

Комплексный подход к коррекции нарушений социальной адаптации больных алкоголизмом

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель Отдела социально-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма
ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
Минздравсоцразвития России», Москва

ШЕВЦОВА Ю.Б.

к.м.н., старший научный сотрудник Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом
ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
Минздравсоцразвития России», Москва; e-mail: jtuzikova@mail.ru

Рассмотрены вопросы нарушений социальной адаптации больных алкоголизмом во взаимосвязи с основными психопатологическими симптомокомплексами алкогольной зависимости. Предложены дифференцированные подходы к фармакологической и психотерапевтической коррекции таких нарушений в рамках комплексного лечебно-реабилитационного процесса для пациентов с алкогольной зависимостью. Курсовая комбинированная терапия создает предпосылки для достижения глубокого и стабильного улучшения физического и психического состояния больных, а акцент на трудовой и семейной реадaptации приводит к улучшению их социального функционирования. Методика позволяет более качественно оказывать медико-психологическую помощь больным алкоголизмом в процессе лечения и реабилитации в наркологических стационарах и диспансерах.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, социальная дезадаптация, коррекция поведения, психотерапия

Введение

Под нарушениями социальной адаптации авторы работы понимают выраженные в той или иной мере отклонения от процесса конструктивного взаимодействия с социальной средой, прекращение или изменение усвоения норм и ценностей среды, невозможность участвовать в ее преобразовании. Нарушение социальной адаптации в работоспособном и репродуктивном возрасте ведет к тяжелым последствиям для общества: падению производства, распаду семей, росту преступности, увеличению маргинального слоя лиц, ведущих антиобщественных образ жизни, а в итоге — к ухудшению перспектив развития страны [3, 14—16].

У больных алкоголизмом нарушения социального приспособления (агрессивность, асоциальность и склонность к аутоагрессивным действиям) находятся в сложной взаимосвязи с состоянием психической дезадаптации и в большей мере представлены у лиц, обнаруживающих психопатические черты характера или психопатоподобные проявления в рамках иной психической патологии [7, 8]. Со злоупотреблением алкоголем и с социальной дезадаптацией тесно связано и агрессивное поведение — враждебные действия, целью которых является причинение страдания, ущерба другим. Значительное количество агрессивных (в том числе противоправных) действий совершается при наличии в статусе больных таких состояний, как:

1) острая интоксикация или абстинентное состояние с возбуждением, дисфорией, истерическими, аффективны-

ми или преходящими интеллектуально-мнестическими нарушениями;

2) обусловленные алкоголизмом выраженные и стойкие изменения личности в виде аффективной неустойчивости, психопатоподобного поведения, морально-этического и интеллектуально-мнестического снижения, грубой нескритичности к своему заболеванию, состоянию в целом и образу жизни;

3) резко выраженное патологическое влечение к алкоголю [11].

К факторам, углубляющим социальную дезадаптацию больных алкоголизмом, относится и саморазрушающее поведение — действия, которые могут представлять угрозу для жизни индивидуума (суицидальное поведение), поступки, приносящие физический ущерб организму (от нездорового образа жизни до самоповреждений), а также поведение, которое разрушает духовный мир человека (аддикции, делинквентность, сексуальная распущенность и др.). Высокий уровень ранней смертности, смертности от насильственных причин, а также вследствие аутоагрессивных тенденций и суицидов — одно из проявлений социальной дезадаптации больных алкоголизмом.

Своевременное проведение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий для больных алкоголизмом помогает реадaptировать и ресоциализировать таких пациентов и тем самым снизить риск их противоправного, агрессивного и аутоагрессивного поведения. Повышение уровня адаптации личности больного является и целью лечения, и критерием качества ремиссии.

Формула метода

В целом предлагаемый метод соответствует требованиям Приказа Министерства здравоохранения РФ №140 от 28.04.1998 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных». Разработанный подход является усовершенствованным и более развитым синтетическим вариантом различных методик лечения алкогольной зависимости в России (в зарубежной литературе подобные методики отсутствуют). Новым является акцент на смягчении социальных последствий синдрома зависимости от алкоголя. Следование данной методике позволяет врачу и пациенту не только сосредоточиться на лечении собственно алкоголизма, но и направить свое внимание на устранение его негативных социальных последствий, на предупреждение агрессивного и асоциального поведения, тесно спаянного с психопатологической симптоматикой синдрома зависимости.

Показания к применению метода

Предлагаемый метод медикаментозной и психотерапевтической коррекции нарушений социальной адаптации больных с зависимостью от алкоголя может применяться в отношении всех пациентов с данной психической патологией, обращающихся за наркологической помощью.

Медикаментозное лечение направлено на купирование проявлений абстинентного синдрома, предупреждение его тяжелых осложнений, снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю, устранение нарушений в эмоциональной и поведенческой сферах.

Психотерапевтическое воздействие служит формированию и поддержанию установок на трезвый образ жизни, более длительному удержанию больных в лечебной программе, обеспечению непрерывности и этапности противоалкогольного лечения, а также изменению стереотипов неконструктивного поведения, нормализации семейных и производственных отношений, научению безопасному отреагированию агрессивных импульсов.

