

ОГЛЯД

УДК: 616.89-008.441.13-036.66-036.86

АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ: РЕМІСІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)



Шапочка Євгенія Анатоліївна,
eshapochka@mail.ru

Шапочка Є.А., Фітькало О.С.

Друге стаціонарне відділення ОКЗ ЛОР ЛОДКНД / Кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Резюме: проблема алкогольної залежності гостро стоїть і обговорюється серед представників медичних професій, очільників держави та широких верств населення вже достатньо тривалий час. У роботі розглянуто теоретичні напрацювання використання психологічних чинників ремісії в алкозалежних пацієнтів, проаналізовано наукові підходи для розробки ефективної програми реабілітації, яка б допомогла досягнути довготривалої і якісної ремісії серед хворих на алкогольну залежність.

Ключові слова: алкогольна залежність, алкоголізм, ремісія, тверезість, реабілітаційні заходи.

За даними Харківського НДІ психіатрії та наркології, щороку в Україні ставлять на облік з приводу алкоголізму 100 тисяч осіб. Однак, реальна цифра перевершує цей показник в десятки разів, що говорить про ознаку національної епідемії в країні. Відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм, вимираючою вважається та нація, яка вживає понад 8 л чистого спирту на душу населення на рік. Сьогодні рівень споживання алкоголю в Україні є одним із найвищих у світі і становить близько 15 літрів абсолютного спирту на душу населення на рік. Сумним фактом є споживання більш міцних алкогольних напоїв в Україні порівняно з Молдовою, Угорщиною, Чехією. Однак МОЗ України не погоджується з такою статистикою та й оцінкою ВООЗ про віднесення України до країн із середньо-високим рівнем споживання алкоголю. Разом з тим, щороку в Україні гине від проблем, асоційованих із алкоголем та наркотиків, майже 380 тис. осіб. Найбільш страшним злом є те, що близько 40% українських підлітків віком 14–18 років регулярно вживають спиртні напої. В нашій країні за статистикою 25-30% випадків дитячої патології новонароджених, де дуже часто причиною є саме алкоголь, який вживає як мати, так і батько. Протягом останніх десятиліть фахівцями різних медичних закладів доводиться відслідковувати наслідки вживання вагітними жінками алкоголю. Все це не може не хвилювати кожного українця [1, 2, 5, 7, 19].

Основною метою спеціалістів – лікарів-наркологів – у боротьбі з алкогольною залежністю вже протягом тривалого часу є спроба досягти довготривалої ремісії, яка, на нашу думку, пов'язана із особистістю пацієнта. Знову ж таки, звертаючись до історичних моментів, розуміємо, що в поняття ремісії різні автори вкладають своє розуміння цього терміну. Так, радянська модель – це повна відмова від вживання алкоголю, яка так і не була реалізована. Західна школа розуміє під цим терміном покращення якості життя і зменшення шкоди як пацієнту, так і оточуючим. Обов'язковим моментом будь-якої ремісії є впровадження ефективної програми реабілітації, яка б допомогла досягнути довготривалої і якісної ремісії серед хворих на алкогольну залежність. За Т.А. Кіткіною (1993), стан ремісії трактується як свідома відмова від сп'яніння любого характеру, а початок ремісії слід рахувати з моменту припинення вживання наркотичних речовин, абстинентні розлади розглядати в структурі ремісії. Інші джерела розглядають початок ремісії після ліквідації проявів синдрому відміни [2]. Пак Т.В. (2010) зазначає, що ремісія – це особливий клінічний стан пацієнта, який має свою клінічну картину і динаміку симптомів. Ремісія ним розглядається як динамічний процес, який має зворотній розвиток із поступовим ослабленням механізмів хвороби [21].

Іншим поглядом на ремісію є так звана стратегія зниження шкоди або часткова ремісія [Зобін М. (2011)].

Найбільш відомими стратегіями зниження шкоди є: мотиваційно-активуюча терапія; тренінг поведінкового самоконтролю (behavioural self-control training); стримуюча умовно-рефлекторна терапія (moderation-oriented cue exposure); техніка керуваної самозміни (guided self-change); поведінкова терапія подружніх пар (behavioural couples therapy); медитативні техніки профілактика рецидиву, що базується на усвідомленні (mindfulness-based relapse prevention); віпасана-медитація для зменшення вживання алкоголю [9]. Вагомою складовою ефективною терапією і, відповідно, тривалості ремісії є рівень адаптаційних можливостей пацієнта. Когнітивні порушення органічного генезу є найпоширенішим наслідком тривалого зловживання алкоголем, вони унеможливають будь-який прогноз стосовно результативності терапії залежності, навіть із включенням психотерапевтичної реабілітації.

