

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89-08-039.76

А.Е. Гатицька

ПСИХОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ У КРУПНОМУ ЦЕНТРІ ДОНБАСУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: алкогольна залежність, психоактивні речовини, розповсюдженість, поширеність, соматичні захворювання, комплексне лікування, психотерапія, аурикулорефлексотерапія, ефективність

Актуальність теми. Алкогольна патологія в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин, продовжує залишатися домінуючою не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу (Москаленко В.Ф., Вієвський А. Н., Табачников С.І., 2000; Claude R, 2000; Волошин П.В., Минко А.І., Лінський І.В. і ін., 2001; Иванець Н. Н., 2002; Бітенський В.С., Аймедов К.В., 2002; Сосін І.К., Гончарова Е.Ю., Чуєв Ю.Ф. 2008 та ін.).

Епідемічна поширеність зловживання алкогольними напоями, його популяційна масштабність і вітальний характер складають реальну загрозу здоров'ю націй і дозволяють, на думку багатьох авторів, віднести рішення завдань по мінімізації рівня захворюваності алкогольною залежністю (АЗ) в ряд основних і таких, що мають поєднане медичне і соціальне значення (Лисицин Ю.К., Сидоров П. И., 1990; Мінко А.И., 2001; Разводовський Ю.Е., 2002; Артемчук А.П., 2005; Баркалов Б.А., 2009).

За даними експертів ВООЗ, Україна входить до числа 6 з 50 країн Європи, у яких темпи зростання числа пацієнтів із зазначеною вище нозологією неухильно прогресують. У свою чергу, згідно з результатами статистичних досліджень МОЗ України, станом на 01.01.2009 р., загальна кількість зареєстрованих осіб з АЗ склала більш ніж один мільйон.

Більш докладно всі ці дані наведено в аналітико-статистичному довіднику за період з 1990 по 2008 рр. (Лінський І.В., Мінко А.І., Дьяченко Л.І., Мусієнко Г.О., Петриченко О.О., 2009).

У свою чергу традиції, що існують (алкоголізація "із приводу", ряд соціальних факторів, масові фрустраційні стани, тривожні й депресивні розлади) відносяться до психологічних передумов зловживання алкоголем (Сосін І.К., Гончарова Е.Ю., Чуєв Ю.Ф., 2008). Спадкування АЗ від найближчих родичів підтверджено даними генеалогічних досліджень (Анохіна І.П., 2001; Москаленко В.Д., 2003).

При цьому ситуація яка склалася в нашій країні ускладнюється тим, що, по-перше, відомості офіційної статистики не повною мірою відбивають дійсне положення алкоголізації населення, а по-друге, існує незмінна диспозиція формування АЗ у вигляді

сукупності соціальних, психологічних і генетичних факторів. Серед соціальних умов виділяють фінансові труднощі громадян, відсутність соціальних гарантій і захищеності, з одного боку, а з іншого - збільшення державного й приватного виробництва, імпорту алкогольних напоїв, залежність бюджету країни від їхньої реалізації, надходження у торгівлю неякісного алкоголю, його масову наступальну рекламу, порушення правил продажу неповнолітнім (Т.Д. Бахтеева, С.І. Табачников, Н.О. Марута, О.М. Зінченко, 2011).

Необхідно відмітити, що в Україні на сьогоднішній день відзначена також істотна трансформація ряду аспектів алкогольних проблем: зміна нозологічної структури залежності у зв'язку зі збільшенням переваги слабоалкогольних напоїв у порівнянні із традиційними міцними, чітка повсюдна тенденція до формування АЗ у молодому віці; частота залежності в осіб жіночої статі; поява терапевтично резистентних, злоякісних форм зловживання, ріст числа алкогольних психозів та інші (Сосін І.К., 2002, 2008).

Таким чином, узагальнюючи медичні й соціальні наслідки АЗ, можна відзначити, що, незважаючи на те, що офіційна статистика відбиває неповну картину явища, її дані свідчать про тенденцію до поширення зазначеного захворювання серед населення багатьох країн миру.

Парадигма соціального й медичного в проблемі АЗ вимагає системного суспільно-медичного підходу не тільки до їхньої профілактики й діагностики, що представляється важливим, але й пошуку нових ефективних шляхів лікування зазначеної категорії хворих.

Означена обставина зумовлює актуальність вибраної нами теми.