Противопоказания к применению метода

Разработанный подход не применяется в отношении больных алкоголизмом с коморбидной патологией психотического уровня (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, психозы, обусловленные органическим поражением головного мозга), а также с выраженными признаками деменции.

Противопоказания к применению данного метода в фармакологической части могут быть обозначены лишь в случаях индивидуальной непереносимости, побочных действий и осложнений при применении тех или иных препаратов у конкретного больного. К проведению индивидуальной и семейной психотерапии противопоказаний нет. Противопоказаниями для включения пациентов

в психотерапевтическую группу являются: склонность к выраженным протестным и демонстративным реакциям, резкая оппозиционность остальным членам группы и четкие антисоциальные установки в сочетании со склонностью к доминированию.

Описание метода

1. Фармакологическая коррекция психической и социальной дезадаптации больных алкоголизмом на этапе стационарного и амбулаторного лечения

При изучении взаимосвязи клинических признаков алкогольной зависимости с социальными параметрами подтверждается несомненная ведущая роль клинических симптомов и патодинамических характеристик алкоголизма в нарушении социального функционирования обследованных. Поэтому дифференцированные подходы к медикаментозному лечению данного контингента лиц — с учетом нарушения их психического состояния, интенсивности патологического влечения к алкоголю, выраженности абстинентных, аффективных и психопатоподобных расстройств — имеют большое значение для их скорейшей ресоциализации и реадaptации [10].

1.1. Коррекция деструктивного поведения и нарушений психической адаптации в рамках абстинентного синдрома

Синдром отмены алкоголя (F10.3 по МКБ-10) развивается обычно через 12—24 ч после прекращения употребления алкогольных напитков и литически редуцируется в течение последующих 3—7 дней. Состояние абстиненции характеризуется разнообразной соматовегетативной и неврологической симптоматикой, а также психопатологическими и поведенческими расстройствами. В связи со снижением судорожного порога у пациентов могут развиваться эпилептиформные приступы. В этот период требуется круглосуточное мониторирование психического и соматического состояния больных, так как велика опасность развития алкогольного делирия с помрачением сознания, сердечно-сосудистой недостаточности и резкого обострения хронических заболеваний.

В психическом статусе отмечаются психомоторное возбуждение, брутальность, нескритичность к своим высказываниям и поступкам, нередко — шантажные действия (например, угроза близким суицидом, нанесение самоповреждений и т.п.); возможно совершение асоциальных поступков и правонарушений против личности. В состоянии алкогольной абстиненции многие пациенты способны совершать агрессивные и аутоагрессивные действия, так как резкое обострение патологического влечения к алкоголю и колебания аффекта определяют мотивы поведения больного алкоголизмом, которое направлено на поиск спиртного. Своевременное патогене-

тически обоснованное лечение проявлений синдрома отмены алкоголя позволяет предупредить эти действия.

При алкогольном абстинентном синдроме средней и тяжелой степени выраженности целесообразно использование следующих групп препаратов в средних терапевтических дозировках:

1) растворы для внутривенного капельного введения коллоидные (*гемодез, полиглюкин, реополиглюкин*) и кристаллоидные (*физиологический раствор, 5%-ный раствор глюкозы, 1,5%-ный раствор реамберина, трисоль, хлосоль, аспарагинат*);

2) сердечно-сосудистые средства (*кордиамин, коргликон, кофеин, панангин, рибоксин, обзидан*);

3) диуретики (*триампур, диакарб, раствор фуросемида, маннитола* — под контролем осмолярности плазмы);

4) растворы детоксицирующих средств (*унитиол, магnezия, тиосульфат натрия*);

5) растворы витаминов (*тиамин, пиридоксин, цианкобаламин, никотиновая кислота, аскорбиновая кислота, комбинированный поливитаминный препарат мильгамма*);

6) транквилизаторы (*диазепам, феназепам, тофизопам, алпрозолам, хлордиазепоксид, нитразепам, флуниразепам*);

7) средства, обладающие седативным, снотворным (*золпидем, зопиклон*) и противосудорожным эффектом (*карбамазепин, вальпроат натрия, ламиктал, геминеврин, реладорм, фенобарбитал, паглюферал*);

8) средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю (*тиаприд, хлорпротиксен, тиоридазин, дикарбин, галоперидол, дроперидол*);

9) аминокислоты и их производные (*аминалон, глутаминовая кислота*);

10) ноотропы (*пирацетам, пикамилон, фенибут, церебролизин*);

11) растворы гепатопротекторов (*метадоксил, гептрал, орнитин, эссенциале*).

1.2. Коррекция деструктивного поведения и восстановление психической адаптации на этапе стабилизации ремиссии

Закономерности лечебной тактики на данном этапе складываются из ряда основных позиций. Медикаментозная коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений, психоорганических, психопатоподобных, диссомнических расстройств, лежащих в основе психической и социальной дезадаптации больных алкоголизмом, осуществляется путем тщательного подбора психофармакологических препаратов. Назначение лекарственных препаратов стимулирующего, активизирующего действия не показано, так как имеется риск обострения патологического влечения к алкоголю и раннего срыва ремиссии. Правильным является подбор такой схемы, в которой препараты имели

бы суммированное сбалансированное действие, были совместимы между собой, не вызывали привыкание и синдром зависимости (как, например, некоторые транквилизаторы и снотворные), не давали бы избыточный седативный или возбуждающий, растормаживающий эффект.

