

Kharkovskaya A., Zukow W., Chukhraiev N., Unichenko A. Complementary methods of treatment of alcoholic dependence syndrome (F10.2) in the practice of a family medicine. *Pedagogy and Psychology of Sport*. 2020;6(4):29-35. eISSN 2450-6605. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/PPS.2020.06.04.003>
<https://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PPS/article/view/PPS.2020.06.04.003>
<https://zenodo.org/record/4117767>

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. § 8. 2) and § 12. 1. 2) 22.02.2019.
© The Authors 2020;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 01.10.2020. Revised: 20.10.2020. Accepted: 22.10.2020.

UDC 159.9.072; 616.89-008.486

COMPLEMENTARY METHODS OF TREATMENT OF ALCOHOLIC DEPENDENCE SYNDROME (F10.2) IN THE PRACTICE OF A FAMILY MEDICINE

¹Kharkovskaya A.I., ²Zukow W., ³Chukhraiev N., ³Unichenko A.V.

1. Interregional Academy of Personnel Management, Kiev, Ukraine
2. Nicolaus Copernicus University, Torun, Poland
3. Scientific Methodological Center "Medintech", Kiev, Ukraine

Annotation

A program of a multilevel approach to the treatment of alcohol dependence syndrome (F10.2) in the practice of a family medicine physician based on the combined use of psychotherapeutic correction using a cognitive-behavioral approach, detoxification of the body using singlet oxygen therapy and a decrease in the patient's craving for alcohol by the method of transcranial micropolarization is presented. According to the results of treatment, out of 46 patients in the main group, remission over 1 year was observed in 38 patients undergoing treatment.

Key words: alcohol dependence syndrome, cognitive-behavioral psychotherapy, singlet oxygen therapy, transcranial micropolarization, alcohol dependence, family doctor.

УДК 159.9.072; 616.89-008.486

¹Харьковская А., ²Жуков В., ³Чухраев Н., ³Униченко А.

1. Межрегиональная академия управления персоналом, Киев, Украина
2. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń, Polska
3. Научно-методический центр «Мединтех», Киев, Украина

КОМПЛЕМЕНТАРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (F10.2) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аннотация

Представлена программа многоуровневого подхода лечения синдрома алкогольной зависимости (F10.2) в практике врача семейной медицины на основе сочетанного применения психотерапевтической коррекции с использованием когнитивно-поведенческой психокоррекции, детоксикации организма с использованием синглетно-кислородной терапии и снижения тяги пациента к алкоголю методом транскраниальной микрополяризации. По результатам лечения из 46 больных основной группы ремиссию свыше 1 года наблюдали у 38 больных, проходивших лечение.

Ключевые слова: синдром алкогольной зависимости, когнитивно-поведенческая психокоррекция, синглетно-кислородная терапия, транскраниальная микрополяризация, алкогольная зависимость, семейный врач.

Синдром алкогольной зависимости F10.2 (САЗ) - сильная тяга и регулярное употребление алкоголя. Человек, страдающий САЗ, имеет непреодолимое, неподконтрольное желание выпить, которое становится важнее всего остального в его жизни. Именно это страстное желание, в сочетании с трудностью ограничить количество выпиваемого алкоголя, возрастающей устойчивостью к действию алкоголя, (приводит к увеличению потребления спиртного с целью достигнуть желаемого эффекта), а также симптомы абстинентного синдрома (тошнота, потливость и тремор), возникающие спустя несколько часов после последней выпитой дозы алкоголя, отличает алкогольную зависимость от злоупотреблений алкоголем.

Алкогольная зависимость часто становится результатом сочетания различных факторов. Иногда наследственная предрасположенность к злоупотреблению закладывается в семье, в т.ч. при воспитании ребенка в окружении тяжело пьющих людей.

Наиболее часто САЗ встречается у неуверенных в себе, беспокойных и страдающих депрессией мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, которые пытаются уменьшить уровень тревожной депрессии значительными дозами алкоголя.

Алкоголь оказывает непосредственное воздействие на психосоматическое состояние человека и вызывает развитие многих функциональных расстройств или заболеваний. Длительная алкогольная зависимость – самая распространенная причина возникновения серьезных психических расстройств и расстройств поведения, нейроэндокринных заболеваний, нарушения работы пищеварительной и нервной систем.

