

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ ІНТЕГРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

На підставі порівняльного аналізу результатів впровадження розробленої системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності у 95 чоловіків та стандартної терапії алкогольної залежності у 44 чоловіків доведена ефективність запропонованої системи. У пацієнтів, з якими проводилась інтегративна психотерапевтична робота, спостерігались достовірно кращі показники щодо нівелювання наявності та вираженості алкогольної залежності, покращання стійкості та тривалості ремісії, відновлення функціонування в суспільстві (в сферах працездатності, родинних та міжособистісних відносин) та дотримання схеми фармако- і психотерапії. Загальний комплексний «коефіцієнт ефективності» запропонованих заходів у порівнянні із стандартними за суб'єктивним показником хворих склав через 6 місяців — 73,0 %, через 12 місяців — 63,0 %.

Ключові слова: інтегративна психотерапія, ефективність, алкогольна залежність.

В останні роки на теренах нашої держави невпинно збільшується кількість осіб, які страждають на алкогольну залежність (АЗ) [1—6]. Аналізуючи дані літератури, доводиться констатувати, що, незважаючи на великий арсенал засобів і методів, які має в своєму розпорядженні наркологія, ефективність лікування АЗ продовжує залишатися недостатньою [5—8]. Світовий досвід переконливо доводить значне підвищення ефективності лікування осіб, залежних від алкоголю, при використанні спеціально розроблених систем психотерапевтичних заходів [9—13]. Проте, на даний час психотерапевтична ланка наркологічної допомоги в Україні практично не існує і її розвиток гальмується, в тому числі, відсутністю відповідного методичного забезпечення. Сучасний стан психотерапії залежності від алкоголю характеризується індивідуальним підходом, комплексністю та спрямованістю. В цілому спостерігається перехід від симптомологічних до нозоцентрированих та особистісно-орієнтованих впливів. На перший план виходить поліпшення якості ремісій й профілактика рецидиву захворювання. Проте, для більшості пацієнтів, які звертаються за допомогою, найчастіше допомога зводиться до так званого «плацебо-лікування». Невиправдано широке застосування «шахрайських» з точки зору доказової медицини психотерапевтичних методів приводить до того, що значна кількість пацієнтів, що звертаються за допомогою, залишаються без повноцінного психотерапевтичного супроводу. У зв'язку із цим збільшується актуальність розробки психотерапевтичних інтегративних методів, досить ефективних, що відповідають сучасним стандартам лікування АЗ. Як один з таких методів можна розглядати інтегративну психотерапію, що є визнаним методом лікування адиктивних розладів. У контексті лікування АЗ даний метод спрямований на те, щоб сприймати людину як ціле і запропонувати їй відповідну терапію. При цьому вона ґрунтується на досвіді сучасних досліджень, які доводять, що більшість підходів у психотерапії мають загальні основні, але різні специфічні фактори впливу, й що завдяки сполученню цих факторів можна уникнути односторонньої спрямованості психотерапії.

З урахуванням актуальності вищенаведеного, нами, на підставі клініко-психопатологічного, психодіагностичного, соціально-демографічного обстеження 150 чоловіків з діагнозом F 10.2 (Алкогольна залежність) різного вікового цензу в період ремісії (основна група) та 50 практично здорових осіб— чоловіків (група порівняння) та визначення мішеней психотерапевтичного впливу [14], розроблено систему інтегративної психотерапії

АЗ, яка набула пілотного впровадження у Вінницькому комунальному закладі «Соціотерапія».

Ефективність застосування системи заходів інтегративної психотерапії АЗ у пацієнтів оцінювали після їх проведення. Контроль ефективності заходів здійснювали за допомогою:

а) тесту AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначенням ступеня небезпечності його вживання [15];

б) оціночного переліку симптомів та глосарію для психічних розладів — Модуль F1: Синдром зловживання психоактивними речовинами [16];

в) самозвітів пацієнтів.

Дані, отримані у процесі оцінки запропонованих заходів, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик на ступінь вираженості симптомів АЗ, її клінічний перебіг, соціальну адаптацію пацієнтів (суб'єктивна оцінка пацієнтів у основних сферах функціонування — міжособистісній, відносинах з родиною та у суспільстві, організації життєдіяльності в побуті та ін.).

Із усіх досліджених хворих на алкогольну залежність ($n = 150$) першу терапевтичну групу (ПТГ) склали пацієнти, які брали участь у запропонованих заходах, що розроблені за результатами власних досліджень — 95 осіб. У другу терапевтичну групу (ДТГ) увійшли 44 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію. За різних причин (відмова від лікування, зміна місця мешкання, та ін.) із усіх обстежених хворих із дослідження вибуло 11 хворих.