Назаров О.Ю. (2006) підтверджує, що формування довготривалої ремісії напряму пов'язано з рівнем адаптаційних здібностей хворого і здатністю вирішувати проблемні ситуації [14]. Міронова Н.В. (2013) проводить паралель між самоактуалізаційними і адаптаційними механізмами. Вона зазначає, що запорукою успіху терапевтичної програми є розуміння психологом особистісного сенсу захворювання в ієрархії цінностей хворого, прогнозування ефективності лікування, базованого на особистісних і соціально-психологічних характеристиках хворого з алкогольною залежністю [13]. На нашу думку, ні Назаренко О.Ю., ні Міронова Н.В. не враховують, що адаптаційні можливості та ієрархія цінностей напряму залежить від способу мислення пацієнта, яке при сформованій алкогольній залежності є зміненим і потребує психокорекції. Індивідуальні психологічні риси особистості як фактор довготривалої ремісії розглядають ряд авторів, які спираються на авторську теорію захворювання залежності Зав'ялова В.Ю. і його терапевтичного підходу, якому він дав назву діаналіз [6]. Серед них робота Дунаєва А.Г. (2006). Однак термінологія, теоретичні обґрунтування, використані автором, не несуть новизни і перегукуються з «мінусотською» теоретичною моделлю захворювання залежності.

Проведений аналіз використаної літератури показав, що підходи до розгляду психологічних чинників формування ремісії поділяється на дві категорії. Перша – формування ремісії як результат ефективної роботи реабілітаційної програми. Друга – як явище, яке залежить від психологічних особливостей хворого.

Спершу розглянемо загальновідомі терапевтичні програми реабілітації залежності. Однією з таких програм є програма Діани Піти, яка взяла за теоретичну основу стадії психосоціального розвитку Еріка Еріксона. Однак дана програма не має доказової бази ефективності. Інша, так звана «голландська модель», яка поєднує мотиваційне інтерв'ювання, і модель змін Прохазки і Ді Кліменте також експериментально не доведена.

Клод Штайнер (2004), один з класиків транзактного аналізу, розглядає явище зловживання алкоголем не стільки зі сторони захворювання, скільки з позиції «ігор». Він стверджує, що в DSM-4 зловживання алкоголем на-

звано розладами поведінки, і слово «захворювання», «хвороба» не вживаються, тому ставить під сумнів лікування залежності від алкоголю будь-якими медикаментами. Натомість висвітлює позицію «гри» і «ролей» як відправної точки в підході до терапії залежності поведінки [12].

Terence T. Gorski (1989) в своїй книзі описав 6 етапів особистісних змін, які відбуваються з кожним хворим на шляху до довготривалої ремісії. Однак він не розглядає психологічні особливості людини в якості чинників, які можуть допомогти, або, навпаки, завадити людині тверезо жити. Програма терапії, описана Terence T. Gorski, має справу з хворобливими механізмами мислення, які формуються у всіх без виключення алкозалежних хворих, не зважаючи на їх локус контролю й адаптаційні можливості. Хворобливий механізм мислення отримав назву «Система ілюзій і заперечень», де автор має на увазі поняття загальноприйнятих захисних механізмів психіки, таких як: просте заперечення, мінімізація, раціоналізація, інтелектуалізація, відвернення уваги, фантазування і т.д., адаптованих до проявів хвороби [4]. І тому фокус терапії скеровано на хворобливий тип мислення. Лише на «заключному» етапі одужання вчений пропонує проводити психокорекційну роботу над самою особистістю, її дитячими установками, які вона засвоїла в дитинстві, і способом тверезого життя.

Ремісію як результат ефективної роботи психотерапевтичної реабілітаційної програми визнає Слободянюк П.М. (2011). Реабілітаційний підхід, описаний автором, носить назву інтегративної психотерапії. Однак на чому базується цей підхід автором не зазначено. Натомість окреслені цілі, які ставить перед собою інтегративна психотерапія, а саме: подолання анозогнозії власного хворобливого стану із виявленням психологічних механізмів, що призводять до хворобливого реагування та формуванням моделі поведінки; усвідомлення хворим власної залежності поведінки та необхідності сторонньої психотерапевтичної допомоги; розробка стратегії особистого реагування хворого в ситуаціях, що провокують до вживання алкоголю. На нашу думку, перші два пункти є майже ідентичними. Також термін «анозогнозія», тобто невизнання хворим наявності у нього захворювання, не може бути використано стосовно алкогольної залежності. Будучи біо-психо-соціальним захворюванням, алкогольна залежність включає в себе поняття опору як прояву залежності. На відміну від поглядів автора статті, когнітивно-поведінкова терапія розглядає опір не як перешкоду до лікування, яку треба долати, а як сукупність патологічних механізмів мислення, які і є проявом хвороби і ціллю терапії залежності [8]. Доказом цього є клінічні випадки, коли пацієнти цілком усвідомлюють власне захворювання, але продовжують зловживати психоактивними речовинами (ПАР). Разом з тим, автор залишає нерозкритими самі поняття «інтегративна психотерапія», «інтегративний компонент», «світогляд невживання», «механізм вживання». Також не зрозуміло, що автор вкладає в поняття «стандартні психотерапевтичні заходи».

