

Мы считаем необходимым:

— восстановить значимость института районного специалиста, психиатрическую основу наркологии, ввести специальность единого **базового психиатра**, при сохранении структуры районного психиатрического и наркологического кабинетов, областного психиатрического и наркологического диспансеров;

— доукомплектовать районные психиатрические, наркологические, детские кабинеты **врачами-психиатрами**;

— создать, в случае целесообразности, психонркологические медобъединения по примеру Киевской, Одесской, Ровенской, Запорожской и других областей.

Реформа наркослужбы, несомненно, улучшит организацию наркологической и психиатрической помощи населению, устраним антагонизм между психиатрами и наркологами, поможет повысить их профессиональный уровень, будет способствовать раннему выявлению, своевременному и качественному лечению, снижению уровня инвалидизации. При этом выиграет, в первую очередь, районное звено: будет обеспечена взаимозаменяемость, решение ряда социальных вопросов. Оказание качественной помощи лицам, страдающим ПТСР и другими психическими расстройствами в коморбидности с алкоголизмом и наркоманией, станет возможным через «одно окно».

Считаем необходимым, чтобы зависимостями (аддикцией) занимались психиатры, как в Европе, США и двадцать лет назад — в Украине.

УДК 616.89-02:547.262-037

Кузьмін В. Н.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм

Метою дослідження було вивчення клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм у госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Було обстежено 200 хворих, повторно госпіталізованих з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Вік хворих становив 30—40 років. У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Абортивний перебіг спостерігався у 42 % (82) хворих. До цього варіанту перебігу можна віднести варіанти перебігу психозу з тривалістю менше доби. Для них були характерні: порушення сну з жахливими сновидіннями, короткочасна сплутаність у вечірній час, парейдолії, короткочасні поодинокі зорові, тактильні галюцинації, що істотно не впливали на поведінку хворого. Для них не було характерно значне психомоторне збудження. Одування наставало критично після тривалого медикаментозного сну. Варіант перебігу алкогольного делірію з клінічною картиною, яка близька до класичної, відзначалася в 12,5 % (25) хворих. У цій групі спостерігалася виражене психомоторне збудження, від ефективності купірування якого залежав прогноз захворювання. У разі неефективності його лікування відбувалися пролонговані психози 12 % (24 особи). Для цієї групи були характерними найбільш виражені порушення свідомості (в низці випадків діагностований аментивний синдром). У деяких випадках траплявся онейроїд, який свідчив про тяжкий перебіг психозу. У хворих звужувався спектр психопатологічних розладів і спостерігалася збільшення тяжкості соматоневрологічних порушень. В деяких випадках психічний стан можна було характеризувати як кататонічний синдром. Галюцинаторна форма спостерігалася у 39 % (78) — у клінічній картині таких пацієнтів переважали галюцинаторні переживання — зорові, слухові, тактильні. Здебільшого

про їхню наявність лікар дізнавався від самих хворих. Соматоневрологічні порушення, характерні для стану відміни, були найменш виражені. Афект страху зазвичай був значніший при слухових галюцинаціях. Параноїдна форма спостерігалася у 5,5 % (11) хворих. У декотрих хворих була ендормна клінічна картина з синдромом Кандинського — Клерамбо. Під час повторних епізодів психотичних розладів у хворих загалом повторювався паттерн психопатологічної структури першого в житті перенесеного металкольного психозу, при цьому тяжкість психозу не збільшувалася.

Отже, різноманіття симптоматики при стані відміни алкоголю з делірієм спричиняє певні труднощі під час розмежування алкогольного делірію, алкогольного галюцинозу, алкогольного параноїду. У низці випадків у хворих з алкогольною залежністю спостерігаються металкольні психози зі складною психопатологічною картиною, що не вкладається в рамки зазначених вище. Треба зауважити, що трактування психічних порушень як делірію істотно різниться не тільки у лікарів різних спеціальностей, а й у лікарів-психіатрів. Діагностувати деліріозне затьмарення свідомості в низці випадків проблематично у зв'язку з мерехтінням симптоматики та випадінням з поля зору лікаря хворого у вечірній час. Критерій порушеної свідомості як основи для діагностики делірію (дезорієнтація, дезорганізація мислення, порушення уваги тощо) складний в інтерпретації, в зв'язку з тим, що при будь-якій психотичній симптоматиці тою чи іншою мірою відбувається порушення свідомості в широкому сенсі. При тривалому безсонні, яке часто передуює розвитку психозу, після короткочасного спонтанного або медикаментозного сну дезорієнтація має ознаки сплутаності, що пов'язана з просоночним станом.

