

УДК 616.89

СПОНТАННІ РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ У ПІЗНЬОМУ ВІЦІ

Спіріна І.Д., Рокутов С.В., Шорніков А.В., Широков О.В.
Дніпропетровська медична академія

У статті розглядаються питання формування ремісій при алкогольній залежності. Особлива увага приділена можливим механізмам спонтанної ремісії. Наводяться два клінічних випадки спонтанних ремісій у хворих на алкогольну залежність без терапевтичних ремісій в анамнезі. Розглядається питання прийняття особистісної відповідальності за якість життя, як основний фактор формування спонтанної ремісії. Обговорюються питання реабілітаційного потенціалу хворих зі спонтанними ремісіями алкогольної залежності.

Ключові слова: алкогольна залежність, спонтанна ремісія, реабілітація, психотерапія, клінічний випадок.

Постановка проблеми. Сучасне вітчизняне розуміння перебігу алкогольної залежності передбачає наступні три стадії її патогенезу: початкова (неврастенічна), середня – наркоманічна та вихідна, або енцефалопатична [1].

Перебіг алкогольної залежності у більшості випадків є циклічним і супроводжується виникненням періодів утримання від алкоголю, тобто настанням ремісій і періодами активного споживання алкоголю – рецидивами.

Спонтанною ремісією називається ремісія, що настала без спеціального терапевтичного втручання; терапевтичною вважають ремісію, що настала після проведення спеціального терапевтичного (психотерапевтичного) втручання [2; 3].

Тривалість терапевтичних ремісій у хворих на алкоголізм і можливість їх прогнозування привертала увагу багатьох дослідників [4–6]. Здійснювалися спроби прогнозування тривалості ремісій, як терапевтичних, так і спонтанних [7].

Пацієнти зі спонтанними ремісіями, відчувають менше поточних проблем з вживанням алкоголю та негативними життєвими подіями і менше покладалися на такі копінг-стратегії як уникнення та алкоголізація. Таким чином, особи, які досягають ремісій без офіційної допомоги, мають більше особистісних ресурсів [8].

На основі аналізу літературних даних можна виділити 4 типи спонтанних ремісій на підставі механізмів їх формування: психогенні (пов'язані з алкоголь-залежними психічними розладами), соматогенні (пов'язані з важкими соматичними захворюваннями), вимушені (пов'язані з перебуванням в середовищі, де немає доступу до алкогольних напоїв) і пов'язані з іншими причинами [9].

Механізми формування та чинники спонтанних ремісій при алкогольній залежності вивчені недостатньо. Традиційно, без розділення на спонтанні і терапевтичні ремісії, своєрідність клінічної картини ремісій визначається наступними чинниками (факторами): алкогольній фактор, усвідомлений або несвідомий патологічний потяг до алкоголю; преморбідний фактор; токсикоорганічний фактор, що визначається стійкими біологічними ушкодженнями в результаті хвороби (негативна симптоматика).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналізуючи результати роботи А.О. Кібітова та ін., які з'ясували, що тривалість терапевтичної ремісії у хворих з алкогольною залежністю пов'язана з генетичними факторами у вигляді

ді високого ступеня сімейної навантаженості по алкоголізму і поліморфними маркерами генів дофамінової нейромедіаторної системи, можна припустити вплив означених факторів і на формування спонтанних ремісій [6].

У клініці ремісії в III стадії алкогольної залежності на перший план можуть виступати розлади емоцій у вигляді лабільності афекту з дисфоричністю, окрім цього характерні затяжні астенічні розлади з адинамічним компонентом на тлі гіпобулії, що поєднуються з органічною симптоматикою алкогольного генезу. Ознаки астенічних розладів зберігаються тривалий час та можуть загострюватися під впливом різних екзогенних факторів, зумовлюючи актуалізацію патологічного потягу до алкоголю.

Дані огляду Петрунко О.В. та Брюханової Е.Н. свідчать про те, що на формування тривалих ремісій при алкогольній залежності впливають різноманітні фактори – біологічні, особистісні, соціальні, терапевтичні. Для кожного конкретного пацієнта різноманіття даних факторів може розглядатися тільки комплексно [10].

В роботі І.А.Федотова зазначається, що спонтанна ремісія не може виникнути без вагомих психологічних причин, які змогли б «змістити» звичні динамічні стереотипи адиктивної поведінки в новому напрямку. Найчастіше такий «силою» є екзистенційна криза і «зіткнення зі смертю», що дає людям нові сили для життя [9].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Однією з можливих причин спонтанних ремісій можуть бути соціально схвалювані ціннісні орієнтації, виходячи з яких пацієнти ставлять власні цілі і прагнуть до досягнення своїх життєвих перспектив. Окрім цього вони також вчать розуміти свої емоції й почуття, приймати та висловлювати їх в соціально прийнятній формі [11].

