

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

INDICATORS OF EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM ALCOHOLISM

A. Burdjalieva

Summary. The article examines the effectiveness of psychotherapy for the treatment of patients suffering from alcoholism. For the study, 95 patients were selected who received treatment at the Ivanovo State Narcological Dispensary, who suffer from alcohol dependence and who have symptoms of depression and anxiety. Various test methods and individual interviews were used to identify the symptoms of depression and anxiety. In the work a correlation is made between alcohol dependence and depression, and positive dynamics is revealed in the course of psychotherapeutic work.

Keywords: depression, anxiety, alcoholism, anxiety-depressive disorder, panic attacks, anhedonia, psychotherapy.

Бурджалиева Айгюль Джамаладдин кызы

Соискатель, Московский Государственный Медицинский Университет имени Сеченова; Врач-психотерапевт клиники «Доктор САН», г. Санкт-Петербург
dr.adb@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается эффективность психотерапии для лечения пациентов, страдающих алкоголизмом. Для исследования было отобрано 95 пациентов, проходивших лечение в Ивановском областном наркологическом диспансере, страдающих алкогольной зависимостью и имеющих симптомы депрессии и тревоги. Применялись различные тестовые методики и индивидуальные беседы для выявления симптомов депрессии и тревоги. В работе проводится корреляция между алкогольной зависимостью и депрессией, а также выявляется положительная динамика в ходе психотерапевтической работы.

Ключевые слова: депрессия, тревога, алкоголизм, тревожно-депрессивные расстройства, панические атаки, ангедония, психотерапия.

Введение

Психотерапия — неотъемлемая часть лечебного процесса в наркологии. Посредством психотерапии становится возможным коррекция представлений больных о себе и своем заболевании, совладание с проблемами, которые в большом количестве присутствуют у каждого пациента к моменту обращения за лечением, формирование стабильной ремиссии и адаптация к трезвой жизни. Современные исследования в области психотерапии и наркологии подтверждают тот факт, что подход к лечению наркологических пациентов существенно отличается от подходов к лечению других категорий больных с психическими расстройствами. Зависимость от ПАВ рассматривается как злокачественный синдромокомплекс, занимающий пограничное промежуточное положение между психотическими расстройствами и неврозами. Отличительные свойства такого положения заключаются в том, что люди с зависимостью от ПАВ в случаях серьезной фрустрации не пользуются адаптивными способами разрешения конфликтов и преодоления трудностей. Преобладание примитивных механизмов психологической защиты (отрицание, расщепление, регрессия), действие которых прослеживается в их реакциях на фрустрацию, не позволяет им сохранить психическое равновесие и провоцирует употребление ПАВ. Данные особенности объясняют низкую мотивацию на лечение и способствуют раннему прерыванию

психотерапевтических отношений. Поэтому для наркологических больных необходимо формировать только ближайшие, наиболее актуальные цели и предлагать им четкие, понятные и выполнимые правила терапии. Лишь при таких условиях становится возможным постепенное формирование стабильного положительного настроения на психотерапевтическое лечение. Существуют и другие специфические особенности у лиц с зависимостью от ПАВ, которые затрудняют формирование стабильных и прочных отношений с психотерапевтом. У них отсутствует способность выдерживать эмоциональное напряжение, превосходящее привычный уровень. Даже относительно небольшие затруднения вызывают у них усиление симптоматики. В процессе лечения они часто нарушают предписанный режим, а при возникновении сильных эмоций действуют импульсивно. Пациенты с зависимостью от ПАВ в своем поведении не всегда опираются на этические принципы, что существенно затрудняет контакт с ними. Продолжительные взаимоотношения сопровождаются у них возрастающими искажениями восприятия из-за усиления действия защитных механизмов, результатом которого может стать нарушение достигнутых договоренностей. Однако если вопросы соблюдения правил, границ и достижения целей урегулированы, то психотерапевтическое лечение становится эффективным инструментом терапии. Психотерапевт должен знать особенности психотерапевтического подхода к наркологическим пациентам и ориентироваться