На наш погляд, ключовими критеріями віднесення алкогольного психозу до стану відміни алкоголю з делірієм мають бути зв'язок психотичного стану зі станом відміни алкоголю, швидка редукція всієї психотичної симптоматики після припинення соматовегетативних проявів стану відміни алкоголю і нормалізації загального стану хворого. Різноманітні за психопатологічною структурою психотичні стани (відмінні від класичного варіанта), в зв'язку з переважанням їх в загальній кількості, варто трактувати як клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм, а не атипові варіанти алкогольного делірію.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

Лісна Н. М., Бараненко О. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клінічні характеристики пацієнтів з різним рівнем терапевтичного альянсу

У більшості наукових досліджень в наркології домінує вивчення біологічних механізмів залежності як об'єктивної причини захворювання і ігнорується важлива роль суб'єкта лікування, який має власне сприйняття пережитої хвороби, особистісне ставлення до лікаря та рекомендованого лікування, складні відносини зі своїм близьким оточенням.

Надзвичайно значущим стає формування комплаєнса, тобто прихильності хворого до лікування і співпраці з лікарем. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

З літературних джерел відомо, що чинники, які впливають на існування терапевтичного альянсу між фахівцями у галузі наркології та їх залежними пацієнтами, практично не досліджувались. Отже, метою цієї роботи є визначення

індивідуальних клініко-психопатологічних характеристик осіб з алкогольною залежністю згідно з рівнем терапевтичного альянсу. Методами дослідження, окрім клініко-психопатологічного, було обрано методику оцінки ступеня реабілітаційного потенціалу у хворих з синдромом алкогольної залежності (Дудко Т. Н., 2000) та спеціалізований опитувальник The Penn Helping Alliance questionnaire-II-HAq-II (L. Luborsky, 1997).

Обстежено 40 осіб із синдромом алкогольної залежності. Середній вік обстежених хворих становив $29 \pm 1,56$ роки.

Вік початку систематичного вживання алкоголю пацієнтами, за анамнестичними даними, істотно коливався і був в діапазоні від 17 до 30 років, в середньому становив $22,4 \pm 2,3$ роки, тоді як формування алкогольної залежності відбулося у віці $28,4 \pm 2,86$ роки. Тривалість захворювання варіювала від 3 до 7 років.

За результатами аналізу даних методики оцінки терапевтичного альянсу (ТА), пацієнтів було поділено на дві групи. Першу групу склали пацієнти з високим рівнем ТА (24 особи), другу — з низьким рівнем ТА (16 осіб).

Більшість хворих з низьким рівнем терапевтичного альянсу почали зловживати алкоголем декілька раніше (у 15—17 років), ніж пацієнти з високим рівнем ТА (у яких початок зловживання алкоголем приходився на вік після 18 років). Крім того, у хворих з низьким ТА відзначалося паралельне епізодичне вживання інших психоактивних речовин (в основному канабісу у 25 % осіб). Також у пацієнтів зі низьким рівнем ТА ступінь виразності синдрому відміни була більш тяжкою (у 25 % осіб проти 4,17 % у групі з високим ТА) при наявності постійного виду потягу до спиртних напоїв (18,75 % проти 4,17 %).

В групі респондентів із високим рівнем ТА була відзначена більша частота терапевтичних ремісій порівняно зі спонтанними (79,17 % відзначили наявність стійких терапевтичних ремісій, та 20,83 % респондентів цієї групи вказали на переважно спонтанні ремісії). У групі із низьким рівнем ТА у 56,25 % обстежених відбувалися терапевтичні ремісії, та у 37,50 % — спонтанні.

