

УДК: 616.89-008.441.13-08

Дослідження чинників, що впливають на стійкість алкогольної ремісії



Возний Д. В.

Возний Д. В.

Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1

Резюме. Проведено аналіз історій хвороб алкоголь-залежних пацієнтів, що поступали до відділення залежних станів у зв'язку зі «зривом» ремісії після проведеного лікування, також враховано дані отримані зі співбесіди з хворим та його родиною. Створено перелік основних чинників, які призводили до «зриву» ремісії, їх систематизації за групами та потужністю впливу.

Ключові слова: психологічні чинники, алкогольна залежність, «зрив» ремісії.

Research of factors of influencing on firmness alcoholic remission

Vozniy D.V.

The Odessa regional clinic of psychiatry № 1

Resume. The analysis of histories of illnesses of alcohol-dependent patients which entered separation of the dependent states in connection with «blowing» off remission after the conducted treatment is conducted, information is taken into account got at interview with a patient and his family. The list of basic factors which resulted in «blowing» off remission, their systemation, is created, on groups and force of influence.

Key words: psychological factors, alcoholic dependence, «blowing» off remission.

Алкоголізм та лікування алкоголізму це вельми актуальні проблеми сучасного суспільства, свідомство тому численна кількість приватних лікувально-реабілітаційних центрів, що було відкрито за останній час по різних регіонах України, Росії, Польщі, Німеччини та інших країн [1, 2]. Крім цього ведеться постійна боротьба та профілактика алкоголізму на державному рівні, проте і цих зусиль недостатньо [1, 3]. Все ж, не дивлячись на велику кількість нових лікувальних центрів та кабінетів довіри, слід розуміти, що лише висококваліфіковані фахівці та адекватні сучасні лікувально-профілактичні і реабілітаційні програми зможуть допомогти вирішити згадані труднощі [2-4].

Алкоголізм хоч і є хворобою однієї людини, але це біда для сім'ї та проблема всього суспільства [2, 5]. Слід зазначити, що лікування алкоголізму — це не єдине завдання, перш за все, важливе повернення людини до повноцінного життя, його інтересу до нього, відродження особистості хворого [5, 6]. Профілактика алкоголізму також важлива, як власне й боротьба з алкоголізмом, тому своєчасна допомога кваліфікованих фахівців в цій ситуації дуже необхідна, перш ніж підступитися до вибору методу лікування алкоголізму, поважно зрозуміти, що вогнище алкогольної залежності знаходиться у свідомості залежного й повноцінне лікування повинне обов'язково торкнутися саме свідомості хворого алкоголізмом [7].

Не дивлячись на всю підступність алкоголізму, тверезі думки гарантують тверезу поведінку у майбутньому [2, 6].

Для практикуючих наркологів забезпечення ремісії, запобігання рецидиву є тим, що очолює їх у роботі [8]. Проте відсутність чіткого розуміння цього явища, повна неузгодженість у формулюванні понять і не завжди умілі спроби пояснення вже існуючих фактів приводять до неадекватного лікування [2, 4]. Питання про ремісії стосується лише алкогольних захворювань, а не тих, що звично зловживають та можуть відмовитися від вживання спиртного на якийсь термін, і навіть — на все життя [4-6]. У хворих алкоголізмом може бути лише терапевтична ремісія або тимчасово вимушена із-за зовнішніх обставин стриманість [4, 5]. Це пов'язано з тим, що в хронічних алкоголіків у вільних умовах відсутній самостійний контроль, вольові зусилля або усвідомлені дії в цьому напрямі, а їх потреба в алкоголі, мається на увазі первинний та вторинний потяг, окрім природного хвилеподібного процесу, безпосередньо пов'язана детермінована із зовнішніми і внутрішніми чинниками [4]. Тому практично «світлих» проміжків часу в алкоголь-залежних не буває, у цих хворих є лише перерви в пияцтві, й такі поняття, як ремісія та рецидив, значимі лише для пацієнтів з алкогольною аддикцією [3, 6, 8]. Поняття «зрив» характерний для всіх п'ючих груп населення, що намагаються боротися з алкоголізацією [4].

