

**Обоснование применения психотерапии, психологической коррекции при лечении пациентов с алкогольной зависимостью в состоянии отмены алкоголя**

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами психиатрии и медицинской психологии Гомельского государственного медицинского университета*

Установлено, что комбинация специально разработанной краткосрочной интегральной психотерапии, психологической коррекции и нового варианта электроакупунктуры ушных точек (за счет взаимопотенцирования, вовлечения в терапевтический процесс сознания пациента и формирования амнезии на эйфоризирующие эффекты алкоголя), позволяет проводить коррекцию (по сравнению с традиционной медикаментозной терапией) состояния отмены алкоголя (F 10.3, МКБ-10) в 2,5 раза ( $p < 0,01$ ) быстрее, способствует увеличению времени воздержания от алкоголя в 3,7 ( $p < 0,001$ ) раза. Ключевые слова: синдром алкогольной зависимости, патологическое влечение к алкоголю, состояние отмены алкоголя, психотерапия, психологическая коррекция, рефлексотерапия.

I.M. Skvira

Substantiation and differential application of methods psychotherapy and reflexotherapy complex treatment of alcoholic dependence .

Is established, that the combination specially developed short-term integrated psychotherapy, psychological correction and new variant electroacupuncture of ear points (for the account mutual amplification, involving in treatment process of consciousness of the patient and formation amnesia on euphorie effects of alcohol), allows to treat (in comparison with traditional drug by therapy) alcohol withdrawal syndrome in 2,5 times ( $p < 0,01$ ) faster, promotes lengthening of abstention from alcohol in 3,7 ( $p < 0,001$ ) time.

Key words: alcohol dependence, syndrome creaving for alcohol, alcohol withdrawal syndrome, psychotherapy, psychological correction, reflexotherapy.

Изучение клинических закономерностей патологического влечения к алкоголю (ПВА) и состояния отмены алкоголя (СОА), их эффективное купирование и предупреждение является одной из актуальнейших проблем неотложной наркологии из-за эпидемического характера распространения алкогольной зависимости среди населения [4]. Особенно актуализировалась данная проблема в связи с тенденцией переориентации организационных основ наркологии в сторону предпочтения амбулаторной наркологической помощи [3], когда время визита пациентов лимитировано, а критерием адекватности методов лечения является их быстрая эффективность.

Современная парадигма лечения алкогольной зависимости основывается на закономерности процессуального течения алкоголизма и биопсихосоциальной природе человека [1, 2, 3, 5, 8], в качестве обязательного условия освобождения от зависимости предполагает абсолютную трезвость и вовлечение пациентов в сознательную и активную работу по преодолению у них пристрастия к алкоголю

[2]. Установка на трезвость – промежуточный этап, конечная цель – “раскрытие потенциала нормативного Я с реализацией ценностных ориентаций нормативного функционирования пациента путём интеграции в социум” [1].

В то же время общепринятая практика лечения пациентов с алкогольной зависимостью в СОА остается традиционно симптоматической, ориентированной только на биологическую составляющую болезни. Работу на психологическом и социально-психологическом уровне функционирования пациента с алкогольной зависимостью предлагается начинать по выходе из состояния отмены [1, 3].

Мы посчитали целесообразным проводить лечение пациентов с алкогольной зависимостью в период СОА, что предусматривает наряду с воздействием на биологическом уровне, вмешательство и на психологическом, социально-психологическом уровнях с помощью психотерапии, психологической коррекции личности, что позволит в амбулаторных условиях успешно купировать ПВА в структуре СОА и повысить эффективность лечения алкоголизма. Это и стало предметом нашего исследования.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 140 пациентов. Критериями отбора в исследуемые группы были: обращение за медицинской помощью в связи с невозможностью самостоятельно прекратить пьянство из-за выраженных психических и поведенческих расстройств, обусловленных лишением алкоголя (состояние отмены алкоголя, шифр F10.3 Международной классификации болезней МКБ-10, ВОЗ, 1992), наличие в клинической картине больных всех других диагностических признаков алкогольной зависимости. Исключались из исследования пациенты с психозами.

В основной группе (n=110) для купирования ПВА в структуре СОА был применен метод краткосрочной интегральной психотерапии, психокоррекции и рефлексотерапии (КИППР) [6, 7]. При его разработке мы опирались на положение, что СОА – это “стресс-реакция” на отмену алкоголя [9, 10]. Эффект действия стрессора (лишение алкоголя) зависит не только от его силы (то есть выраженности ПВА), а и от восприятия пациентом стрессовой ситуации, основанном на опыте, субъективном отношении к ситуации и привычных стереотипах поведения. При этом оказываются вовлеченными в болезненный процесс физиологические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие механизмы. С целью коррекции этих механизмов среди многочисленных тактико-стратегических мишеней, в отличие от традиционного подхода, были избраны: во-первых, императивная дезактуализация имеющихся гиперболизированных установок пациентов на радикально фармакологическое избавление от ПВА и СОА, во-вторых, директивные вербальные воздействия, направленные на амнезирование хранящихся в матрицах памяти воспоминаний об эмоционально-положительных эффектах действия алкоголя. Контрольную группу составили 30 пациентов, у которых одновременное купирование ПВА и СОА осуществлялось традиционной фармакотерапией (ТМТ) [6].