Мета дослідження. На основі соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних стадій та психодіагностичних методів дослідження розробити та впровадити в практику лікувальних закладів наркологічного профілю, а також в навчальний процес медичних вузів країни модифікаційні методи психотерапії у комплексному лікуванні хворих з

алкогольною залежністю в амбулаторних умовах в крупному промисловому центрі Донбасу.

Матеріали і методи дослідження. Відповідно до мети і завдань роботи нами було обстежено 280 чоловіків хворих на алкогольну залежність, які звернулись в Донецький медичний центр у період 2007 – 2009 рр. Основну групу склали 120 пацієнтів. У дві групи порівняння увійшли хворі з АЗ по 80 чоловік.

При цьому був застосований комплекс методів: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, експериментально-психологічний, катамнестичний і статистичний.

Всі хворі давали інформовану згоду на лікування і заздалегідь проходили ретельне обстеження у лікарів: терапевта, невропатолога, нейрофізіолога (при необхідності), а також біохімічні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, печінкові проби та інші). У програму дослідження були включені лише хворі, в яких відповідно до МКБ-10 був діагностований синдром алкогольної залежності (група F-10.2). Частіше по медичну допомогу пацієнти зверталися у віці від 21 року до 60 років. Аналіз соціальних і демографічних даних показує, що жителів з крупного індустріального міста, а також невеликих міст, включаючи пгт, в основній групі було 103 чоловік (85,8 %), а в двох групах порівняння (n=160) – 140 чоловік (87,5 %). У селі проживали в основній групі 17 чоловік (14,1 %), в групах порівняння – 20 чоловік (12,5 %). По рівню освіти в основній групі було з вищим – 45 чоловік (37,5 %), з середнім і середнім спеціальним – 70 чоловік (58,3 %), з неповним середнім – лише 5 чоловік (4,1 %). В той же час в групах порівняння було з вищою освітою – 52 людини (32,5 %), з середнім і середнім спеціальним 103 людини (64,3 %) і неповним середнім – 5 чоловік (3,2 %).

За загальним трудовим стажем хворі з АЗ розподілилися: до 10 років – 75 чоловік (26,7 %); до 20 років – 119 чоловік (42,5 %); до 30 років – 45 чоловік (16,0 %); до 40 років – 36 чоловік (12,8 %) і понад 45 років – 5 чоловік (1,8%).

Залежно від мотиву звернення по медичну допомогу хворі основної групи розподілилися таким чином: бажання і надія на лікування було лише у 31 пацієнта (25,8 %); у зв'язку з родинними неприємностями через пияцтво у 44 чоловік (36,7 %); через службові конфлікти – 31 чол. (25,8 %) і у зв'язку з проблемами здоров'я – 14 чоловік (11,6 %).

Аналогічні мотиви були і в групах порівняння (n=160) відповідно: 32 чоловіка (20 %); 56 чоловік (35 %); 50 чоловік (31,2 %); 20 чоловік (12,5 %), інші причини – 2 чоловіка (1,2 %).

По родинному статусу: одружених було 135 (48,3 %); розлучених – 90 чоловік (32,1 %); неодружених – 25 чоловік (8,9 %); вдівців – 30 чоловік (10,7 %). З числа обстежених (n=280) 150 чоловік (53,6 %) лікувалися первинно, а 130 чоловік (46,4 %) – звер-

талися до лікарів наркологів і психотерапевтів неодноразово.

Для психодіагностичного, клініко-психопатологічних досліджень та вивчення емоційно-вольової сфери, використовували традиційні методики: опитувальник Ч.Д. Спілбергера (Spillberger СП.Д., 1966, 1970, 1972) - Ю.Л. Ханіна (1976, 1978; 2000), К. Леонгарда – Г. Шмішека (2000 р.), «Тип відношення до хвороби» (2003), шкалу «САН» (2001), методику В.Д. Менделєвіча (2005), вироблення простіших елементів волі по Е.І. Ігнат'єву та інші.

Аналіз клінічної картини алкогольної залежності, як в основній (n=120), так і в групах порівняння (n=160) дозволив нам виділити загальні закономірності, характерні для розвитку даного захворювання. Так, більшість пацієнтів (94,3 %) вперше в житті спробували алкоголь у віці від 12 до 20 років. Систематично вживали спиртні напої досліджувані частіше у віці від 21 до 30 років. Спадковий чинник займав провідне місце серед основних причин захворювання (до 80 %). За типом спиртного напою (p<0,01), яким віддавалась перевага, на першому місці були (горілка, самогон та інші і лише одне пиво вживали тільки 24 людини (8,6 %).