Параллельно проводится общеукрепляющая терапия (метаболическая и витаминотерапия, назначение препаратов с гепатопротекторным и вегетостабилизирующим действием, влияющих на тонус сосудов). Адекватная восстанавливающая терапия способствует раннему вовлечению больных в психотерапевтический процесс и по возможности скорому возобновлению трудовой деятельности.

К основным задачам фармакотерапии на этапе становления ремиссии относятся:

1) купирование или снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю, что является залогом успешной комплексной терапии;

2) компенсация психоорганических расстройств, коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений;

3) облегчение постинтоксикационной астении, оптимизация общего обмена веществ;

4) смягчение патологического, избыточно аффективного реагирования больных на индивидуально непереносимые ситуации.

Поскольку нейролептики в той или иной степени оказывают воздействие на любой вариант патологического влечения к алкоголю, корректируют психопатоподобное поведение, рекомендуется включать один нейролептик в комплексные схемы поддерживающего лечения на этапе становления ремиссии, а в дальнейшем — в повторные курсы при обострениях патологического влечения к алкоголю. В большинстве случаев целесообразным является применение нейролептиков, обладающих умеренным седативным действием, в небольших дозах, не нарушающих социальное функционирование пациентов.

Трифлуоперазин (стелазин, трифтазин) и *перфеназин (этаперазин)* используются для планового купирования влечения к алкоголю и профилактики его обострений. *Трифлуоперазин* по 0,015 мг/сут. и *перфеназин* по 0,012—0,03 г/сут. дезактуализируют влечение к алкоголю обсессивного, навязчивого типа, хорошо влияют на вялых, апатичных больных алкоголизмом со сниженным настроением. *Тиоридазин (сонапакс)* купирует дисфорические, истерические и депрессивные расстройства, которые могут протекать с различными вариантами ауто- и гетероагрессии, особенно при развитии алкогольной зависимости на фоне органического поражения головного мозга. При назначении в малых дозах обладает активирующим действием, а в более высоких проявляется его седативный эффект.

Дозы подбираются индивидуально от 0,025 г 2—3 раза в день до 0,05—0,1 г 2—3 раза в день.

Если в психическом статусе пациента на фоне астенизации преобладают тревога, подавленное настроение, предпочтителен *хлорпротиксен* от 0,03 г на ночь до 0,06 г/сут. за 3 приема. При превалировании тревожной напряженности, ажитации, беспокойства, выраженной подавленности необходимо увеличение дозы хлорпротиксена до 0,2 г/сут. Препарат эффективно корректирует тревожные расстройства как с подавленностью, раздражительной слабостью, так и с аффективными вспышками, переходящими в агрессию.

С целью умеренной седации может быть назначен и *тиапридал* (*тиаприд*) от 0,3 г до 1,0 г/сут.

Действие *тералена* направлено на устранение агрессивного поведения в рамках психопатоподобных и дисфорических расстройств. Препарат показан при сочетании указанной симптоматики с нейровегетативными нарушениями (от 0,015 до 0,05 г вечером и 0,005—0,01 г утром).

Неулептил обладает выраженным воздействием на нарушения поведения при психопатических и психопатоподобных расстройствах у пациентов с недержанием аффекта, конфликтностью, брутальностью. Он эффективен также при дистимических и дисфорических состояниях, связанных с актуализацией патологического влечения к алкоголю. Назначают неулептил от 0,005 до 0,06 г/сут. После нормализации поведения либо при наличии жалоб на вялость, сонливость дозы неулептила снижают до 0,01—0,02 г в день.

Уровень агрессивности, обусловленной психопатоподобными расстройствами, у больных алкоголизмом значительно снижают препараты из группы атипичных нейролептиков благодаря эффекту общей седации. Сильным седативным действием при практическом отсутствии экстрапирамидных расстройств обладает *клозапин* (*азалептин*, *лепонекс*), поэтому он показан лицам с алкогольной зависимостью, сопровождающейся выраженными агрессивными проявлениями (от 0,0125 г на ночь 2 раза в сутки до 0,05 г в течение 10—14 дней).

Быстрое наступление сбалансированного (седативного и активирующего) эффекта, редукция вербальных и физических проявлений агрессии, заметное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю — отличительные признаки терапии *рисперидоном* (0,002—0,006 г/сут.). Особенность терапии *рисперидоном* — это возможность его назначения в виде раствора (1 мл раствора соответствует 1 мг), что позволяет точно титровать дозу и обеспечивает скорое, сравнимое с парентеральным путем введения, наступление успокаивающего эффекта.