Періодами оцінювання було обрано 6 та 12 місяців від початку терапії. Дані періоди обрані, враховуючи патогенез АЗ, а саме тому, що, на наш погляд, лише через 6 місяців вже можливо фіксувати стабільні позитивні клінічні та соціальні зміни (наприклад, в сферах функціонування), а не лише перші — нестабільні позитивні зміни, які швидко піддаються руйнуванню. У свою чергу, через 12 місяців можливо оцінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи набуті та закріплені соціальні паттерни поведінки та чинник «звикання» до змін із частковою втраченою первинного «емоційно-поведінкового ефекту».

Першим етапом у дослідженні стало виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, визначенням ступеня небезпечності його вживання за допомогою тесту Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [15]. Використання даного тесту на етапі оцінювання ефективності системи інтегративної психотерапії надавало можливість повторно виявити або виключити клінічні та соціальні проблеми, які виникали внаслідок вживання алкоголю. Результати тестування пацієнтів за тестом AUDIT відображено у табл. 1.

Таблиця 1

Результати дослідження пацієнтів ПТГ та ДТГ за тестом AUDIT (через 12 місяців від початку лікування)

Запитання	ПТГ, бал					ДТГ, бал				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Як часто Ви вживаєте алкоголь?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
У якій кількості Ви звичайно вживаєте алкогольні напої, коли випиваєте (за одну добу)	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Як часто Ви випиваєте б та > СДА за добу?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Як часто за останній рік Ви виявляли, що, почавши пити алкоголь, не можете зупинитися (випиваєте більше, ніж планували або п'єте довше, ніж планували)	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Як часто за останній рік через надмірне вживання алкоголю Ви не змогли зробити те, що робите звичайно (зневажали навчанням, роботою, домашніми справами)?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Як часто за останній рік Вам було необхідно похмелитися ранком, щоб отямитися після того, як Ви багато випили напередодні?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
За останній рік Ви випробовували почуття провини або каяття совісті після випивки?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
За останній рік Ви не могли згадати, що було напередодні ввечері, тому що Ви були п'яні?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Чи не стало надмірне вживання Вами алкогольних напоїв причиною отриманих Вами або кимсь іншим травм?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Родичі, друг, лікар виказувалися із приводу Вашого пияцтва або пропонували Вам зменшити кількість уживаного алкоголю?	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-

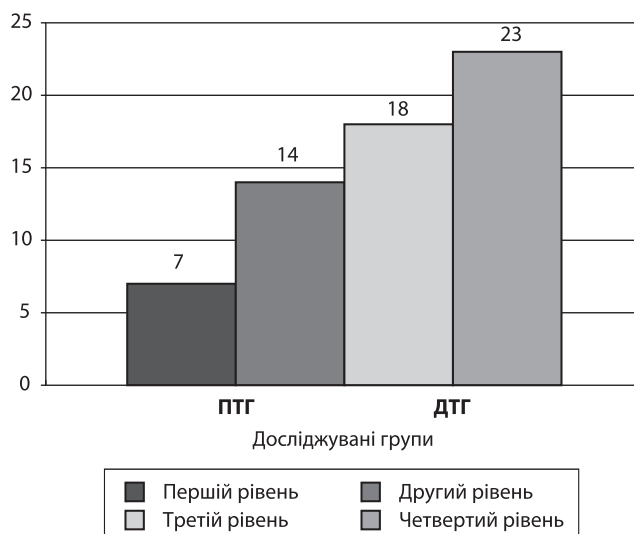
Примітка: 1) Ніколи — 0 балів; 1 раз на міс. та рідше — 1 бал; 2—4 рази на міс. — 2 бала; 2—3 рази на тиждень — 3 бала; 4 і більше разів на тиждень — 4 бала.
 2) «+» та «-» — зведений показник по групі щодо наявності/відсутності пагубних наслідків.
 3) Достовірність розбіжностей між показниками у групах $p \leq 0,001$.

За тестом AUDIT у ПТГ середній бал дорівнював 0 балів, що свідчило про відсутність наявності негативних наслідків, пов'язаних із вживанням алкоголю. У свою чергу, серед пацієнтів ДТГ виявлено 22 пацієнти — 50,0 %, які продовжували вживати алкоголь 2—4 рази на місяць (постійний стиль зловживання алкоголем), якій за МКХ-10 класифікувався як синдром залежності від алкоголю. У пацієнтів даної групи середній бал склав 2,0, що свідчило про наявність серйозних алкогольних проблем.

Крім того, стиль зловживання алкоголем у пацієнтів ДТГ із високим ступенем достовірності, як й до отримання лікування, корелював із запитаннями щодо наявності небезпеки для фізичного ($p \leq 0,001$), психологічного ($p \leq 0,001$) та психічного здоров'я ($p \leq 0,001$). У ДТГ медично-соціальними наслідками зловживання алкоголем виявлено продовження зневажання навчанням, роботою, побутовими справами, фізичні травми ($p \leq 0,001$). Зведені результати тестування пацієнтів ПТГ та ДТГ за рівнем А3 за тестом AUDIT відображено у рис. 1.

