

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОЛІНАРКОМАНІЮ ІЗ АФЕКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Запорізький державний медичний університет

Наведено аналіз клініко-психофеноменологічного стану хворих на полінаркоманію (опіюди, канабіноїди, алкоголь, тютюн) із афективними порушеннями. Досліджено кореляцію наявних психотерапевтичних феноменів і клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів із найбільш конгруентними психотерапевтичними методами. Розроблено та апробовано систему психотерапії даного контингенту хворих, яка складається з п'яти послідовних етапів.

Ключові слова: психотерапія, полінаркоманія, емоційні порушення, психоактивні речовини.

Питання лікування залежності від психоактивних речовин (ПАР) протягом існування адиктивної патології посідає одне з чільних місць серед психодисциплін та соціальної медицини і на пряму пов'язане із соціально-економічним благополуччям держави через високу медико-соціальну значущість проблеми.

Адиктивна патологія упродовж десятиліть виявлялася як одна з найбільш важкокурабельних і мала значний відсоток рецидивів та регоспіталізацій.

Не останнє значення в низькому відгуку пацієнтів на терапевтичні втручання відіграє коморбідна емоційна патологія, що є як наслідком уживання ПАР, так і потенціуючим наркотизацію чинником. Відомо, що афективні розлади спостерігаються у 85% залежних від ПАР, і це свідчить про необхідність включення спрямованості саногенних заходів на нормалізацію емоційного стану хворих в комплекс терапевтичних тактик лікування адикцій [1].

Мета дослідження — розробити систему психотерапії хворих на полінаркоманію із афективними порушеннями.

У рамках дослідження, проведеного на базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» Запорізької обласної ради, було обстежено 100 хворих на полінаркоманію. У всіх хворих спостерігалися постійне вживання опіюдів й тютюну, епізодичне — алкоголю, канабіноїдів та порушення емоційної сфери. Тривалість захворювання становила від 5 до 15 років. Середній вік пацієнтів дорівнював $31 \pm 0,52$ року. Хворих було розподілено на дві однотипні групи по 50 осіб. До першої — групи дослідження (ГД) — увійшли хворі, які отримували лікування згідно з розробленою нами системою психотерапії; до другої — групи контролю (ГК) — пацієнти, які лікувалися відповідно до стандартних протоколів надання допомоги наркологічним хворим.

У ході дослідження використовувалися такі методи: анамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний, катамнестичний, статистичний.

Створенню системи психотерапії хворих на полінаркоманію із емоційними порушеннями передувало клініко-психофеноменологічне дослідження, яке дало змогу виділити провідні психотерапевтичні феномени та клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми (КПЕС), які допомогли встановити найбільш конгруентні психотерапевтичні методи.

Виразність психотерапевтичних феноменів визначалася за трибальною шкалою, де один бал відповідав її слабкій силі, два бали — середній, три бали — найбільшій, у разі відсутності феномену у хворого виставлявся нуль балів.

У всіх хворих визначалися такі психотерапевтичні феномени, як гіпнабельність (асоційована із гіпноугестивною психотерапією), сугестивність (асоційована із навюванням у стані неспанння), підкріплення (поведінкова психотерапія), навчання (когнітивна психотерапія), усвідомлення (психодинамічна психотерапія), переконання (раціональна психотерапія), забування (психометодологія).

Проте феномени мали розбіжності за силою вираженості: найбільшій сили набували сугестивний ($2,8 \pm 0,24$ бала), гіпноугестивний ($2,5 \pm 0,35$ бала) феномени; середньої — навчання ($2,4 \pm 0,32$ бала), підкріплення ($2,2 \pm 0,15$ бала); слабкої — переконання ($1,4 \pm 0,16$ бала), усвідомлення ($1,2 \pm 0,10$ бала), забування ($1,1 \pm 0,08$ бала).

Феномен переконання у більшості (86,0%) хворих визначався на рівні слабкої сили вираженості, у 10,0% випадків — середньої і у 4,0% — найбільшій. Цей метод разом із сугестивною та когнітивно-біхевіоральною психотерапією набуває взаємо потенціуючого ефекту, що свідчить про доцільність їх поєднання у рамках сеансу психотерапії.