Період лікування хворих алкогольною залежністю, як правило не включають у термін ремісії, початок ремісії зазвичай наголошується при виявленні регресу симптомів хворобливого процесу, коли поступово знижується дратівливість, вирівнюється нестійкий або знижений настрій депресивних відтінків, й потяг, що періодично з'являється, до спиртного все успішніше пригнічується власними зусиллями [4, 7, 9]. Періодично виникаючий синдром псевдоабстинента (пітливість, тахікардія, тремор, порушення сну, астенія субдепресія) з кожним разом все більше втрачає свою гостроту [4, 9]. Ремісія вважається досить стійкою, якщо епізодичні (однократні) прийоми алкоголю відразу не викликають загострення потягу до алкоголю і надалі — рецидиву [1, 3, 7].

За багатьма авторами основними чинниками зривів та рецидивів у алкоголь залежних осіб є різні психогенії та псевдоабстинентні стани [3-5, 8, 10]. «Псевдо» означає те, що в основі цих абстинентних явищ полягає не потяг до алкоголю, а прагнення хворого змінити свій психічний стан або вплив укорінених алкогольних традицій та стереотипів [4-6, 9]. Також вважається, що родинні психічні травми продовжують лідирувати у списку цих причин, але на практиці більшість пацієнтів схильні перебільшувати вплив зовнішніх чинників у відновленні зловживання [3, 4]. І якщо первинний потяг хворий ще може подавити власною волею та розумом всупереч середовому впливу, то приєднання вторинного потягу робить неусвідомлений потяг некерованим для нього [8]. Коли виявиться, що до справжнього моменту рецидиву хвороби у пацієнта виникають чисто ендогенно, то подібні стани служать прямим протипоказанням для «призначення» тривалих ремісії, тим більше для подальшого «нормованого» вживання алкоголю, у таких випадках потрібне триваліше і ретельно контрольоване лікування [5, 7].

Найчастіше передвісником, що наближає рецидив або що вже маніфестує його психічний початок, є депресивний емоційний фон ремісцента [10]. Депресивні розлади можуть виявлятися не стільки в емоційному вигляді, скільки у вигляді різних психопатологічних розладів [5, 8]. Одночасно у вигляді компенсаторної реакції подібна депресія виявляється в гарячковій професійній діяльності, непосидючості, балакучості та навіть у штучно підвищеному настрої [3]. Відомо, що повторні та часті рецидиви як би полегшують шлях, створюють «тропізм» для подальших рецидивів, що різко обважнює

картину алкогольного захворювання та ускладнює лікування [4, 5].

Дослідники визначають ремісію при алкогольній залежності, як динамічний стан, на всіх етапах перебігу якого найважливішою ознакою є міра ризику рецидиву, залежна як від клінічних характеристик хвороби, так і від особових та соціально-психологічних чинників, виділяють етапи формування ремісії, а також їх клінічні варіанти [2-4, 7, 9]. Ця точка зору розділяється більшістю авторів, що також розглядають ремісії як особливі динамічні стани [3-5, 7, 8, 10, 12].

Рецидиви алкоголізму можна підрозділити на ранні, виникаючі на тлі гострих або затяжних явищ абстиненції, та пізні, такі, що розвиваються після періоду тривалої стриманості, у одиничних випадках «зриви» з відновленням вживання невеликих доз алкоголю не відразу викликають появу патологічного потягу та розладів абстиненції. Як правило ж, прийом навіть малої кількості спиртного, незалежно від термінів стриманості, негайно веде до рецидиву патологічних форм потягу до алкоголю зі всіма витікаючими звідси наслідками. Це показує, що в осіб, страждаючих алкоголізмом, зберігається «готовність» до такого роду патологічних реакцій, що підтверджується і даними про рецидиви «втрати контролю» при перентеральному введенні етилового спирту.