При цьому, за такими значимими для формування терапевтичних відносин показниками як «критика до захворювання» та «ставлення до лікування» хворі двох груп достовірно не відрізнялись, що, можливо, пов'язано з прагненням пацієнтів надавати соціально бажані відповіді та недосконалістю діагностичного інструментарію.

Отже, під час проведення дослідження встановлено основні клінічні фактори, що несприятливо впливають на формування ТА. Отримані дані будуть використано у процесі розроблення методів оптимізації ефективності лікування та психокорекції осіб із залежністю від алкоголю.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

Лісна Н. М., Бараненко О. В., Шалашов В. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Зв'язок між показниками типів особистісної акцентуації та рівнем терапевтичного альянсу у хворих на алкогольну залежність і їх співзалежних родичів

На сучасному етапі розвитку наркологічної науки дослідниками все частіше визнається провідна роль психотерапії в комплексному лікуванні алкогольної хвороби. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

Очевидно, що терапевтичний альянс у високій мірі залежить від особистісних якостей особи, що звернулася за лікуванням. Існує багато досліджень, присвячених вивченню особистісних рис в осіб із залежністю від алкоголю, але вплив даних рис на можливість встановлення повноцінного ТА майже не вивчалася. Також не завжди беруться до уваги складні та не очевидні взаємовідносини хворого на алкогольну залежність зі своїм близьким оточенням. При цьому, залежну поведінку хворого часто намагаються змінити, спираючись тільки на фармакотерапію без урахування ступені прихильності пацієнта і його спів залежних родичів до тривалого лікування та реабілітації, ігноруючи факт відсутності у даного контингенту мотивації на зміну залежної поведінки. Отже, метою представленої роботи є вивчення зв'язку між показниками типів особистісної акцентуації та рівнем терапевтичного альянсу у хворих на алкогольну залежність.

Методи дослідження: спеціалізований опитувальник The Penn Helping Alliance questionnaire-II — HAq-II, (L. Luborsky, 1997), опитувальник PDQ-IV (Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV) в модифікації В. П. Дворщенка (Дворщенко В. П., 2008)

Було обстежено 40 осіб із синдромом алкогольної залежності. Середній вік обстежених хворих становив $29 \pm 1,56$ років та 40 їх співзалежних родичів.

При аналізі отриманих даних було встановлено, що високий рівень терапевтичного альянсу у хворих з алкогольною залежністю позитивно корелював з тривожною, параноїдною та шизотиповою особистісною акцентуацією, а низький рівень терапевтичного альянсу було пов'язано з виразністю акцентуації емоційно-нестійкого, дисоціального, дистимічного та нарцистичного типу. У цілому, показник психопатологічної симптоматики, що відображав ступень розладу особистості, виявився найбільш значущим у негативному зв'язку з рівнем ТА.

Дослідження аналогічних кореляційних зв'язків у групі спів залежних родичів показало, що найбільш сприятливий терапевтичний альянс було сформовано з особами з залежною та тривожною акцентуацією, які не досягали рівня психопатизації, а менш сприятливий ТА було характерно для осіб з параноїчною, нарцистичною, істеричною та емоційно-нестійкою акцентуацією.

Узагальнюючи отримані дані, можна дійти висновку, що у хворих на алкогольну залежність та їх близьких родичів із проявами спів залежності було встановлено різноманітні зміни особистості, які можуть значно ускладнювати формування оптимальних терапевтичних відносин і повинні служити мішенями психотерапії та психокорекції.

Отже, при проведенні дослідження встановлено основні клінічні фактори, що несприятливо впливають на формування ТА. Отримані дані будуть використано у процесі розробки методів оптимізації ефективності лікування та психокорекції осіб із залежністю від алкоголю.

УДК : 616.89-008.441.13

Лобанов І. Ю.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Мінімальна дисфункція головного мозку як етап і біологічний предиктор формування алкогольної залежності

Особливості преморбідного розвитку людини визначають перевагу та прогноз різних форм алкогольної залежності (АЗ) не тільки у молоді, але й у осіб більш старшого віку. В результаті пошкодження головного мозку в період вагітності