

## **ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ РЕМИСІЇ**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

Дана робота є фрагментом науково-дослідної теми «Депресії при основних формах психічної та сомато-неврологічної патології», № державної реєстрації 0106U004079.

**Вступ.** Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в структурі інших форм залежності залишаються однією із найважливіших медико-соціальних проблем. Головним завданням терапії алкогольної залежності є досягнення стійкої якісної ремісії та попередження рецидивів захворювання [3]. Протягом останніх років отримані переконливі дані відносно патогенетичного значення характерологічного фактору, який здійснює патопластичний вплив на перебіг та наслідки алкогольної хвороби. Це визначає провідну роль психотерапії для корекції поведінкової та психосоціальної дестабілізації як на етапах становлення ремісії, так і в комплексі протирецидивного лікування з метою реінтеграції пацієнтів в суспільство [7, 10].

На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що провідне значення належить розладам вищих форм пристосувальної діяльності – психоемоційній та психофізіологічній адаптації, порушенню діяльності адаптивних механізмів, що локалізовані у лімбічній системі мозку та обумовлюють функціональний стан симпатичної, парасимпатичної та нейро-ендокринної системи [2]. Для цілеспрямованого задоволення біологічних та соціальних потреб емоційні підкіркові структури, асоціативні та моторні ділянки кори головного мозку об'єднуються в функціональну систему, яка визначає властивості вищої нервової діяльності та характер поведінкового реагування особистості [1]. Всі потреби, емоції та мотивації, які не є домінуючими і не задовольняються, гальмуються першочерговою домінуючою потребою, створюючи несвідому ділянку психічної діяльності. В структурі нормальної свідомості не можуть одночасно існувати різнопланові асоціації, емоції та мотивації. Якщо ж таке відбувається, то можна говорити про неспроможність функціональної системи свідомості пригнічувати активність альтернативних мозкових структур та про порушення цілеспрямованої адаптивної поведінки [4, 6].

Опосередковане психотерапією керування емоціями та асоціативними образами торкається всіх структурно і функціонально зв'язаних систем та процесів, включаючи внутрішні органи, метаболічні та адаптаційні реакції, що і реєструється на клінічному та лабораторному рівнях [5]. Тому аналіз та опрацювання особистісного змісту окремих симптомів залежності, інші психотерапевтичні заходи не просто є інструментом в досягненні згоди пацієнта з режимами фармакотерапії, але і безпосередньо формують біологічно стійкий лікувальний ефект та запобігають виникненню рецидивів захворювання [8, 9].

**Метою дослідження** було вивчення ефективності психотерапевтичних заходів в комплексній терапії пацієнтів із залежністю від алкоголю на етапі становлення ремісії.

**Об'єкт і методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилося 290 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, всі чоловіки, віком від 23 до 59 років (середній вік  $35,9 \pm 2,5$  років). Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 (F10. 2-10. 4) і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, патопсихологічних, лабораторних та інструментальних методів. Всі пацієнти, за їх згодою, були рандомізовані в 3 підгрупи: основну групу 1 (ОГ1, 75 осіб, яким крім стандартної терапії, проводилася метаболічна корекція із застосуванням актовегіну та тіоктової кислоти), основну групу 2 (ОГ2, 75 осіб, яким крім стандартної терапії, проводилася метаболічна терапія та психотерапія), та групу порівняння (ГП 50 осіб, які отримували тільки базисну фармакотерапію). Для оцінки терапевтичних ефектів використовували шкалу загального клінічного враження (CGI-I), стандартизовану шкалу депресії Гамільтона (HDRS), шкалу Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності.

**Результати досліджень та їх обговорення.** В умовах стаціонару всім пацієнтам проводилося тамування алкогольного абстинентного синдрому та алкогольних психозів, що включало проведення дезінтоксикації, дезактуалізацію патологічного потягу до алкоголю, терапію афективно-вегетативних проявів, сомато-неврологічних розладів та відновлення сну. Медикаментозна терапія включала

застосування вітамінотерапії, гепатопротекторів, антиконвульсантів, нейролептиків з седативним компонентом дії для корекції дисфоричних та психопатоподібних розладів.

Комплексна система терапії та реабілітації на етапі становлення ремісії складалася з трьох етапів. Перший етап – етап мотивуючої терапії – починався після усунення постінтоксикаційних та абстинентних розладів. На даному етапі фармакотерапія сприяла стабілізації соматичного та психічного стану. Метаболічна корекція полягала в реактивації ключових ферментних комплексів, що дозволяє розблокувати основні шляхи вуглеводного обміну та нормалізувати енергетичний статус нервових клітин. Тіоктову кислоту вводили внутрішньовенно крапельно по 12 мл ін'єкційного розчину на добу, що відповідає 300 мг альфа-ліпоевої кислоти, з 250 мл фізіологічного розчину, протягом тижня, в подальшому призначали в таблетках по 400–600 мг на добу. Актівегін хворі отримували в середньодобовій дозі 200–400 мг (5–10 мл) внутрішньовенно на фізіологічному розчині, щоденно або декілька разів на тиждень. Після завершення інфузійної терапії препарат призначався у формі драже в дозі 400–600 мг на добу.