Нами у наркологічному відділенні Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1, проведено архівний аналіз більш однієї тисячі історій хвороб, тих пацієнтів, що звернулися по допомогу повторно та огляд поступаючих у відділення (216 осіб) на протязі 2009-2011 років і співбесіду з їх родичами. Метою проведеної роботи було виявлення чинників «зриву» ремісії, що відбувалася, частіше вже неодноразово у всіх нами обстежених.

Результатами було з'ясування характеру чинників, сприяючих рецидивам алкоголізму. Найбільш багаточисельною виявилася група хворих, в яких «зрив» носив випадковий характер, 72,69 % всіх випадків (157 хворих), серед них виділені наступні основні чинники такого рецидиву, це випадкове вживання алкоголю: свята, родинні торжества, запрошення в гості та тому подібне 96 хворих з 157 (61,15 % випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині 39 хворих (24,84 % випадків); вживання спиртних напоїв у результаті прагнення перевірити ефективність лікування 17 пацієнтів (10,83 % випадків) та інші п'ять залежних

виявили інші домінуючі чинники (3,18 %). Як ми бачимо, особливо часто, зриви відбуваються під впливом «спокуси» з боку старої компанії або різних родинних та службових неприємностей, що викликають в хворого потребу спожити звичний «транквілізуючий» засіб. Надзвичайно великого значення, безперечно, мають закріплені умовно-рефлекторні механізми, на які вказує поява прагнення до випивки перед їжею, у дні здобуття заробітної плати та тому подібні роками сформовані стереотипи. Також причиною рецидиву може бути «психологічний потяг», що виникає одночасно з розладами настрою, «напругою», відчуттям дискомфорту й крайнім варіантом цього є класичні форми дипсоманії. Близьким до подібних механізмів рецидиву є симптоматика псевдоабстиненції або «повторна абстиненція». До чинників, сприяючих рецидивам, відносяться екзогенні впливи, наприклад травми та інфекції, особлива реактивність організму залежного, психопатологічні особливості, короткочасність терапії, що виявляється недостатньою. Потребує ретельного вивчення місто клінічних особливостей алкоголізму, його стадій, негативний вплив психопатизації та деградації хворої особи.

Важливе значення характеру та тривалості протиалкогольної терапії впливає з власної практики і з даних, що приведено вище. Якщо оцінювати чинники рецидивів алкоголізму, які нами було отримано з записів у проаналізованих історій хвороб, то безпосередні причини «зривів», незалежно від характеру та тривалості передуючого лікування, розподіляються наступним чином: на першому місці знаходиться вплив «компанії» на який вказують 39,3 % респондентів, потім слідує різноманітні психогенні моменти, це 26,4 % випадків, виникнення «психологічного потягу» (у тому числі «псевдоабстиненції»), 15,8 % випадків, інші чинники — 12,9 % випадків та не змогли вказати причину — 5,6 % обстежених.

При умовному розподілі проаналізованих даних на ремісії, що були до трьох місяців, шість та більше місяців, один рік та більше, то отримані угруповання даних виглядають таким чином: при зриві ремісії до трьох місяців питома вага чинника впливу «компанії» складала 47,8 % та була вище за показник цього чинника в групі з ремісіями понад шість місяців, де він склав 38,6 %, та понад рік цей показник склав лише 31,4 % випадків. Тому можливо зробити висновок, що позбавлення від алкоголізму складніше, якщо довкола люди й атмосфера, ніяк не сприяють одужанню. У групі з короткими

ремісіями більшою, ніж в інших, виявилася частота випадків рецидиву «психологічної залежності» (відповідно 26,7 % та 14,9 % і 11,2 % відповідно). В той же час, при порівняно хороших ремісіях більшого значення набував чинник негативних психогенних впливів; він зустрічався в 34,1 % випадків у групі з ремісіями понад рік, частіше ніж у першій групі 21,5 % випадків та другий 24,6 %.