В цілому у пацієнтів ПТГ виявлено відносно безпечне (або повна відсутність) вживання алкоголю (1 рівень — 0—7 балів) — 68,0 % та у 22,0 % зберігалось ризиковане вживання алкоголю — 2 рівень (8—15 балів).

У свою чергу, у пацієнтів ДТГ небезпечне вживання алкоголю (3 рівень — 16—19 балів) виявлено у 55,0 % осіб. Висока ймовірність А3 (4 рівень — 20 балів і більше) виявлено у 28,0 % осіб (ці пацієнти відповідали усім критеріям А3 за МКХ-10). В цілому, у клінічній картині алкогольних розладів у пацієнтів ДТГ зловживання алкоголем мало постійний характер із втратою ситуаційного контролю, «палімпсестами» та амнестичними формами сп'яніння ($p < 0,001$).



Показник AUDIT: 1 рівень (відносно безпечне вживання алкоголю) — ≤ 7 балів; 2 рівень (ризиковане вживання алкоголю) — 8—15 балів; 3 рівень (небезпечне вживання алкоголю) — 16—19 балів; 4 рівень (висока вірогідність алкогольної залежності) — 20 балів та більше

Рис. 1. Розподіл пацієнтів ПТГ та ДТГ за рівнем алкогольної залежності (тест AUDIT)

Наступним етапом оцінювання ефективності застосування системи інтегративної психотерапії А3 було вивчення розподілу симптомів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем за частотою їх зустрічаємості (перелік Модуля F1: Синдроми зловживання психоактивними речовинами, де діагноз кодувався як синдром залежності від алкоголю F 10.2x [16]) у ПТГ та ДТГ (табл. 2).

Таблиця 2

Частота зустрічаємості симптомів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем за МКХ-10 у ПТГ та ДТГ (через 12 місяців від початку лікування)

Симптоми	ПТГ		ДТГ	
	N	% ± m	N	% ± m
Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	—	—	27	15,2 ± 3,6
Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	—	—	28	15,7 ± 3,6
Уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції	—	—	26	14,6 ± 3,5
Стан абстиненції	—	—	28	15,7 ± 3,6
Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	—	—	4	2,2 ± 1,5
Звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються	—	—	4	2,2 ± 1,5
Прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів	—	—	5	2,8 ± 1,7
Психологічна або соматична шкода	—	—	28	15,7 ± 3,6
Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	—	—	28	15,7 ± 3,6
Всього симптомів	36	100,0	178	100,0

У хворих ДТГ, у порівнянні із пацієнтами ПТГ, переважали усі симптоми АЗ, які розподілилися відносно рівномірно (див. табл. 2), що свідчило про подальший «класичний» розвиток АЗ у обстежених. На відмінність від пацієнтів ПТГ, у пацієнтів ДТГ за кореляційним аналізом збереглася висока міцність зв'язку між важкістю перебігу АЗ та «незначущістю» для пацієнта таких симптомів: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага») ($p < 0,001$), порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю») ($p < 0,001$), уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції ($p < 0,001$).

Толерантність до алкоголю виявлена у 55,0 % пацієнтів ДТГ. У пацієнтів ДТГ виявлено збереження впливу кількісного зростання симптомів АЗ на незадовільні відносини у родині ($p < 0,001$), погіршення житло-побутових умов існування, збіднення кола соціальних контактів ($p < 0,001$), зниження ефективності психотерапії ($p < 0,001$).

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення розподілу синдромів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем та зміни форм сп'яніння у ПТГ та ДТГ (табл. 3). У пацієнтів ПТГ не виявлено синдрому зловживання алкоголем, активної залежності від

алкоголю й постійного вживання алкоголю, а у пацієнтів ДТГ дані форми, в цілому, розподілилися рівномірно ($p < 0,01$), що свідчило як про збереженість різних форм вживання, так й проблем, пов'язаних із вживанням алкоголем у пацієнтів ДТГ. Крім, того у пацієнтів ДТГ продовжували діагностуватися істеричний, дисфоричний й експлозивний компоненти сп'яніння ($p < 0,001$). Так, агресія в сполученні з руховою активністю й порушенням у стані сп'яніння виявлено у 35,3 % хворих (табл. 3).

У пацієнтів ДТГ після лікування продовжували діагностуватися форми сп'яніння із рисами поліморфної симптоматики істероїдного компонента у 29,4 % хворих. У таких пацієнтів сп'яніння супроводжувалося істеричними рисами, які проявлялися дисфоричними та/або диспозитивними проявами, а також рисами епілептоїдності, що виявилися егоцетрованістю. Зміна форми сп'яніння з депресивним й тривожно-фобічним компонентом спостерігалася у 35,3 % хворих ДТГ. Пацієнти ДТГ продовжували проявляти невпевненість у собі, емоційну лабільність, піддатливість чужої думки. Зміна форми сп'яніння в сполученні із особистісними преморбідними рисами у поведінці пацієнтів ДТГ продовжувало виявлятися руховою дисгармонічністю у 35,3 % ($p < 0,001$).