Люди, очень много пьющие, зачастую плохо питаются и это, как правило, приводит к недостатку в организме витамина В₁ (тиамин) и, как следствие, нарушению когнитивных способностей.

Кроме повреждений, наносимых алкоголем печени и мозгу человека, регулярное неумеренное потребление алкоголя может разрушить семью, взаимоотношения с другими людьми и карьеру.

Лечение соматических расстройств, возникающих в результате длительной алкогольной зависимости комплементарными методами, включает выполнение детоксикации организма, лечение и восстановление функции органов пищеварения, печени, мочеполовой и нервной систем, компенсацию дефицита тиамин, и другие лечебные мероприятия.

После уменьшения симптомов абстинентного синдрома, необходимо провести сеансы индивидуальной психотерапии и транскраниальную микрополяризацию, которые будут способствовать снижению тяги больного к алкоголю, снижению уровня алкогольной зависимости и формированию длительной ремиссии.

В настоящее время одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении САЗ является когнитивно-поведенческая психокоррекция (КПП) [1,2]. В процессе КПП возможно достижение комплексных терапевтических целей — становление критической оценки своей болезни, убеждение необходимости и возможности лечения, желание активной борьбы со своим недугом, выработка положительных ценностно-смысловых установок, нормативного общественного поведения, что способствует формированию длительных и качественных ремиссий [3-6]. Стационарные поведенческие психотерапевтические антиалкогольные программы достаточно хорошо описаны в зарубежной и отечественной литературе и применяются специалистами [7,8]. В практике врача семейной медицины лечение больных алкоголизмом конкретные когнитивно-поведенческие терапевтические методы используют пока недостаточно широко, данные по их научной оценке пока весьма незначительны [9-11], что и определило наш научный интерес.

Целью работы являлось изучение возможностей амбулаторного выполнения программы многоуровневого подхода в лечении синдрома алкогольной зависимости в практике врача семейной медицины на основе сочетанного применения психотерапевтической коррекции методами когнитивно-поведенческого подхода, детоксикации организма с использованием синглетно-кислородной терапии и снижение тяги пациента к алкоголю методом транскраниальной микрополяризации.

Методы оценки состояния больных.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Подробно рассматривали и оценивали жалобы, анамнестические сведения: наследственность, характер воспитания, взаимоотношения со сверстниками; выясняли образование, трудовой статус, семейное положение, взаимоотношения в семье, а также характерологические особенности. Психопатологическое исследование включало комплексное изучение эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферы психической деятельности. Уровень тревожной депрессии оценивался на основе психометрических таблиц А.Бека и Спилбергера-Ханина [12,13].

В рамках клинико-психопатологического метода проводили клиническое наблюдение за больными и их родственниками, а также заполняли специально разработанной карты пациента САЗ, включающей общую (анамнез жизни и болезни), и клиническую части. Экспериментально-психологическое тестирование осуществляли с помощью характерологического опросника (опросник К.Леонгарда) [14], психометрических таблиц А.Бека и Спилбергера-Ханина.

Оценка состояния функциональных систем организма пациентов с САЗ выполнялась на основе метода И.Накатани [15].

Методы лечения.

Синглетно-кислородная терапия.

В основе синглетно-кислородной терапии (СКТ) лежит вдыхание синглетно-кислородной пароводяной смеси (СКС) и питья насыщенной СКС воды. Основным действующим веществом, имеющим терапевтический эффект, является синглетно-кислородная смесь, в состав которой входит синглетный кислород ($1O_2$), оксид азота (NO) и водяной пар.

Активные формы кислорода (АФК) (пероксид водорода, гипохлорит, супероксид-радикал и гидроксил) образуются в результате последовательного присоединения электронов к молекулярному O_2 и принимают участие во многих физиологических процессах в организме человека. Они обеспечивают поддержание постоянства гомеостаза, окисления и детоксикацию экзо- и эндогенных соединений, обладают бактерицидными свойствами и влияют на иммунитет. СКС в организме человека действует на мембранно-обменные процессы и биоэнергетические преобразования в клетках, способствуют нормализации антиоксидантных функций.

В результате выполнения процедур с использованием СКС происходят следующие основные биофизические и биохимические процессы:

- активация биохимических и биофизических процессов;
- восстановление ионной проницаемости мембран клеток;
- стабилизация аэробного обмена;
- детоксикация организма;
- коррекция иммунных изменений (иммуномодуляция Т и В-систем иммунитета и стимуляция иммуноглобулинов IgA).
- снижение гипоксии тканей и уровня молочной кислоты в мышцах.