Важливою є також роль преморбиду, змін особі та клінічних особливостей алкоголізму. У низки робіт вказується, що ефективність лікування залежить від певних характерологічних особливостей, від наявності або відсутності психопатичних рис та проявів деградації хворого [5, 7, 10, 11], але ці дані є декілька противоречиві, хтось з авторів [7] вказує що в групі з явищами деградації рецидиви відбувалися ще у час лікування, тоді як за відсутності деградації ранній рецидив мав місце лише в окремих випадках та більшість хворих стримувалися понад два роки. Проте інші [5], наводячи катamnестичні дані, наголошують, що добрі терапевтичні результати були досягнуті, не дивлячись на те, що більш половини хворих страждали психопатіями та іншими психічними відхиленнями. Тому у нашому дослідженні, проведеному для вивчення цього питання, було відмічено деякі відмінності у термінах ремісії в осіб з різними характерологічними особливостями, але середні терміни алкогольних ремісії виявилися приблизно однаковими. Особи з переважанням меж подчиняємості та «слабовілля», нестійкості, невірноваженості та дратівливості декілька частіше давали ранні рецидиви. Проте відмінності між частотою задовільних та незадовільних ремісії — залежно від цих характерологічних особливостей виявилися позбавленими статистичної значущості. Виключенням виявилися випадки, позначені умовно, як особи, що «погано пристосовуються» до важкої ситуації та виявляються нестійкими відносно зовнішніх впливів («стресів») — психогенних та інше. Підвищення питомої ваги цього контингенту у групі з ранніми рецидивами виявилось значимим, що відповідає і нашому клінічному досвіду.

У хворих з ранніми рецидивами випадків психопатій та неврозів виявилось дещо більше, ніж у групі з добрішими результатами лікування, тобто більш тривалими ремісіями, але і тут відмінності не були достатньо значимими. Недостовірним виявилось і деяке підвищення серед хворих з ранніми рецидивами питомої ваги патологічного розвитку особи, що

стосується алкогольної деградації, то відносно цієї ознаки спостерігалось навіть відоме наростання його питомої ваги в групі із задовільними результатами лікування, але важливо врахувати, що й при успішному лікуванні хронічного алкоголізму алкогольна деградація також можлива. Не було виявлено зв'язків між стабільністю терапевтичних ремісії та клінічними особливостями алкоголізму: наявністю і тягарем таких алкогольних симптомів як синдром абстиненції, інтолерантність до алкоголю, амнестична та змінена форми сп'яніння, тип і система пияцтва. Незначним виявився вплив органічного ураження мозку, у тому числі травматичного ґенезу. Таким чином створюється враження, що те, що об'єднує клінічної картини алкоголізму не надавало істотної негативної дії на результати лікування. Більш диференційований аналіз у когортах з дуже ранніми рецидивами (до одного місяця) та дуже хорошими ремісіями (понад два роки) дав аналогічні результати. Загальна кількість хворих з психопатіями та патологічним розвитком у групі з дуже ранніми рецидивами склала 54,2 % та перевищувало питому вагу цих хворих у групі із стійкими ремісіями понад рік, який склав 39,7 %. В останніх було констатовано і деяке підвищення питомої ваги випадків з деградацією — 74,6 % та 67,4 % відповідно. Відмінності між цими групами по таких ознаках, як черепно-мозкові травми та органічна симптоматика були неістотні. У других за когортою хворих значно частіше спостерігалися соматичні ускладнення. Тенденції до погіршення результатів лікування на пізніших стадіях алкоголізму, тут також виявлено не було; навпроти число хворих третьою стадією при рецидивах до місяця досягало більш половини від загальної кількості випадків, а при ремісіях понад рік де що їх і перевищувало. Тому висновок логічний, що для більш ефективного лікування алкоголізму необхідні й більш ефективні методи.