в методах психотерапии, которые в настоящее время широко предлагаются к применению. Выбор лечебной стратегии, во-первых, основывается на анализе личностных особенностей пациента. Во-вторых, учитываются тяжесть нарушений, их спектр и длительность хронического заболевания. В-третьих, важно оценить способность пациента адекватно оценивать социальную ситуацию, возможности к рефлексии и автономной работе над собственными проблемами. Для наибольшей эффективности рекомендуется применение комплекса психотерапевтических методик и типов психотерапии. Возможно применение директивных методик, при чем, как жестких суггестивных (методика Довженко), так и подобных более мягких подходов (Эриксоновский гипноз с наличием обратной связи), методика НЛП. Главный недостаток этих методик — отсутствие активного вовлечения в лечебный процесс личности пациента. В отличие от данных методик, различные формы групповой и индивидуальной психотерапии, преимущественно, когнитивно-поведенческого, гуманистического направления, позволяют задействовать саму личность. Большое и отдельное место в числе данных методик занимает ситуационно-психологический тренинг (Н.Н. Иванец, Ю.В. Валентик), являющийся методикой выбора при психотерапевтической коррекции патологического влечения к алкоголю у лиц, страдающих алкоголизмом. (Валентик Ю. В., Н. Н. Иванец).

Очень важную роль в психотерапевтическом лечении страдающих алкоголизмом пациентов имеет семейная психотерапия, объектом которой является семья страдающего алкоголизма пациента.

Материалы и методы исследования

В период с июль 2014 года по август 2016 года на курс долгосрочной психотерапии было принято 95 пациентов, проходивших лечение в Ивановском областном наркологическом диспансере. Были обследованы больные — мужчины славянской этнической принадлежности, не родственные между собой с диагнозом зависимости от алкоголя 2–3-й стадии (F10.2 по МКБ-10). Их средний возраст был $44,5 \pm 6,4$ года. До текущей госпитализации они имели не менее 2 терапевтических ремиссий. У всех пациентов имелись прямые и косвенные признаки депрессии, для выявления которых применялись тестовые методики, а также личная беседа с пациентами и их родственниками (тестовые методики: 20-факторный опросник Цунга, опросник Бека для выявления депрессии, госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонда, методика-опросник Гамильтона, тест ШРЛТ Спилберга-Ханина, методика определения уровня самооценки по Дембо-Рубинштейну). Наравне с тестовыми методиками, проводилась индивидуальная беседа с каждым из пациентов с целью выявления симптомов депрессии

и жалоб самих обследуемых на пониженный фон настроения, беседа с родственниками пациентов. Для исследования статистически значимых различий в исследовании использовался критерий Манна — Уитни (U). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и выводы.

К моменту начала психотерапевтической работы у всех 95 пациентов выявлены признаки депрессии по всем тестовым методикам, у 43,16% (41 из 95 обследованных) выявлено сочетание показателей депрессии и тревоги ($p < 0,05$). К моменту окончания курса психотерапии, в период амбулаторной реабилитации, сопровождающейся ремиссией (от 3 до 12 месяцев у разных пациентов) данные показатели претерпели значительные изменения. Так, к моменту третьего тестирования по Беку, в период ремиссии (первое проводилось во время первой встречи с психотерапевтом в стационаре, второе перед выпиской из стационара), выявлено значительное снижение уровня умеренной (24 человека или 25,26% против 42 или 44,21% при первом тестировании) и выраженной депрессии (18 человек или 18,95% против 37 человек или 38,95% при первом тестировании, $p < 0,05$). Кроме того, по методике Дембо-Рубинштейн у большинства пациентов на момент первого обследования наблюдалось сочетание низкой самооценки с негативными представлениями о себе, негативным взглядом на мир и свое будущее (оптимизм/счастье 68 человек или 71,58% — $p < 0,05$). На момент окончания курса психотерапии, в период амбулаторной реабилитации, данное сочетание сохранилось лишь у 39 пациентов из 95 (37,05% — $p < 0,05$).

По данным индивидуальных бесед симптомы депрессии, в том числе ее соматических эквивалентов (жалобы на плохое настроение, ангедонию, снижение работоспособности, снижение аппетита и отсутствие удовольствия от еды, плохое самочувствие с болями в ЖКТ, снижение либидо; мысли о собственном бессилии и ненужности), симптомы депрессии выявлены у 64 пациентов в начале терапии (67,37%) против 31 пациента к моменту окончания терапии (32,63%) — $p < 0,05$.

Обсуждение результатов.

Все 95 пациентов, имевших симптомы депрессии, согласно тестовым методикам и данным индивидуальных бесед, прошли курс индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Частота посещений врача-психотерапевта во время пребывания на стационарном лечении (индивидуальная и групповая психотерапия) составляла 2 сеанса групповой психотерапии и 1 сеанс индивидуальной психотерапии в неделю (длительность пребывания на стационарном лечении от 2 до 4 недель).