Животовська Л.В. (2014) у питанні довготривалої ремісії чільне місце відводить психоемоційній та психо-

фізіологічній адаптації та змінній діяльності адаптивних механізмів, які локалізовані у лімбічній системі мозку. Опираючись на психофізіологічні основи залежності вона зазначає: «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» [7, с. 112]. Система терапії та реабілітації, описана автором, складалася з трьох частин: мотиваційна терапія, яка впроваджувалася після усунення абстинентних проявів. Курс групової психотерапії в системі гештальт-підходу тривав двічі на тиждень протягом 2 тижнів. Під час курсу формувалися терапевтичні стосунки, відбувалося формування мотивації на лікування; другий етап – фокусована терапія, де в центрі уваги ставився внутрішньоособистісний та міжособистісний конфлікт, виявлення та усвідомлення патологічної ролі стійких установок в області контролю поведінки та самооцінки, усвідомлення можливості вибору та присвоєння відповідальності за свій вибір. Тривалість складала 8-10 сесій. Третім етапом була підтримуюча терапія в амбулаторних умовах, яка спрямувалася на формування установок з досягнення позитивно значимих цілей, соціальна і трудова реабілітація (1 раз на тиждень протягом 4 місяців). На цьому етапі реабілітаційних заходів включилися в терапію і члени сімей. Після завершення терапевтичної програми відзначався спад рівня депресії, зниження рівня особистісної тривожності. В групі, яка проходила реабілітацію за програмою гештальт-терапії, ремісії тривалише 12 місяців і довше спостерігалися в 4,5 рази частіше, ніж в контрольній, яка терапії не отримувала [7]. На наш погляд, автор програми, знову ж таки, не приділив належної уваги саме психологічній складовій захворювання, тому якість ремісії лишається низькою, що і зазначає автор.

Ваїсов С.Б. (2008) підтверджує, що ефективність реабілітаційної програми, в якому б ключі вона не будувалася, є недостатньою без залучення в реабілітаційну програму родичів хворого. На етапі ресоціалізації, як зазначає автор, навчання і підготовка родичів, побудова ефективних взаємовідносин із пацієнтом є основним при закріпленні ремісії останнього [3].

Психологічні фактори тривалої ремісії особистісного характеру описано Фітькалом О.С. (2010). Він зазначає, що такі показники як: тривалість вживання ПАР менше п'яти років, середня добова доза наркотику перед лікуванням більше 5 мл, відносно сильний потяг до ПАР, відносно високий рівень реактивної тривожності дають підставу прогнозувати більш тривалу ремісію порівняно з пацієнтами, у яких ці показники зворотні [7]. Іванець Н.Н. і Віннікова М.А. (2001) приходять до висновку, що однією з найважливіших перешкод до становлення ремісії є патологічний потяг до ПАР, який являє собою прояв залежності на стадії невживання після завершення абстинентного періоду. Автори пишуть, що патологічний потяг може проявлятися як на свідомому рівні, так і не усвідомлюватися пацієнтом і бути замаскованим під депресіями, тривожними станами, збудливістю, проявами аутоагресії. Патологічний потяг до ПАР автори відносять до стрижневого симпто-

мокомплексу захворювання. Шлях подолання цієї фази відмови від ПАР автори вбачають у поєднанні фармако-терапії з психотерапевтичними заходами [10].

Провівши аналіз вищезазначених джерел, можна чітко констатувати, що наразі немає не тільки системного підходу до використання психологічної терапії залежності, але і саме поняття «ремісія» часто трактується по-різному різними авторами. Відсутня інформація про психокорекційну допомогу пацієнтам у стані актуалізації інтрузивних алкогольних думок. Деякі теорії повністю відірвані від наукового підґрунтя.

Висновок. На наш погляд, особистісні психологічні риси хворого, такі як: тип особистості, особливості анамнезу і життєвого досвіду, рівень стресостійкості тощо, повинні обов'язково використовуватися уже на перших етапах психотерапевтичної реабілітації для створення комплаєнсу, а також у подальшому для корекції психотерапевтичної програми з індивідуальним підходом. Провідним чинником психотерапії при алкогольній залежності повинна все ж таки стати терапевтична програма з доказовою теоретичною базою, яка б забезпечила довготривалу ремісію та дала можливість повернутися пацієнтові до якісного життєвого шляху.

Конфлікт інтересів.

Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

Джерела фінансування.

Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: щорічний аналітичний огляд. / І.В.Літський, М.В.Голубчиков, О.І.Мінко та ін. – Харків – вип.3. – 2006. – 46 с.
2. Бараненко О.В. Параметри якості життя в осіб з алкогольною залежністю після ліквідації проявів синдрому відміни та на етапі становлення ремісії. / О.В.Бараненко // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, вип.2. – С. 47-49.
3. Ваїсов С.Б. Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 205 с.
4. Вирватись з пастки. / під ред. А. Додзюк, В.Камецький. – Львів: Ініціатива, 1996. – 201 с.
5. Возний Д.В. Особливості когнітивної сфери чоловіків, хворих на алкогольну залежність. / Д.В.Возний // Архів психіатрії. – 2013. – №3. – С. 87-89.
6. Дунаев А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии: автореф. на соискание ученой степени канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 21 с.
7. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольній залежності на етапі становлення ремісії / Л.В.Животовська // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – т.1, вип.3. – С. 110-114.
8. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
9. Зобин М. Л. Отклик на комментарии А.Г. Гофмана к статье В.Д. Менделевича «лечение как влечение, бред как бред» / М. Л. Зобин // Вопросы наркологии. – 2011. – №6. – 110-115 с.

10. Зріз наркологічної ситуації в Україні (дані 2010 року). – Київ, 2011. – 22 с.
11. Киткина Т.А. Типология ремиссий у больных опийной наркоманией / Т.А. Киткина // Сб. : Мат.межд.конф. – 1993. – С.312.
12. Клод Штайнер. Лечение алкоголизма: магия высшей практической психологии. – 2004. – 205 с.
13. Миронова Н.В. Психологическая адаптация и самоактуализация у мужчин с алкогольной зависимостью на разных стадиях ремиссии / Н.В. Миронова / Историческая и социальная образовательная мысль. – 2013. – №3. – С.19-23.
14. Назаров О.Ю. Типология ресурсов социальной адаптации больных алкоголизмом. Режим доступа: [http://www.newsite.chorus-nnsu.ru/pages/e-library/vestnik_soc/99990201_West_soc_2006_1\(5\)/35.pdf](http://www.newsite.chorus-nnsu.ru/pages/e-library/vestnik_soc/99990201_West_soc_2006_1(5)/35.pdf)
15. Противорецидивная и поддерживающая терапия наркотической зависимости: методические рекомендации / составитель Т.В. Пак. – Павлоград, 2010. – 23 с.
16. Рыбакова Ю.В. Алкогольная анозогнозия: методика оценки и взаимосвязь с клиническими и психосоциальными характеристиками больных: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2012. – 20 с.
17. Слободянюк П.М. Оцінка ефективності застосування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / П.М. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т.19. – Вип. 3. – С. 68-71.
18. Фітькало О.С. Моніторинг поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед населення м.Львова та Львівської області / О.С.Фітькало // Медична освіта. – 2013. – № 3. – С. 105-108.
19. Фітькало О.С. Прогнозування стійкості ремісії у хворих, залежних від опіоїдів, на різних стадіях проти рецидивного лікування. / О.С. Фітькало // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – №3. – С. 56-59.
20. Шараневич І.О. Підтримуюча сенсibiliзуюча терапія при залежності від алкоголю в період становлення та стабілізації терапевтичної ремісії / І.О.Шараневич // Довженківські читання: лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин: матеріали VII української науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів. – Харків: ТОВ «ВП Пляда», 2006. – С. 31-33.
21. Шупов С. О трезвости в России / О.Шупов. – 1959. – 135 с.
22. Gorski Terence T. Passages through recovery. An action plan for preventing Relapse.- Minnesota. – 1989. – 176 p.
23. What works in alcohol use disorders? // Advances in Psychiatric Treatment.- 2006. – Vol. 12. – P.2014-2015.

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: РЕМИССИЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Шапочка Е.А., Фиткало О.С.

Резюме. Проблема алкогольной зависимости остро стоит и обговаривается среди представителей медицинских профессий, руководителей государства и широких масс населения уже достаточно длительное время. В работе рассмотрены теоретические наработки использования психологических факторов ремиссии у алкозависимых пациентов, проанализированы научные подходы для разработки эффективной программы реабилитации, с помощью которой можно было бы достичь длительной и качественной ремиссии среди больных алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголизм, ремиссия, трезвость, реабилитационные мероприятия.

ALCOHOL DEPENDENCY: ABSTINENCE AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION FACTORS

E. Shapochka, O. Fitkalo

Abstract. The problem of alcohol dependence is discussed among the health professions, state leaders and the general population for quite a long time. The present article deals with the theoretical developments of using psychological factors of remission in alcohol addicted patients. The scientific approaches have been investigated to develop an effective rehabilitation program. The aim of this program is to achieve long-term and high-quality remission among patients with alcohol dependence.

Key words: alcohol abuse, alcoholism, remission, sober, rehabilitation factors.