Патологічний потяг до алкоголю був стрижньовим синдромом алкогольної залежності і спостерігався у всіх досліджуваних хворих в 100 % випадків.

З найбільш характерних клінічних ознак в досліджуваних основної та груп порівняння, нами виділені в першу чергу: висока толерантність до спиртних напоїв (від 500,0 горілки до 2000,0 – 3000,0 і більше грам); втрата захисного блювотного рефлексу; психологічна і фізична залежність від алкоголю; запої, похмілля, похмільний синдром; знижений настрій; агресивність, амнестичні форми сп'яніння у вигляді палімпсестів, початок алкогольної деградації особи і інші (p<0,01).

Розподіл хворих з АЗ відображує переважання середньопрогресивного типу перебігу алкогольної залежності в основній групі – 80 чоловік (66,7 %) і в групах порівняння відповідно: 55 чоловік (68,8 %) і 58 чоловік (72,5 %).

В той же час, пацієнти з малопродієнтним типом течії АЗ склали: у основній групі – 40 чоловік (33,3 %) і в групах порівняння відповідно: 25 чоловік (31,2 %) і 22 чоловік (27,5 %).

Психологічні чинники грають велику роль в забезпеченні соматичного, психічного здоров'я і адаптації особи. З метою об'єктивізації даних, що відображають психологічні характеристики тих, що знаходилися під спостереженням хворих з АЗ та вибору адекватних методів психотерапії, ми провели психодіагностичні дослідження. Так, для виявлення акцентуації характеру, нами обстежені хворі основної і двох груп порівняння по методиці К. Леонгарда - Г. Шмішека (2000). Встановлено, що у всіх досліджуваних частіше наголошувалися педантичний і збудливий типи акцентуації характеру. До

того ж, в осіб з педантичним типом акцентуації характеру (основна група) спостерігали: нерішучість; постійні сумніви в результаті лікування; боязнь прийняти яке-небудь рішення; тривогу; побоювання; занепокоєння і самоаналіз. Особи із збудливим типом акцентуації характеру (38 ± 3) відрізнялися запальністю, аж до люті, злопам'ятністю, а інколи безпричинним тужливим настроєм ($P < 0,01$). Значно рідше у досліджуваних пацієнтів спостерігалися демонстративний, тривожний і застряючий типи акцентуації характеру.

Деадаптації сприяє не лише наявність акцентуації характеру, але і дисгармонійні межі особистості. При використанні методики В.Д. Менделевича (2005) нами встановлено, що серед хворих основної групи частіше зустрічалися такі дисгармонійні межі особистості, як боязкість, песимізм, брехливість, невірність, черствість та ін. В той же час для хворих з груп порівняння характерними були: злісність; агресивність; непорядність; безсоромність; відсутність певної життєвої позиції.

Такі дезадаптивні межі особистості, як нереальне сприйняття дійсності і небажання адаптуватися до неї, наголошувалися в першу чергу у пацієнтів з ситуативною згодою на протиалкогольне лікування. У хворих основної групи з позитивною установкою на тверезий спосіб життя після проведеного комплексного лікування спостерігали: організованість; охайність; ввічливість; упевненість в собі; терплячість; ошадливість і ін.

Для дослідження рівня тривоги як стану, нами використана шкала реактивної і особистісної тривоги Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Отримані дані показують, що у всіх обстежених хворих (основної і двох груп порівняння) до початку лікування був високий рівень реактивної тривоги, за винятком пацієнтів із збудливим типом акцентуації, які в 38 ± 3 % випадків реагували на обставини, що склалися станом помірно вираженої тривоги. Рівень особистісної тривожності був високим майже у всіх обстежених з тривожною, емотивною, дистимічною і афективно-екзальтованою акцентуацією і більш ніж у половини хворих із застряючою акцентуацією характеру. Таким чином, показник особистісної тривоги істотно залежав від типу акцентуації характеру.

Для характеристики функціонального стану хворих нами використана шкала САН (А.Ф. Біз'єв, 2001), яка дозволяє визначити суб'єктивні показники самопочуття, активності і настрою в обстежених. Отримані дані показують, що до лікування вони були понижені у всіх хворих основної групи і груп порівняння. Але після проведеного комплексного лікування (медикаментозна терапія + психотерапія + ІРТ) ці показники були близькі до норми ($P < 0,01$), тоді як в групах порівняння вони практично не змінилися.