Оланзапин (*зипрекса*), назначаемый однократно на ночь (0,01—0,02 г), нормализует ночной сон без

астенизации больного, успешно нивелирует напряженность, брутальность, повышает восприимчивость к психокоррекционным мероприятиям. К положительным свойствам *кветиапина* (0,2—0,6 г/сут.) при продолжительном его назначении относится практически полное отсутствие не только экстрапирамидных симптомов, но и побочных нейроэндокринных нарушений.

Нейролептики с выраженным антипсихотическим действием (*аминазин*, *левомепромазин*, *галоперидол*) могут быть использованы коротким курсом в малой и средней терапевтической дозировке только для купирования обострений патологического влечения к алкоголю, протекающих в виде грубых психопатоподобных нарушений с агрессивными и аутоагрессивными тенденциями. Длительная терапия этими средствами не показана, так как в силу своего седативно-затормаживающего действия они (особенно *аминазин* и *левомепромазин*) могут способствовать усугублению меланхолических и адинамических состояний, вызывать гипотонию с возможностью развития ортостатической гипотензии и коллаптоидных состояний, что снижает мотивацию на медикаментозное лечение.

Важным компонентом в обострении патологического влечения к алкоголю является сниженное в той или иной степени настроение, сочетающееся с раздражительностью, умеренной агрессивностью, затруднениями в общении, тревогой, вегетативными нарушениями. Эти психические расстройства и без обострения патологического влечения к алкоголю закономерно нарушают социальную адаптацию больных с алкогольной зависимостью. Если на фоне сниженного настроения наблюдаются агрессивность, протестные реакции, умеренное двигательное беспокойство, назначают классические трициклические антидепрессанты в небольших дозировках (*амитриптилин* 0,025—0,075 г/сут. за 3 приема, *мелипрамин* 0,05 г, *анафранил* 0,075 г, *людиомил* 0,025—0,075 г).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — *пароксетин* (*паксил*) 0,02 г/сут., *сертралин* (*золофт*) 0,05—0,1 г, *флуоксетин* (*прозак*) 0,02 г, *циталопрам* (*ципрамил*) 0,04 г — при наличии той же эффективности в отношении дистимии и патологического влечения к алкоголю практически лишены побочных действий трициклических антидепрессантов. Указанные препараты могут быть рекомендованы для продолжительного приема и поддерживающей терапии. При сниженной общей активности, анергии более подходит *флуоксетин* (0,02 г), обладающий преимущественно стимулирующим действием. Другие перечисленные антидепрессанты этой группы оказывают сбалансированное действие на активность пациентов.

Социализирующее, активизирующее действие на больных алкоголизмом с апатией, анергией, подавленностью оказывают обратимый ингибитор моноаминоксидазы *моклобемид* (*аурорикс*) 0,15—0,3 г, и *коаксил* (0,0375 г/сут.), обладающий широким спектром клинической эффективности (сочетание антидепрессивного, анксиолитического и рединамизирующего действия). Схожее действие оказывает и *пиразидол* (0,1—0,2 г), обратимый селективный ингибитор моноаминоксидазы.

Особого внимания заслуживает антиконвульсант *карбамазепин* (*финлепсин*, *тегретол*), который обладает противосудорожным, нормотимическим действием, способствует купированию и профилактике фазных состояний, аффективных расстройств как депрессивного, так и маниакального регистров. Дозы варьируют в широких пределах: от 0,15 г до 1,6 г/сут. за 3—4 приема. Комбинированная схема лечения с включением карбамазепина позволяет добиться быстрой и стабильной редукции аффективных нарушений. Антиагрессивное действие препарата связано с уменьшением судорожной готовности и возбудимости височных областей головного мозга. Особенно отчетливым этот эффект бывает в тех случаях, когда агрессивное поведение — результат органического поражения головного мозга.

Для ускорения детоксикации, стимуляции общего обмена веществ и нормализации работы нервной системы в курс лечения включаются витамины: *тиамин*, *пиридоксин*, *цианкобаламин*, *фолиевая*, *аскорбиновая*, *никотиновая кислоты*, *пангамат кальция*, комбинированный препарат *мильгамма* — желательно в инъекционной форме, в средних терапевтических дозировках, на первые две недели. В дальнейшем инъекции заменяются пероральным приемом поливитаминных комплексов (*Vitrum*, *Centrum*, *Нейромультивит*, *Стресс-табс* и др.) в течение 2 мес.

При наличии патологии печени — жировой дистрофии, гепатите токсического генеза — целесообразно с самого начала лечения применять гепатопротекторы. Курсами по 1,5—2 мес. назначают *карсил*, *гепабене*, *лив-52*, *эссенциале-Н*, *орнитин*, *гептрал*, *метадоксил*.

Ноотропные препараты способствуют ослаблению нейротоксического действия алкоголя, активизируют синтез фосфолипидов, улучшают метаболические процессы в мозговой ткани, стимулируют передачу нервных импульсов. Клинически это выражается в улучшении памяти, повышении способности концентрировать внимание, в восстановлении работоспособности, физической и психической активности. Назначаются *пикамилон* (0,15 г/сут. за 2 приема), *аминлон* (1,0—1,25 г за 2 приема), *энцефабол* (0,4 г/сут. за 2 приема в течение 3 недель), *фенибут*

(0,75 г/сут. за 3 приема), *церебролизин* (от 2 до 10 мл внутримышечно или внутривенно). К препаратам метаболического действия относятся *рибоксин* (по 4—6 таблеток в день), *кокарбоксилаза* (50—150 мг). Курсы метаболической терапии продолжаются 1—2 мес. и назначаются, при необходимости, 2—3 раза в год.

