

контролировать влечение к игре, прервать ее волевым усилием, частым повторением эпизодов гемблинга на протяжении года, возвращением к игре снова и снова при наличии негативных последствий игрового поведения для обучения и личностных отношений. Гемблеры, страдающие табакокурением, отмечали увеличение количества выкуриваемых сигарет во время игры, а также употребление спиртных напитков до, во время и после участия в азартных играх. Таким образом, патологическая зависимость от азартных игр взаимопотенцирует никотиновую и алкогольную аддикции с возникновением адаптационных расстройств, что обосновывает медико-социальную актуальность изучения и профилактики игровой зависимости у лиц молодого возраста.

Литература

1. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье и общественная безопасность. <http://serbskyru.56.com1.ru/rus/files/report-eburg2008.doc>

2. *Руководство по аддиктологии* / Под ред. Менделевич В.Д. / М.: Речь, 2007. – 768 с.

3. Аймедов К.В. Дифференційований підхід до лікування гемблінгу на основі корекції базових дисфункціональних переконань / К.В. Аймедов // *Інтегративна Антропологія*. – 2009. – ?2(14). – С. 75-79.

4. Осуховська О.С., Аймедов К.В. «Дослідження розповсюдженості та особливостей залежності від азартних ігор як форми нехімічної адикції серед громадян України» // *Архів психіатрії*. – 2010. – Т.16. - ?1. – С. 58 – 63.

5. *The south oaks gambling screen* // <http://www.gov.ns.ca/health/gambling/Is There A Problem/South Oaks>

6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3631315>

7. <http://www.basionline.org/2004/01/the-wager-vol-2.html>

8. Осуховська О.С. «Діагностика і етіопатогенез ігрової залежності» // *Архів психіатрії*. – 2009. – Т.15. - ?4. – С. 59 – 63.

9. www.docstoc.com/.../Records-for-1997-Bankruptcy-Discharge

10. www.assissa.eu/easg/thursday/1400-ses4/tolchard_barry.pdf

11. archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2005/0514/pdf/dds.pdf

12. Lightsey O.R., Husley C.D. *Impulsivity, coping, stress, and problem gambling among university students*//*J.Counsel. Psychol.* 2002. N2. P.202-211.

13. www.nzma.org.nz/journal/120-1257/2605

14. [http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/\\$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf](http://www.gamblingresearch.org.au/CA256902000FE154/Lookup/Meta-analysis/$file/Meta%20web%20complete%20report.pdf)

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

О.С.Осуховська

У статті наведені відомості про сучасні методи дослідження патологічної схильності до азартних ігор, а також розроблений опитувальник для дослідження розповсюдженості лудоманії, вживання алкогольних напоїв та тютюнопаління серед громадян України у віці від 17 до 25 років.

Ключові слова: ігрова залежність, азартні ігри, лудоманія, гемблінг, ігрова адикція, ігроманія, патологічна схильність до азартних ігор, методи дослідження

RESEARCHING METHODS OF CRAVING TO GAMBLING

Е. Osukhovskaya

The article contains information about modern methods of susceptibility to pathological gambling, as well as a questionnaire designed to investigate the prevalence gambling, alcohol and tobacco among citizens of Ukraine at the age of 17 to 25 years.

Keywords: gamblers, gambling, game addiction, ludomaniya, pathological penchant for gambling research methods

УДК 616.89-008

А.Э. Гатицкая

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: алкогольная зависимость, распространенность, психотерапия, методы лечения, рецидивы, ремиссия, эффективность

На сегодняшний день алкоголизм в Украине, как и во многих странах мира, приобретает форму национальной катастрофы. Эпидемическая распространенность злоупотребления алкогольными напитками, его популяционная масштабность представляют реальную угрозу здоровью населения. По данным экспертов ВОЗ, Украина входит в число шести (из пятидесяти) стран Европы, в которых темпы роста числа пациентов с указанной выше нозологией неуклонно прогрессируют [Сосин И.К., Гончарова Е.Ю., Чуев Ю.Ф., 2008].

В последние годы в нашей стране мы наблюдаем существенную трансформацию алкогольных проблем. Прежде всего, в связи с тем, что лица молодого возраста больше отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам по сравнению с традиционными крепкими. Повсеместной стала тенденция «омоложения» формирования алкогольной зависимости; увеличилась частота случаев алкоголизма среди женщин [Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э., 2010].

Все это и объясняет актуальность и большой интерес исследователей к поиску, разработке, а также внедрению новых подходов к лечению алкогольной зависимости (АЗ).

