

УДК 616.89-008.441.1:615.851

*Л.В. Животовська, Г.Т. Сонник***ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО КОНТАКТУ ПРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ РЕМІСІЇ**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Ключові слова: алкогольна залежність, поетапна система психотерапії, психотерапевтичний контакт

В світлі сучасних поглядів на патогенез алкогольної залежності, виникнення та формування її розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх її рівнях – нейрофізіологічному, метаболічному, психічному та соціально-психологічному [1, 2, 3]. Мультифакторна взаємодія різних ланок патогенезу обумовлює складність даної проблеми. При динамічному формуванні будь-якої якісно окресленої діяльності цілісного організму створюється вибірково інтегративне утворення – функціональна система, яка являє собою конкретний фізіологічний апарат саморегуляції та гомеостазу. Для цілеспрямованого задоволення біологічних та соціальних потреб емоційні підкіркові структури, асоціативні та моторні ділянки кори головного мозку об'єднуються в функціональну систему, яка визначає властивості вищої нервової діяльності та характер поведінкового реагування особистості [4, 5].

Всі потреби, емоції та мотивації, які не є домінуючими і не задовольняються, гальмуються першочерговою домінуючою потребою, створюючи несвідому ділянку психічної діяльності. В структурі свідомості не можуть одночасно існувати різнопланові асоціації, емоції та мотивації. Якщо ж таке відбувається, то можна говорити про неспроможність функціональної системи свідомості пригнітити активність альтернативних мозкових структур, про порушення цілеспрямованої адаптивної поведінки [6]. Існує думка, що в певних умовах (дефіцит позитивних емоцій, психо-емоційний стрес, органічний дефект мозку різного генезу) мозкова система позитивного підкріплення може бути матрицею, на якій ґрунтується патологічна інтеграція потягу до алкоголю [7]. На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що провідне значення належить розладам вищих форм пристосувальної діяль-

ності – психоемоційній та психофізіологічній адаптації, порушенню діяльності адаптивних механізмів, що локалізовані у лімбічній системі мозку та обумовлюють функціональний стан симпатичної, парасимпатичної та нейроендокринної системи [8, 9].

Етанол має здатність модифікувати діяльність гормональної системи організму, при цьому вплив його на секрецію ендокринних залоз різноманітний. Процеси дезінтеграції ендокринних систем призводять до формування дезадаптаційних станів людини, посилюючи симптоматику алкогольної мотивації. Перехід з одного психоемоційного стану в інший при втраті соціокультуральних традицій та духовних цінностей може бути одним із центральних механізмів у процесі формування алкогольної залежності. Розглядаючи алкогольну залежність з точки зору тріади адаптаційних реакцій, висловлюється думка, що існують загальні іманентні фактори, які відповідають в кінцевому результаті за психосоматичну трансформацію негативних емоційно-особистісних переживань і формування аддиктивних механізмів поведінки, ведучих до патологічного потягу до алкоголю [10].

Враховуючи значну поширеність та негативні наслідки психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, актуальним залишається питання терапії при цих станах. Головним завданням терапії у даного контингенту хворих є редукція патологічного потягу до алкоголю, досягнення стійкої якісної ремісії та попередження рецидивів захворювання [1]. Суттєве значення психологічних та нейрофізіологічних механізмів в розвитку та підкріпленні алкогольної залежності, а також недостатня ефективність патогенетичної терапії алкоголізму визначають важливу роль психотерапії на всіх етапах лікування даної патології. Основною тенденцією психотерапевтичної роботи у осіб із синдромом залежності від алкоголю є використання не тільки сугестивного впливу, що спрямований на

формування відрази від алкоголю, а і різних методів впливу на механізми психологічного захисту, аналізу істинних мотивів поведінки, відновлення порушеної мотиваційної сфери, підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта, формування адекватних уявлень про себе і установки на тверезий спосіб життя [11, 12, 13].

Метою дослідження було проаналізувати особливості психотерапевтичного контакту з позицій гештальт-підходу у пацієнтів з алкогольною залежністю в період становлення ремісії.

Під нашим спостереженням за період з 2005 по 2008 рік знаходилося 50 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (F 10.2-10.4), всі чоловіки, віком від 24 до 48 років (середній вік $36,9 \pm 2,8$ років). Тривалість захворювання становила від 5 до 14 років (в середньому 8,3 років), переважала псевдозапійна форма зловживання алкоголем. У більшості хворих темп розвитку захворювання кваліфікувався як середньопрогресивний. Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, патопсихологічних, лабораторних та інструментальних методів.