Таблиця 3

Розподіл синдромів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем та форм сп'яніння у ПТГ та ДТГ (через 12 місяців від початку лікування)

Показник	Групи			
	ПТГ		ДТГ	
	N	% ± m	N	% ± m
Синдром залежності (F 10.2) за МКХ-10				
У наступний час утримання (F 10.20)	95	100 ± 0,0	22	50,0 ± 5,0
Активна залежність (F 10.24)	—	—	—	—
Постійне вживання (F 10.25)	—	—	10	22,7 ± 4,2
Епізодичне вживання (F 10.26)	—	—	12	27,3 ± 4,5
Поведінка без зміни	—	—	—	—
Істерична, дисфорична, експлозивна поведінка	—	—	10	29,4 ± 4,6
Депресивна поведінка із тривожним афектом	—	—	12	35,3 ± 4,8
Агресивна поведінка із руховим збудженням	—	—	12	35,3 ± 4,8

Наступним шляхом під час оцінки ефективності запропонованих заходів було дослідження якості ремісії в інтервалах 6 та 12 місяців. За даними аналізу якості ремісії за рецидивами АЗ у пацієнтів ПТГ та ДТГ (табл. 4) видно, що ефективність запропонованих заходів за результатами оцінювання склали: повна ремісія

АЗ — 70,5 % та 65,3 % у ПТГ у порівнянні із 11,4 % та 15,9 % у ДТГ, неповна ремісія, відповідно, у 27,4 % та 30,5 % осіб ПТГ, у порівнянні із 25,0 % та 27,3 % у пацієнтів ДТГ. Постійні «зриви» із наступним стійким зловживанням алкоголем у осіб ПТГ склали — 2,1 % та 4,2 %, у ДТГ, відповідно — 63,6 % та 56,8 %.

Таблиця 4

Показники якості ремісії за рецидивами АЗ у пацієнтів ПТГ та ДТГ

Якість ремісії АЗ	Групи							
	ПТГ				ДТГ			
	6 місяців (n = 95)		12 місяців (n = 95)		6 місяців (n = 44)		12 місяців (n = 44)	
	N	% ± m	N	% ± m	N	% ± m	N	% ± m
Повна (12 місяців)	67	70,5 ± 4,6	62	65,3 ± 4,8	5	11,4 ± 3,2	7	15,9 ± 3,7
Неповна із наступною корекцією (6 місяців)	26	27,4 ± 4,5	29	30,5 ± 4,6	11	25,0 ± 4,3	12	27,3 ± 4,5
Постійні «зриви» із наступним стійким зловживанням алкоголем (1 місяць)	2	2,1 ± 1,4	4	4,2 ± 4,2	28	63,6 ± 4,8	25	56,8 ± 5,0
Всього	95	100,0	95	100,0	44	100,0	44	100,0

У хворих ПТГ не виявлено порушення схеми фармакотерапії; у свою чергу у ДТГ такі хворі склали більше 50,1 %.

У пацієнтів, які склали групу із постійними «зривами» із наступним стійким зловживанням алкоголем у ПТГ та ДТГ, проведено аналіз причин виникнення зриву. Усі рецидиви були поділено на два типи.

1. Ранні — виникали продовж першого місяця, легко купірувались фармакотерапією та інтегрованою психотерапією. Даний тип рецидиву виникав у хворих ПТГ та у 80 % випадків швидко зникав, не призводячи до появи затяжних форм вживання алкоголю. Для запобігання появи наступних зривів ремісії на підставі аналізу причин їх виникнення виявлено, що у пацієнтів після інтегрованої психотерапії можуть виникати амбівалентні життєві ситуації, а саме: а) наявність причин зловживання алкоголем при сформованому тверезому способі життя; б) слабкість (незрілість) сформованих захисних механізмів у провокуючих ситуаціях.

2. Рецидиви із епізодичним та систематичним вживанням алкоголю. Виникали спонтанно, характеризуючись декількома (до 4 разів) тяжкими алкогольними ексцесами, які потребували довгого лікування. Даний тип рецидивів виникав у хворих ДТГ та у 75,0 % випадках призводив до появи затяжних форм вживання алкоголю.

Загальний аналіз якості ремісії як складової оцінювання ефективності запропонованих заходів дозволив нам вдосконалити заходи із комплексної інтегрованої психотерапевтичної роботи, а саме, запропонувати напрямки для досягнення таких цілей:

1) подолання анозогнозії власного хворобливого стану із виявленням психологічних механізмів, що призводять до хворобливого реагування та формуванням моделі поведінки, яка запобігає виникненню хворобливого реагування;

2) усвідомлення хворим власної залежної поведінки та необхідності сторонній психотерапевтичної допомоги;

3) розроблення стратегії особистого реагування хворого в ситуаціях, що провокують до вживання алкоголю.