У контексті означених феноменів у всіх хворих домінували такі саногенні КПЕС, як гіпноїдний, фіксаційний, релаксаційний, психовегетативний, гіпомнестичний, поліморфно-конформний, у 24,0 % випадків визначався псевдопурерильний КПЕС.

Феномени інсайт та абреакція виявлялися у 50,0 % та в 32,0 % пацієнтів відповідно та мали середню силу вираженості, втім вони були коморбідні дефензивним — парадоксальним КПЕС (істериформному, експлозивному) і призводили до дестабілізації психічного стану хворих. Тому, незважаючи на адекватний відгук хворих, психотерапевтичні методики, асоційовані із зазначеними феноменами, не рекомендовані до використання.

Результати клініко-психофеноменологічного дослідження було покладено в основу підбору саногенних психотерапевтичних тактик, реалізованих у розробленій нами системі психотерапії хворих на полінаркоманію із афективними порушеннями. Ця система включала такі методи: короткострокову динамічну психотерапію, раціональну психотерапію, сугестивну та гіпносугестивну психотерапію, симультанно-мнестичну психотерапію, аверсивну психотерапію, когнітивно-біхевіоральну терапію, самонавіювання.

Застосовувалися індивідуальна, групова, сімейна психотерапія у відповідній черговості.

Головними завданнями психотерапії визначено досягнення стійкої ремісії щодо вживання ПАР, нівелювання афективних розладів, ресоціалізація хворих.

Векторами вирішення поставлених завдань були формування комплаєнсу пацієнтів до лікування, нівелювання синдрому психічної залежності, стабілізація емоційного стану, навчання соціально-прийнятних моделей поведінки.

Досягнення комплаєнсу до лікування у хворих, залежних від ПАР, відбувалося за рахунок формування критичного ставлення до свого захворювання, мотивації до лікування, у тому числі відмови від уживання ПАР, бажання ресоціалізації, а також нівелювання комплаєнссуперечливих емоційних порушень, до яких належать дисоціація емоцій, спотворений емоційний відгук хворих тощо.

Нівелювання синдрому психічної залежності реалізовувалося шляхом пригнічення гедоністичних спогадів щодо наркотизації, переорієнтації гедоністично-спрямованого пошуку на соціально-прийнятні сфери, розвитку вольового компоненту особистості, формування відрази до вживання ПАР.

Стабілізація емоційного стану хворих відбувалася за рахунок:

а) установлення та усунення чинників, дестабілізуючих психічний стан хворих, а саме — безпосереднього впливу ПАР на емоційний стан

(інтоксикація або синдром відміни), спотворення особистісних особливостей хворих внаслідок уживання ПАР (у тому числі особистісних моделей емоційного реагування), втрати здатності до адекватної ідентифікації вектора емотивності (специфічна дисоціація, спотворення самосприйняття емоційного стану), психотравмуючих обставин, емоційно-несприятливого зовнішнього середовища;

б) привнесення емоційно-стабілізуючих компонентів: навчання аутопсихогієни (самонавіювання, нормалізація режиму праці — відпочинку, сну — неспання тощо), прищеплення саногенних моделей емоційного реагування, психологічного захисту, тренінгу антиципаційної спроможності, тренінгу аутоемоційної ідентифікації, створення емоційно-сприятливого внутрішньосімейного середовища, зокрема шляхом роботи із членами сім'ї хворого.

Відповідно до психічного стану пацієнтів їм призначалося психофармакологічне потенціювання: психолептики, психоаналептики, ноотропні препарати, вегетостабілізатори, тимостабілізатори, вітамінотерапія, біологічна терапія.

Пропонована система психотерапії була найбільш прийнятною із соціально-реабілітаційної, клінічної та економічної точок зору.

Згідно із завданнями та методами психотерапевтичні заходи було розподілено на п'ять етапів (рисунк).

