

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Л. М. Маркозова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: особистість, соціальна мотивація, алкогольна залежність, аффіліації

В основі поведінки особистості закладені певні мотиваційні чинники. Представники багатьох психологічних шкіл вивчають соціальні мотиви, тому що саме такі мотиви на практиці є найпотужнішими силами, які керують поведінкою людини. Існують три відомі концепції соціальної мотивації. Так, за «теорією трьох потреб» Макклелланда (Б. Д. Карвасарський, 2007), кожна людина має три потреби, але вираженість цих потреб у кожного індивіда різна. Виділяють: 1) потребу в досягненні певної мети, така людина вимоглива, вперта, реалістична; 2) потребу влади, коли особі подобається впливати на інших людей, контролювати їхню поведінку; 3) потребу в аффіліації, для осіб з високим її рівнем, коли найважливішим є дружба, любов з боку інших, у тому числі і співробітників [Б. Д. Карвасарський, 2007].

Обстежено 25 пацієнтів, залежних від алкоголю (середній вік — 41,36 ± 1,53 років), з метою дослідження соціальної мотивації.

Використано: клініко-психологічний, анамнестичний, статистичний методи.

Виявлено, що 16 % обстежених мали вищу освіту, 68 % — середню спеціальну, 16 % — середню загальну. Працюючих — 88 % осіб, решта — безробітні. 68 % пацієнтів одружені, 35 % з них одружені вдруге. Розлучених 24 % осіб, а 4 % ще не були у шлюбі. 60 % серед обстежених задоволені власним сімейним станом, решта пацієнтів — не задоволені. 56 % одружених вільний час проводять з сім'єю, але 16 % із них цим не задоволені; 16 % — з друзями, 40 % з них не задоволені цим; 16 % — наодинці, 12 % з них цим не задоволені, 12 % — на роботі, і від цього вони отримують задоволення. 28 % осіб не мають друзів, 8 % мають одного єдиного друга, решта — від 2 до 11 друзів. Алкоголь пацієнти вживали в середньому протягом 19,44 ± 3,0 років, а синдром відміни алкоголю у них формувалася протягом 7,18 ± 1,8 років. Добова доза вживаного алкоголю становила 25,2 ± 3,83 стандартних доз. При вивченні наявності серйозних проблем у обстежених від процесів спілкування протягом життя, виявлені проблеми у стосунках із сусідами — 8 % випадків, із братом/сестрою, із друзями, колегами — у 12 % випадків, з дітьми — 16 %, з батьком — 32 %, з матір'ю — 36 % випадків, з дружиною — в 64 %. У 24 % обстежених конфліктні ситуації виникали з усіма оточуючими, у 12 % — з 3 особами (при різних варіантах стосунків).

Таким чином, у 36 % обстежених потреба в спілкуванні відповідає низькому рівню аффіліації, навіть іноді на фоні необґрунтовано високого рівня потреби влади та низької потреби в досягненні, що негативно впливає на адаптивні здібності пацієнтів з проявами залежностей.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Л. М. Маркозова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: психоактивні речовини, алкогольна залежність, ремісії, якість життя

Однією з складових ефективності лікування осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР) є якість надання наркологічної допомоги хворим наркопрофілю, яка, на нашу думку, оцінюється тривалістю ремісії [Л. М. Маркозова, 2008, 2009] та якістю життя (ЯЖ) пацієнта [Л. М. Маркозова, 2004].

У 2010 році почато когортне дослідження [Л. М. Маркозова, 2010] серед осіб з залежністю від алкоголю ($n = 30$) з використанням клініко-анамнестичного, катамнестичного, статистичного методів та шкали з визначення ЯЖ (Mezzich et al, 1999). Пацієнтів поділено на групи за тривалістю ремісії: гр. А (1—3 міс), гр. Б (6—12 міс) та гр. В (24—60 міс). Виділені середні показники ЯЖ в балах серед обстежених: фізичний комфорт відповідає $6,1 \pm 1,6$; емоційний комфорт — $6,1 \pm 1,2$; самообслуговування — $7,5 \pm 0,8$; працездатність — $7,6 \pm 1,5$; міжособистісні взаємодії — $8,1 \pm 0,6$; соціо-емоційна підтримка — $6,7 \pm 2,5$; суспільна та службова підтримка — $5,4 \pm 1,0$; самореалізація — $6,7 \pm 1,0$; духовна реалізація — $6,2 \pm 0,9$; загальне сприйняття ЯЖ — $6,5 \pm 1,1$. Встановлено, що у пацієнтів гр. А показники фізичного та емоційного комфорту, соціо-емоційна, суспільна та службова підтримка, а також загальне сприйняття ЯЖ — нижчі за середні по групі в цілому за рахунок тривалого часу зловживання алкогольними напоями ($14,75 \pm 1,05$ років), значної добової дози алкоголю ($21,13 \pm 2,07$ стандартної дози), порушення сімейних, соціальних та службових зв'язків. У пацієнтів гр. Б показники фізичного та емоційного комфорту, самообслуговування, духовна реалізація та сприйняття ЯЖ нижчі за середні за рахунок значної добової дози алкоголю ($37,86 \pm 6,79$ стандартної дози), але нетривалого запійного стану (2—5 днів), негативного впливу алкоголю на організм пацієнтів. Тривалість зловживання алкогольними напоями у пацієнтів цієї групи складала $4,86 \pm 1,1$ років. Натомість, показники працездатності, міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної підтримки та самореалізації — вищі за середні. У пацієнтів гр. В тривалість зловживання алкогольними напоями складала $8,0 \pm 1,94$ років, толерантність — $31,79 \pm 3,65$ стандартної дози алкоголю. У пацієнтів цієї групи спостерігалися нижчі за середні лише показники працездатності та суспільної та службової підтримки, інші, в тому числі показник загального сприйняття ЯЖ, були вищі за середні по групі.