Терапия СКС используется в лечебных целях для ускорения реабилитации больных с хроническими осложнениями, в основе патогенеза которых лежат метаболические изменения.

Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) - метод лечения, который позволяет направленно изменять функциональное состояние различных звеньев центральной нервной системы под действием слабого электрического тока. Основу метода составляет электронейростимуляция соответствующих корковых (фронтальной, моторной, височной и других) проекций головного мозга, что позволяет получать целенаправленное воздействие при различных психических расстройствах и заболеваниях нервной системы.

Воздействие на головной мозг улучшает работу первой и второй сигнальных систем мозга, которые осуществляют восприятие и обработку всех сигналов из внешнего мира, формируют ответные осмысленные действия больного, его речь, способствует его социализации.

ТКМП является одним из наиболее сбалансированных методов, применяемых при нарушениях обменных процессов в коре головного мозга. После транскраниальной микрополяризации у пациентов нормализуется сон, процессы торможения и возбуждения, а также снимается судорожная активность. Для достижения наиболее стойкого эффекта на курс лечения назначается 10-12 процедур. Один сеанс занимает от 30 до 40 минут.

Методика безболезненна, практически не имеет противопоказаний (общие противопоказания в физиотерапии) и помогает восстановить двигательные, психические, речевые функции, купировать судорожные приступы.

Клинические наблюдения.

В исследовании участвовали 46 пациентов (все мужчины) со сформировавшейся зависимостью от алкоголя в соответствии с критериями МКБ-10, давшие письменное согласие на участие в исследовании. В процессе отбора больных, для участия в исследовании исключали пациентов с острыми и хроническими психотическими расстройствами; больных с клиническими признаками III стадии алкоголизма, алкогольной деградацией; больных с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Результаты проведенного клинического обследования всех 46 пациентов показали преобладание лиц среднего возраста от 27 до 43 лет ($33,2 \pm 4$ лет), состояли в браке, в том числе в гражданском, 67,3% больных, разведены 13,5%, холосты 20,2%.

По уровню образования преобладали лица со средним специальным (47,8%) и высшим (26,1%) образованием. По характеру трудовой деятельности постоянно работающими были 71,7%, временно неработающими – 26,1%.

Наследственная алкогольная отягощенность и терпимое отношение к употреблению алкоголя в родительской семье были характерны для 37% пациентов. Данные о характере семейных отношений в родительской семье продемонстрировали особенности ее патогенного влияния на пациентов в подростковом возрасте. Недостаток внимания со стороны родителей, воспитание по типу гипоопеки отметили 30,4% пациентов, гиперопеки — 43,5%, "отвержения" и "ежовых рукавиц" [3] — соответственно по 13,0%. Определенные ошибки в воспитании оказались у всех обследованных, что не способствовало развитию у них эмоционально-волевых качеств, адаптационных возможностей.

Возраст на начало алкоголизации составил $16,9 \pm 4,3$ года. Продолжительность сформировавшейся зависимости от алкоголя варьировала от 3 до 16 лет (в среднем $8,2 \pm 4,3$ года). В соответствии с клиническими критериями алкоголизма по А.А. Портнову и И.Н. Пятницкой I

стадию алкоголизма диагностировали у 32,6% больных, II стадию — у 67,4%. На момент первичной психотерапевтической консультации всем больным провели дезинтоксикационную и симптоматическую фармакотерапию с купированием алкогольного абстинентного синдрома, период трезвости составил не менее 14 сут. 34,8% больным психотерапевтическая помощь оказывалась впервые.

Проведение лечебных мероприятий выполнялось по следующей схеме.

В течение первого месяца лечебные сеансы проводили 2 раза в неделю, во второй месяц проводились сеансы 1 раз в неделю, третий и последующие месяцы сеансы проводились 1-2 раза в месяц. Каждый сеанс проходил в течении 60 минут. Процедура синглетно-кислородной терапии проводилась в течении 15 минут в начале сеанса. Процедура транскраниальной микрополяризации проводилась в течении 30 минут после проведения синглетно-кислородной терапии одновременно с когнитивно-поведенческой психокоррекцией.

