

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.441.33-085:612.822.1

С.І. Табачников, Є.М. Харченко, Т.В. Синіцька, А.М. Чепурна, О.В. Кіосева, О.В. Вороніна
МОДЕЛЬ ТА АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ
З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова:

психоактивні речовини,
адиктивна поведінка,
підлітки, медико-
соціальна допомога,
модель, алгоритм.

У статті викладені результати дослідження студентів ВНЗ нашої країни на предмет вживання психоактивних речовин. Як профілактичний і лікувальний заходи пропонується модель і алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, які вживають психоактивні речовини.

Актуальність теми. Вживання підлітками та молоддю різних ПАР є гострою медико-психологічною та соціальною проблемою, яка, на жаль, до сьогоднішнього часу не одержала належного вирішення [2, 3, 17]. Слід зазначити, що рання діагностика і терапія розладів психіки, які виникають при вживанні ПАР (як епізодичному так і систематичному) у даного контингенту є досить складним питанням, тісно пов'язаним з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарської загальної практики) рівнях. Саме своєчасне виявлення та рання допомога в переважній більшості випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та соціальні наслідки.

Описаний феномен не є винятковою проблемою охорони здоров'я. Вживання ПАР соціально детерміноване і пов'язане з особистістю споживача, його очікуваннями і мотиваціями, соціальним оточенням, можливістю або неможливістю отримати соціальну підтримку в родині та соціумі. Вірогідним є зв'язок адиктивної поведінки із злочинністю, громадським порядком і суспільною безпекою, а також значними фінансовими та економічними наслідками при вживанні наркотичних речовин підлітками та молоддю [6, 8, 15]. Все це дозволяє оцінювати споживання ПАР як проблему громадського здоров'я. З огляду на це рання медико-соціальна допомога підліткам та молоді, які вживають ПАР, та первинна профілактика адиктивної поведінки мають першочергове значення для зменшення впливу факторів ризику формування залежностей серед цього контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Використано системний, міждисциплінарний підхід.

Мета дослідження – на основі системного, міждисциплінарного підходу розробити модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР.

Результати дослідження та їх обговорення

Ми обстежили 1500 підлітків (100%) на наявність адиктивної поведінки хімічного генезу, а саме вживання алкоголю, тютюну, канабіноїдів, психостимуляторів, галюциногенів та їх поєданого вживання (змішані форми) за допомогою системи відповідних АУДИТ-подібних тестів. За умови інформованої згоди та критеріїв включення і виключення обстежено 1151 (76,7 %) студента вузів нашої країни (середній вік – $16,8 \pm 1,2$ років), з яких 501 особа (43,5 %) – чоловічої та 650 (56,5 %) – жіночої статі.

Серед загального числа обстежених, які вживали ПАР (1151 чол., 76,7%) найбільшу кількість склала категорія осіб, які вживали алкогольмісні речовини (78,66%), переважно це було пиво, різні слабоалкогольні, тонізуючі напої – модні в сучасному молодіжному середовищі, у досить великих дозах. Значна частина обстежених курили – 44,13%, причому як юнаки, так і дівчата (хоча і в меншій кількості). Великий відсоток склала категорія осіб, які вживали канабіноїди – 14,03%. Результати стосовно інших ПАР були меншими. Психостимулятори вживали 6,40%; опіати (опіоїди) – 4,90%, галюциногени – 1,24%. Варто зазначити, що більшість обстежених поєднували вживання декількох видів ПАР (змішані форми – 85,62%).

Характеризуючи стиль вживання обстеженими тих чи інших ПАР, виходячи з класифікації тяжкості різних ступенів (1 – «А» – відносно безпечне; 2 – «В» – небезпечне вживання; 3 – «С» – з шкідливими наслідками; 4 – «D» – залежні стани) ми отримали наступні результати, представлені в таблиці 1.

Можна охарактеризувати тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю наступним чином. Велика частина респондентів при прийомі різних ПАР знаходилася переважно в зоні відносно «безпечного» (1–7 балів) або «небезпечного вживання» (8–15 балів), але ще без шкідливих наслідків або станів залежності.

Однак при найпоширеніших видах ПАР (алкоголь, тютюн) частина респондентів переходить в більш тяжкі форми адиктивної поведінки хімічного генезу, а саме: «з шкідливими наслідками» або «залежними станами». За

даними нашого дослідження, при курінні вищевказаний перехід йде більш інтенсивно, ступінь «С» виявлено у 25,32%, ступінь «D» – у 12,21% обстежених. Серед інших ПАР рівень «з шкідливими наслідками» та «залежними станами» частіше спостерігали при вживанні канабіноїдів – 26,70% і 0,98%; опіатів (опіоїдів) - 23,61%; 0,26%. Посилював стан формування залежності прийом ПАР «змішані форми», коли додаткове потенціювання індивіда різними хімічними речовинами призводило до більш тяжких психосоматичних наслідків. Крім того, враховуючи проведене нами дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ, можна з достатньою впевненістю прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період за відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги.