Перший, психоаналітично-вступний, етап був спрямований на встановлення психотерапевтичного контакту із хворим, виявлення його усвідомлюваних й неусвідомлюваних переживань та патологічних факторів, що впливають на психологічний стан пацієнта та потяг до ПАР. На цьому етапі застосовували методи короткострокової динамічної і раціональної психотерапії, які впроваджувалися в індивідуальній формі. На подальших етапах перевага надавалася груповим формам психотерапії. Тривалість етапу: 1–2 заняття по 60 хв.

На другому, комплаєнсформуючому, етапі було зосереджено увагу на формуванні у хворого комплаєнсу до терапії; відбувалися переорієнтація мотивів та орієнтація вольових зусиль пацієнта на лікування. Цей етап після впровадження його ключового ланцюга надалі нашаровувався на всі подальші етапи. Використовувалося поєднання раціональної та сугестивної психотерапії. Тривалість ключового ланцюга етапу: 1–2 заняття по 30–60 хв із подальшими включеннями по 5–15 хв на заняттях наступних етапів.

Третій, стабілізуючий, етап містив два підетапи, які проходили паралельно: аверсивний та емоційно-стабілізуючий. Перший із них був спрямований на досягнення ремісії адикції, другий — на

Психоаналітично-вступний етап

Завдання:

- установлення психотерапевтичного контакту з хворим;
- виявлення усвідомлюваних та неусвідомлюваних переживань.

Методи: короткострокова динамічна, раціональна психотерапія.

Тривалість: 1–2 заняття по 60 хв.



Комплаєнсформуючий етап

Завдання:

- формування комплаєнсу до лікування;
- формування критичного ставлення до свого захворювання;
- формування мотивації до лікування, у тому числі відмови від уживання ПАР, бажання ресоціалізації.

Методи: раціональна, сугестивна психотерапія.

Тривалість: 1–2 заняття.



Стабілізуючий етап

Завдання: стабілізація психічного стану хворого.

Тривалість: 12 занять.

Аверсивний підетап

Завдання:

- пригнічення гедоністичних спогадів щодо наркотизації;
- переорієнтація гедоністично-спрямованого пошуку на соціально прийнятні сфери;
- розвиток вольового компоненту особистості;
- формування відрази до вживання ПАР.

Методи: гіпносугестивна, сугестивна, аверсивна, симультанно-мнестична психотерапія.

Емоційно-стабілізуючий підетап

Завдання:

- установлення та усунення чинників, дестабілізуючих психічний стан хворих;
- прищеплення саногенних моделей емоційного реагування, психологічного захисту.

Методи: гіпносугестивна, сугестивна психотерапія.



Переформуючий етап

Завдання: стабілізація психічного стану хворого.

Методи: раціональна, когнітивно-біхевіоральна психотерапія, навчання самонавіюванню.

Тривалість: 12 занять.

Особистістьформуючий підетап

Завдання:

- прищеплення саногенних моделей емоційного реагування, психологічного захисту;
- нівелювання комплаєнсуперечливих емоційних порушень (дисоціація емоцій, спотворений емоційний відгук);
- тренінг антиципаційної спроможності;
- тренінг аутоемоційної ідентифікації.

Поведінково-інсталяційний підетап

Завдання:

- навчання аутопсихогієни;
- навчання соціально прийнятних моделей поведінки.



Підтримуючий етап

Завдання:

- підтримка ремісії та соціального функціонування;
- аутопсихогієна;
- створення емоційно-сприятливого внутрішньосімейного середовища.

Методи та тривалість: аутопсихогієна (постійно), сімейна психотерапія (5 занять і далі за необхідністю), продовження групових тренінгів (щотижня на протязі півроку і далі за необхідністю).

терапію афективних розладів. Застосовувалася гіпноугестивна та сугестивна, аверсивна, симультанно-мнестична психотерапія. Остання була спрямована на «забування» гедоністичних спогадів щодо наркотизації, пригнічувала їх яскравість, насиченість, що полегшувало відмову хворих від уживання ПАР.

Тривалість етапу: 12 занять по 40 хв.