Следует отметить, что лечебный процесс АЗ в амбулаторных условиях имеет ряд своих особенностей, обусловленных, в первую очередь, добровольным характером, а также неоднородным составом пациентов - от больных с начальными признаками заболевания (первая стадия) до лиц со второй стадией (легкая, средняя и тяжелая степень тяжести), а также с асоциальными тенденциями, а некоторые из них и с криминальным прошлым.

В связи с вышеизложенным нами разработан и внедрен модифицированный вариант эмоционально-стрессовой психотерапии в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью. При этом мы использовали современные психотерапевтические стратегии, базирующиеся на принципах интегративности и краткосрочности. При выборе методов психотерапии, наиболее важным, на наш взгляд, является клинический подход с учетом этиологии, патогенеза, нозологической принадлежности и многоуровневого терапевтического воздействия [В.Е.Рожнов, 1985; Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, С.И. Витенко, В.В. Чугунов, 2002].

При разработке модифицированного варианта эмоционально-стрессовой психотерапии алкогольной зависимости больных в амбулаторных условиях, мы руководствовались основными теоретическими положениями и концепциями

1. Согласно теории Г. Селье (1979) и Л.Х. Гаркави (1990) эмоциональный стресс может приобретать для организма и личности различные качества, как болезнетворные, так и стимуляционно-активирующие и лечебные.

2. Эмоционально-стрессовая психотерапия (ЭСП) по В.Е. Рожнову (1985) - это система активного лечебного вмешательства, цель которого - произвести в душе больного подобие хирургической операции, которая заставит его на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, а в ряде случаев и радикально изменить отношение к себе, своему болезненному состоянию, окружающей микро- и макросоциальной среде.

3. Базовым принципом ЭСП является ориентация на «специализацию» мозговых полушарий.

4. В основу лечения положена концепция механизмов саногенеза ЭСП с позиции фазатонной теории.

5. Информация, предъявляемая в субсенсорном режиме восприятия, усваивается человеком с эффективностью в тысячи раз превышающей норму.

Таким образом, работа с больными нами строилась на основе принципов системности, комплексности, индивидуальности, этапности, личностных особенностей, клинической картины заболевания, эмоционально-стрессового воздействия на организм больного, а также краткосрочности воздействия.

Разработанный нами лечебный комплекс состоял из 3^х этапов (подготовительный, основной и заключительный) с учетом меняющихся терапевтических задач, психотерапевтического воздействия, направленности и содержания.

Первый этап (длительность – от трех до пяти дней) состоял в ознакомлении с больным и его близкими родственниками (родители, жена, дети и др.), отборе пациентов, диагностику заболевания (в зависимости от стадии, степени тяжести и с учетом показаний и противопоказаний для лечения), направление на консультацию к узким специалистам, а также лабораторное обследование, проведение нейрофизиологического (при необходимости) и психодиагностического исследований. Одним из условий для проведения ЭСП в сочетании с аурикулоиглотерапией было воздержание от приема алкоголя не менее 3^х – 5⁻ дней. В противном случае с информированного согласия больных мы проводили им дезинтоксикационную, общеукрепляющую, тонизирующую или гипотензивную терапию (для больных с артериальной гипертензией), а также лечение, направленное на устранение бессонницы, тревоги, депрессии и профилактики острых алкогольных психозов. При выраженных депрессивных состояниях и тревоги в период абстиненции чаще назначали соннапакс, феназепам, амитриптилин или афобазол, глицин с биотридиноном, витамины группы В и С, регидрон и др. Все вышеуказанные препараты применялись нами в сочетании с разъяснительной и косвенной психотерапией, а также внушением наяву или гипнозом - отдыхом. Задачи психотерапии на данном этапе сводились к устранению отрицательной эмоциональной реакции на предлагаемый метод и сроки лечения, переключение внимания пациента на трезвеннический образ жизни, правильному режиму труда и отдыха, формирование готовности к антиалкогольному лечению.