В цілому, порівняння результатів лікування обох груп пацієнтів виявило, що застосування заходів інтегративної психотерапії дозволило значно подовжувати термін лікування (до 2 разів), що сприяло формуванню стійких змін у мотиваційній та поведінковій сферах пацієнтів.

Наступним критерієм оцінювання ефективності заходів інтегративної психотерапії у комплексному лікуванні хворих на АЗ було дослідження їх суб'єктивної задоволеності від лікування. За результатами аналізів самозвітів, пацієнти ПТГ у порівнянні із пацієнтами ДТГ мали більшу задоволеність від лікування.

Так, у пацієнтів ДТГ зриви ремісії АЗ були обумовлені зниженням настрою внаслідок незадоволеності від швидкості досягнення результату на початку лікування. У таких пацієнтів не було проведено достатнього психотерапевтичного «опрацювання» механізмів хворобливого стану. Обстежені були налаштовані на «швидке лікування» АЗ лише монотерапевтичними психотерапевтичними засобами (без комплексного застосування та інтеграції заходів, спрямованих на різні проблеми). У пацієнтів у більшості випадків зберігалася стійка анозогнозія АЗ. Як наслідок, через кілька місяців на тлі рецидивів АЗ при появі стресових ситуацій, наростанні емоційного напруження, відзначалося значне зниження задоволеності отриманим лікуванням.

У пацієнтів ПТГ виявлено стабільну задоволеність лікуванням від початку терапії до 12 місяців, що обумовлено охопленням та, власне, зміною у основних сферах життєдіяльності, де були прояви алкогольних проблем. У самозвітах пацієнтів реєструвалося підвищення рівня мотивації на комплексне інтегративне психотерапевтичне втручання. У більшості пацієнтів сформувався сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи із родиною.

Кореляційний аналіз результатів дослідження задоволеністю лікуванням через 12 місяців виявив, що досягнуті максимальні показники у ПТГ базувалися саме на спрямованості психотерапії на індивідуальну роботу з механізмами й мотивами вживання АЗ. Так, психотерапевтичний вплив, спрямований на формування комплексного сприйняття усіх компонентів АЗ, дозволив пацієнту перебороти чинник анозогнозії й реально «бачити» наслідки хвороби.

За результатами самозвітів хворих ПТГ та ДТГ у плані відновлення їх функціонування у суспільстві виявлено таке.

1. У хворих ПТГ спостерігалася статистично достовірна ($p < 0,05$) позитивна динаміка у сфері працездатності на протязі усього терміну лікування, а саме: а) через 6 місяців після початку терапії бажання працювати відновлено у 75,0 % хворих, у той час як у ДТГ — лише у 32,0 %. Низький рівень бажання щодо працездатності відзначався у 25,0 % хворих ПТГ та, відповідно, у 68,0 % пацієнтів ДТГ; б) через 12 місяців у пацієнтів ПТГ у сфері працездатності було діагностовано стійке бажання та гарне працевлаштування у 85,0 % хворих, у хворих ДТГ, відповідно, — 45,0 %, тобто низький рівень працевлаштування у пацієнтів ПТГ склав 15,0 %, відповідно, у ДТГ — 55,0 % хворих.

2. У сфері міжособистісних відносин у родині статистично достовірна ($p < 0,05$) позитивна динаміка виявлена у 41,4 % хворих ПТГ вже на другому місяці лікування. У пацієнтів ДТГ зміни у сфері міжособистісних родинних відносин виявлено у 18,2 % пацієнтів лише на 3 місяці стандартних заходів допомоги.

Викладене вище дозволяє стверджувати, що вплив запропонованих заходів системи інтегративної психотерапії АЗ на ефективність функціонування пацієнтів у суспільстві попереджує нівелювання та закріплює позитивні досягнення хворого в усіх сферах життя.

Наступним етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стала оцінка, власне, ефективності інтегрованої психотерапії у порівнянні із стандартними психотерапевтичними заходами. Результати оцінювання позитивного ефекту від інтегративної психотерапії у хворих на АЗ у порівнянні із стандартними психотерапевтичними заходами наведено на рис. 2. Позитивний ефект — це інтегральний (зведений) показник, який характеризує утримання від вживання алкоголю, тобто якість ремісії, складовими якої є: середня швидкість нівелювання значущих негативних показників за тестом AUDIT, середня швидкість нівелювання значущих негативних показників за МКХ-10; середній показник зміни синдромів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем та форм сп'яніння у ПТГ та ДТГ, середні показники якості ремісії за рецидивами АЗ. Таким чином, через 6 міс. лікування загальний позитивний ефект (тобто якість ремісії) спостерігався у 45 % пацієнтів ПТГ та 34 % пацієнтів ДТГ, через 12 місяців, відповідно, в 74 % та 52 % осіб.

