.Ф.Мальцева

В роботі висвітлені результати аналізу літературних джерел та власних досліджень щодо порушень сексуального здоров'я та подружньої адаптації при специфічних розладах особистості у жінок.

Ключові слова: сексуальні порушення, подружня дезадаптація, специфічні розлади особистості, жінки.

M.A.Deneko

TO PROBLEM OF VIOLATIONS OF SEXUAL HEALTH AND MATRIMONIAL ADAPTATION AT SPECIFIC DISORDERS OF PERSONALITY FOR WOMEN

Regional psychoneurological hospital named after A.Ph.Mal'tsev (Poltava)

In-process the results of analysis of scientific literary and own researches in relation to violations of sexual health and matrimonial adaptation at specific disorders of personality have resulted.

Keywords: sexual violations, matrimonial dezadaptation, specific disorders of personality, woman.

Расстройства личности посвящена обширная литература, в которой эта патология рассматривается как устойчивая тотальная аномалия личности с преимущественным нарушением эмоциональной

и волевой сфер, затрудняющим социальную адаптацию [1 – 6].

В соответствии с современными воззрениями, расстройство личности представляет собой частный случай