Для підлітків з адиктивною поведінкою, що вживали ПАР, залежно від ступеня вживання ми розробили модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги (табл. 2). Запропоновані заходи мали переважно психотерапевтичний та психокорекційний характер.

Ми використовували як індивідуальну, так і групову психотерапію (аутогенне тренування, раціональну, емоційно-стресову, поведінкову, сімейну та ін.). Групова терапія проводилась з особами, які вживали як різні види ПАР, так і монотипи. У ряді випадків (при 3 і 4 ступенях) – ми застосовували відповідні медикаменти, частіше груп СІОЗ, в малих стандартних дозах – переважно для нівелювання тривожно-депресивних симптомів. Загальна тривалість вказаних медико-соціальних заходів становила 1,5–2 місяці.

Запропонована допомога досліджуваними особами сприймалася загалом позитивно, адже не була для них

Таблиця 1. Результати вживання ПАР респондентами до проведення медико-соціальних заходів (n=1151)

Види ПАР	Співвідношення від загальної кількості (M±m), %	Ступінь вживання ПАР* «А», «В», «С», «D», %
Алкоголь	78,66±1,52	A – 51,24; B – 36,02; C – 15,40; D – 2,55
Тютюн	44,13±1,31	A – 22,60; B – 39,87; C – 25,32; D – 12,21
Психостимулятори	6,40±1,21	A – 40,31; B – 36,02; C – 23,41; D – 0,26
Канабіноїди	14,03±0,90	A – 37,61; B – 34,71; C – 26,70; D – 0,98
Галюциногени	1,24±0,03	A – 40,90; B – 34,32; C – 25,41; D – 0,13
Опіати (опіоїди)	4,90±0,05	A – 49,62; B – 26,51; C – 23,61; D – 0,26
Змішані форми	85,62±1,50	A – 22,13; B – 35,91; C – 26,22; D – 15,74

Примітка.* Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечне (1–7 балів); 2 – «В» – небезпечне вживання (8–15 балів); 3 – «С» – з шкідливими наслідками (16–20 балів); 4 – «D» – залежні стани (> 20 балів).

обтяжливою і становила певний пізнавальний інтерес (розширення компетенції в обсязі розуміння дії ПАР, їх тяжких наслідків, загалом розуміння медико-соціальних питань, пов'язаних з даною проблемою). Повторне дослідження, після підібраних згідно з рівнями вживання ПАР та впроваджених заходів, представлених в таблиці 2 аналогічними АУДИТ-тестами було проведено у тих же респондентів через 3 місяці після початку роботи з ними. Отримані дані представлені в таблиці 3.

Як видно з даних таблиці 3, спостерігалася значне загальне зменшення кількості респондентів з адиктивною

Таблиця 3. Результати вживання ПАР респондентами після проведення медико-соціальних заходів (n=702)

Види ПАР	% респондентів від загальної кількості	Стиль (ступінь) вживання ПАР* «А», «В», «С», «D», %	Дані первинного дослідження, (M±m), %	Дані повторного дослідження, (M±m), %	Достовірність відмінностей, p
Алкоголь	35,63±1,04	A – 32,41; B – 17,52; C – 4,43; D – 0,80;	78,66±1,52	35,63±1,04	< 0,01
Тютюн	21,3±0,91	A – 11,35; B – 19,83; C – 13,41; D – 7,62;	44,13±1,31	21,32±0,91	< 0,01
Психостимулятори	2,31±0,70	A – 19,60; B – 15,71; C – 10,32; D – 0,14;	6,40±1,21	2,31±0,73	< 0,01
Канабіноїди	6,05±0,52	A – 83,20; B – 16,31; C – 1,44; D – 0,42;	14,03±0,90	6,05±0,52	< 0,01
Галюциногени	0,47±0,03	A – 22,32; B – 18,40; C – 13,21; D – 0,60;	1,24±0,03	0,47±0,03	< 0,05
Опіати (опіоїди)	2,35±0,08	A – 26,71; B – 13,50; C – 10,44; D – 0,12;	4,90±0,05	2,35±0,08	< 0,05
Змішані форми	43,52±1,30	A – 9,62; B – 17,50; C – 12,45; D – 6,81;	85,62±1,50	43,52±1,30	< 0,01

Примітка.* Ступінь вживання ПАР: 1 – «А» – відносно безпечне (1–7 балів); 2 – «В» – небезпечне вживання (8–15 балів); 3 – «С» – з шкідливими наслідками (16–20 балів); 4 – «D» – залежні стани (> 20 балів).