Органическое поражение головного мозга интоксикационной и иной природы нуждается в целенаправленном лечении, так как это расстройство усиливает брутальность, взрывчатость, склонность к дисфориям, немотивированному резкому снижению настроения с накоплением негативных эмоций, отсутствие критической оценки своего поведения и ослабление способности прогнозирования результатов собственных действий (в ряде случаев — до полного ее отсутствия). Существенное значение в патогенезе психоорганического синдрома в случаях сочетанной патологии имеют не только интоксикационный, но и ликвородинамический фактор, а также вегетососудистые расстройства.

Для устранения этих нарушений в схему лечения при необходимости включают дегидратационную терапию: *сульфат магния*, *лазикс* (*фуросемид*) в сочетании с *панангином* (*аспаркамом*), *триампур* или *диакарб*. Используют вазовегетативные и вегетотропные средства: *беллоид*, *циннаризин* (*стугерон*), *винпоцетин*, *трентал*. Назначают также *метионин*, *липоевую кислоту*, *глутаминовую кислоту*. Курсы дегидратационной и вегетостабилизирующей терапии по 1,5—2 мес. целесообразно проводить не реже двух раз в год — как при обострении соответствующей симптоматики, так и с профилактической целью.

В рамках курсового лечения с целью повышения мотивации больных к соблюдению трезвости оправдано применение средств «метаболической блокады», сенсibiliзирующих организм к алкоголю, таких, как *дисульфирам* (*тетурам*, *эспераль*), *цианамид* (*колме*), *метронидазол* (*трихопол*), *налтрексон* (*антаксон*, пролонгированная форма — *продетоксон*). Препараты этого ряда не показаны при генерализованном патологическом влечении к алкоголю, отсутствии установки на соблюдение трезвости, органических психических расстройствах, депрессии.

На этапе устойчивой ремиссии фармакотерапия проводится амбулаторно с наблюдением 1 раз в 7—10 дней по месту стационарного лечения или в диспансере. С 7—8-й недели лечения лекарственные средства ступенчато отменяются, основной акцент смещается на плановую индивидуальную, групповую и семейную психотерапевтическую работу. При любом сроке ремиссии в случае ухудшения психического состояния (обострения первичного патологического

влечения к алкоголю, колебаний настроения, нарастания психоорганических расстройств и астенизации, усиления психопатоподобного или агрессивного поведения, ухудшения сна) медикаментозное лечение должно возобновляться на 2—4 недели. Показанием для возобновления медикаментозного лечения служит, конечно, и возобновление злоупотребления алкогольными напитками.

2. Психотерапевтическая коррекция социальной дезадаптации больных алкоголизмом

При разработке психотерапевтических подходов к коррекции нарушений социальной адаптации больных алкоголизмом учитывается ее степень. При легком варианте проявления данного феномена у больных нарушена способность в полном объеме выполнять свои обязанности по отношению к обществу и семье. Но, будучи не способными создать для членов семьи удовлетворительную моральную и материальную обстановку, они все же при наличии благоприятствующих условий сохраняют семейные отношения. Сужается круг интересов и увлечений, приостанавливается служебный рост, нередко отмечаются вынужденные смены мест работы с переходом на должности, требующие меньшей, чем прежде, квалификации, но больные сохраняют работу и способны заработать себе на жизнь. Агрессия ограничивается вербальными, а не физическими проявлениями, возникает преимущественно в провоцирующих ситуациях, часто в смещенных формах.

При более тяжелом варианте социальной дезадаптации пациенты не способны заботиться о семьях. Чаще они проживают одиноко либо с опекающими их лицами — родителями или другими близкими родственниками. Характерны неустроенность в быту, неряшливость, неспособность вести свои финансовые дела. Прежние интересы полностью утрачены, сохраняются лишь самые примитивные потребности. На производстве такие лица вследствие алкоголизма резко понижаются в должности, или заняты неквалифицированным трудом, или лишены работы и живут на иждивении близких. Агрессия проявляется не только в вербальных, но и в физически-деструктивных формах, порой с садистическим компонентом, уже не только в провоцирующих ситуациях, но и спонтанно.

Мишенями психотерапевтической коррекции являются вышеописанные стереотипы дезадаптивного поведения больных, нарушение контакта с социальным окружением и лежащие в их основе индивидуально-психологические особенности личности (диссоциация самооценки, отсутствие или низкая выраженность ценностной регуляции поведения, пренебрежительное отношение к личным нормативным интересам), а также зависимость от алкоголя.

Цель психотерапевтического воздействия — коррекция психических и поведенческих нарушений, возникающих и/или усиливающихся в результате злоупотребления алкоголем и затрудняющих ресоциализацию больных, а также улучшение качества ремиссии благодаря усилению реадaptационного потенциала.