При розробці психотерапії (ПТ) використовували індивідуальні та групові форми терапевтичного впливу в системі гештальт-підходу. Базисними принципами системи психотерапії були: – добровільність, усвідомленість, відповідність психотерапевтичного впливу; – системність та багаторівневість впливу; – етапність психотерапевтичних заходів; – комплексність, використання декількох психотерапевтичних методик, з послідовною зміною їх ролі в залежності від завдань етапу ПТ; – максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

Курс ПТ в групах до 10 осіб починався під час проходження хворими стаціонарного лікування. На першому етапі терапевтичної взаємодії індивідуальні та групові сесії тривалістю 60 хвилин проводилися 2 рази на тиждень протягом 2 тижнів. Власне психотерапевтична робота була спрямована на встановлення терапевтичних стосунків. Метою даного етапу було формування мотивації пацієнтів для участі в груповій психотерапії, подолання анозогнозії, зниження тривоги, пов'язаної з необхідністю саморозкриття. Основним завданням ПТ була діагностика специфічних порушень контакту пацієнта зі своїми почуттями та зовнішнім середовищем, неконструктивної поведінки, підтримка пацієнта в усвідомленні процесу власних переживань своєю присутністю та зворотнім зв'язком, допомога при відтворенні на його межі-контакту просторових взаємовідносин.

На другому етапі лікувально-реабілітаційних заходів – етапі сфокусованої терапії – в центрі уваги при проведенні ПТ знаходився актуальний внутрішньо-особистісний та міжособистісний конфлікт, виявлення та усвідомлення патологічної ролі стійких установок в області контролю поведінки та самооцінки, усвідомлення можливості вибору та при своєння відповідальності за свій вибір. Власне

психотерапевтична робота була спрямована на оптимальний баланс підтримки та фрустрації, активну конфронтацію з регресивними стереотипами. Тривалість етапу складала 8–10 сесій.

Третій етап терапії – підтримуюча терапія (в амбулаторних умовах) – був виключно важливим етапом, так як саме на ньому відбувалося формування установок на досягнення позитивно значимих цілей, соціальна та трудова реабілітація, адаптація в нових умовах, фіксація в нормативній частині особистості, компенсація соматичних та психічних функцій. Терапевтичні сесії були груповими тривалістю 90 хвилин і проводилися 1 раз на тиждень протягом 4 місяців, також проводилась терапія сім'ї (пари) або індивідуальна терапія 1 раз на тиждень. Головними завданнями ПТ на даному етапі була корекція порушеної системи ціннісних відносин, неадекватних поведінкових стереотипів, хворобливих внутрішньо-особистісних конфліктів та підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта до тверезого способу життя. В процесі психотерапії використовувалися різні комунікативні, асоціативно-проективні, тілесно-орієнтовані та екзистенційні методи, поле групової взаємодії, підтримувався зворотній зв'язок між учасниками групи. В медичному сенсі підтримуюча терапія хворих з алкогольною залежністю була спрямована на терапію і профілактику можливих зривів ремісії та рецидиву хвороби.

Завершальний етап ПТ в групі, як правило, обмежувався однією спеціально відведеною 2-годинною сесією, на якій психотерапевт проводив структурування, пропонуючи виділити три найбільш значимих події групової терапії, сфокусовуючи конкретну проблемну зону пацієнта.

Депресія за шкалою HDRS перед початком терапії була помірно вираженою (22,7±0,49 в ГП, 23,9±0,45 в ОГ1, 23,4±0,52 в ОГ2). Через 4 тижні терапії рівень депресії достовірно знижувався в усіх групах і досягав рівня легкого ступеню (12,26±0,4, 9,95±0,48, 9,11±0,43 відповідно), при цьому в групі ОГ2 відмічалася вірогідна різниця порівняно з ГП ( $p<0,05$ ). Рівень реактивної та особистісної тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна до лікування був високим, через 4 тижні терапії рівень реактивної тривожності (PPT) знизився до рівня помірно вираженої (38,2±1,9 в ГП, 38,5±1,2 в ОГ1, 32,5±1,9 в ОГ2,  $p<0,05$ ). Рівень особистісної тривожності (OPT) в ГП та ОГ1 знизився до рівня верхньої межі помірно вираженої, але залишався високим і статистично значимої різниці не було виявлено (46,2±1,9 та 45,8±1,3 відповідно). OPT в ОГ2 через 4 тижні терапії достовірно знизився порівняно з ГП до рівня помірно вираженої (43,1±1,4 та 46,2±1,9,  $p<0,05$ ).