Виявлено, що у пацієнтів усіх груп має місце високий рівень міжособистісних відносин і низький рівень суспільної та службової підтримки. Характерними для пацієнтів гр. Б та гр. В є низький рівень фізичного та емоційного комфорту, а також показник загального сприйняття ЯЖ, що, на нашу думку, пов'язано з нездатністю організму пацієнта позбавитись від негативного впливу алкоголю та відновити роботу органів та систем за досить невеликий термін. Як встановлено попередніми дослідженнями [Л. М. Маркозова, 1996], стало відновлення органів та систем у осіб з алкогольною залежністю відбувається індивідуально, але протягом більш тривалого терміну.

Таким чином, тривалість ремісії та показники ЯЖ осіб з залежністю від ПАР є надійними індикаторами якості надання наркологічної допомоги.

ПІДСТАВИ ПРИЗНАЧЕННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ АЛКОГОЛЬНИМ ПСИХОЗАМИ

А. В. Мельник

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології,
м. Київ*

Ключові слова: алкогольні психози, суспільно небезпечні дії, профілактика

Застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) до осіб, які вчинили суспільно небезпечні дії (СНД) та визнані неосудними, можливе лише на підставі чинного кримінального законодавства України. Не можуть бути застосовані ПЗМХ до осіб, які вчинили СНД у стані неосудності, але у них психічний стан змінився настільки, що вони перестали бути суспільно небезпечними. У цьому зв'язку особливо складний та важливий законодавчий та медико-правовий аспект застосування ПЗМХ щодо осіб, які вчинили СНД у період короткочасних розладів психічної діяльності

(зокрема алкогольних психозів), та на період проведення судово-психіатричної експертизи повністю вийшли із психозу. Такий підхід на сьогодні до розгляду гострих алкогольних психозів базується лише на юридичній площині (психічний стан хворого у конкретний момент часу вчинення СНД) та надання їм нозологічної самостійності.

З медичної точки зору такі розлади психічної діяльності, як гострі алкогольні психози, не є самостійними нозологічними формами, а лише одним із клінічних (з можливим рецидивуванням) проявів перебігу алкоголізму, а вихід із психозу не означає одужання від основного захворювання (алкоголізму), а отже, і не усуває потенційної суспільної небезпеки таких осіб. Тим більше, що перебіг алкоголізму з виникненням алкогольних психозів, їх рецидивуванням є недоброякісним і не виключає вчинення ними повторних СНД під час розвитку повторних алкогольних психозів.

Безперечно, що обсяг лікувально-реабілітаційних програм цих хворих має включати медикаментозне лікування, психолого-корекційну роботу та соціальну з метою можливості їх подальшої позитивної соціальної адаптації.

УДК: 616.89-008/340.913

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ТА ДОСТАТНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ХВОРИМ З АЛКОГОЛЬНИМИ ПСИХОЗАМИ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

В. І. Мельник¹, А. В. Мельник¹, А. М. Кушнір², І. К. Львіна¹

¹ Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ; ² Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: алкогольні психози, суспільно небезпечні дії, примусові заходи медичного характеру

Примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) — це міра державного примусу у вигляді різних лікувально-реабілітаційних програм, які призначаються судом з метою попередження вчинення цими особами нових суспільно небезпечних дій (СНД) (ст. 92 КК України). Як виходить із результатів аналізу психічного стану хворих (75) з гострими алкогольними психозами, які перебувають у психіатричній лікарні з суворим наглядом тривалий час, у більшості з них (з часу надходження до лікарні) психотичних розладів не було. Найвні у них емоційно-вольові розлади були не психотичного рівня, а обумовлювались як головним психогенним чинником (скоєння СНД), так і тією ситуацією, у якій вони опинились. Доволі часто своєчасно подані клопотання представником психіатричного закладу до суду щодо зміни ПЗМХ судом не задовольнялись. Без сумніву, що на рішення суду в основному впливав характер (тяжкість) вчиненого СНД. Така пересторога суддів певним чином перебирає на себе обов'язки, компетентність лікарської комісії щодо оцінки психічного стану хворого, а отже і його суспільної небезпеки. Це невіправдано обумовлює подовження терміну перебування таких хворих в умовах суворого нагляду, чималі фінансові затрати на їх утримання та, за рахунок тривалого перебування хворих за межами нормального соціального середовища, знижує можливість їх адекватної соціальної адаптації після виписки із психіатричного закладу.

УДК 616-08-547.262:614.273

КУПИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ТОПИЛЕПСИНОМ

А. И. Минко, С. Д. Чугай

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

Ключевые слова: алкогольная зависимость, антиконвульсанты, влечение к алкоголю

Цель работы — изучить терапевтическую эффективность антиконвульсанта топирамата (топирамат) при купировании патологического влечения к алкоголю (ПВА) в структуре

синдрома его отмены, постабстинентном состоянии и в период формирования ремиссии. Обследовано и пролечено 45 мужчин с синдромом алкогольной зависимости. Возраст больных составил от 16 до 40 лет, средний возраст $(24,47 \pm 1,60)$ года. Длительность заболевания колебалась от 1 до 15 лет, средняя длительность $(5,40 \pm 1,18)$ года. Начало алкоголизации происходило в возрасте от 15 до 36 лет. Средний возраст начала злоупотребления составил $(19,13 \pm 1,48)$ лет.

Оценку выраженности синдрома отмены алкоголя проводили с помощью шкалы CIWA-ar. У больных отмечался гипергидроз, тремор, колебания артериального давления, тахикардия, расстройство сна, тревога. Выраженность ПВА оценивали по шкале Н. В. Чередниченко — В. В. Альшутера.

Топилепсин (топирамат) назначали в виде единственного патогенетического средства в комплексной терапии синдрома отмены алкоголя (натрия тиосульфат, пирасетам, витамин В₁, пириогенал) с первого дня лечения. При выраженности синдрома отмены более 40 баллов дополнительно назначали бензодиазепины, а инфузионная дезинтоксикационная терапия длилась на 2—3 дня дольше обычного. Доза топилепсина составляла 50 мг в сутки в один вечерний прием. С 10-го дня проводили монотерапию топилепсином в той же дозировке. Обследование проводили в 1, 3, 7, 14 и 30-й дни лечения.

При первом исследовании отмечалась наибольшая выраженность таких симптомов как гипергидроз, тремор, тревога, тошнота, головная боль. При повторных исследованиях отмечалось статистически достоверное уменьшение выраженности указанных проявлений синдрома отмены. Оказалось также, что чем больше выраженность тошноты, тремора, гипергидроза и тревоги до начала лечения, тем меньше тактильных, зрительных и слуховых расстройств отмечается в динамике исследования. Кроме того, интересен факт нарастания коррелятивности симптомов от первого к третьему исследованию.

Наибольшая выраженность ПВА до лечения проявлялась аффективными $(9,4 \pm 0,34)$ балла) и вегетативными $(6,53 \pm 0,13)$ балла) составляющими, а именно — субдепрессией, тревогой, дисфорией, алкогольными сновидениями, отсутствием аппетита. Идеаторный компонент, выражающий прежде всего степень анозогнозии, составил $5,13 \pm 0,34$ балла. Через 3 дня применения топилепсина имело место достоверное снижение уровня тревоги и дисфории, улучшение сна, более критичное отношение к алкогольным сновидениям, что сопровождалось появлением адекватной оценки проводимого лечения. На 7-й день исследования достоверно нормализовались настроение и сон, снизилась тревога.

Исследование в постабстинентном состоянии (14-й день) и в период формирования терапевтической ремиссии (30-й день) подтвердили стабильность психофизиологического состояния пациентов, практическое отсутствие субъективных и объективных проявлений ПВА, факт воздержания от употребления алкоголя.

Применение топилепсина у 2-х больных сопровождалось головокружением и нарушением координации. Один больной выбыл из исследования на 20-й день вследствие возобновления употребления алкоголя и отказа от дальнейшего лечения.

УДК 616.89-008.441.13-072.87-036.8

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

О. О. Мінко

ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН Украины», м. Харьков

Ключові слова: опіоїди, маркери, психодіагностика

Мета дослідження — встановити діагностичне значення психопатологічних проявів та психологічних особливостей у осіб з залежністю від опіоїдів.