За результатом аналізу даних (див. рис. 2) можна стверджувати, що інтегративна психотерапія на протязі першого року спостереження у періодах 6 та 12 місяців показала найбільший ефект при лікуванні пацієнтів ПТГ. В цілому, ці пацієнти мали домінуючі соціально-психологічні мотиви вживання алкоголю, що могло бути пов'язане з відносно невисоким ступенем їх соціальної дезадаптації [17]. Ізольовані дисфункціональні переконання пацієнтів цієї групи, що становили собою шаблонні уявлення за типом «соціальних міфів», легше піддавалися психотерапевтичній корекції за умови формування світогляду «невживання», розвитку навичок рефлексії, здатності ставити перед собою мету на майбутнє й створення атмосфери підтримки серед оточуючих. Позитивний поведінковий компонент терапії спостерігався внаслідок засвоєння альтернативних способів релаксації.

У свою чергу, у пацієнтів ДТГ комплексна оцінка ефективності психотерапії виявилася низькою, в основ-

ному, за рахунок збереженості переконань пацієнтів про можливість у майбутньому помірно вживати алкоголь, це підтвердилося зниженням частки «довгих» ремісії.

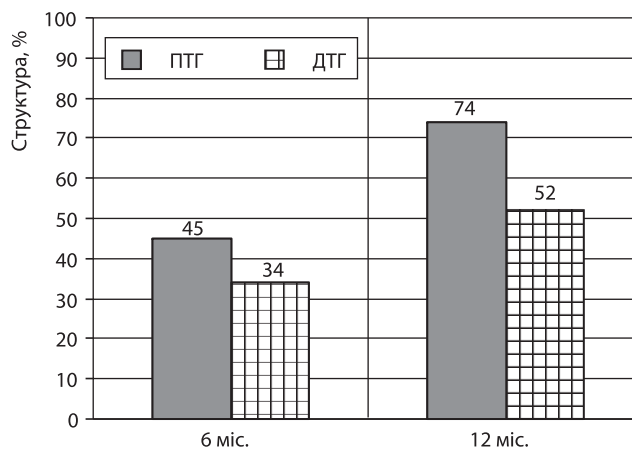


Рис 2. Оцінювання позитивного ефекту від інтегративної психотерапії у порівнянні із стандартними психотерапевтичними заходами

Дисфункціональні переконання пацієнтів з перевагою особистісних мотивів вживання алкоголю відрізнялися значною ригідністю, були «спаяні» з особистістю й вимагали більш поглибленої психотерапевтичної корекції у обох терапевтичних групах. У пацієнтів ПТГ так званий «саногенний» оздоровчий ресурс полягав в усвідомленні психологічної природи власних проблем, розумінні факту, що для досягнення результату необхідна робота над собою. Одержавши позитивний досвід подолання труднощів, що раніше призводили до вживання алкоголю (викликали загострення патологічного потяга до алкоголю), хворі охоче включалися у психотерапевтичну роботу та відпрацьовували отримані в ході терапії навички емоційної поведінки із членами родини та іншими особами.

У пацієнтів ДТГ переважання патологічних мотивів вживання алкоголю частіше сполучалося з більш важкими проявами фізичної залежності, вираженими особистісними змінами та соціальною дезадаптацією. Відсутність у психотерапевтичному лікуванні інтегративного компонента, спрямованого на нівелювання дисфункціональних переконань, а саме: про власну безпорадність перед життєвими проблемами, тривалий «стаж» дисгармонійних поведінкових моделей у сімейних та міжособистісних відносинах, відсутність навичок самодисципліни ставало чинником низької ефективності психотерапії. В свою чергу, успішна психотерапія пацієнтів ПТГ була обумовлена її інтегративною складовою, що забезпечувало якісний психотерапевтичний вплив у сполученні з фармакотерапією.

Наступним етапом оцінки ефективності впровадження системи інтегративної психотерапії АЗ стало дослідження комплексного показника щодо дотримання фармакотерапії та психотерапії. Даний показник також вивчався нами через 6 та 12 місяців.

Отримані результати щодо дотримання фармакотерапії та психотерапії пацієнтами ПТГ та ДТГ наведені у табл. 5.