Для здобуття розгорнутої характеристики системи стосунків, пов'язаних із захворюванням, а також

цілісного типу реагування на хворобу, нами використаний опитувальник «Тип відношення до хвороби». При аналізі даних встановлено, що серед обстежених основної групи ($n=120$) частіше спостерігалися ергопатичний, обсесивно-фобічний, неврастенічний, ейфоричний і іпохондричний типи реагування на хворобу. ($P \leq 0,05$).

У групах порівняння ($n=160$) найбільше відзначали анозогнозичний, апатичний, меланхолічний, іпохондричний, паранояльний та егоцентричний типи реагування на хворобу ($P < 0,01$).

Експериментально-психологічна методика психомоторних компонентів волі заповнювали і розширювали об'єм інформації про стан психофізичних механізмів волі серед хворих основної та груп порівняння ($n=280$).

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили нам виявити певну залежність функціонального, емоційного стану і відношення до хвороби в осіб з АЗ і виходячи з цього правильно побудувати психотерапевтичну тактику і терапевтичні підходи до комплексного лікування у даного контингенту пацієнтів.

Слід зазначити, що лікувальний процес АЗ в амбулаторних умовах має ряд своїх особливостей, обумовлених, в першу чергу, неоднорідним складом пацієнтів - від хворих з асоціальними тенденціями і кримінальним минулим до осіб з другою стадією (легкий і середній ступінь тяжкості).

У зв'язку з вищевикладеним нами розроблений і впроваджений модифікований варіант психотерапії з аурикулорефлексотерапією. При виборі методів психотерапії, найбільш важливим, на наш погляд, являється клінічний підхід з урахуванням етіології, патогенезу, нозологічної приналежності і багаторівневої терапевтичної дії.

Робота з хворими також будувалася на основі принципів системності, комплексності, індивідуальності, етапності, особових особливостей, клінічної картини захворювання, емоційно-стресової дії на організм хворого, а також короткостроковості.

Розроблений нами модифікований варіант з аурикулорефлексотерапією складався з 3-х етапів (підготовчий, основний і завершальний) з урахуванням терапевтичних завдань, що міняються, психотерапевтичної дії та спрямованості.

Перший етап (тривалість - від трьох до п'яти днів) полягав в ознайомленні з хворим і його близькими родичами (батьки, дружина, діти та ін.), відборі пацієнтів, діагностику захворювання (залежно від стадії, ступені тяжкості і з урахуванням свідчень і протипоказань для лікування), напряму на консультацію до вузьких фахівців, а також лабораторне, нейрофізіологічне (при необхідності) і психодіагностичні дослідження. Однією з умов для проведення антиалкогольного лікування було утримання

пацієнтів від прийому алкоголю не менше $3^X - 5^H$

днів. Інакше ми проводили за згодою пацієнтів дезінтоксикаційну, загальнозміцнюючу, тонізуючу або гіпотензивну терапію (для хворих з артеріальною гіпертонією), а також лікування, спрямоване на усунення безсоння, тривоги, депресії і профілактики гострих алкогольних психозів. При виражених депресивних станах і тривоги в період абстиненції частіше призначали сонапакс, феназепам, амітриптілін або афобазол, гліцин з біотредіном, вітаміни групи В і С, регідрон та ін. Усі вищезгадані препарати застосовувалися нами у поєднанні з роз'яснювальною і непрямую психотерапією, а також навчанням наяву або гіпнозом - відпочинком. Завдання психотерапії зводилися до усунення негативної емоційної реакції на пропонований метод і терміни лікування, перемикання уваги пацієнта на тверезницький спосіб життя, правильному режиму праці, відпочинку і живлення, формуванню готовності до антиалкогольного лікування.

На цьому етапі пацієнт разом зі своїми близькими родичами заповнював розроблену нами спеціальну уніфіковану карту в яку вносили дані про звичайні сім'ї і найближчого оточення, вік і обставини залучення до алкогольних напоїв, толерантності та ін.. Як правило, досліджувані хворі давали нам правильні відомості про наростання кількості вживаного алкоголю, про час переходу до міцніших алкогольних напоїв і втрати захисного блювотного рефлексу. Для діагностики АЗ уточнювали наявність або відсутність алкогольного абстинентного (похмільного) синдрому (його тяжкість, тривалість, сомато-вегетативні, неврологічні і психічні порушення). У присутності родичів виявляли характерологічні особливості пацієнта, з'ясовували, як позначається зловживання алкоголем на стосунках в сім'ї і на роботі, коли уперше хворий звернувся по медичну допомогу, а також обставини, що привели його на лікування. Після ретельного збору анамнезу, клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного психодіагностичного обстеження здійснювали психотерапевтичну бесіду з хворими і його близькими родичами на якій роз'яснювали суть і закономірність розвитку АЗ, обговорювали соматичні, неврологічні і психічні ускладнення при цьому захворюванні, а також особові і соціальні проблеми.