Задачи:

- 1) реинтеграция психики путем коррекции самосознания (преодоление анозогнозии, нормализация эмоционального состояния и самооценки, повышение способности к самоконтролю, формирование ценностной регуляции поведения);
- 2) коррекция межличностных нарушений (развитие коммуникативных навыков, обучение адекватным, социально приемлемым способам реагирования);
- 3) стабилизация социального статуса (обучение навыкам конструктивного взаимодействия в сфере семейных взаимоотношений и в трудовом коллективе, коррекция нарушенных семейных взаимоотношений);
- 4) побуждение к изменению образа жизни, эмоциональная поддержка больных и их родственников.

Для больных с более легким вариантом социальной дезадаптации психотерапевтические занятия проводятся в амбулаторном порядке 1—2 раза в неделю. Индивидуальные психотерапевтические сеансы длятся по 50—60 мин, групповые — по 1,5—2 ч. Оптимальная суммарная длительность психотерапевтического воздействия — от 6 до 18 мес. Для пациентов с более тяжелым вариантом социальной дезадаптации и многолетним течением алкоголизма показано длительное (не менее 12 мес.) более интенсивное (ежедневное) целенаправленное психотерапевтическое и социальное воздействие теми же средствами и методами, но в условиях закрытого реабилитационного отделения или центра [4—6].

Индивидуальная рациональная психотерапия (ИРП) направлена на изменение дезадаптивных когнитивных установок пациента, коррекцию противоречивости и непоследовательности в представлениях о своем заболевании. В этом методе используется логическая способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность, а мишенью является искаженная внутренняя картина болезни [12]. ИРП заключается в объяснении сущности синдрома зависимости, в обсуждении результатов клинико-лабораторного обследования в соответствии с механизмами тех расстройств и осложнений, которые приобрел больной в результате хронической интоксикации алкоголем. Однако ИРП не всегда оказывается результативной вследствие того, что у больных алкоголизмом, особенно с более тяжелым вариантом социальной дезадаптации, происходит реактивное усиление защитных построений психики. Поэтому ИРП применяется в комплексе с другими методами (семейная и

групповая формы психотерапии), позволяющими более эффективно преодолеть сопротивление больных в отношении осознания последствий зависимости. При помощи только ИРП улучшения можно достичь лишь при легких вариантах нарушений социальной адаптации. В более тяжелых случаях, когда у больных полностью отсутствует критическое отношение к своему поведению и они не способны осознать причины конфликта с окружающими, ограниченность возможностей этого метода становится очевидной.

Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) — комбинированный метод, основанный на рациональных формах воздействия, включающий в себя элементы психодинамической психотерапии. Его цель — реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности, что и послужило основной причиной дезадаптации [13]. ЛОРП позволяет распознать и реорганизовать дисгармоничные аспекты самосознания, послужившие источником расстройств, путем стремления к личностному изменению и восстановлению социального функционирования. Метод предполагает использование нескольких специальных приемов:

- *прояснение* помогает определить отношение пациента к своему поведению и заболеванию, провести сбор необходимой информации, в процессе которого устанавливается эмоциональный контакт с больным, и закладываются условия для развития терапевтического альянса;

- *конфронтация* выявляет и представляет пациенту в форме обратной связи информацию о неосознаваемых аспектах его психической реальности, противоречия в отношениях, установках, конфликтах, эмоциональных и поведенческих стереотипах;

- *интерпретация* позволяет сопоставить и соотнести различные проявления личности и заболевания в целостную, понятную для пациента картину, помогает обозначить основные проблемы пациента. Интерпретации могут подвергаться как основные особенности личности и проявления заболевания, так и более тонкие личностные характеристики, стиль поведения и психологические аспекты алкогольной зависимости.

Принципы когнитивно-поведенческой психотерапии — когнитивно-поведенческие навыки совладания — основываются на рассмотрении алкоголизма как дезадаптивной привычки, а употребление алкоголя представляется способом, позволяющим совладать с субъективно трудными ситуациями, избавиться от неприятных эмоций. Пациентов обучают навыкам, необходимым для того, чтобы справляться с ситуациями высокого риска иными способами. При наличии установки на изменение поведения когнитивно-поведенческие методики позволяют повысить устойчивость пациента к различным ситуациям, провоцирующим его на употребление

алкоголя, проявление агрессии или отказ от выполнения своих обязанностей по отношению к семье или работодателю. Используются следующие техники: обучение навыкам обнаружения и предупреждения признаков приближения рецидива, тренинг социальных навыков, подкрепление со стороны ближайшего окружения и поведенческая терапия супружеских пар. Одним из эффективных приемов данного направления является групповой *ситуационный тренинг* [9]. Его суть состоит в выработке конструктивных образцов поведения, направленных на преодоление зависимости и улучшение взаимодействия пациентов с социальной средой. Типовые ситуации, способствующие употреблению алкоголя, выделяются и обсуждаются, разделяются на субъективно простые и сложные; затем следует их рациональное обсуждение с выработкой различных формулировок отказа от алкоголя. Завершает ситуационный тренинг процедура проигрывания в экспериментальных условиях поведения пациента в провоцирующей обстановке. Примерно такой же подход используется при обучении больного правильному поведению в тех случаях, если его провоцируют (или он считает, что провоцируют) на совершение других нежелательных действий, например агрессивных поступков.