После выписки каждый пациент еженедельно посещал психотерапевта в рамках амбулаторной реабилитации 1–2 раза в неделю. Обязательным являлось посещение групповых психотерапевтических занятий, курсом в 10 занятий (группы по 8–10 человек 1 раз в 7–14 дней). Кроме того, в рамках амбулаторной реабилитации проводились сеансы индивидуальной и семейной психотерапии с целью поддержания ремиссии, снижения уровня тревоги и депрессии, решения внутриличностных проблем, социально-психологической реабилитации пациентов, а также членов их семей с преодолением патологиче-

ских паттернов взаимоотношений внутри семьи, работы с созависимостью.

Также в результате терапевтической работы улучшены показатели внутрисемейных отношений у большинства пациентов, члены семей которых также отмечали положительную динамику в результате терапии.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии психотерапии на состояние пациентов с коморбидностью алкоголизма и депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Badawy A. A.-B. Alcohol, aggression and serotonin: Metabolic aspects // *Alcohol and Alcohol*. 1998. — Vol. 33, N1. — P. 66–72.
2. Bleuler E. Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Берлин: Т-во Врач, 1920. — 542 с.
3. Bolton J.M., Belik S. L., Enns M. W. et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 7: 1139–1149.
4. Bourgault Ch., Demers A. Solitary drinking: A risk factor for alcohol-related problems? // *Addiction*. 1997. — Vol. 92, N3. — P. 303–312.
5. Brown S.A., Munson Eth. Extroversion, anxiety and the perceived effects of alcohol. 1987. — Vol. 48, N3. — P. 272–276.
6. Brown S.A., Munson Eth. Extroversion, anxiety and the perceived effects of alcohol. 1987. — Vol. 48, N3. — P. 272–276.
7. Garbutt J.C., West S. L., Carey T. S. et al. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 281: 14: 1318–1325.
8. Goodwin D. W. The gene for alcoholism // *Journ. Stud. Alcohol*. — 1989. Vol. 50, N5. — P. 397–398.
9. Katz R.S., Kravitz H. M. Fibromyalgia, depression and alcoholism: A family history study // *Journ. Rheumatol*. 1996. — Vol. 23, N1. — P. 149–154.
10. Kendler K.S., Gardner C. O. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria // *Amer. Journ. Psychiat*. 1998. — Vol. 155. — P. 172–177.
11. Kushner M.G., Sher K. J., Erickson D. J. Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders // *Amer. Journ Psychiat*. 1999. — Vol. 156, N5. — P. 723–732.
12. Logan J. Relapse and the alcoholic/addict // *Abstr. Int. Conf., 11, Alcohol, Liverpool: Alcohol and Alcohol*. 1999. — Vol. 34, N1. — P. 107.
13. Sontag Н. Клиническое исследование влияния миансерина на алкогольную депрессию, возникающую после детоксикации // *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам*. М., 2000. — С. 46–51.
14. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О. О. Соотношения между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // *Материалы конференции психиатров*. М., 1998. — С. 294.
15. Анохина И. П. Алкоголизм и депрессии взаимосвязь биологических механизмов // *Рос. психiatr, журн.* — 1998. — № 6. — С. 30–33.
16. Анохина И. П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // *Руководство по наркологии* / Под ред. Н. Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 33–41.
17. Гофман А.Г. О течении алкоголизма и усовершенствовании классификации его стадий // *Всерос. Съезд, 5-й, невропатологов и психиатров: Тезисы докладов*. М., 1985. — Т. 2. — С. 35–38.
18. Ерышев О.Ф., Тульская Т. Ю. Применение леривона для коррекции аффективных нарушений у больных алкоголизмом // *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам*. М., 2000. — С. 37–38.
19. Жислин С. Г. Похмелье, клиника алкоголизма и экзогенные формы реакций // *Сов. психоневрология*. 1935. — № 4–5. — С. 142–151.
20. Коноводова И. Н. Значение учета личностных особенностей при лечении алкоголизма // *Врачебное дело*. 1998. — № 1. — С. 152–154.
21. лечения алкоголизма // *Врачебное дело*. 1998. — № 1. — С. 152–154.
22. Лукомский И. И. Алкоголизм и аффективная патология // *Вопросы социальной и клинической психоневрологии: Материалы научной конференции* / Под ред. Л. Л. Рохлина. — М., 1970. — С. 175–181.
23. Ойфе И. А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии (клинический аспект проблемы): Дис. канд. мед. наук. — М., 1990. — 220 с.
24. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. — 415 с.

© Бурджалиева Айгюль Джамаладдин кызы (dr.adb@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»