Особливу увагу звертали на згубний вплив алкоголю на статеву сферу і потомство, на те, що пияцтво робить людину схильною до захворювань і сприяє швидшому старінню, скорочує життя. Підкреслювали, що алкоголізм руйнує сім'ю і неминуче призводить до втрати поваги оточення, вказували хворому на виявлені у нього ознаки АЗ, а також порушення з боку внутрішніх органів і нервової системи, внаслідок зловживання алкоголем. При цьому переконували пацієнта в тому, що наявні у нього симптоми, безумовно, свідчать про АЗ і в зв'язку з цим про необхідність лікування. Під час бесіди коротко давали інформацію про метод ліку-

вання, пояснювали основні цілі і завдання терапії. Відмічали, що для проведення лікування потрібна його добровільна згода. Індивідуальну роз'яснювальну психотерапію проводили диференційовано з урахуванням характерологічних особливостей хворого, клініки алкогольної залежності і його терапевтичної установки.

На другому етапі (3-10 днів) лікувальний процес хворим основної групи (n=120 чоловік) розпочинали з проведення їм модифікованого нами варіанту психотерапії у поєднанні з аурикулорефлексотерапією та емоційно-вольовим тренуванням (ЕВТ). Пацієнтам першої групи порівняння (n=80 чоловік) проводили тільки психотерапію, а другій (n=80 чоловік) - аурикулорефлексотерапію.

Сеанс ЕСП основній групі проводили на високому емоційному рівні шляхом використання коротких емоційних фраз, висловлених безапеляційно.

На цьому етапі застосовували телісно-орієнтовану психотерапію з продовженням імперативної сугестії та оволодіння ЕВТ. Це дозволяло нам досягти формування стійкої домінанти на свідомо-несвідомому рівні з потужними емоційно-вегетативними корелятами. В процесі навчання блокували патологічний потяг до алкоголю з метою формування стійкої поведінкової програми утримання від алкоголю.

Після проведення психотерапії кожному досліджуваному хворому основної групи (n=120) які були у віці від 20 до 70 років, вводили в нульові точки обох вушних раковин одноразові П-образні виготовлені нами магнітні голки (патент на корисну модель № 41251 від 12.05.2009 р. та № 43138 від 10. 08.2009 р.), які мають один гострий кінець і занурювали їх до початку дуги, а друга гілка голки залишалася лежати на поверхні шкіри, після чого покривали її лейкопластиревою наклейкою тілесного кольору. Введені голки залишали у вушній раковині на 3-10 днів.

Витягувалися голки самим пацієнтом згідно нашої інструкції або їх близькими родичами. Поверхню вушних раковин вони протирали перекисом водню.

Завершальний етап (3-11 місяців) був спрямований на закріплення установок тверезості, проведення підтримувальних сеансів терапії пацієнтам що знаходилися в ремісії.

Основними завданнями цього етапу було: адаптація пацієнта до реальних життєвих умов; зміцнення установок на тверезість і досягнення позитивних соціально-значимих цілей в житті; мотивування членів сім'ї пацієнта на власне одужання; попередження рецидивів.

Підтримувальна програма включала індивідуальну і сімейну психотерапію яка була одним із важливих компонентів комплексної терапії АЗ, а також ЕВТ на який було зроблено особливий акцент.

Основними її завданнями були: виявлення пору-

шень в структурі сімейної взаємодії; реконструкція сімейних стосунків; адаптація сім'ї до режиму тверезості; зміцнення установок хворого на тверезість, досягнення позитивних соціально-значимих цілей в житті.

При цьому використовували роз'яснювальну, раціональну, непрямую і короткострокову психотерапію подружньої пари, методику системної інтервенції, корекцію індивідуальних психологічних проблем у членів сім'ї. Наявність дисфункцій в сім'ї і ретельний аналіз її складових був важливий не лише для лікування, але і прогнозу ефективності терапії.