Мета статті. Головною метою цієї роботи є клінічна ілюстрація випадків спонтанної ремісії у хворих на алкогольну залежність.

Виклад основного матеріалу. Наводимо опис клінічних випадків спонтанної ремісії після тривалого періоду алкоголізації, при повній відсутності терапевтичних ремісій у минулому. При цьому зауважимо, що психологічні механізми формування спонтанних ремісій ще й досі не досліджені.

Хворий Л., 70 років. Скарг на самопочуття не висловлює. Останнє вживання алкоголю близько 7 років тому.

Anamnesis vitae. Народився в сім'ї робітників першим із 2-х дітей. Батько, дід по батьковій лінії зловживали алкоголем. Відносини в родині були конфліктні, в родині застосовувалися фізичні покарання, мати авторитарна, емоційно невиразна, у конфліктах ставала на бік батька. Ранній розвиток без особливостей, від однолітків не відставав. У школі вчився добре. За характером вважає себе товариською, доброзичливою людиною. Після служби в лавах армії (демобілізований на загальних підставах) закінчив 3 курси будівельного інституту. Протягом 20 років працював майстром підприємства з будівництва автошляхів. Після розформування підприємства пробував себе в малому бізнесі – безуспішно, в подальшому – працював вантажником, підсобним робітником. В поточний час – пенсіонер, підробляє охоронцем. У шлюбі с 23 років, відносини конфліктні, через вживання алкоголю, неодноразово розкодилися, потім мирилися знову. Від шлюбу має сина, стосунки прохолодні, напружені, періодично конфліктні. Проживає з дружиною. Протягом останніх дев'яти років доглядає немічну матір.

Із перенесених захворювань: хронічний холецисто-панкреатит, хронічна алкогольна хвороба печінки, в 1992 році – кровотеча з варикозно розширених вен нижнього відділу стравоходу; остеохондроз шийного, грудного і поперекового відділів хребта. Багаторазово отримував черепно-мозкові травми, кілька разів з втратою свідомості. Неврологічного лікування у зв'язку зі травмами не отримував.

Anamnesis morbi. Вік початку споживання алкоголю не пам'ятає. Вперше відчув сильне алкогольне сп'яніння в 17 років на шкільному випускному. Після закінчення служби в армії ситуаційно зловживав алкоголем (1-2 рази на місяць). Перші ознаки залежності з'явилися після залишення вузу, під час роботи на підприємстві. Спочатку зловживав 2 рази в місяць («в получку і в аванс»). Міг випити до 1,0-1,5 літрів горілки. Після – псевдозапої по 2-4 дня 1-2 рази на місяць. Неодноразово (більше 20 разів) лікувався в наркологічному диспансері як амбулаторно, так і стаціонарно. Ремісії нестійкі, до 1 місяця. Одного разу перебував на лікуванні в лікувально-трудовому профілакторії (6 місяців), після виписки продовжив алкоголізацію. З 1992 по 1994 пив «дуже мало», що пояснював «поганим самопочуттям» після кровотечі з вен стравоходу. Надалі перейшов на практично щоденне вживання алкоголю, перерви у вживанні рідкісні, тривалістю до 1 тижня. Вплив негативних обставин на споживання алкоголю заперечує, завжди випивав заради задоволення, у свята, в якості винагороди самому собі після добре зробленої роботи. Толерантність знижувалася протягом останніх 5 років до відмови від алкоголю. Максимальна добова доза алкоголю – до 2010 року становила 300 мл горілки. Волів рівномірно розподіляти дозову дозу алкоголю протягом дня. У сп'янінні ейфорія короткочасна, слабкої інтенсивності, часто злісний, конфліктний. Втрачено захисні знаки на передозування, кількісний і ситуаційний контроль. Сформовано абстинентний синдром в повному обсязі. У стані абстиненції виражений патологічний потяг до алкоголю, тривожний, ажитований, дратівливий, зазначає сильні дифузні головні

