

ЗНАЧЕНИЕ СРЫВОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И КУПИРОВАНИИ РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ РЕМИССИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Сквира И.М., Гомельский государственный медицинский университет

Введение. Проблема лечения алкоголизма остается чрезвычайно актуальной, прежде всего из-за неудовлетворительной ее эффективности вследствие ранних срывов и рецидивов зависимости, происходящих, по данным большинства авторов, в самом начале формирования ремиссии — на этапе ее становления, определяемом в 4-6 месяцев от начала воздержания от употребления алкоголя.

В это время у пациентов с алкогольной зависимостью наблюдаются аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю и срывом алкогольной зависимости. Ранее эти состояния нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические состояния (РОКС).

Цель исследования: разработка методов профилактики и лечения рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования. 159 пациентов с алкогольной зависимостью в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $38,9 \pm 7,2$ лет), разделенных на три группы, исследованы в период становления терапевтической ремиссии (шифр F 10.200-201 согласно критериям МКБ-10) после трех этапов лечения согласно принятым в наркологии стандартам.

Первая группа состояла из 39 человек в состоянии компенсированной ремиссии, без клинически выраженных рецидивоопасных состояний. Вторая группа из 40 пациентов находилась в состоянии субкомпенсированной ремиссии с РОКС (без срыва, обратившиеся для противорецидивного лечения). Пациенты первых двух групп достигли полной ремиссии (шифр F 10.202). В третью группу (80 человек) были включены пациенты с рецидивом алкоголизма на этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя).

В ходе выполнения научной работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии наблюдаются различные рецидивоопасные клинические состояния, по частоте встречаемости без явного достоверного ($p > 0,05$) межгруппового отличия. Между пациентами первой (компенсированная ремиссия) и третьей (сорвавшиеся) групп нами не выявлено достоверных ($p > 0,05$) отличий и по средней выраженности рецидивоопасных состояний и их суммы. Только, обратившихся за противорецидивным лечением (вторая группа), большинство рецидивоопасных клинических состояний, в том числе

патологическое влечение к алкоголю, и их сумма по средней выраженности на этапе становления ремиссии были достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у пациентов двух других групп. Но при этом влечение к алкоголю осознавалось этими пациентами и, даже будучи значительно выраженным, не приводило к срыву алкоголизма, в отличие от пациентов третьей группы ($p < 0,001$).

По нашему мнению, при попытке пациентами алкогольной зависимостью решить связанные с алкоголем социальные проблемы за счет временного воздержания от приема алкоголя, алкогольная зависимость прекращает функционировать только на поведенческом уровне (пациент «не пьет»). При этом патологическое влечение к алкоголю не угасает, а вытесняется, подавляется, сохраняется в скрытом виде, не осознается, по механизмам конверсии трансформируется в невротиические и психосоматические симптомы, а в стрессовых ситуациях способно проявляться неожиданно для пациентов и родственников по механизму киндлинга, приводя, казалось бы, к непонятному по причинам срыву. Сам срыв у них становился качественным переходом накопленным количественных биопсихосоциальных изменений в новое качество — срыв, а затем и рецидив алкогольной зависимости.

Выводы. 1. Установлено, что для пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления терапевтической ремиссии характерны рецидивоопасные клинические состояния, которые при сформированной срывопротекторной биопсихосоциальной системе не приводят пациентов к неизбежному срыву, так как или быстро регрессируют (при компенсированной ремиссии), или, осознаваясь больными, мотивируют их на противорецидивное лечение (при субкомпенсированной ремиссии). Если срывопротекторную систему в процессе первых трех этапов противорецидивной терапии сформировать не удалось (прежде всего, не была преодолена анозогнозия, отсутствует комплаенс), то рецидивоопасные клинические состояния у пациентов с алкогольной зависимостью: во-первых, плохо осознаются; во-вторых, взаимопотенцируются на системном уровне больного человека; в третьих, развиваясь по своему сценарию синдромом жевания и синдромом тактиса, даже при незначительном разрешающем факторе трансформируются в поведенческое нарушение — срыв алкоголизма.

2. Поддерживающую и противорецидивную терапию у пациентов с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии следует проводить с учетом структуры, выраженности и динамики рецидивоопасных клинических состояний, а психотерапию необходимо направлять на осознание и словесное выражение чувств, дифференциацию эмоций, развитие способности к управлению эмоциональным состоянием и формированию мотивации к трезвой жизни.

Сведения об авторе.

Сквира Иван Михайлович, к.м.н., доцент, Гомельский государственный медицинский университет, ул. Лазге, 5, Гомель, Республика Беларусь.