

symptoms. The treatment included desintoxication therapy, symptomatic therapy, restorative therapy, Amitriptyline 100 mg, Gidazepam 100 mg, Amisulpride 400 mg, Mianserin 60mg, psychotherapeutic correction. In the process of hospital treatment the patient's condition improved significantly and independently discharged from the recommended outpatient treatment. Successfully continuing outpatient treatment (Mianserin 30 mg, quetiron 200 mg).

УДК 615.212.7:615.89-008.447

М. М. Дюженко
Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, м. Харків

Вживання наркотичних речовин особами із розладами поведінки

Проблема стійких дисоціальних або агресивних форм поведінки (задовольняє загальним критеріям F 91 за МКБ-10) у підлітків набуває особливої актуальності в Україні в силу того, що соціально-економічна криза стимулює процес поширення соціально негативних видів поведінки, які набувають масового характеру і нерідко навіть сприймаються як прийнятний поведінковий стиль.

Зловживання речовинами, що змінюють психічний стан, розглядається як одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

За допомогою AUDIT-подібних тестів було обстежено 40 осіб підліткового та юнацького віку із ознаками розладів поведінки. Майже в усіх був виявлений досвід вживання наркотичних речовин.

Особи із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — вживали характерні для Харківської області опійні наркотичні препарати: ацетильований екстракт із макової соломки, синтетичні та напівсинтетичні опіоїди (метадон, бупренорфін), та таблетовані препарати, що вміщують кодеїн — кодтерпін, коделсан та інші).

Досвід вживання канабісу було виявлено в усіх обстежених.

Обстежені із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання седативних та снодійних речовин вживали транквілізатори різних хімічних груп, або барбітурати.

Також серед обстежених спостерігалось вживання кустарно виготовлених психостимуляторів, що мають у своєму складі дериват норефедрину — меткатинон (метилкатинон). Джерелом сировини були офіційні лікарські засоби, які містять у собі ефедрин.

Більш ніж половина обстежених мала досвід вживання двох або більше психоактивних речовин. Найбільш частими комбінаціями вживаних психоактивних речовин були: алкоголь та седативні препарати, опіати та алкоголь, опіати та седативні препарати (дімедрол, транквілізатори), опіати та гашиш, опіати та ефедрон.

Клінічна картина абстинентного синдрому при полінаркоманіях значно важче, бо обумовлюється не простою сумарністю дії окремих наркотиків, а результатом їхньої взаємодії, що виявляється у поглибленні абстинентних порушень. Використання хворими комбінацій кустарно виготовлених наркотиків, що здобули в останні роки широке розповсюдження та належать до різних полюсів спектра психоактивних речовин, а саме,

до депресантів (опіати) та психостимуляторів («первітин» та ефедрин), кожний із яких має максимально високий адиктивний потенціал, призводить до розвитку однієї з самих високопрогресивних форм наркоманій — опійно-«первітинової» (ефедронної) полінаркоманії, для якої характерний тяжкий абстинентний синдром. Особистісні порушення стають грубішими, асоціальна поведінка набуває важчі та потворні форми, частіше спостерігаються психотичні порушення з затяжним перебігом, нерідко має місце виражене зниження мнестичних та інтелектуальних функцій.

Таким чином, діагностика, психопрофілактика і корекція розладів поведінки у осіб підліткового та юнацького віку повинна здійснюватися мультидисциплінарною бригадою, до складу якої повинен входити лікар-нарколог. Також слід наголосити, що особливо небезпечним серед даного контингенту є вживання декількох психоактивних речовин, оскільки це може призвести до формування полінаркоманії, резистентної до лікування.

УДК 616.45-001.1/.3-003.96-092:159.96

В. М. Загуровський
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Внутрішній конфлікт особистості в патогенезі постстресорної дезадаптації

Постстресорна дезадаптація та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) стають все важливішими проблемами в нашому суспільстві. Величезна кількість людей нашої країни, як перебувала, так і перебуває під впливом цілого спектра стресорних чинників. Останні зачіпають майже всі сторони життя — соціальні потрясіння, втрати (фінансові, роботи, перспективи бізнесу, освіти), житлові проблеми, втрата звичного способу життя, житла, рідних і т. д., відсутність життєвої перспективи, соціальна нестабільність, різке падіння рівня життя. Особливе місце займають люди, що тим чи іншим чином мають стосунок до силових структур, мобілізованих, волонтери, учасники бойових дій. До всіх згаданих чинників стресу у цієї категорії долучаються: різка зміна життєдіяльності, нові життєві ситуації, зміна поведінки, життєвих цінностей, реального соціального статусу, реальна загроза особистості, яка може мати вітальний характер тощо. Всі ці чинники стресу характеризуються невизначеністю в часі, не контролюються особистістю, безпомічністю перед їх впливом та невідворотністю, побічним впливом на долю рідних. Згадані чинники достатньо важкі і значимі. На їх тлі від уваги психологів, психіатрів та психотерапевтів майже завжди уникає проблема внутрішнього конфлікту особистості. Якщо згадати концепцію психічної травми Р. Янофф-Бульман, психічна травма являє собою зміну базисних переконань особистості. Їх витoki лежать у ранньому дитинстві та розпочинають формування на ґрунті взаємодії зі значимими дорослими. Далі вони лягають в основу майбутніх переконань про навколишній світ і власне Я дорослої людини. Базисним переконанням притаманний високий рівень їх узагальненості й глобальності, тому що вони відображають уявлення особистості про власне Я і навколишній світ в цілому. Вони — відносно стабільні протягом життєвого шляху особистості. Однак існують особливі життєві ситуації (травматичний досвід), які можуть змінити базисні переконання. В умовах військової служби та участі в бойових діях головною ціллю є виконання бойового завдання,