Результаты оценки уровня тревожной депрессии на основе психометрических таблиц А.Бека и Спилбергера-Ханина до и после проведения лечения приведены на рисунке Рис. 1.

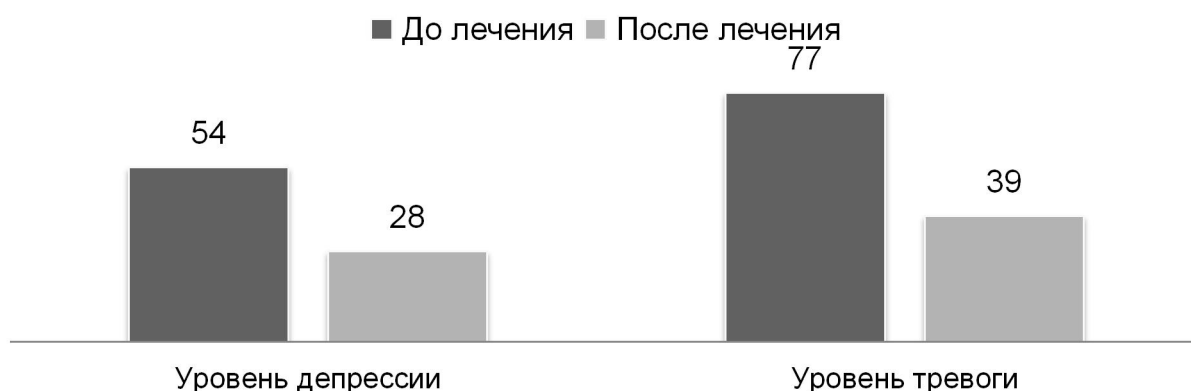


Рис. 1. Результаты оценки уровня тревожной депрессии на основе психометрических таблиц А. Бека и Спилбергера-Ханина до и после проведения лечения

Результаты оценки уровня функционального состояния систем организма по Методу И. Накатани до и после проведения лечения приведены на рисунке Рис. 2.

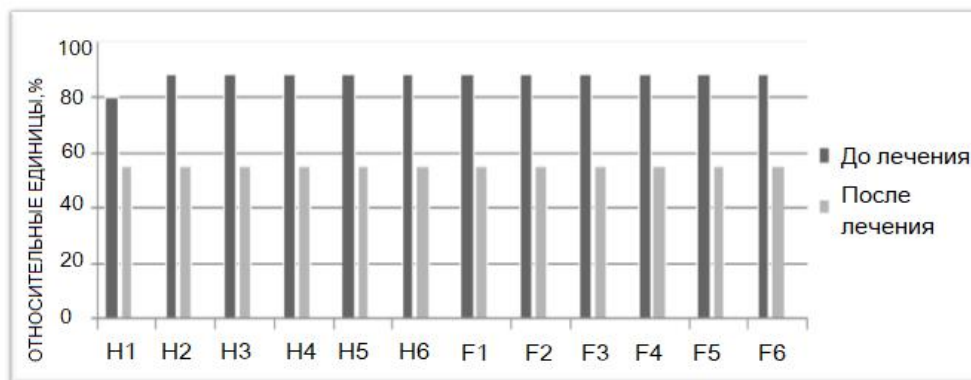


Рис. 2. Результаты исследований функционального состояния больных по методу И. Накатани до и после лечения

Выводы. Разработанная авторами программа многоуровневого подхода в лечении синдрома алкогольной зависимости (F10.2) в практике врача семейной медицины на основе сочетанного применения психотерапевтической коррекции с использованием когнитивно-поведенческого подхода, детоксикации организма с использованием синглетно-кислородной терапии и транскраниальную микрополяризацию, снижающую тягу пациента к алкоголю позволяет формировать более качественную и продолжительную ремиссию. По результатам

лечения группы из 46 больных ремиссию свыше 1 года наблюдали у 38 пациентов, 2-годовалую ремиссию — у 32 пациентов.