болі розпираючого характеру, гіперестезії, особливо гіперакузію. Відзначав амнезії окремих періодів сп'яніння, особливо на висоті сп'яніння. З 2007 року через важку хворобу матері змушений майже щоденно відвідувати її для надання допомоги та догляду. Протягом 2-х років, не зважаючи на постійний контроль з боку дружини (під час візитів до матері дружина супроводжувала хворого), продовжував алкоголізацію. Через конфліктні відносини з іншими членами сім'ї ніхто не допомагав у догляді. Після відмови дружини контролювати алкогольну поведінку хворого став відвідувати матір самостійно та повністю припинив вживання алкоголю. Ремісія тривала 7 років, підтверджувалася дружиною та сусідами. Після смерті матері під час поминальної церемонії вживав алкоголь (одноразово). Після поховання у бесідах повідомляв про розгубленість, «внутрішню пустоту», відсутність мотивації до діяльності («мені тепер немає чим займатися»). За тиждень (дані за вживання алкоголю відсутні) невістка отримала складний перелам нижньої кінцівки, потребувала складного оперативного лікування. Став активно приймати участь у організації допомоги, консультацій тощо. Разом з дружиною почав піклуватися про онука. Алкоголь не вживав. Запрошений активно для профілактичного огляду.

Психічний статус. Самостійно увійшов до кабінету. За зовнішнім виглядом стежить, поголений акуратно, одягнений охайно, чисто. У місці, часу і власної особистості орієнтований правильно. В бесіду вступає дещо неохоче. Настрій оцінює як рівний, емоційно стабільний, виразний. У мові «звучить» алкогольний гумор. Під час бесіди очний контакт підтримує постійно. Ходить повільно, човгає ходом. На момент огляду обмані сприйняття заперечує, поведінкою не виявляє, маячних ідей не висловлює. Увага нестійка, виснажується, рахування за Е. Крепеліним виконує з незначними помилками, від роботи з таблицями Шульте відмовився. На запитання відповідає в плані заданого. Про події, що передували візиту, згадує легко, про події минулих госпіталізацій – відповідає неохоче, каже, що «все це – марно витрачений час». Події поточного дня описав досить детально.

Суїцидальних думок не висловлює. Критика до свого стану неповна, вважає, що відмовитись від вживання алкоголю «зовсім не складно», при цьому пояснює «не п'ю, бо це заважає доглядати матір». Суттєвих планів на майбутнє не висловлює.

Соматоневрологічний статус. Нормостенічної статури. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця дещо приглушені, ритм правильний, ЧСС 74 уд. / хв., АТ 130/80 мм рт. ст. Язик обкладений білястим нальотом біля кореня, живіт м'який, при пальпації слабо болючий в правому підребер'ї, печінка до +3 см по середньоключичній лінії. Вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Відзначаються порушення периферичної шкірної чутливості (кінчиків пальців), елементи м'язової атрофії. Координаторні проби виконує впевнено, без помилок. Апетит не порушений, сон поверхневий.

Діагноз. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності, в даний час утримання. F.10.20

Другий клінічний випадок.

Хворий Д., 89 років, вдівець, пенсіонер за віком.

Anamnesis vitae. Народився другою дитиною з 4-х дітей в сім'ї лікаря. Спадковість психічними та наркологічними захворюваннями не обтяжена. В дитинстві був жвавою, активною дитиною. В школі вчився на "відмінно" та "добре", був лідером серед однолітків. Закінчив з відзнакою медичний інститут. Протягом 10 років працював лікарем-хірургом міської лікарні. Наступні 35 років – хірургом районної поліклініки. Одружився у 25-річному віці. Дружина з директивним характером, швидким кар'єрним зростанням (від шкільної вчительки до керівника районної Ради), в сім'ї обіймала домінуючу позицію. Овдовів у 78 років. Має 2-х дорослих дітей. Мешкає в районному центрі у приватному будинку. Живе один. Сам веде господарство, доглядає за садом, невеликим виноградником. До 86 років утримував пасіку.

Anamnesis morbi.

Лікувався 28 разів, в тому числі 5 стаціонарно (двічі з приводу алкогольного делірію). Тричі "кодувався", 12 разів лікування припиняв після завершення дезінтоксикаційної терапії. Тривалість терапевтичних ремісій не перевищувала 1 місяця, а в 14 випадках була відсутня.

У шлюбі природжені лідерські якості хворого вступили в протиріччя та були пригнічені більш потужними лідерськими проявами дружини, що створило підґрунтя для хронічної стресогенної ситуації та сприяло формуванню патологічної гіпер-

компенсації у вигляді алкогольної поведінки. Клінічні прояви алкогольної залежності формувались за класичним сценарієм, з вираженою анозогнозією та відсутністю повноцінних ремісій. Після смерті дружини пацієнт був вимушений повністю взяти відповідальність за своє життя, що обумовило активізацію компенсаційних механізмів самовідновлення та формування стійкої ремісії.