Четвертий, переформуючий, етап також мав два підетапи: особистітьформуючий і поведінково-інсталяційний, які були спрямовані на переформування патологічних якостей особистості та сфер психіки. Використовувалися раціональна, когнітивно-біхевіоральна психотерапія, навчання самонавіювання.

Третій та четвертий етапи можуть поєднуватися.

П'ятий етап — підтримуючий — був орієнтований на підтримку ремісії та соціального функціонування у позастаніонарному житті хворого і включав роботу хворого з аутопсихогієни, сімейну психотерапію та продовження групових тренінгів.

У результаті курсу психотерапії, проведеного відповідно до розробленої системи психотерапії, у всіх хворих ГД відзначалися повна редукція психопатологічної симптоматики та ремісія адиктивних порушень, на відміну від пацієнтів ГК, серед яких у 34,0% випадків спостерігалася часткове покращання, а в 10,0% не було виявлено суттєвої позитивної динаміки.

Упродовж півроку після завершення участі в дослідженні жоден із хворих ГД не звернувся до стаціонару повторно.

У хворих із ГК повна редукція психопатологічної симптоматики спостерігалася у 22,0% спостережень, помірне покращання — у 40,0%, регрес психопатологічної симптоматики був відсутній у 38,0% обстежених.

Таким чином, розроблена та використана нами система диференційованої психотерапії виявилася ефективною, її застосування дало змогу значно поліпшити та прискорити процес одужання хворих, залежних від ПАР, із афективними порушеннями.

Список літератури

1. *Минко А. И.* Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ / А. И. Минко, И. В. Линский // *Международ. мед. журн.*— 2003.— Т. 9, № 3.— С. 28–30.
2. *Михайлов Б. В.* Психодинамическая психотерапия: клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе; под ред. Б. В. Михайлова, М. П. Боро.— Донецк: Каштан, 2009.— С. 395–422.
3. *Психотерапия: учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, С. И. Витенко, В. В. Чугунов.*— Харьков: Око, 2002.— 768 с.
4. *Методы современной психотерапии: учебное пособие; сост. Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова.*— М.: Класс, 2001.— 480 с.
5. *Бурлачук Л. Ф.* Основы психотерапии / Л. Ф. Бурлачук, И. А. Грабская, А. С. Кочарян.— К.: Ника-Центр; М.: Алетейа, 1999.— 320 с.
6. *Психотерапевтический диагноз: уч. пособ. / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, В. А. Курило, Ю. И. Заседа.*— Харьков: Наука, 2011.— 354 с.
7. *Чугунов В. В.* Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов.— К.: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008.— 768 с.
8. *Чугунов В. В.* Диагностика в психотерапии та психотерапевтический диагноз: навч. посіб. / В. В. Чугунов.— Харьков: Наука, 2010.— 304 с.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

А. З. ГРИГОРЯН

Дан анализ клинко-психофеноменологического состояния больных полинаркоманией (опиоиды, каннабиноиды, алкоголь, табак) с аффективными нарушениями. Изучена корреляция имеющихся психотерапевтических феноменов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов с наиболее конгруэнтными психотерапевтическими методами. Разработана и апробирована система психотерапии данного контингента больных, которая состоит из пяти последовательных этапов.

Ключевые слова: психотерапия, полинаркомания, эмоциональные нарушения, психоактивные вещества.

PSYCHOTHERAPY SYSTEM IN PATIENTS WITH POLYDRUG ABUSE AND AFFECTIVE DISORDERS

A. Z. GRIGORYAN

Clinical psychophenomenological status of patients with polydrug abuse (opioids, cannabinoids, alcohol, tobacco) and affective disorders was analyzed. Correlation of the existing psychotherapeutic

phenomena, clinical psychotherapeutic effect-syndromes and most congruent psychotherapeutic methods was revealed. The system of psychotherapy of this group of patients, which consists of five sequential stages, was developed and tested.

Key words: psychotherapy, polydrug abuse, emotional disorders, psychoactive substances.

Надійшла 04.09.2014