Всі пацієнти отримували комплексну медикаментозну терапію в стаціонарних умовах – дезінтоксикаційну, вітамінотерапію, призначалися гепатопротектори, препарати метаболічної дії, нейрелептики з седативним компонентом дії для корекції грубих психопатоподібних та дисфоричних розладів, антиконвульсанти у середньотерапевтичних дозах. Після усунення постінтоксикаційних та абстинентних розладів на етапі становлення ремісії в комплексі терапевтичних програм проводилася психотерапія. Для оцінки ефективності психотерапії аналізувалися наступні показники: симптоматичне покращення, усвідомлення психологічних механізмів захворювання, відновлення порушених відносин особистості, покращення соціального функціонування.

Нами розроблена поетапна диференційована система психотерапії з позицій гештальт-підходу. Після зняття проявів абстиненції на етапі становлення ремісії першим психотерапевтичним кроком було зміна відношення до хвороби та подолання анозогнозії, тобто усвідомлення пацієнтом факту наявності кризового життєвого шляху. На другому етапі основними завданнями терапевтичного процесу були корекція порушеної системи ціннісних відносин, корекція інтрапсихічних та міжособистісних проблем.

На першому етапі терапевтичної взаємодії

сесії були як індивідуальними, так і груповими, тривалістю 60 хвилин, проводилися 2 рази на тиждень протягом 4 тижнів. Основним завданням даного етапу була діагностика специфічних порушень контакту пацієнта зі своїми почуттями та зовнішнім середовищем, підтримка пацієнта в усвідомленні процесу власних переживань своєю присутністю та зворотнім зв'язком, допомога при відтворенні на його межі-контакту просторових взаємовідносин.

Аналізуючи особливості зриву циклу контакту в ході терапії, можна відмітити, що у частини пацієнтів, у яких тривалість зловживання алкоголем становила 5-8 років (43,7%), проблеми виникали на рівні вибору і зрив контакту відбувався на стадії дії (за Зінгером) [13]. При цьому в терапевтичній роботі основним напрямком була робота з усвідомленням можливості вибору та присвоєнням відповідальності за свій вибір. У іншій частини пацієнтів тривалість зловживання алкоголем становила 8-14 років (56,3%) і проблеми були заявлені на рівні усвідомлення потреб, а зрив циклу контакту відбувався на стадії енергетизації. Так, при регресивних процесах в сфері усвідомлення потреб формується патологічна дифлексія, коли любе збудження усвідомлюється як потреба в алкоголі. В цьому випадку терапевтична робота була спрямована на усвідомлення власного збудження та потреб. Само збудження в зв'язку з виникненням енергії до дії формує виникнення «віртуального» цикл-контакту, а стадія дії реалізується в організації інтроєктування організму алкоголем. Таким чином, можна виділити два рівня залежності від алкоголю - на рівні вибору, що властиво пацієнтам з тривалістю зловживання алкоголем 5-8 років, та на рівні збудження, що характерно для пацієнтів з більшою тривалістю зловживання.

Зміна толерантності призводить до збільшення об'єму інтроєктування (дози алкоголю), що формує алкогольну залежність. Спочатку стимулом до вживання алкоголю був процес адаптації, який ставав базовою формою уникнення прямого контакту в процесі формування залежності. В процесі певного тривалого періоду вживання алкоголю організм втрачає здатність долати елементарні життєві труднощі (напружені відносини в сім'ї, необхідність шукати компроміси, заробляти гроші, бути творчим). В результаті формування «віртуального» цикл-контакту організм без взаємодії з алкоголем не має такого досвіду, який дає енергію для розвитку особистості. Часто на довгі роки (10-15 років) переривається

актуальний цикл досвіду, який замінений «віртуальним», внаслідок чого відбувається поступова деградація особистості. Якщо зрив актуального циклу контакту стимулює людину повернутися до спроби пройти актуальний цикл досвіду, то алкоголь знімає ці проблеми та блоки (страхи, стереотипи, сімейні та соціальні інтроєкти), що стоять на шляху повноцінної реалізації контакту. При цьому відсутній той еволюційний розвиток особистості, який набувається в результаті проходження життєвого циклу контакту, замінюється досвідом, що набувається при взаємодії організму з алкоголем.