Таблиця 2. Модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР

Необхідні втручання	
<p>Ступінь вживання ПАР, сума балів</p> <p>А, 0-7</p> <p>Відносно безпечне вживання ПАР</p>	<p>Психопрофілактичні та психогігієнічні заходи</p> <p>Консультативна допомога при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичок ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції); вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику; формулювання навичок регуляції емоцій, вирішення конфліктів</p> <p>Медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності; розвиток особистісної компетентності</p> <p>Просвітницька робота стосовно вживання ПАР та його наслідків</p>
<p>В, 8-15</p> <p>Небезпечне вживання. Сильно вживання ПАР, який збільшує ризик шкідливих наслідків для того, хто вживає та для оточуючих, при цьому розлади в даний час відсутні</p>	<p>Психокорекційна та психотерапевтична допомога</p> <p>Терапія, сфокусована на вирішенні проблем – допомога адикту в знаходженні адекватного вирішення проблем</p> <p>Методика контролю стимулу – контроль оточення і стимулів, що запобігають неадаптивну поведінку, самоінструкування</p> <p>Самопідкріплення – підкріплення адаптивної поведінки</p> <p>Самомоніторинг – виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити</p>
<p>С, 16-19</p> <p>Вживання зі шкідливими наслідками. Сильно вживання алкоголю, який призводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, а також до розладів адаптації</p>	<p>Психотерапевтична та соціально-психологічна допомога</p> <p>Робота з когнітивною сферою – розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, конструктивне завершення психотравмуючих гешталтів, вияв ірраціональних замін їх на конструктивні, зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій та атиподів</p> <p>Робота з комунікативною сферою – формування навичок конструктивного спілкування та навичок особистості до комунікаційними потребами завершення психотравмуючих гешталтів, вияв ірраціональних замін їх на конструктивні, зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій та атиподів</p> <p>Робота з емоційно-вольовою сферою – формування навичок самопостереження, самоорганізації, впорядкування власного життя, фрустраційної толерантності. Включення адаптивної суспільно-корисної трудової діяльності, підвищення загальної фону настрою розвитку в цілому шляхом опосередкованого впливу</p>
<p>Д, 20-40</p> <p>Залежність за МКХ-10</p>	<p>Психотерапія та фармакотерапія</p> <p>Індивідуальна психотерапія: раціональна короткотривала, особистісно-орієнтована реконструктивна, когнітивно-поведінкова, «сократівський діалог», «психотерапія через розуміння», арт-терапія; навчання самоконтролю (самопостереження, самокритика, самостійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутосугестією</p> <p>Групова психотерапія: з використанням вправи «на зворотний зв'язок», «рольова гра», «двійник», «обмін ролями», «психодрама», сімейна психотерапія з вправами «сімейні ролі», «незакінчене речення», «визначення сімейних правил», «сімейна хронологія».</p>

поведінкою хімічного генезу – з 1151 осіб (76,83 %) до 702 (46,72 %), відповідно, відмічалось покращення ситуації щодо вживання ПАР серед молоді, яка взяла участь у дослідженні на 30,11%. Диференційовано: вживали алкоголь після ряду відповідних заходів 35,63% (скорочення на 43,03%); тютюн – 21,32% (22,81%); психостимулятори – 6,40% (4,09%); канабіноїди – 14,03% (7,98%); галюциногени – 0,47% (0,77%); опіати (опіоїди) – 2,35% (2,55%); «змішані форми» – 43,52% (42,10%). Отримані результати мають високий рівень достовірності ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

Висновки

1. На підставі отриманих даних вивчення особливостей формування адиктивної поведінки у підлітків, впливу соціальних факторів, преморбідних психічних розладів розроблено та апробовано модель та алгоритм надання медико-соціальної допомоги підліткам, які вживають психоактивні речовини, на різних рівнях медичної допомоги.

2. За допомогою системи АУДИТ-подібних тестів, умови інформованої згоди і критеріїв включення та виключення нами було обстежено 1500 студентів вузів нашої країни. Виявлено, що 1151 підлітків (76,70%) вживають ПАР, з яких 501 особа (43,50%) – чоловічої статі та 650 (56,50%) – жіночої.