Результати дослідження пацієнтів ПТГ та ДТГ щодо дотримання фармакотерапії та психотерапії

Порушення схеми фармакотерапії та психотерапії	Групи							
	ПТГ				ДТГ			
	6 місяців (n = 95)		12 місяців (n = 95)		6 місяців (n = 44)		12 місяців (n = 44)	
	N	% ± m	N	% ± m	N	% ± m	N	% ± m
Не порушувалася	83	87,4 ± 3,3	73	76,8 ± 4,2	10	22,7 ± 4,2	1	2,3 ± 1,5
Частково	12	12,6 ± 3,3	16	16,8 ± 3,7	15	34,1 ± 4,7	15	34,1 ± 4,7
«Грубе»	—	—	6	6,3 ± 2,4	15	34,1 ± 4,7	18	40,9 ± 4,9
Не приймалася	—	—	—	—	4	9,1 ± 2,9	10	22,7 ± 4,2
Всього	95	100,0	95	100,0	44	100,0	44	100,0

За аналізом отриманих даних (див. табл. 5) можна зробити такі висновки:

— по-перше, кількість пацієнтів, що не порушували призначену схему фармакотерапії, була вірогідно вище серед пацієнтів ПТГ як через 6 місяців, так й через 12 місяців дослідження, у порівнянні із пацієнтами ДТГ, яким проводили стандартні заходи терапії;

— по-друге, кількість пацієнтів, що частково або грубо порушували призначену схему фармакотерапії, також вище була серед пацієнтів ДТГ, як через 6, так і через 12 місяців;

— по-третє, кількість пацієнтів, що повністю не приймали призначену фармакотерапію, через 6 та 12 місяців також достовірно була вище серед пацієнтів ДТГ.

В цілому, можна зазначити, що комплексний «коефіцієнт» ефективності запропонованих заходів у системі інтегративної психотерапії у порівнянні із стандартними психотерапевтичними заходами за суб'єктивним показником оцінювання хворими склав через 6 місяців — 73,0 %, через 12 місяців — 63,0 %.

Аналіз отриманих результатів дослідження щодо оцінки ефективності впровадження системи інтегративної психотерапії АЗ дозволив зробити кілька узагальнень.

Запропоновані заходи інтегративної психотерапії у комплексному лікуванні надають можливість нівелювати непереборне прагнення пацієнта вжити алкоголь. У хворих ПТГ не виявлено порушення схеми фармакотерапії; виявлені рецидиви АЗ належать до «раннього типу», що виникають упродовж першого місяця, легко купіруються корекцією фармакотерапій та елементами інтегрованої психотерапії.

У пацієнтів ПТГ задоволеність лікуванням від початку терапії до 12 місяців є стабільною, що обумовлено охопленням та, власно, зміною у основних сферах, де були прояви алкогольних проблем, внаслідок підвищення рівня мотивації на комплексне інтегративне психотерапевтичне втручання. У пацієнтів формується сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи із родиною. Аналіз результатів оцінки задоволеності лікуванням виявив, що позитивні зміни у осіб ПТГ базуються саме на спрямованості психотерапії на індивідуальну роботу з механізмами й мотивами вживання алкоголю.

Психотерапевтичний вплив, спрямований на формування комплексного сприйняття усіх компонентів АЗ, дозволив перебороти чинник анозогнозії й сформував реальне «бачення» пацієнтом наслідків хвороби.

Аналіз застосування інтегративної психотерапії на протязі 12 місяців показав, що найбільший ефект лікування досягається серед пацієнтів із соціально-психологічними мотивами вживання алкоголю. Ізольовані дисфункціональні переконання пацієнтів — «шаблонні уявлення» та «соціальні міфи» легше піддаються психотерапевтичній корекції за умови формування світогляду «невживання», розвитку навичок рефлексії, здатності ставити перед собою цілі на майбутнє й створення атмосфери підтримки серед оточуючих. Позитивний поведінковий компонент терапії спостерігається внаслідок засвоєння альтернативних способів релаксації та повної відмови від алкоголю (переконання пацієнтів про неможливість у майбутньому помірно вживати алкоголь), що сприяє формуванню «довгої» ремісії.

Виявлено, що дисфункціональні переконання пацієнтів з перевагою особистісних мотивів вживання алкоголю відрізняються значною ригідністю, «спаяні» з особистістю й вимагають поглибленої психотерапевтичної корекції. У пацієнтів ПТГ «саногенний» ресурс полягає в усвідомленні психологічної природи проблем. Позитивний досвід емоційної поведінки із членами родини та іншими особами сприяє включенню пацієнтів у психокорекційну роботу. Наявність у психотерапевтичному лікуванні інтегративного компонента, спрямованого на нівелювання дисфункціональних переконань (про власну безпорадність перед життєвими проблемами, тривалий «стаж» дисгармонійних поведінкових моделей у сімейних, міжособистісних відносинах, відсутність навичок самодисципліни), є чинником високої ефективності психотерапії.

Встановлено, що кількість пацієнтів, які не порушували призначену схему фармакотерапії, вірогідно вище серед пацієнтів ПТГ, як через 6 місяців, так й через 12 місяців дослідження, у порівнянні із пацієнтами ДТГ, яким проводилися стандартні заходи терапії. Загалом комплексний «коефіцієнт ефективності» запропонованих заходів у порівнянні із стандартними за суб'єктивним показником хворих склав через 6 місяців — 73,0 %, через 12 місяців — 63,0 %.

