

*Л.В. Животовська*

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Ключові слова: поетапна психотерапія, гештальт-підхід, алкогольна залежність

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в структурі інших форм залежності залишаються однією із найважливіших медико-соціальних проблем. Протягом останніх років були отримані переконливі дані відносно патогенетичного значення характерологічного фактору, який здійснює патопластичний вплив на перебіг та наслідки алкогольної залежності. Це визначає провідну роль психотерапії для корекції поведінкової та психосоціальної дестабілізації як на етапах становлення ремісії, так і в комплексі протирецидивного лікування з метою реінтеграції пацієнтів в суспільство [1, 2].

Основною тенденцією психотерапевтичної роботи при алкогольній залежності є її еволюція від гетеро- та аутосугестивного впливу, що спрямований на формування відрази від алкоголю, від раціональної терапії до глибокого аналізу особистості хворого, системи його ціннісних відносин, метою якого є відновлення порушеної мотиваційної сфери, підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта і в наслідок цього – формування установки на тверезий спосіб життя [3].

Мотивація, як рушійна сила людської поведінки, займає провідне місце в структурі особистості [4, 5]. Будь-яке вивчення мотиваційних процесів у людини і є по суті вивчення особистості та її дій, визначеної не лише минулим, але і майбутнім. В мотивах вживання алкоголю відображаються всі найбільш важливі аспекти залежності: соціально-психологічний фактор, система очікуваного психічного ефекту, реакція особистості на проблемне вживання, соціальна позиція людини, її поведінка, зміна стилю життя. Зловживання алкоголем може бути обумовлене значними змінами ієрархії цінностей людини, переходом в ілюзорно-компенсаторну діяльність і суттєвою деформацією особистості [6].

Доведено, що тип реагування на захворювання пов'язаний як з суб'єктивною оцінкою самим пацієнтом його важкості, так і з преморбідними

особливостями особистості. Патохарактерологічні властивості опосередковано (через нейробіологічні структури) впливають на розвиток залежності, виступаючи в ролі патопластичних факторів, що забезпечує різноманітність клінічних проявів, впливають на прогредієнтність та деякі інші параметри захворювання. Центральною ланкою в процесі формування залежності є система мотивів сп'яніння, яка спочатку утворюється в результаті зовнішньої мотиваційної дії, а потім починає розвиватися “з середини особистості” за власними законами, перетворюючись в жорстку програму поведінки [7].

При алкогольній мотивації в структурі пам'яті відводиться значна роль лімбічної системі та ретикулярній формації. В цих анатомо-біологічних субстратах провідна роль належить нейроактивним біогенним амінам – серотоніну, дофаміну. Існує гіпотеза, що так же, як синдром нав'язливої поведінки генетично обумовлений і пов'язаний з певним дефіцитом в структурних регуляторних відносинах нейромедіаторних систем емоціогенних структур мозку, так і відношення до алкоголю, якому надається перевага, генетично детермінується дефіцитом в цих системах [8].

І якщо психотерапія сприяє елімінації потягу до алкоголю та трансформації патологічного образу хвороби, то при цьому можуть бути задіяні вищевказані біологічні структури та обмінні процеси, які відповідають за запам'ятовування та “впяю” поведінку. Те, що паралельно з редукцією психосоматичних компонентів алкогольного абстинентного синдрому стираються і “впяїні” форми поведінки, і все це відбувається на фоні нормалізації складових компонентів біохімічного гомеостазу, відображає і доводить єдність психологічного та метаболічного базису алкогольної доміанти патодинамічної структури [9].

Слід відмітити, що психофармакотерапія дає

лише короткочасний результат, мало перспективний та недостатньо прогностичний. І лише одночасна елімінація алкогольних віртуальних образів в структурі тригерної системи ЦНС є високоефективним підходом не тільки для зняття потягу до алкоголю, але і для нормалізації функціонування систем та органів організму в цілому.

Розглядаючи питання ефективності психотерапії на редукцію психопатологічного та соматичного компонентів алкогольного абстинентного синдрому і на потяг до алкоголю, не можна не торкнутися таких проблем, як біологія і нейрохімія потягу, морфологічна організація функціональної взаємодії психіки та соматичних та основних концепцій по емоційно-поведінковим комплексам. Вплив психотерапії необхідно розглядати з точки зору всіх принципів в рамках стимуло-реактивної моделі: а) принципи утворення емоційно-поведінкових комплексів, б) принципи взаємодії емоцій з вісцеральними і гормональними функціональними системами, в) принцип адаптивної ролі емоцій (коли емоції, що переживаються індивідом, можуть викликати токсичні стани, гуморальні та метаболічні розлади), г) принцип саморегуляції (коли емоції реалізують свою мотивуючу дію і міжсистемну взаємодію завдяки єдності нейрофізіологічного субстрату емоцій, поведінки та умовно-рефлекторній регуляції) [10].