3. Застосування системи АУДИТ-подібних тестів при обстеженні підлітків з адиктивною поведінкою, що вживають ПАР, дозволило характеризувати не тільки видову належність ПАР, але й ступінь їх вживання. Відповідно до рівнів ризику виникнення розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, ми виділили 4 ступені: А – відносно безпечне вживання ПАР; В – небезпечне вживання (стиль вживання ПАР, який збільшує ризик шкідливих наслідків для того, хто вживає та для оточуючих), при цьому розлади в даний час відсутні; D – вживання зі шкідливими наслідками (стиль вживання ПАР, який призводить до розладів адаптації, а також фізичного, психічного здоров'я; С – залежність (відповідно до критеріїв МКХ-10).

4. Тенденції вживання ПАР підлітками та молоддю, за результатами нашого дослідження, були наступні:

- алкоголь вживали 78,66% респондентів, курили – 44,13%, психостимулятори вживали 6,40%, канабіноїди – 14,03%, галюциногени – 1,24%, опіати (опіоїди) – 4,90% та «змішані форми» (поєднане вживання декількох видів ПАР) спостерігали у 85,62% опитаних;
- більша частина підлітків (72,54%) при прийомі різних видів ПАР знаходилась переважно в зонах відносно «безпечного вживання» – ступінь А та «небезпечного вживання» – ступінь В, але ще без «шкідливих наслідків» або «залежності»;
- кількість осіб (27,74%), що вживали алкоголь чи тютюн зі ступенем С – «зі шкідливими наслідками», або D – «залежними станами» переважала в порівнянні з респондентами, які вживали інші ПАР (14,76%);
- серед респондентів, які вживали інші види ПАР, рівень «зі шкідливими наслідками» частіше спостерігався при вживанні канабіноїдів – 26,70% і 0,98% (від числа опитаних, що вживали канабіноїди) та опіатів (опіоїдів) – 23,61% та 0,26% відповідно, від числа підлітків, що вживали опіати (опіоїди);
- стан прийому ПАР «змішані форми» характеризувався додатковим потенціюванням індивіда різни-

ми хімічними речовинами, що приводив до більш тяжких психосоматичних наслідків;

- отримані результати дослідження серед студентів початкових курсів ВНЗ можуть в достатній мірі прогнозувати поступове посилення тенденції прийому ПАР на наступний період за відсутності своєчасної профілактичної, а при необхідності – лікувальної допомоги.

5. Для категорії підлітків, що вживають ПАР, на основі розподілу за ступенями вживання розроблено методи психотерапії, психокорекції та психопрофілактики адиктивної поведінки, які стали основою моделі та алгоритму надання даній категорії осіб належної медико-соціальної допомоги.

6. Психологічні та психопрофілактичні заходи (у вигляді специфічних методик: когнітивно-біхевіоральної, емоційно-стресової, раціональної, а також сімейної психотерапії, що мають проводитися індивідуально і в групі за певною схемою) необхідно спрямовувати на біосоціальні, особистісні та поведінкові чинники ризику і патогенетичні механізми реалізації адикцій. Психотерапевтичними мішенями повинні бути афективні, когнітивні, вольові та поведінкові порушення адикта.

7. Оцінка ефективності розробленої моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивними розладами показала позитивний результат, підтверджений катамнезом.

Результати, отримані при вивченні ефективності запропонованих заходів, дають можливість окреслити відповідний медично-доказовий ефект запропонованої моделі та алгоритму надання спеціалізованої медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають ПАР, і можуть стати основою ефективної реалізації профілактичного напрямку в охороні здоров'я.

Список використаної літератури

1. Аналітично-статистичний довідник 1990–2008 рр. Епідемії алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. – Х.: Б. в., 2009. – 168 с.
2. Базильчик С. В. Профілактика употреблення психоактивних речовин в учредженнях образovanja: что работает? / С. В. Базильчик, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 131–141.
3. Вієвський А. М. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція), 2012.
4. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедєв, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартінова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 1 (56). – С. 81–88.
5. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, Вип. 3 (28). – С. 7–9.
6. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – Київ, 2011 – 22 с.
7. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия – URL: <http://orgpsys.org/kognitivno-povedencheskaya-terapiya-menu/nabor-prupp-kpt-menu.html>. Дата обращения 23.01.2012.
8. Карачевский А. Б. Когнитивно-поведенческая терапия больных алкоголизмом и наркоманией / А. Б. Карачевский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2 (08). – С. 84–89.8
9. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, Вип. 1 (54). – С. 76.
10. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, Вип. 4 (45). – С. 8–10.
11. Медико-соціологіческие аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61–66.
12. Перший базовий семінар: Вступ в теоретичні основи та базові техніки когнітивно-поведінкової психотерапії URL:http://www.abctu.org/index.php?option=com_co