Список літератури

1. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / [П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 3 (28). — С. 7—9.
2. Система моніторингу — основа організації наркологічної допомоги в сучасних умовах / [П. В. Волошин, І. В. Лінський, А. І. Мінко та др.] // Український медичний часопис. — 2002. — № 4. — С. 46—49.
3. Епідемії алкоголізму та наркотоксикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України (Аналітико-статистичний довідник 1990—2008 рр.) / [І. В. Лінський, О. І. Мінко, Л. І. Дьяченко та др.] ; за ред. П. В. Волошина, М. В. Голубчикова. — Х.: Плеяда, 2009. — 168 с.
4. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / [С. І. Табачников, Д. С. Лебедев, Г. Б. Трофимчук, Ю. Ю. Мартынова] // Архів психіатрії. — 2009. — Т. 15. — № 1 (56). — С. 81—88.
5. Сосин, І. К. Наркологія (Монографія) / І. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харків: Коллегиум, 2005. — 800 с.
6. Пішель, В. Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В. Я. Пішель, М. Ю. Ігнатова, М. Ю. Полив'яна. — К., 2004. — 83 с.
7. Мінко, А. І. Алкоголізм — міждисциплінарна проблема (виявлення, лікування, реабілітація, профілактика) / А. І. Мінко // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 6—7.
8. Битенський, В. С. Нові аверсивні методи терапії в наркології / В. С. Битенський, К. В. Аймедов // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30) (додаток). — С. 249—250.
9. Валентик, Ю. В. Сучасні методи психотерапії хворих з залежністю від психоактивних речовин / Ю. В. Валентик //

П. М. Слободянюк

*Винницький національний медичний університет
ім. Н. І. Пирогова (г. Винниця)*

Оценка эффективности применения системы интегративной психотерапии алкогольной зависимости

На основании сравнительного анализа результатов внедрения разработанной системы интегративной психотерапии алкогольной зависимости у 95 мужчин и стандартной терапии алкогольной зависимости у 44 мужчин доказана эффективность предложенной системы. У пациентов, которым проводилась интегративная психотерапевтическая работа, наблюдались достоверно лучшие показатели по нивелированию наличия и выраженности алкогольной зависимости, улучшение устойчивости и продолжительности ремиссии, восстановление функционирования в обществе (в сферах трудоспособности, семейных и межличностных отношений) и соблюдение схемы фармако- и психотерапии. Общий комплексный «коэффициент эффективности» предложенных мероприятий по сравнению со стандартными по субъективной оценке больных составил за 6 месяцев — 73,0 %, через 12 месяцев — 63,0 %.

Ключевые слова: интегративная психотерапия, эффективность, алкогольная зависимость.

Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 309—341.

10. Даренский, И. Д. Психотерапевтический процесс в наркологической клинике / И. Д. Даренский. — М.: Компания Спутник+, 2006. — 351 с.

11. Даренский, И. Д. Методы психотерапии наркологических больных / И. Д. Даренский. — М.: Компания Спутник+, 2007. — 414 с.

12. Даренский, И. Д. Аддиктивный цикл / И. Д. Даренский. — М.: Логос, 2008. — 256 с.

13. Бурдин, М. В. Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медицинская психология», 14.00.45 — «Наркология» / М. В. Бурдин. — М., 2008. — 21 с.

14. Слободянюк, П. М. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 57—61.

15. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption / [J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor et al.] // Addiction. — 1993. — P. 791—804.

16. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. Отдел психического здоровья ВОЗ. — СПб.: Оверлей, 1994. — С. 9—10.

17. Слободянюк, П. М. Клінічні й психопатологічні особливості формування та перебігу алкогольної залежності у чоловіків в аспекті їх інтегративної психотерапії / П. М. Слободянюк // Медична психологія. — 2010. — Т. 5, № 3 (19). — С. 84—92.

Надійшла до редакції 30.03.2011 р.

P. M. Slobodyanyuk

*Vinnitsya National Medical University M. I. Pirogov
(Vinnitsya)*

The efficiency of use the integrative psychotherapy system of alcohol dependence

Based on a comparative analysis of the conception of the integrative psychotherapy of alcohol dependence in 95 men and standard therapy of alcohol dependence in 44 men, demonstrate the efficiency of the proposed system. In patients, which was conducted integrative psychotherapeutic work, there were significantly better indicators of disappearance of presence and intensity of alcohol dependence, improving stability and duration of remission, recovery of functioning in society (in the areas of disability, family and interpersonal relationships) and compliance schemes pharmacology and psychotherapy. Total comprehensive "efficiency coefficient" of the proposed measures in comparison with the standard for subjective index of patients was 6 months — 73.0 % over 12 months — 63.0 %.

Key words: integrative psychotherapy, efficiency, alcohol dependence.