За шкалою CGI-I на 2-му тижні терапії із 75 пацієнтів ОГ1 у 19 (25,3 %) відмічалася значне покращення стану, у 23 (30,7 %) – помірне, у 22 (29,3 %) – незначне покращення, у 11 (14,7 %) – стан залишався без змін. Із 75 пацієнтів ОГ2 у 22 (29,3 %) відмічалася значне покращення стану, у 28 (37,3 %) – помірне, у 16 (21,4 %) – незначне покращення, у 9

(12,0 %) – стан залишався без змін. Із 50 пацієнтів ГП у 11 (22,0 %) відмічалось значне покращення стану, у 15 (30,0 %) – помірно, у 14 (28,0 %) – незначне покращення, у 10 (20,0 %) – стан залишався без змін. На 4-му тижні терапії значне покращення стану було зафіксовано у 37 (49,3 %) осіб ОГ1, 44 (58,7 %) осіб ОГ2 та 15 (30,0 %) осіб ГП, помірно покращення – у 24 (32,0 %), 22 (29,3 %) та 14 (28,0 %) осіб відповідно, незначне покращення – у 12 (16,0 %), у 8 (10,6 %) та 13 (26,0 %) осіб, у 2 осіб (2,7 %) ОГ1, у 1 (1,3 %) – ОГ2 та 8 (16,0 %) осіб ГП стан залишався без змін.

Одним із основних критеріїв ефективності терапії вважається тривалість ремісії. Проведене катамнестичне дослідження показало, що кількість ремісії більше 12 місяців в ОГ2 в 4,5 рази більше, в ОГ1 – в 2,3 рази більше, ніж в ГП ( $p < 0,001$ ), відповідно 36,0%, 17,3%, 8,0%. Слід зазначити, що ефективність терапії у пацієнтів ОГ2 була більш вираженою порівняно з ОГ1 та ГП.

**Висновки.** Таким чином, запропонована система поетапної психотерапії в комплексному лікуванні хворих з алкогольною залежністю на етапі становлення ремісії, яка поєднувала індивідуальні та групові форми психотерапевтичного впливу в системі гештальт-підходу, сприяла формуванню внутрішньої мотивації, покращенню емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих, розширенню сфери соціальних контактів і може використовуватися в якості ефективного компонента медико-соціальної реабілітації з метою профілактики рецидиву хвороби.

**Перспективи подальших досліджень.** Практична потреба розробки способів діагностики та прогнозування якості ремісії при алкогольній залежності визначає необхідність подальшого вивчення клініко-патогенетичних механізмів рецидиву захворювання та способів їх корекції.

## Література

1. Воробьева Т. М. Хаотическая нейродинамика мозговой системы позитивного подкрепления и ее значение в механизмах вторично приобретенных мотиваций / Т. М. Воробьева // Наркология. – 2010. – № 7. – С. 48-54.
2. Головки А. И. Биологические основы синдрома психической зависимости при аддитивных заболеваниях химической этиологии / А. И. Головки, Л. В. Леонтьева, С. И. Головки // Успехи соврем. биологии. – 2006. – Т. 126, № 2. – С. 180-191.
3. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. И. Шабанов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192 с.
4. Котов А. В. К природе феномена аддикции в механизмах целенаправленной активности / А. В. Котов // Психическое здоровье. – 2008. – № 4. – С. 57-67.
5. Крыжановский Г. Н. Патологические системы в патогенезе нервно-психических расстройств / Г. Н. Крыжановский // Матер. XIII съезда психиатров России. – 2000. – С. 363.
6. Макачук Н. Е. Современные подходы к исследованию психофизиологического состояния больных с аддитивным поведением / Н. Е. Макачук, Т. М. Воробьева, Л. Н. Пайкова [и др.] // Психическое здоровье. – 2009. – № 1. – С. 48-50.
7. Минко А. И. Антикривинговое противорецидивное лечение лиц, зависимых от алкоголя / А. И. Минко, И. В. Линский // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, Вип. 3 (68). – С. 89-93.
8. Плоткин Ф. Б. Реабилитация – важнейший этап терапии зависимостей / Ф. Б. Плоткин // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2. – С. 130-141.
9. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях / С. И. Табачников [и др.] – Киев-Донецк: «Медицина тонких энергий», 2010. – 96 с.
10. Сосин И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.