З'ясовано, що збільшення питомої ваги психопатії, різних форм розвитку та деградації, а також випадків вегетативно-ендокринної патології у преморбіді та черепно-мозкових травмах у хворих з ранніми рецидивами виявилось незначним. При стійких ремісіях частішали, але також, втім, без статистичної значущості випадки, відношені до третьої стадії

алкоголізму. При обробці результатів обстеження було встановлено, що відмінності у частоті випадків психопатій та неврозів у групах з незадовільними ремісіями менше трьох місяців та відносно задовільними ремісіями більше шести місяців результати лікування виявились мало значимими. У першій групі вони склали 49,5 %, а у другій 47,3 %. Питома вага випадків віднесених до патологічного розвитку була в обох групах приблизно однаковою, а питома вага випадків алкогольної деградації у другій групі виявилась навіть більшою, ніж у хворих з ранніми рецидивами та відповідно складала 54,6 % і 36,7 %. Відношення числа хворих другої та третьої стадії при ранніх рецидивах складало у приблизній пропорції один до двох та мало відрізнялося від аналогічного відношення при стійкіших ремісіях.

Висновки:

1. Проведене дослідження та аналіз алкогольних ремісії, виявив, що дослідження чинників «зриву» алкогольної ремісії є важливим та актуальним завданням сучасної наркології. Запобігання рецидиву та забезпечення ремісії є тим, що очолює роботу практикуючих наркологів.
2. Виявлено, що найбільш багаточисельною є група хворих, в яких «зрив» носив випадковий характер (72,69 %), серед них виділені наступні основні чинники такого рецидиву, це випадкове вживання алкоголю: свята, родинні торжества, запрошення у гості та тому подібне 96 хворих з 157 (61,15 % випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині 39 хворих (24,84 % випадків); вживання спиртних напоїв у результаті прагнення перевірити ефективність лікування 17 пацієнтів (10,83 % випадків) та інші п'ять залежних виявили інші домінуючі чинники (3,18 %).
3. Дослідження виявило основні чинники зриву, що надає можливість будувати адекватні програми реабілітації для хворих на алкоголізм, підґрунтя яких важливо закласти ще на етапі лікування хворого та психотерапевтичної співпраці лікаря зі хворим та з його родиною.

Література

1. Зінченко О. М. Особливості розповсюдженості психічних та поведінкових розладів, унаслідок вживання алкоголю в Україні / О. М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2011. — № 2 (65). — С. 77–81.
2. Линский И. В. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12–17.

3. Wilsnack S. C. International gender and alcohol research: recent findings and future directions / S. C. Wilsnack, R. W. Wilsnack // *Alcohol Res. Health*. — 2002. — Vol.26. — N4. — P. 245-250.
4. Сосин И.К. Наркология (Монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев // Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
5. Кирпиченко А. А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью / А. А. Кирпиченко // *Российский психиатрический журнал*. — 2003. — №1. — С. 63-65.
6. Mohr C. D. Daily interpersonal experiences, context, and alcohol consumption: crying in your beer and toasting good times / C. D. Mohr, S. Armeli, H. Tennen et al. // *J. Pers. Soc. Psychol.* — 2001. — Vol. 80. — N 3. — P. 489-500.
7. Медико-психологическая помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом: пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Т.Г. Рыбакова. СПб., 2006. — 30 с.
8. Гуревич Г.Л. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: автореф. дис. канд. мед. наук / Г.Л. Гуревич; ННЦ наркологии. М., 2005. — 21 с.
9. Miller W. R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling / W. R. Miller // *NIDA*. 2000. — P. 99-106.
10. Ялтонский В. М. Мотивационная терапия / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // *Наркология*. 2003. — № 4. — С.41-44.
11. Тхостов А. Ш. Психологические аспекты зависимостей. Сб. научн. статей. / Под ред. А. Ш. Тхостова и С. П. Елшанского. М.: Новый мир, 2005. — 137 с.
12. Проценко С. А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых / С. А. Проценко / Дис. канд. психол. наук, Санкт-Петербург, 2003. — 122 с.