Загально фізіологічний принцип функціональної міжсистемної взаємодії пояснює вплив емоцій на гомеостаз організму, когнітивну систему, систему мотивів, гормональний статус та вісцеральні функції. Тому любий терапевтичний вплив на систему переваг (у хворих з алкогольною залежністю – це потяг до алкоголю) включає як емоційні зони мозку, так і регуляторні взаємовідносини цих центральних зон з гормональними процесами і функціями внутрішніх органів (наприклад, так звана емоційна гіперестезія або почервоніння обличчя, напруження м'язів та серцебиття при гніві). Одночасно з цим необхідно враховувати інформаційне значення та роль емоцій в свідомій діяльності людини. З урахуванням цих принципів стає зрозумілим, що так же як діяльність зорових, слухових, нюхових та смакових аналізаторів залежить від емоційного стану, то також є справедливим і зворотнє взаємовідношення [11]. Імовірно, 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 ресструється на

клінічному та лабораторному рівнях.

З урахуванням вищевказаного на базі ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева в період з 2005 по 2007 рр. нами було обстежено 48 чоловіків з психічними та поведінковими розладами, спричиненими вживанням алкоголю, віком від 24 до 49 років (середній вік  $35,6 \pm 2,3$  років). Нозологічна діагностика (F 10.2-10.4) – базувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, лабораторних та інструментальних методів. Всі пацієнти, які знаходились під спостереженням, отримували базисну терапію – дезінтоксикаційну, вітамінотерапію, гепатопротектори, препарати метаболічної дії, психофармакотерапію із застосуванням нейролептиків з седативним компонентом дії (для корекції грубих психопатологічних та дисфоричних розладів) в комбінації з антиконвульсантами у середньотерапевтичних дозах. Після зняття клінічних проявів абстинентного синдрому на етапі становлення ремісії в комплексі терапевтичних програм проводилася психотерапевтична корекція та оцінка її ефективності. Для оцінки ефективності психотерапії аналізувалися наступні показники: симптоматичне покращення, освідомлення психологічних механізмів захворювання, відновлення порушених відносин особистості, покращення соціального функціонування. Ефективність психотерапевтичного підходу підтверджувалася динамікою кількісних показників шкали депресії Гамільтона (HDRS), шкали Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня реактивної (PPT) та особистісної тривожності (POT).

Диференціюючи цілі психотерапії при алкогольній залежності на задачі першого (зміна відношення до хвороби, подолання алкогольної анозогнозії), та другого етапів (корекція інтрапсихічних та міжособистісних проблем), для їх рішення використовували різні методики. Поєднання поведінкових прийомів з розігруванням рольових ситуацій, проєктивним малюнком є найбільш адекватним для впливу на механізми психологічного захисту, аналізу істинних мотивів поведінки, ідентифікації хворими своїх емоційних станів, виявлення способів міжособистісної поведінки, формування адекватних уявлень про себе [12, 13]. Виходячи з цього, нами розроблена поетапна диференційована система психотерапії з позицій гештальт-підходу в поєднанні із застосуванням медикаментозного лікування.

Після зняття проявів абстиненції на етапі становлення ремісії першим терапевтичним кроком було подолання анозогнозії, тобто освідомлення

пацієнтом факту наявності кризового життєвого шляху. Це відбувалося при контакті з "фігурою" - власною біосоціальною історією залежності - на "фоні" цілісного гештальту життя людини. Терапевтичні сесії були як індивідуальними, так і груповими, тривалістю 60 хвилин, проводилися 2 рази на тиждень протягом 4 тижнів. Основним завданням на цьому етапі була підтримка пацієнта в освідженні процесу власних переживань своєю присутністю та зворотнім зв'язком, допомога при відтворенні на його межі-контакту просторових взаємовідносин. Для переоцінки своїх стигматизованих переконань пацієнти потребували також нової інформації для набуття нового досвіду, що надає стимул для подальшого особистісного зростання та поступового одужання. З цією метою використовували також психоосвітницьку роботу в групах. Важливим кроком була також робота зі стратегією реагування на алкоголь, що дозволяє на свідомому рівні відмовитися від його вживання.