Висновки і пропозиції. Коментуючи наведені клінічні випадки, слід звернути увагу на те, що протягом тривалого часу хворі перекладали відповідальність за свою алкогольну поведінку на оточуючих (дружину, інших членів сім'ї, лікарів), які, в свою чергу, в різній мірі брали на себе цю відповідальність, підсилюючи контроль. Дружина першого хворого припинила контролюючу поведінку, тим самим передавши всю відповідальність безпосередньо самому хворому, а в другому випадку припинення контролю було обумовлено смертю дружини. Саме факт прийняття особистісної відповідальності за якість життя, на наш погляд, став підґрунтям для формування ремісії. Це підтверджується також з позицій транзактного аналізу, який розглядає випадки спонтанної ремісії алкоголізму, як випадки зміни алкогольного сценарію у вигляді прийняття нового рішення про свою долю [3]. Таким чином, варто розглядати прийняття особистої відповідальності за власне життя як один із компонентів реабілітаційного потенціалу. Проте це питання потребує подальшого дослідження та широкої дискусії.

Список літератури:

1. Гофман А.Г. К вопросу о классификации и неточностях обозначения психических расстройств при болезнях зависимости / А.Г. Гофман, Т.А. Кожина, И.В. Яшкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 91–95.
2. Павлов Д.Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей на формирование ремиссии и рецидивов у больных с синдромом алкогольной зависимости / Д.Г. Павлов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 142–147.
3. Шустов Д.И. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии / Д.И. Шустов, Т.В. Агибалова, И.А. Федотов // Вопросы Наркологии. – 2014. – № 5. – С. 147–161.
4. Rumpf H.-J. The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help / H.-J. Rumpf, G. Bischof, U. Napke [et al.] // European Addiction Research. – 2002. – Т. 8, № 3. – С. 122–127.
5. White W.L. The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery / W.L. White // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2009. – Т. 36, № 2. – С. 146–158.
6. Кибитов А.О. Длительность терапевтической ремиссии у больных с алкогольной зависимостью: роль полиморфизма генов дофаминовой системы и степени семейной отягощенности / А.О. Кибитов, Н.А. Чупрова, В.М. Бродянский, Е.Ю. Воскобоева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. – 2015. – Т. 115, № 4–2. – С. 51–58.
7. Ерышев О.Ф. Вероятность рецидива алкогольной зависимости и прогнозирование длительности терапевтической ремиссии / О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина, Б.В. Иовлев, Т.Г. Рыбакова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 57–61.
8. Moos R.H. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders / R.H. Moos, B.S. Moos // Addiction (Abingdon, England). – 2006. – Т. 101, № 2. – С. 212–222.
9. Федотов И.А. Мотивации и психодинамические механизмы воздержания от приема алкоголя / И.А. Федотов // Наука Молодых – Eruditio Juvenium. – 2014. – № 3. – С. 121–128.
10. Петрунько О.В. Факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью / О.В. Петрунько, Е.Н. Брюханова // Acta biomedica scientifica. – 2018. – Т. 2, № 5–2. – С. 125–132.
11. Миронова Н.В. Структура и уровень самоактуализации пациентов с алкогольной зависимостью на разных сроках ремиссии заболевания / Н.В. Миронова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 109–115.

Спирина И.Д., Рокотов С.В., Шорников А.В., Широков А.В.

Днепропетровская медицинская академия

СПОНТАННЫЕ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы формирования ремиссий при алкогольной зависимости. Особое внимание уделено возможным механизмам спонтанной ремиссии. Приводятся два клинических случая спонтанных ремиссий у больных алкогольной зависимостью без терапевтических ремиссий в анамнезе. Рассматривается вопрос принятия личной ответственности за качество жизни, как основной фактор формирования спонтанной ремиссии. Обсуждаются вопросы реабилитационного потенциала больных со спонтанными ремиссиями алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, спонтанная ремиссия, реабилитация, психотерапия, клинический случай.

Spirina I.D., Rokotov S.V., Shornikov A.V., Shyrokov O.V.

Dnepropetrovsk Medical Academy

SPONTANEOUS REMISSION IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE AT LATER AGE

Summary

The article deals with the formation of remissions in alcohol dependence. Particular attention is paid to possible mechanisms of spontaneous remission. Two clinical cases of spontaneous remissions in patients with alcohol dependence without therapeutic remissions in history are presented. The issue of personal responsibility for the quality of life is considered as the main factor in the formation of spontaneous remission. Issues of the rehabilitation potential of patients with spontaneous remissions of alcohol dependence are discussed.

Keywords: alcohol dependence, spontaneous remission, rehabilitation, psychotherapy, clinical cases.