УДК 616. 89-008. 441. 1-084

### ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ РЕМІСІЇ Животовська Л. В.

**Резюме.** Психотерапія відіграє провідну роль для корекції поведінкової та психосоціальної дестабілізації при алкогольній залежності як на етапах становлення ремісії, так і в комплексі протирецидивного лікування з метою реінтеграції пацієнтів в суспільство. У статті наведено результати вивчення ефективності комплексної системи терапії у пацієнтів із залежністю від алкоголю з визначенням мішеней психотерапевтичного впливу на етапі становлення ремісії. Отримані дані свідчать про достатньо високу ефективність вказаної терапевтичної стратегії.

**Ключові слова:** алкогольна залежність, поетапна психотерапія, профілактика рецидиву.

УДК 616. 89-008. 441. 1-084

### ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ

Животовская Л. В.

**Резюме.** Психотерапия играет ведущую роль для коррекции поведенческой и психосоциальной дестабилизации при алкогольной зависимости как на этапах становления ремиссии, так и в комплексе противорецидивного лечения с целью реинтеграции пациентов в общество. В статье приведены результаты изучения эффективности комплексной системы терапии у пациентов с алкогольной зависимостью с определением

---

---

мишеней психотерапевтического воздействия на этапе становления ремиссии. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности указанной терапевтической стратегии.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, поэтапная психотерапия, профилактика рецидива.

**UDC** 616. 89-008. 441. 1-084

### **Prevention of Relapse in Alcohol Dependence on the Stage of Remission**

**Zhyvotovska L. V.**

**Abstract.** The main objective of the treatment of alcohol dependence is to achieve sustainable quality remission and preventing relapses. It identifies the leading role for the correction of behavioral therapy and psychosocial destabilize both stages of remission, and in combination of anti- treatment to patients' reintegration into society.

The aim of the study was to investigate the effectiveness of psychotherapeutic interventions in the treatment of patients with alcohol dependence at the stage of remission . Under our supervision there were 290 alcohol dependent patients, all men aged 23 to 59 years. Nosological diagnosis was based on the criteria of ICD-10 (F10. 2- 10. 4). All patients were randomized into 3 groups: the main group 1 (MG1, 75 persons who in addition to standard therapy, metabolic correction was carried out using actovegin and thioctic acid), the main group 2 (MG2, 75 persons who in addition to standard therapy conducted metabolic therapy and psychotherapy) and the comparison group (CG, 50 people who received only basic pharmacotherapy). To evaluate the therapeutic effects of using Clinical Global Impression Scale (CGI-I), Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), Spielberger-Hanin Scale to assess the level of reactive and personal anxiety.

The complex system of therapy at the stage of remission consisted of three stages. The first stage – motivating therapy – started after the elimination postintoksykatsiynih and abstinence disorders. At this stage pharmacotherapy helped stabilize the physical and mental condition. The course of psychotherapy (PT) in groups of 10 persons started during their ill patient treatment. In the first phase of therapeutic interaction, individual and group sessions were conducted 60 minutes 2 times a week for 2 weeks. Actually psychotherapeutic work was aimed at establishing the therapeutic relationship. The purpose of this phase was to create motivating patients to participate in group therapy, overcoming anosognosia, decrease anxiety associated with the necessity of self-disclosure .

In the second phase of treatment and rehabilitation – phase focused therapy – in the spotlight during the PT was actual intra-personal and interpersonal conflict. Actually psychotherapeutic work was aimed at an optimal balance of support and frustration, active confrontation with the regressive stereotypes. Phase duration was 8- 10 sessions.

The third stage of treatment – maintenance therapy (in the outpatient setting) – was a crucial step, as it were formed units to achieve significant positive goals, social and vocational rehabilitation, adaptation to new conditions, locked in the regulatory part of the individual, compensation and somatic mental functions. Group therapy sessions had a duration of 90 minutes and were conducted 1 day a week for 4 months, also conducted family therapy or individual therapy 1 time a week. In the medical sense maintenance treatment of patients with alcohol dependence was aimed at treatment and prevention of possible “disruption” and relapse. Conducted follow-up studies showed that the remission more than 12 months MG2 4,5 times greater in MG1 – 2,3 times more than in CG ( $p < 0,001$ ), respectively, 36,0%, 17,3%, 8,0%.

Thus, the proposed system is phased psychotherapy in treatment of patients with alcohol dependence at the stage of remission, which combines individual and group forms of therapeutic intervention in the system Gestalt approach contributed to the formation of intrinsic motivation, improving emotional and personal sphere of this group of patients, the expansion of social contacts and can be used as an effective component of medico-social rehabilitation to prevent relapse.

**Key words:** alcohol dependence, phased psychotherapy, relapse prevention.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.*

*Стаття надійшла 22. 04. 2014 р.*