В соответствии с методикой *подкрепления со стороны ближайшего окружения* кто-либо из членов семьи использует подкрепляющие стимулы (о которых заранее договариваются) либо отказывается в них для того, чтобы «наградить» за периоды трезвости или «наказать» за употребление алкоголя. К подкрепляющим стимулам относятся: совместное проведение досуга, доступ к управлению автомобилем, возможность распоряжаться определенной частью денежных средств и др. Привлечение к участию максимального количества родственников или знакомых, а также регулярное наблюдение у врача повышают эффективность методики.

Семейная психотерапия используется в качестве метода, направленного на коррекцию нарушенных межличностных отношений, устранение (или уменьшение) эмоционального напряжения в семье, а также для формирования положительной мотивации больных на участие в терапевтическом процессе. На современные подходы к проведению семейной психокоррекции при наркологических заболеваниях большое влияние оказал трансактный анализ Э. Берна, а также созданная на его основе теория созависимости. Жизнь членов семьи больных алкоголизмом, особенно при наличии социальной дезадаптации, грубо деформирована, подчинена борьбе с пьянством и попыткам скрыть данную проблему от окружающих. Задачей психотерапевта при работе с созависимой семьей является восстановление ситуации, при которой ответственность за пьянство переносится на самого пьющего. При этом другие члены семьи должны в той или иной мере дистанцироваться от забот

о больном, восстановить собственные интересы и увлечения и вообще научиться жить «своей жизнью».

Грамотно проведенная семейная психотерапия часто позволяет решить сразу несколько задач. Ослабляется напряженность отношений в семье, больные становятся менее агрессивными, реже совершают иные асоциальные поступки, активизируются для самостоятельных усилий по прекращению пьянства. Прекращается или становится реже злоупотребление алкоголем, повышается материальное обеспечение семьи, улучшается положение детей, находят свое урегулирование различные семейные проблемы, решение которых откладывалось ранее.

Групповая психотерапия (ГП) разработана классиками группового движения в США (К. Левин, К. Роджерс, У. Шутц и др.). Она относится к недирективным методам работы с больными, основанным на гуманистических позициях. Рекомендуемые отечественными авторами [1, 2, 9, 12] методики ГТ отличаются несколько более директивным стилем ведения группы, более активным участием в дискуссиях психотерапевта и использованием структурированной программы занятий. Оптимальная численность группы — от 6 до 12 чел. Во время цикла психотерапии происходит так называемая групповая динамика: медленный переход от хаотического и конфронтационного общения к более целенаправленному и доброжелательному взаимодействию пациентов друг с другом и от него — к полной слаженности работы группы с возможностью обсуждения самых сложных и болезненных вопросов.

Психотерапевт стимулирует дискуссию с помощью специально направленных вопросов, задаваемых членам группы «по кругу», что позволяет больным лучше понять и принять наличие у них явных или скрытых проблем — нарушений взаимоотношений с окружающими, эпизодов неправильного поведения в семье, на работе, нарушении закона. В рамках самораскрытия происходят вербализация и осознание негативного опыта. Наличие сочувствующей и близкой по духу аудитории позволяет члену группы выплеснуть накопленные за многие годы обиды и переживания; для многих такая возможность выпадает впервые в жизни. Данный процесс сопровождается десенситизацией отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, в сочетании с получением положительных эмоций, обусловленных сочувствием и поддержкой группы.

К важному результату, достигаемому методом группового воздействия, относится *коррекция сознания «Я»*, обычно резко расходящегося у больных алкоголизмом с пониманием некоего идеала, к которому человек должен стремиться; корригируется и нарушенная оценка впечатления, которое поведение боль-

ного производит на окружающих. Дисгармония, несбалансированность разных сторон самосознания пациента отрицательным образом влияют на его душевное состояние. Взаимодействуя с другими членами группы, пациент получает возможность узнать о том, как его реально оценивают люди, относящиеся к нему непредвзято. При сниженной самооценке необходима поддержка группы для укрепления самоуважения больного и его веры в свои силы.

Влияние группы на пациента может происходить в форме *имитации* — взаимного подражания наиболее конструктивным образцам поведения. Это происходит при наличии в группе позитивно ориентированных в социальном плане пациентов, способных стать групповыми лидерами, а также «бывших» больных алкоголизмом, длительное время соблюдающих трезвость и рассказывающих о своем позитивном опыте преодоления зависимости от алкоголя. Однако в группе необходимо и участие пациентов с отсутствием критики к своему заболеванию и дефектам поведения. В таких случаях остальные участники лучше осознают наличие у себя признаков зависимости от алкоголя и отклонений в поведении, если опровергнут или хотя бы выслушают аргументы тех пациентов, которые стараются представить себя в лучшем свете, чем они есть на самом деле (эффект «психотерапевтического зеркала»).