а не особистість військового, що входить у суперечність із правилами і моральними принципами цивільного життя. Крім цього, жорстокість, цинізм, узаконені насилля та смерть, низька ціна та нівелювання інтересів, цінностей, життя особистості, що присутні у бойових умовах входять в жорстку суперечність з настановами та принципами мирного життя. Учасники бойових дій не тільки все це спостерігають, але і самі вимушені їх застосовувати, діяти і жити за правилами війни. В цих умовах базисні переконання комбатанта є перепоною для його виживання та виконання своєї місії. В цих умовах не залишається остеронь і підсвідоме особистості. Дозвіл на насилля змінює багато табу, що були накладені під час виховання людини у суспільстві. Все це приводить до того, що у комбатантів формуються нові переконання, стратегії поведінки, цінності, принципи моралі, які значно відрізняються та входять в жорстку суперечність з тими, що були сформовані протягом життя. Усвідомлення особистістю того, що вона діє всупереч сповідуваним все життя, донедавна звичним, без сумніву правильним принципам та цінностям, приводить до розвитку внутрішнього конфлікту. Його розвиток значно знижує успішність особистості, призводить до розвитку дезадаптації та клінічного рангу розладів. Якщо порівняти структуру проявів постстресової дезадаптації та ПТСР із наслідками внутрішнього конфлікту, то можна бачити майже повну їх спорідненість. Головне завдання психокорекції при цих розладах — відновлення гармонії і цілісності когнітивної моделі світу й особистості, її базових переконань: справедливості, власної цінності, доброти навколишніх, тому що саме ці оцінки в найбільшому ступені спотворюються в жертв травматичного стресу, що страждають на ПТСР.

УДК 616.895.8-008.47

К. Ю. Закаль

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Клинико-психопатологические предикторы нарушений медикаментозного комплайенса у пациентов с параноидной шизофренией

Актуальность и необходимость исследований закономерностей формирования шизофрении обусловлена выраженными медико-социальными последствиями этого заболевания.

К медико-социальным последствиям шизофрении относятся высокий риск суицида (9—13%), снижение качества жизни пациентов и их окружения, сокращение продолжительности жизни пациента на 10—25 лет и высокий уровень смертности, который в 2—3 раза превышает популяционные показатели. Важной проблемой улучшения исходов шизофренического процесса является эффективное лечение, основа которого — приверженность пациента терапевтическому процессу.

В последние годы в психиатрической практике для определения приверженности к лечению используют термин «комплаенс», который отражает соблюдение пациентом предписанных ему лечебных рекомендаций. В научном смысле термином «комплаенс» определяют не широкое значение (приверженность ко всем рекомендациям, включая образ жизни, хобби и прочее), а прежде всего — приверженность к медикаментозному лечению. Интерес к проблеме комплайенса в последние годы возрос в связи с тем, что внимание специалистов, работающих в сфере психического здоровья, становится все

более сфокусированным не на регрессе симптоматики, а на предупреждении рецидивов и обусловленных ими госпитализаций.

В современных исследованиях доказано, что у 20—50 % пациентов с шизофренией наблюдаются те или другие варианты нарушений приверженности терапии, которые обуславливают негативные последствия болезни в виде обострений психоза, ауто- и гетероагрессии, злоупотребления психоактивными веществами и т. д.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических предикторов нарушений медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с различными типами течения параноидной шизофрении (ПШ).

Нами было обследовано 202 пациента с непрерывным (НТ), эпизодическим (ЭТ) и ремитирующим (РТ) течением ПШ, среди которых выделены три группы:

1) 64 больных параноидной шизофренией с непрерывным течением (31 больной ПШ с НТ и высоким МК и 33 больных ПШ с НТ и низким МК);

2) 72 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением (38 больных ПШ с ЭТ и высоким МК и 34 больных ПШ с ЭТ и низким МК);

3) 66 больных параноидной шизофренией с ремитирующим течением (30 больных ПШ с РТ и высоким МК и 36 больных ПШ с РТ и низким МК).

Больные с высоким МК и с низким МК составили группы сопоставления.

Для реализации цели нами использовался комплекс методов.

I. Клинико-психопатологический метод.

II. Психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS [S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler, 1987]; шкала оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS); шкала оценки негативной симптоматики (SANS); шкала глобального функционирования (GAF); шкала медикаментозного комплайенса [Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. реком. / НИПНИ им. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова и др., 2007]; опросник выраженности психопатологической симптоматики [The SCL-90-R L. R. Derogatis, 1975]; шкала суицидального риска [В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей, 2007].

III. Психодиагностические методы: опросник Леонгарда — Шмишека [Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова, 2010]; методика оценки интегративного показателя качества жизни (Quality of Life Index) [J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruizperez et al., 1999]; методика определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS).

IV. Методы статистической обработки полученных данных [М. Ю. Антомонов, 2006].

В результате исследования выявлены проявления низкого уровня МК: у больных с ПШ НТ, к ним относились низкий уровень терапевтического альянса, нежелание принимать медикаменты, уклонение от приема лекарств, эпизоды прекращения приема лекарств в анамнезе; у пациентов с ПШ ЭТ такими проявлениями были — низкий уровень терапевтического альянса, негативное отношение к принимаемым препаратам из-за ранее испытанных тягостных побочных действий и отсутствия эффекта, отрицательное отношение к ранее принимаемым медикаментам, низкая оценка эффективности принимаемых препаратов; у больных ПШ РТ признаками низкого МК являлись неудовлетворенность режимом приема препарата, прием медикаментов только под контролем