Можна зазначити, що у пацієнтів з алкогольною залежністю присутні дві моделі поведінки. Один спосіб життєдіяльності, який сформований в результаті вживання (інтроєкування) алкоголю, сприймається як цілісний, спонтанний за своїми проявами та суб'єктивно задовільний, другий спосіб – при відсутності алкоголю фрустрований, насичений зривами та запобіганнями контакту, суб'єктивно дискомфортний. Особливість такої моделі поведінки полягає в тому, що при достатньо сильній емоційній напрузі організм при алкогольній залежності із стану «без алкоголю» прагне перейти в стан алкогольного сп'яніння. Алкоголь трансформує сам організм в змінений і саме цей «інший» організм організує свою діяльність. «Віртуальний» цикл контакту при цьому є самостійною формою зриву актуального і відповідно гештальт-підхід в психотерапевтичній роботі був спрямований на усвідомлення пацієнтами свого зриву контакту.

Другий етап проводився в амбулаторних умовах після виписки хворого із стаціонару (реабілітація, соціально-психологічна адаптація і профілактика рецидиву) протягом 6 місяців. Терапевтичні сесії були груповими тривалістю 60 хвилин і проводилися 1 раз на тиждень. В процесі роботи реалізовувався психотерапевтичний підхід, орієнтований на формування і використання для впливу на пацієнтів механізмів групової терапевтичної динаміки. Психотерапевтичні зусилля скеровувалися на організацію оптимальних умов для конструктивного вирішення пацієнтами своїх проблем. В процесі психотерапії використовувалися різні емоційно-стресові, тілесно-орієнтовані та біхевіоральні гештальт-техніки з елементами психодрами, засоби арт-терапії, поле групової взаємодії, «психотерапевтичне дзеркало» за С.С.Лібихом, підтримувався зворотній зв'язок між учасниками групи. При різних конкретних задачах та об'єму психотерапевтичних інтервенцій, головними завдан-

нями психотерапевтичної роботи на другому етапі була корекція порушеної системи ціннісних відносин, неадекватних емоційних та поведінкових стереотипів, хворобливих внутрішньо-особистісних конфліктів та підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта до тверезого способу життя.

Психотерапія на цьому етапі спрямована на усвідомлення причини уникнення актуального досвіду через організацію «віртуального», тобто усвідомлення тих станів та обставин, які пацієнт уникає. Для того, щоб захистити можливість формування «віртуального» циклу контакту, пацієнти з алкогольною залежністю навчилися численній кількості маніпуляцій. Організм набуває особливих властивостей життєдіяльності через те, що витрачає свої сили на організацію меж контакту в стані сп'яніння, а навички організації актуальної межі контакту поступово регресують. Починають переважати патологічні форми взаємодії – ретрофлексія, конфлюенція, проекція.

Ретрофлексія формується як така форма захисту, коли більшість важливих комунікацій є хворобливими через втрату навичок організації взаємодії із зовнішнім середовищем, а також підвищеної чутливості організму. Енергія контакту, переживання не доходять до меж контакту і проявляються лише на невербальному рівні – втомлюваність, напруженість м'язів, здавлене дихання та інші, або у вигляді соматизації, що також стає ґрунтом для маніпуляцій. Мотиваційною базою ретрофлексії стають численні соціокультуральні інтроєкти – стереотипи «нікому не можна довіряти», «сам собі не допоможеш – ніхто не допоможе» та ін.

Інший варіант патологічного захисту – конфлюенція (злиття), що проявляється прагненням ставити своє життя в залежність від зовнішніх обставин, людей, подій. Спостерігається тенденція як до злиття пацієнтів з членами своєї родини (батьки, партнери по шлюбу), так і навпаки. Мотиваційною базою конфлюенції стають інтроєкти типу «ніщо нас не розлучить», «мати – це святе» та ін. До підліткового віку людина перебуває в конфлюенції з батьками, вихід з неї супроводжує перехід людини із залежності від сімейного середовища в контр залежність і далі в незалежність. При взаємодії з алкоголем людина втрачає свою самостійність і знов повертається на стадію залежності, але вже в патологічній формі. Ці патологічні форми взаємодії супроводжуються великою кількістю маніпуляцій та низьким усвідомленням і відповідаль-

ністю за них. Якщо це не приводить до бажаного результату, то причина дискомфорту та невдоволення знаходиться у зовнішньому середовищі, що виражається в проекції – звинувачення в несправедливості, нерозумінні. Проекції може бути персоніфікованою (об'єкт конфлюенції) або спрямована на «весь світ» - «ніхто мене не розуміє», «немає в світі щастя» та ін. Таким чином, на другому етапі терапії проводилися інтервенції з метою освідомлення пацієнтами своїх маніпуляцій в поєднанні з підтримкою та опорою на актуальність, усвідомлення, відповідальність.