- urseman&view=courses&cid=2%3Atraining-for-experts&id=7%3Atraining-experts-2&lang=uk Дата обращения 23.01.2012.
13. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навчально-методичний посібник / під ред. В. В. Бурлаки. – К. : Герб, 2008. – 224 с.
 14. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків : видавець Строчков В. Д., 2011. – 144 с.
 15. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев // Украинський вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
 16. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії – URL: <http://www.i-cbt.org.ua/>, Дата обращения 23.01.2012.
 17. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy / T.F. Babor [et al.]. – Oxford University Press, 2010.
 18. Black H. The price of a drink: level of consumption and price paid per unit of alcohol by Edinburgh's still drinkers with a comparison wider alcohol sales in Scotland. / H. Black, J. Gill, J. Chick // Addiction. – 2010. – Vol. 106. – P. 729–736.
 19. Huibers M. Review: group cognitive behavioural therapy reduces depression symptom in older adults with depression compared with waiting list control / Evid Based Ment Health. – 2011 – № 14 (4). – P. 107.
 20. Iakunchykova O. Early initiation of alcohol consumption by adolescent sin reconstructed familie smay be explain ed by parenting style / O. Iakunchykova // Tabacco control and public health in Eastern Europe. – 2011. – Vol. 1, № 2. – P. 89.
 21. Wagenaar A. C. Effect of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. / A. C. Wagenaar, A. L. Todler, K. A. Komro // American Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 100, № 11. – P. 2270–2277.
 22. Wagenaar A.C. Effect of beverage alcohol price and tax level on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies / A. C. Wagenaar, M. J. Salois, K. A. Komro // Addiction. – 2009. – Vol. 104. – P. 179–190.

МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Сеницкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева, А.В. Воронина

В статье изложены результаты исследования студентов вузов нашей страны на предмет употребления психоактивных веществ. В качестве профилактических и лечебных мероприятий предлагается модель и алгоритм оказания медико-социальной помощи подросткам с аддиктивным поведением, которые употребляют психоактивные вещества.

Ключевые слова: психоактивные вещества, аддиктивное поведение, подростки, медико-социальная помощь, модель, алгоритм.

MODELS AND ALGORITHMS FOR HEALTH AND SOCIAL CARE OF ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitzka, A. Chepurna, O. Kioseva, O. Voronina

The article presents the results of a study of our state university students on the subject of the use of psychoactive substances. As a preventive and therapeutic measures proposed model and algorithm of health-social care for adolescents with addictive behavior, who use psychoactive substances.

Key words: psychoactive substances, addictive behavior, teens, medical and social assistance, the model, the algorithm.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8–082.4/.6:340.63–039.76

А.М. Кушнір

НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Ключові слова:

шизофренія, нейрокогнітивний дефіцит, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь.

У статті наведені результати аналізу особливостей нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію, які становлять особливу суспільну небезпеку та скоїли делікти за негативно-особистісним механізмом їх реалізації. На прикладі вичерпної популяції таких пацієнтів в Україні виділено та описано характерні риси нейрокогнітивних порушень. Оцінена можливість використання вказаних ознак в лікувально-реабілітаційному процесі цих пацієнтів, а також у якості прогностичних для оцінки ризику скоєння ними повторних правопорушень.

Актуальність теми. Останнє десятиріччя знаменувалося великою кількістю широкомасштабних досліджень, присвячених вивченню нейрокогнітивного дефіциту (НД) у хворих на шизофренію [1, 11, 14]. Низка їх авторів навіть вважають за доцільне виокремити ці нейрокогнітивні розлади у самостійну групу, поряд з позитивною та негативною симптоматикою [2, 4, 15]. Такий підхід пов'язаний, по-перше, зі встановленням суттєвих кореляцій між рівнем НД і соціальним дефіцитом, порушеннями глобального рівня функціонування та функціональним виходом захворювання. А по-друге – з науковим обґрунтуванням того факту, що НД заважає

адаптації хворих та перешкоджає процесу їх соціальної реабілітації [7, 9, 12, 13].

У доступній літературі існують лише поодинокі роботи, присвячені дослідженню нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів з шизофренією, що вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД) [10], а також заходам медикцiальної реабілітації, зокрема у хворих, які скоїли СНД за негативно-особистісним механізмом їх реалізації (Н-О МР).

Мета дослідження – встановлення особливостей нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації особливо суспільно небезпечних діянь.