Обе группы больных были репрезентативны по основным социально-демографическим, клинко-психопатологическим и психологическим показателям. Пациенты обеих групп воздерживались от употребления алкоголя

на момент обращения в среднем  $12,4 \pm 0,5$  часов. Похмельный синдром (СОА) при этом характеризовался комплексом соматовегетативных, неврологических и психопатологических расстройств. ПВА у всех изученных больных (95%) было резко выражено, носило неудержимый, компульсивный характер, являлось стержнем клинической симптоматики и было патогномонично неразрывно с СОА.

В ходе выполнения научной работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический (исследование оперативной памяти, внимания, самооценки, уровня осознания болезни и терапевтических установок), катамнестический и статистический методы [6, 7].

#### Результаты и обсуждение

Проведенные исследования на конкретном фактическом материале продемонстрировали преимущество предложенного метода по сравнению с методом традиционной медикаментозной терапии, используемой для лечения больных в состоянии отмены алкоголя. Установлено, что эффективность купирования ПВА методом КИППР была выше в 13 раз ( $p < 0,001$ ), чем в контрольной группе [6]. Устранение стержневого синдрома (влечения к алкоголю) в структуре СОА с помощью метода КИППР сопровождалось синхронной редукцией других клинических составляющих СОА [6]. Сроки купирования СОА предложенным методом в сопоставлении с результатами в группе контроля при ТМТ оказались в 2,5 раза короче ( $p < 0,01$ ) [6].

Эффективность разработанной комбинированной программы КИППР подтверждена результатами экспериментально-психологического тестирования [7]. В результате купирования ПВА в структуре СОА методом КИППР происходило восстановление функции внимания, оперативной памяти, самооценка пациентов значительно повышалась по сравнению с исходной, в сопоставлении с пациентами контрольной группы ( $p < 0,01$ ) [7].

Эти изменения происходили параллельно с формированием стойких терапевтических установок (ТУ) на лечение, трезвость и социально значимые цели. Средняя сумма баллов (оценка производилась по трехбалльной шкале) по всем трем ТУ в обеих группах до лечения была идентична и составляла в среднем  $5,0 \pm 0,12$  баллов из 9 возможных ( $p > 0,05$ ). После купирования ПВА в структуре СОА предложенным методом ТУ оценивались в среднем в  $7,2 \pm 0,2$  балла ( $p < 0,05$ ), что достоверно отличается от глубины терапевтических установок пациентов, пролеченных в основной группе ( $p < 0,05$ ).

Положительные изменения психологических показателей свидетельствовали о происходящей в процессе лечения психологической коррекции личности, расцениваемой нами как важное начало и составляющая часть континуальной, долгосрочной, программы лечения. Это подтверждается тем, что при купировании ПВА в структуре СОА предложенным методом 88 (80%) из 110 пациентов перешли на этап активной комплексной терапии, что в 2,4 раза ( $p < 0,01$ ) больше в сопоставлении с контрольной группой, в которой плановое лечение продолжили 10 (33%) пациентов.

Обоснованность использования психотерапии, психокоррекции при купировании СОА подтверждена данными катамнеза более одного года (табл.).

Таблица

## Сравнительная эффективность различных методов терапии по данным катамнеза

Характер ремиссии	КИППР (1)		ТМТ (2)		P (1-2)
	n*	%	n*	%	
Рецидив и ремиссии со "срывами"	36	32,7	24	80	P < 0,05
Стабильные ремиссии более 1 года	74	67,3	6	20	P < 0,05
ВСЕГО	110	100	30	100	–

n\* – количество пациентов.

Стабильные ремиссии наблюдались у 74 (67,3%) больных основной группы и у 6 (20%) пациентов группы сравнения, где купирование СОА проводилось ТМТ ( $p < 0,001$ ). То есть, купирование ПВА в структуре СОА методом КИППР, в сравнении с медикаментозным купированием ПВА и СОА ТМТ, позволяло в дальнейшем удлинить ремиссию ( $p < 0,001$ ).

Эффективность лечения алкогольной зависимости, определяемая длительностью и качеством ремиссии, как мы установили, зависит от повышения уровня осознания болезни пациентами и формирования у них глубоких ТУ на лечение, трезвость и социально значимые цели. Чем выше и позитивнее терапевтические установки, – тем выше качество и длительность ремиссии ( $p < 0,05$ ). Наша результативность и выводы согласовываются с данными других авторов [1].