Особое внимание на этом этапе уделяли сбору анамнеза заболевания. Беседу начинали после того, как пациент вместе со своими близкими родственниками заполнил разработанную нами специальную унифицированную карту (подразделы: 1-3). При этом выясняли у них обычаи семьи и ближайшего окружения, возраст и обстоятельства приобщения к алкогольным напиткам, толерантности к ним. Целенаправленно и поэтапно уточняли у них отношение к алкоголю, устанавливали частоту и количество употреблявшегося алкоголя, причины, способствующие или, напротив, препятствующие дальнейшему пьянству. Как правило, исследуемые больные давали нам правильные сведения о нарастании количества употребляемого алкоголя, о времени перехода к более крепким алкогольным напиткам и утрате защитного рвотного рефлекса. Для диагностики АЗ уточняли наличие или отсутствие алкогольного абстинентного синдрома (его тяжесть, длительность, сомато-вегетативные, неврологические и психические нарушения). В присутствии родственников выявляли характерологические особенности

пациента, выясняли, как сказывается злоупотребление алкоголем на отношениях в семье и на работе. Уточняли сведения о том, когда впервые больной обратился за медицинской помощью (методы, длительность ремиссии, рецидивы), а также обстоятельства, приведшие больного на лечение. После тщательного сбора анамнеза, клинико-психопатологического, психодиагностического обследования осуществляли психотерапевтическую беседу с больными и его близкими родственниками.

В процессе беседы разясняли сущность и закономерность развития АЗ, обсуждали соматические, неврологические и психические осложнения при этом заболевании, а также личностные и социальные проблемы у больного.

Особое внимание обращали на губительное влияние алкоголя на половую сферу и потомство, на то, что пьянство делает человека предрасположенным к заболеваниям и способствует более быстрому старению, сокращает жизнь. Подчеркивали, что алкоголизм разрушает семью и неизбежно приводит к потере уважения окружающих, указывали больному на выявленные у него признаки АЗ, а также нарушения со стороны внутренних органов и нервной системы, вследствие злоупотребления алкоголем. При этом убеждали пациента в том, что имеющиеся у него симптомы, безусловно, свидетельствуют об АЗ, подчеркивали необходимость лечения. Во время беседы кратко давали информацию о методе лечения, объясняли основные цели и задачи терапии. Отмечали, что для проведения лечения необходимо его добровольное согласие. Индивидуальную разъяснительную психотерапию проводили дифференцировано с учетом характерологических особенностей больного, клиники алкогольной зависимости и его терапевтической установки.

Используемые на этом этапе приемы, были построены на принципах разъяснительной, рациональной, косвенной и семейной психотерапии. Отрицая применение, какого-либо стереотипа эмоционально-стрессового содержания, психотерапевтическое воздействие базировалось на эмоционально-стрессовом опосредовании любой процедуры. С учетом этого, считали, что психотерапевтические факторы начинают действовать еще до начала применения специальных методов эмоционально-стрессовой психотерапии, в том числе уже и при первом обращении пациента к врачу-наркологу.

У всех больных при первой встрече формировали трезвенническую установку на последующие жизненные этапы, используя при этом весь имеющийся арсенал психотерапевтических воздействий, добиваясь создания твердой и устойчивой установки на комплексное лечение и воздержание от приема алкогольных напитков не менее года.

На втором этапе (3-10 дней) лечебный процесс больным основной группы (120 человек) начинали с проведения активного антиалкогольного лечения в виде ЭСП на фоне которой осуществляли аурикуло-

глотерапию. Пациентам первой группы сравнения (80 человек) проводили только психотерапию, а второй группе (80 человек) – иглорефлексотерапию.

Сеанс ЭСП основной группе проводили на высоком эмоциональном уровне путем использования коротких эмоциональных фраз, высказанных безапелляционно. Изначально создавали высокий уровень концентрации внимания, чему способствовала императивная суггестия больному.

Во время сеанса с каждым пациентом проводили императивную суггестию наяву на фоне танатофобической суггестии и тошнотно-рвотной реакции с впрыскиванием в полость рта алкогольного коктейля (водка, самогон, пиво, вино и др.) через специальный пульверизатор. Появление непереносимости организма к спиртному, проявлялась не только в форме условного рвотного рефлекса, но и в ряде других рефлекторных вегетативных расстройств. В завершение этапа пациенту внушали в бодрствующем состоянии абсолютное безразличие и «неприятие» к алкогольным напиткам.

На данном этапе проводили телесно-ориентированную психотерапию, при которой использовали пальцевое надавливание на точки Валле с продолжением императивной суггестии. Это позволяло нам достичь формирование устойчивой доминанты на сознательно-бессознательном уровне с мощными эмоционально-вегетативными коррелятами.

В процессе внушения блокировали патологическое влечение к алкоголю с целью формирования стойкой поведенческой программы воздержания от этанола.