Середній показник за шкалою депресії Гамільтона до лікування складав 17,56 бала, що відповідало середньому ступеню вираженості проявів депресивної симптоматики. У 66% пацієнтів обох груп відмічалися високі показники РРТ та РОТ, у 34% - помірні. Після завершення першого етапу знижувався РОТ та РРТ з  $52,9 \pm 0,26$  до  $45,8 \pm 0,34$  балів та  $53,4 \pm 0,29$  до  $36,8 \pm 0,31$  відповідно ( $p < 0,05$ ), відмічалася позитивна динаміка показників за шкалою депресії - 10,23 бала ( $p < 0,05$ ), що відповідало легкому ступеню вираженості депресивної симптоматики.

Другий етап проводився в амбулаторних умовах після виписки хворого із стаціонару (реабілітація, соціально-психологічна адаптація і профілактика рецидиву) протягом 6 місяців. Терапевтичні сесії тривалістю 60 хвилин проводилися 1 раз на тиждень. При різних конкретних задачах та об'єму психотерапевтичних інтервенцій, головними завданнями психотерапевтичної роботи на другому етапі була корекція пору-

шеної системи ціннісних відносин, неадекватних емоційних та поведінкових стереотипів, освідомлення хворобливих внутрішньо-особистісних конфліктів, що визначається конфронтацією пацієнта зі своїм "Я" і в наслідок цього - підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта до тверезого способу життя.

Стратегічною метою психотерапії була діагностика специфічних порушень контакту зі своїми почуттями та навколишнім світом, їх активація у просторі контакту терапевт-пацієнт, сумісне дослідження та допомога пацієнту при освідженні викривлених переживань, відновлення адекватних емоційних реакцій з переоцінкою життєвих потреб та переконань, послідовне формування внутрішньої мотивації в тривалому терапевтичному процесі. Це допомагало пацієнту освідомити механізм, що провокує на повторення звичних паттернів аддиктивної поведінки, знайти внутрішній ресурс контролю та розвинути здатність приймати відповідальність за свої думки, переживання, дії та їх наслідки. На цьому етапі проводилася також підтримуюча сімейна терапія (терапія пари). Після завершення другого етапу дослідження РОТ та РРТ показало позитивну динаміку ( $34,8 \pm 0,29$  балів  $23,5 \pm 0,38$  відповідно ( $p < 0,05$ ), за шкалою депресії показник знизився до 8,35 бала ( $p < 0,05$ ), що наближається до верхньої межі норми.

Таким чином, проведене дослідження показало, що запропонована система поетапної психотерапії з позицій гештальт-підходу в комплексному лікуванні хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю є алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій з визначенням мішеней та модальностей терапевтичного впливу. Даний підхід забезпечує покращення стану емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих і може бути рекомендований в поєднанні з психофармакотерапією в якості ефективного компонента медико-соціальної реабілітації.

*Л.В. Животовская*

## **КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия"

В статье изложены концептуальные основы гештальт-подхода в комплексной терапии пациентов с алкогольной зависимостью, приведены результаты изучения эффективности системы поэтапной психотерапии с определением мишеней и модальностей терапевтического влияния. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 65-68 ).

## CONCEPTUAL BASES A GESTALT-APPROACH IN COMPLEX THERAPY OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

Ukrainian Medical Dental Academy

In clause are stated conceptual bases a gestalt-approach in complex therapy of patients with alcoholic dependence, results of studying of a system effectiveness of stage-by-stage psychotherapy with definition of targets and modalities of therapeutic influence are resulted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 65-68).

### *Література*

1. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800с.
2. 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.
3. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Видерман Н.С. Поиск социальной поддержки и ее восприятие при алкоголизме // Вопросы наркологии. – 1999. – №2. – С. 62-65.
4. Асеев В. Г. Формування особистості і структурний рівень мотивів. Проблеми особистості: Матер. симпозиуму. – М. – 1980. – Т. 1. – С. 334 – 343.
5. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
6. Gorski T.T. The cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures //Psychoact. Drugs. – 1990. – Vol.22. – №2. – P. 125-133.
7. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ. В кн.: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: “Медпрактика - М”, 2002. - С.161-181.
8. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез //В кн.. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). – М.: “Нолидж”. – 2000. – С.16-40.
9. Крыжановский Г.Н. Патологические системы в патогенезе нервно-психических расстройств //Матер. XIII съезда психиатров России. – М. – 2000. – С.363.
10. Изард К. Эмоции человека: Пер. с англ. – М.: Изд-во Московского Университета. – 1980. – 440 с.
11. The drinking man / D. S. McClelland, W. N. Davis, S. Kalin et al. – N. Y., 1972. - 1020 p.
12. Карвасарский Б.Д. Учебник психотерапии. – СПб: Питер, 2000.– 536 с.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия (2-е международное издание). – М. – СПб.: “Питер”, 2006. – 373 с.

Поступила в редакцию 16.03.2009