В основной группе пациентов интенсивное психотерапевтическое, психокоррекционное воздействия в период купирования состояния отмены позволило сформировать у больных высокий уровень осознания болезни, глубокие позитивные терапевтические установки, что приводило к мобилизации личности на поиск выхода из ситуации, к активному, сознательному участию пациентов в преодолении у них пристрастия к алкоголю. Интенсивная психотерапевтическая, психокоррекционная помощь в период купирования патологического влечения к алкоголю в структуре состояния отмены способствовала продолжению участия пациентов в плановых и реабилитационных программах лечения, достижению ремиссий. В контрольной группе больных, где купирование состояния отмены проводилось традиционной фармакотерапией, такой перестройки личности, в подавляющем большинстве случаев не наступало, и ремиссия, главным образом, зависела от исходного уровня осознания пациентами своей болезни и собственного желания от нее избавиться.

С учетом индивидуальных особенностей личности пациента, динамики терапевтических отношений, терапевтических мишеней интегральная психотерапия, психологическая коррекция, рефлексотерапия применялись в предложенном методе целенаправленно и строго дифференцированно, представляя собой творческий процесс, обозначенный нами термином "терапевтическая импровизация". Неизменными оставались системные принципы организации (континуальность и дискретность воздействий, непрерывность и этапность, интегративность, многоуровневость, полимодальность воздействий) и конечная цель лечения, увязанная этапностью и непрерывностью лечебного процесса.

Завершение сеанса КИППР являлось началом немедленного подключения семейной психотерапии и социальной поддержки, самостоятельной активности

пациента в структуре нормативной субличности, с обязательным встраиванием в сознание и подсознание пациента идеи участия в программах плановой комплексной терапии и реабилитации.

#### Выводы

1. Обоснован и предложен новый подход к комплексному лечению пациентов с алкогольной зависимостью, предусматривающий для купирования патологического влечения к алкоголю в структуре состояния отмены, дифференцированное использование методов психотерапии, психологической коррекции и рефлексотерапии.
2. Концептуальной основой разработанного метода являются: использование оригинальной фабулы психотерапевтического воздействия, направленной не только на дезактуализацию имеющихся в структуре алкогольного абстинентного синдрома похмельных установок, но и на психологическую коррекцию гиперболизированных надежд пациентов на пассивное, одномоментное фармакологическое избавление от влечения к алкоголю и абстинентных расстройств; а также вовлечение в купирующий процесс мнестической сферы психической деятельности с целью формирования амнезии на эйфоризирующие эффекты алкоголя.
3. Предложенный метод краткосрочной интегральной психотерапии, психокоррекции с рефлексотерапией является этапом в континуальной психотерапии алкогольной зависимости, так как он позволяет, в сравнении с традиционным медикаментозным купированием патологического влечения к алкоголю и состояния отмены, увеличить число больных, продолжающих плановое противоалкогольное лечение в 2,4 раза ( $p < 0,01$ ), удлинить ремиссию в 3,7 раза ( $p < 0,001$ ).

#### Литература

1. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ /Лекции по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. – С. 269-287.
2. Головач А.А. Наркозависимость: пути решения проблемы // Мед. новости. – 2001. – № 11. – С. 13-14.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, ВОЗ, 2001 г.: Психическое здоровье, новое понимание, новая надежда. – 215 с.
4. Козловский А., Лелевич В., Виницкая А. и др. Потребление наркотиков в Республике Беларусь и прогноз наркологической ситуации до 2005 года // Мед. новости. – 2001. – № 2. – С. 34-36.
5. Максимчук В.П. Наркозависимость: пути решения проблемы // Мед. новости. – 2001. – № 11. – С. 5-9.
6. Сквиря И.М. Комбинированное использование психотерапии и рефлексотерапии в лечении алкогольной зависимости // Здоровоохранение. – 2001. – № 6. – С. 48-50.
7. Сквиря И.М. Анализ динамики результатов психологического тестирования в процессе комплексного лечения алкогольной зависимости // Здоровоохранение. – 2001. – № 8. – С. 33-36.

8. Скугаревская Е.И. Наркозависимость: пути решения проблемы // Медицинские новости. – 2001. – № 11. – С. 11-12.
9. Сосин И.К., Береснев А.В., Беспалов Ю.Г. и др. Клинические и патофизиологические соотношения при алкогольном абстинентном синдроме как модели стресс-реакции // Неврология и психиатрия. – Киев, 1986. – Вып. 5. – С. 63-65.
10. Selye H. The Stress of Life. – NY, 1956. – P. 324.

Репозиторий БГМУ