После ЭСП каждому исследуемому больному основной группы (120 человек) в возрасте от 20 до 70 лет, вводили в нулевые точки обеих ушных раковин одноразовые П-образные изготовленные нами магнитные иглы, которые имели один острый конец и погружали их до начала дуги, а вторая ветвь иглы оставалась лежать на поверхности кожи, после чего покрывали её лейкопластырной наклейкой телесного цвета. Введенные иглы оставляли в ушной раковине на 3-10 и более дней.

Извлекались иглы самим пациентом или их родственниками. Поверхность ушных раковин они протирали согласно нашей инструкции перекисью водорода или спиртом.

Заключительный этап (3-11 месяцев) был направлен на закрепление установок трезвости, проведение поддерживающих сеансов терапии пациентам находящимся в ремиссии.

Основными задачами этого этапа являлось:

- поддержка пациента и его адаптация к реальным жизненным условиям;
- укрепление установок на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей в жизни;
- мотивировка членов семьи пациента на собственное выздоровление;
- предупреждение срывов.

Поддерживающая программа включала индивидуальную и семейную психотерапию.

Семейная психотерапия являлась важным компонентом комплексной терапии АЗ.

Основными задачами семейной психотерапии были:

- выявление нарушений в структуре семейного взаимодействия;
- реконструкция семейных отношений;
- адаптация семьи к режиму трезвости;
- укрепление установок больного на трезвость, достижение позитивных социально-значимых целей в жизни.

При этом применяли разъяснительную, рациональную, косвенную и краткосрочную психотерапию супружеской пары, методику системной интервенции, коррекцию индивидуальных психологических проблем у членов семьи.

В свою очередь, при сборе семейного анамнеза обращали внимание на детальное описание семейного функционирования. В ходе диагностики применяли циркулярный метод опроса, заключающийся в том, что использовали предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношений между ними. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника позволяла нам получать более существенную информацию. Наличие дисфункций в семье и тщательный анализ ее составляющих был важен не только для лечения, но и прогноза эффективности терапии.

Разбор частных семейных структурных проблем осуществляли в ходе психотерапевтических бесед, основными задачами которых являлось получение информации, направленной на помощь в определении ситуационных приоритетов в процессе личного восстановления, учитывая возможную ситуацию в семье.

Исходя из вышеуказанного, для повышения эффективности лечения, мы проводили контрольные явки с пациентами и их близкими родственниками: первая – через два-три месяца после лечения; вторая – на пятом-шестом месяце и третья – за месяц до окончания срока лечения, то есть на 11 месяце.

Таким образом, сравнительная оценка результатов лечения показала достаточно высокую эффективность разработанной нами системы эмоционально-стрессовой психотерапии в комплексном лечении. Так, в основной группе эффективность терапии составила 78,4 %, в то время как в первой и второй группах сравнения она была соответственно 60,1 и 58,3 %.

Литература:

1. Сосин И.К., Гончаров Е.Ю., Чуев Ю.Ф. *Алкогольная тривога*. – Х.: Коллегиум», 2008.-751 с.
2. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. *Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях*. – Киев-Донецк: «Медицина тонких энергий», 2010.-96 с.
3. Рожнов В.Е. *Эмоционально-стрессовая психотерапия «Руководство по психотерапии*. – Т.: Медицина, 1985. – С.156 – 188.
4. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В.: *Учебник для врачей –интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации*. – Х.: Око, 2002. – С.182-243.

ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

А.Е. Гатицька

У даній роботі викладені актуальні проблеми алкогольної залежності в Україні й за рубежом. Систематизовані сучасні терапевтичні підходи й методи психотерапії в комплексному лікуванні хворих з алкогольною залежністю (АЗ) в амбулаторних умовах. Особлива увага приділяється методу емоційно-стресової психотерапії АЗ у комбінації аурікулоіглоплатерпії, розробленої автором. Показана досить висока його ефективність.

Ключові слова: алкогольна залежність, поширеність, психотерапія, методи лікування, рецидиви, ремісія, ефективність

THERAPEUTIC APPROACHES AND PSYCHOTHERAPY TACTICS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN AMBULATORY TERMS

A. Gatytska

In this work the actual problems of alcoholic dependence are expounded in Ukraine and abroad. Modern therapeutic approaches and methods of psychotherapy are systematized in the complex treatment of patients with alcoholic dependence (AD) in ambulatory terms. The special attention is spared to the method of an emotionally-stress psychotherapy AD in combination of auriculo acupuncture, worked out by an author. Its high enough efficiency is shown.

Keywords: alcoholic dependence, prevalence, psychotherapy, methods of treatment, relapses, remission, efficiency