Таким чином, висвітлені особливості психотерапевтичного контакту з позицій гештальт-підходу у пацієнтів з алкогольною залежністю в період становлення ремісії є алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій з визначенням тих чи

інших модальностей терапевтичного впливу. Стратегічними мішенями при цьому є діагностика специфічних порушень контакту пацієнтів зі своїми почуттями та навколишнім світом, їх активація у просторі контакту терапевт-пацієнт, сумісне дослідження та допомога пацієнту при освідомленні викривлених переживань, відновлення адекватних емоційних реакцій з переоцінкою життєвих потреб та переконань, послідовне формування внутрішньої мотивації в тривалому терапевтичному процесі. Запропонована система поетапної психотерапії в комплексному лікуванні хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю забезпечує покращення стану емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих, сприяє розширенню сфери соціальних контактів з прагненням до цілеспрямованої діяльності.

Л.В. Животовская, Г.Т. Сонник

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ

ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”

В статье изложены особенности психотерапевтического контакта с позиций гештальт-подхода у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя на этапе становления ремиссии. Предложена система поэтапной психотерапии с алгоритмом психотерапевтических интервенций и определением мишеней терапевтического влияния. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 105-108).

L.V. Zhyvotovska, G.T. Sonnyk

SOME ASPECTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC CONTACT AT DEPENDENCE ON ALCOHOL AT A STAGE OF FORMATION OF REMISSION

The Ukrainian medical stomatologic academy

In article features of psychotherapeutic contact from positions of the Gestalt-approach at patients with mental and behavioural frustration owing to the alcohol use at a stage of formation of remission are stated. The system of stage-by-stage psychotherapy with algorithm the psychotherapeutic interventions and definition of targets of therapeutic influence is offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 105-108).

Література

1. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. И. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. 192 с.
2. Битенский В.С., Мельник Э.В., Сушко В.В., Березанская Н.Д. К вопросу об этиопатогенетических механизмах алкоголизма и наркомании // Вісник морської медицини. - 1999. - №1 (5). - С. 147-149.
3. Zintzaras E., Stefanidis I., Santos M., Vidal F. Do alcohol-metabolizing enzyme gene polymorphisms increase the risk of alcoholism and alcoholic liver disease? //Hepatology (Baltimore, Md.). - 2006. - Vol. 43, N2. - P. 352-361.
4. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы //Журн. неврологии и психиатрии. - 2001. - №2. - С.4-6.
5. Функциональные системы организма /Под ред. Судакова К.В. - М.: Медицина, 1987. - С.10-43.
6. Грасевич И.С. Функциональная система сознания как физиологическая основа психодинамических изменений личности и формирования психопатологии //Таврический журнал психиатрии. - 2003. - Т.7, №3(24). - С.55-64.
7. Минко А.И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма //Междунар. мед. журнал. - 1997. - Т.3, №3. - С.87-90.
8. Воробьева Т.М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций //Междунар. мед. журнал. - Т.8, №1-2. - 2002. - С.211-217.
9. Маркозова Л.М., Туманова В.В., Пайкова Л.Н. Некоторые особенности нейрофизиологических механизмов и высших психических функций у больных в состоянии синдрома отмены алкоголя и подходы к их лечению //Архів психіатрії. - 2004. - Т.10, №1 (36). - С.210.
10. Артемчук А.Ф. Интегральная наркология: некоторые теоретические и практические аспекты //Український вісник психоневрології. - 2003. - Т.11. - Вип.2(35). - С.65-68.
11. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ //В кн.. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). - М.: “Нолидж”. - 2000. - С. 309-340.
12. Gorski T.T. The tenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures //Psychoact. Drugs. - 1990. - Vol.22. - №2. - P. 125-133.
13. Гінгер С. Гештальт: мистецтво контакту. Новий оптимістичний підхід до людських стосунків //За ред. О.Фільца. Пер. з франц. - Львів: ВНТЛ – Класика, 2005. - 160 с.

Поступила в редакцию 4.10.2009