Воздействие группы позволяет преодолевать патологические психологические защиты и алкогольную анозогнозию. При этом деструктивные варианты психологической защиты переходят в менее деструктивные, а в отдельных случаях — и в конструктивные. Понимание и признание у себя алкогольной зависимости способствует снижению претензий к окружающим, уменьшению конфликтности и улучшению возможности справиться с заболеванием.

ГП в большей степени, чем другие психотерапевтические методы, позитивным образом влияет на социальную адаптацию больных алкоголизмом. Смягчение анозогнозии и коррекция самосознания снижают выраженность агрессивного отношения к родственникам. Пациенты начинают более адекватно оценивать претензии, которые предъявляют к ним члены семьи и работодатели. Эффект имитации позволяет перенять у позитивных лидеров группы некоторые мировоззренческие позиции и навыки, позволяющие лучше адаптироваться в реальной жизни. Опыт дискуссий в ситуациях конфронтации с другими больными способствует выработке более конструктивных образцов поведения в реальных жизненных условиях. После прохождения тренинговых приемов в рамках ГП пациенты приобретают способность сдерживать свои эмоции в ответственных ситуациях.

Полноценный многомесячный курс групповой психотерапии влияет на отношение больных к жизни

в целом. Они начинают относиться к складывающимся житейским ситуациям реалистичней, создаются предпосылки для более полной реализации их возможностей на производстве, а также в сфере интересов и увлечений. Приобретая опыт взаимодействия с разными по характеру и потребностям людьми в группе, они получают возможность лучше регулировать свои хаотические отношения с микросоциальным окружением.

Эффективность использования методики

С 2003 по 2008 гг. под наблюдением находилось 404 чел. с психическими и поведенческими нарушениями, связанными с алкогольной зависимостью; из них 189 чел. прошли полный предлагаемый курс лечения, 215 чел. прибегали только к короткому курсу лечения (4—10 дней) в стационаре без последующей психотерапевтической поддержки. Клинико-психопатологическим, катанестическим методами и с помощью патопсихологических методик установлено, что применение описанных форм и методов лечения приводило к более существенному общему улучшению психического состояния и повышению уровня социальной адаптации пациентов, прошедших программу. Использование описанных подходов медикаментозного и психотерапевтического вмешательства позволило добиться более длительной и более качественной ремиссии, повышения социальной адаптации, снижения выраженности агрессивного и асоциального поведения больных алкоголизмом, предотвратить его трансформацию в опасные формы с высоким риском совершения деструктивных, в том числе и криминальных, действий.

Список литературы

1. Батищев В.В., Негериш В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации

на лечение. Программа «решение»: теория и практика. — М.: РБФ НАН, 2001. — 182 с.

2. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — СПб., 2000. — 27 с.

3. Заиграев Г.Г. Проблемы алкоголизации населения России // Наркология. — 2002. — №7. — С. 2—7.

4. Дудко Т.Н. Терапевтические сообщества // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 271—289.

5. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: Гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — С. 575—612.

6. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001. — С. 7—38.

7. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением // Наркология. — 2005. — №5. — С. 43—47.

8. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б. Наркологические заболевания в экспертной и лечебной практике. — Изд-во ГНЦССП им. В.П. Сербского. — М., 2008. — 296 с.

9. Игонин А.Л. Психотерапевтические методы лечения наркологических заболеваний // Наркологические заболевания в лечебной и экспертной практике. — М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. — Гл.9. — С. 247—256.

10. Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Шевцова Ю.Б. Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция агрессивного поведения больных алкоголизмом в рамках курсового лечения // Наркология. — 2006. — №4. — С. 29—41.

11. Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение (аналитический обзор). Сообщение 1 // Наркология. — 2007. — №8. — С. 53—62; Сообщение 2 // Наркология. — 2007. — №9. — С. 42—51.

12. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1990. — 304 с.

13. Карвасарский Б.Д., Ташлык В.А. Алкоголизм, психотерапия: Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 300—302

14. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 219—232.

15. Lenke L. Alcohol ND Criminal Violence — Time series Analyses in a Comparative Perspective. — Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1990. — 336 p.

16. Rice R.D. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence // Alcohol Health and Research World. — 1990. — №17. — P. 10—18.

THE COMPLEX MANNER TO CORRECTION OF DISORDERS OF SOCIAL ADAPTATION SICK OF ALCOHOLISM

IGONIN A.L.

MD, PhD, Professor; Moscow Serbsky National Researcher Centre of social and forensic psychiatry

SHEVTZOVA J.B.

PhD, Senior Researcher, Department of social and forensic problems of drug and alcohol dependency, Moscow Serbsky National Researcher Centre of social and forensic psychiatry

In clause main principles of pharmacological and psychotherapeutic treatment of patients with a syndrome of dependence on alcohol are stated. It is emphasized on increases of a level of their social adaptation at treatment. The technique serves achievement of a sober way of life, improvement of quality of a life and a level of social functioning alcoholic patients.

Key words: alcohol dependence, social deadaptation, behaviour correction, psychotherapy