Розбір приватних сімейних проблем здійснювали в ході психотерапевтичних бесід, основними завданнями яких було отримання інформації, спрямованої на допомогу у визначенні ситуаційних пріоритетів в процесі особистого відновлення, враховуючи можливу ситуацію в сім'ї.

Виходячи з вищезгаданого, для підвищення ефективності лікування, ми проводили контрольні явки з пацієнтами і їх близькими родичами: перша - через два-три місяці після лікування; друга - на п'ятому-шостому місяці і третя - за місяць до закінчення терміну лікування, тобто на 11 місяці.

Таким чином, розроблена нами система психотерапії у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність за 2007-2010 рр., яка була впроваджена в практику роботи приватних медичних центрів та ейських і обласних наркологічних диспансерів м. Донецька, Харкова, Вінниці, Києва та ін., показала досить високу ефективність. Так, в основній групі вона склала у цілому за останні 3 роки 78,4 % ($P < 0,01$), тоді як в першій і другій групах порівняння вона була відповідно 60,1 % та 58,3 %. ($P < 0,01$).

Висновки

У висновках підводяться підсумки проведеного дослідження, висвітлюються подальші перспективи вивчення проблеми. Зокрема їх результати показують наступне:

1. У дисертаційній роботі на основі системного міждисциплінарного підходу, а також вивчення типів відношення пацієнтів до своєї хвороби, проведення соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного експериментально-психологічного та психодіагностичного їх дослідження, здійснено теоретичне узагальнення та наведено нове вирішення актуальної наукової задачі, яка полягає в розробці психотерапевтичних методів у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність і у першу чергу в поєднанні психотерапії з аурикулорефлексотерапією.
2. Встановлено, що хворі на алкогольну залежність другої стадії (середньої) з легкою та середньою ступеню тяжкості значно рідше розвивають шлюб (в 1,83 рази при $P < 0,05$), здійснюють правопорушення (в 1,56 рази при $P < 0,05$) і суїцидальну поведінку (в 1,94 рази

при $P < 0,05$), мають гепатит С або цироз печінки (в 2,7 рази при $P < 0,01$) та інші.

3. Виявлено і науково обгрунтовано взаємозв'язок між початком і віком вживання алкоголю та клініко-психопатологічними особливостями хворих на алкогольну залежність ($p < 0,01$).
4. Розроблена трьох етапна диференційована система психотерапії в комплексному лікуванні хворих з АЗ в амбулаторних умовах, яка передбачає виконання: на I етапі - індивідуальну і групову роз'яснювальну, непрямую, раціональну і сімейну психотерапію, а також гіпноз-відпочинок (при необхідності); на II етапі - короткострокова і емоційно-стресова психотерапія у поєднанні з аурикулорефлексотерапією та ЕВТ; на III етапі - контроль стану хворого з проведенням підтримувальної психотерапії і ЕВТ.
5. Доведена більш висока ефективність психотерапії у поєднанні з аурикулорефлексотерапією у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність в амбулаторних умовах по порівнянню окремо тільки з психотерапією або аурикулорефлексотерапією, про що свідчить об'єктивний регрес психопатологічної симптоматики.

Література:

1. Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий // *Руководство по психиатрии*. - М.: Медицина, 1974. - С. 242-258.
2. Гузиков Б.М. Психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом // *Тез. докл. науч. конф. по психотерапии и мед. деонтологии*. - Ставрополь, 1986. - С. 75-76.
3. Жижильов С.І. Емоційно-стресова психотерапія патологічної тяги до алкоголю під час алкогольного абстинентного синдрому: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27/ Дон. держ. мед. ун-т. - Х., - 1996. - 24 с.
4. Минко А.И. Ранняя диагностика и прогноз лечения больных алкоголизмом безмедикаментозными методами (клинико-физиохимическое и клинико-нейробиологическое исследование): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.17. - Х., 1997. - 350 с.
5. Валентик Ю.В. Характеристика основных компонентов взаимодействия между врачом и пациентом в процессе психотерапии // *Российский психиатрический журнал*. - 1999. - №1. - С. 36-41.
6. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // *Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца*. - М.: Нолидж, 2000. - С. 309 - 341.
7. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. - М.: Нолидж, 2000. - 448 с.
8. Коршко І.Н. Лікування алкоголізму психотерапевтичними методами: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17/ Дон. держ. мед. ун-т. - Х., 2000. - 20 с.
9. Москаленко В.Ф., Вісвський А.М., Табачніков С.І. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю // *Архів психіатрії*. - 2000. - №3-4 (22-23). - С. 5-8.
10. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні // *Український вісник психоневрології*. - 2001. - Т.9, вип.3 (28). - С. 7-9.
11. Минко А.И. Алкоголизм - междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // *Українсь-*

кий вісник психоневрології. – 2001. – Т.9, вип.4 (29). – С.6–7.

12. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата колме при лечении больных алкоголизмом // Наркология. – 2002. – №3. – С. 2–4.

13. Иванец Н.Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. – 2002. – №6. – С. 2–7.

14. Зинченко Е.Н. Система психотерапии в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях учреждений нового типа / Дисс. На соискание ученой степени канд-а мед. наук, - Киев, 2004. – 184 с.

15. Сосин И.К. Наркология: (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев / Харьков: Коллегиум, 2005. – 800с.

16. Битенский В.С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В.С. Битенский // журн. АМН Укра-

їни. – 2007. – Т.13, № 3. – с. 543-550.

17. Лінський І.В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І. та інші // Аналітичний огляд. Випуск IV – Харків, 2007. – 52с.

18. Песиков Я.С. Исключительно эффективный, безвредный, безлекарственный метод лечения – ушная иглотерапия доступна каждому медику. – Украина, Донецк, Песиков-центр «Медицина тонких энергий», 2009. – 220 с.

19. Табачников С.И., Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях: Монография. – Киев-Донецк: Песиков-центр «Медицина тонких энергий», 2010 – 96 с.

ПСИХОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕННІ БОЛЬНИХ С АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАВИСИМОСТЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВИЯХ В КРУПНОМУ ЦЕНТРІ ДОНБАСА

А.Э. Гатицкая

В работе проанализированы результаты психотерапии в сочетании с аурикулорефлексотерапией в комплексном лечении 120 больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях в крупном центре Донбасса. В две группы сравнения (n=160) вошли больные с АЗ, которым в первой группе (n=80) проводили только психотерапию, а второй (n=80) – аурикулорефлексотерапию. В соответствии с целью и задачами исследования нами были использованы следующие методы: социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический, катамнестический и статистический.

Анализ клинической картины алкогольной зависимости, как в основной (n=120), так и в группах сравнения (n=160) позволил нам выделить общие закономерности, характерные для развития данного заболевания.

Работа с больными строилась на основе принципов системности, комплексности, индивидуальности, этапности, личностных особенностей, клинической картины заболевания, эмоционально-стрессового воздействия на организм больного (психотерапия+аурикулорефлексотерапия), а также краткосрочности. Итогом работы является статистически достоверная полученная автором более высокая эффективность психотерапии в сочетании с аурикулорефлексотерапией в комплексном лечении больных с АЗ по сравнению с группами сравнения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психоактивные вещества, распространенность, соматические заболевания, комплексное лечение, психотерапия, аурикулорефлексотерапия, эффективность

PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION IN OUTPATIENT CONDITIONS IN LARGE CENTRE OF DONBAS

A.E. Gatytskya

In the article had analyzed the results of psychotherapy in combine with auriculoacupuncture in complex treatment of 120 patients with alcohol addiction in outpatient conditions in a large centre of Donbas. Into two comparison groups (n=160) enter patients with AA, whom were leaded psychotherapy in the first group (n=80), and in the second (n=80) - auriculoacupuncture. In accordance with purpose and task of investigation we used the following methods: social demographical, clinical anamnestic, clinical pathopsychological, experimental psychological, psychodiagnostical, catamnestic and statistic.

Analysis of clinical picture of alcoholic addiction, as in the main (n=120), as in comparison groups (n=160) give us possibility to stress general patterns which associated with progress of a given disease.

Work with patients were based on principles of systematic, complexity, individuality, stage system, personal peculiarities, clinical picture of disease, emotional stressing influence on patient's organism (psychotherapy + auriculoacupuncture), but also the short-term.

As a result of work - the statistic significant more efficiency of psychotherapy obtained by author, combined with auriculoacupuncture in complex therapy of patients with AA compared with comparison groups.

Keywords: alcohol addiction, psychoactive substances, abundance, somatic diseases, complex therapy, psychotherapy, auriculoacupuncture, efficiency