References

1. Annis H. M. Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive social learning approach. *Psychoactive Drugs*. 1990; 22: 117—24.
2. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press; 1977.
3. Al'tshuler V.B. *Patologicheskoe vlechenie k alkogolju*. M.; 1994.
4. Gofman A.G. *Klinicheskaja narkologija*. M.: "Miklosh"; 2003: 46—54.
5. Karvasarskij B.D. *Psihoterapevticheskaja jenciklopedija*. SPb.: Piter Kom; 1999: 200; 203-6; 495-500.
6. Ivanec N.N., red. *Lekcii po klinicheskoj narkologii pod red.* M.: Medpraktika; 2001: 244-68.
7. Fedorov A.P. *Kognitivno-povedencheskaja psihoterapija*. SPb.; 2002.
8. Ellis A. *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon; 1988: 56-7.
9. Petrova E.V., Nikolaev V.M., Petrov O.A. *Principy i ocenka jeffektivnosti protivorecidivnoj ambulatornoj programmy kognitivno-povedencheskoj terapii bol'nyh s alkogol'noj zavisimost'ju*. V kn.: *Materialy mezhdunarodnoj konferencii: Novye metody lechenija i rehabilitacii v narkologii*. Kazan'; 2004: 228—32.
10. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
11. Perre M., Baumann U., red. *Klinicheskaja psihologija: Per. s angl.* SPb.: Piter; 2002: 577—82.
12. Nikolaev V. M., Petrova E. V., Petrov O. A. *Kognitivno-povedencheskaja terapija bol'nyh s alkogol'noj zavisimost'ju*. *Voprosy mental'noj mediciny i jekologii*. 2005; 11 (3): 7—9; 109.
13. Portnov A.A., Pjatnickaja I.N. *Alkogolizm: Rukovodstvo dlja vrachej*. M.: Megapolis; 2012: 176—232.
14. http://www.miu.by/kaf_new/mpp/169.pdf
15. Samosjuk, I.Z. *Jelektropunktturnaja diagnostika* /I.Z. Samosjuk, L.I. Fisenko, N.V. Chuhraev i dr. *Rukovodstvo po refleksoterapii*. Vyp. 1. — K.: AO «UKRPROFZDRAVNICA, 1997. — 206 s.
16. *Psihofizichni metodi diagnostiki, profilaktiki ta korekcii psihosomaticnih rozladiv u osib, shho pracjujut' v ekstremal'nih situacijah: monografija*. /L.V.Buc'ka, M.V.Chuhraev. — Kiiiv: DP «Vid.dim «Personal», 2017. — 268 s.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Annis H. M. Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive social learning approach. *Psychoactive Drugs*. 1990; 22: 117—24.
2. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press; 1977.
3. Альтшулер В.Б. *Патологическое влечение к алкоголю*. М.; 1994.
4. Гофман А.Г. *Клиническая наркология*. М.: "Миклош"; 2003: 46—54.
5. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. СПб.: Питер Ком; 1999: 200; 203-6; 495-500.
6. Иванец Н.Н., ред. *Лекции по клинической наркологии под ред.* М.: Медпрактика; 2001: 244-68.
7. Федоров А.П. *Когнитивно-поведенческая психотерапия*. СПб.; 2002.
8. Ellis A. *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon; 1988: 56-7.
9. Петрова Е.В., Николаев В.М., Петров О.А. *Принципы и оценка эффективности противорецидивной амбулаторной программы когнитивно-поведенческой терапии больных с*

алкогольной зависимостью. В кн.: Материалы международной конференции: Новые методы лечения и реабилитации в наркологии. Казань; 2004: 228—32.

10. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.

11. Перре М., Бауманн У., ред. Клиническая психология: Пер. с англ. СПб.: Питер; 2002: 577—82.

12. Николаев В. М., Петрова Е. В., Петров О. А. Когнитивно-поведенческая терапия больных с алкогольной зависимостью. Вопросы ментальной медицины и экологии. 2005; 11 (3): 7—9; 109.

13. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Алкоголизм: Руководство для врачей. М.: Мегapolis; 2012: 176—232.

14. http://www.miu.by/kaf_new/mpp/169.pdf/

15. Самосюк, И.З. Электропунктурная диагностика /И.З. Самосюк, Л.И. Фисенко, Н.В. Чухраев и др. Руководство по рефлексотерапии. Вып. 1. – К.: АО «УКРПРОФЗДРАВНИЦА, 1997. – 206 с.

16. Психофізичні методи діагностики, профілактики та корекції психосоматичних розладів у осіб, що працюють в екстремальних ситуаціях: монографія. /Л.В.Буцька, М.В.Чухраєв. – Київ: ДП «Вид.дім «Персонал», 2017. – 268 с.