

Духовно-ориентированные и биологические методы коррекции нарушений социального поведения наркологических больных (сравнительная оценка)*

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом.

E-mail: aligonin@mail.ru

ШЕВЦОВА Ю.Б.

к.м.н., ст. науч. сотр. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом

БАРАНОВА О.В.

к.м.н., науч. сотр. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом

ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития, 119992, Москва, Кропоткинский пер., 23, тел.: (495)637-16-96

Необходимость контроля и коррекции нарушений социального поведения наркологических больных — одна из самых актуальных общественно значимых задач. Для ее решения требуется объединить усилия государственных и общественных структур. В докладе, который был сделан на конференции, проводимой Московским Патриархатом, рассмотрены пути взаимодействия медицинских и общественных организаций с опорой на православную религию. Методы, используемые в наркологии, соотнесены с возможностями духовно-ориентированной терапии. Показано, что они могут успешно применяться совместно в рамках терапевтических сообществ, деятельность которых прочно связана с антиалкогольным и антинаркотическим общественным движением. Выделенные формы нарушений социального поведения наркологических больных служат мишенями для применения различных лечебных методик и психотерапевтически-реабилитационных мероприятий. Ключевые слова: наркологические больные, асоциальное поведение, медикаментозное лечение, психотерапевтически-реабилитационные мероприятия

Взаимосвязь масштабов распространения психоактивных веществ (ПАВ) с острой социальной проблемой иллюстрирует ситуация в нашей стране в 90-х годах XX века. Тогда резко утяжелились последствия злоупотребления алкоголем и произошло драматически резкое увеличение наркоманий. Социальная стабилизация, произошедшая в стране в первых годах XXI века, улучшила и наркологическую ситуацию. Прекратился рост показателя заболеваемости наркоманиями. Наблюдается снижение очень информативного показателя заболеваемости алкогольными психозами (на 100 тыс. населения): с 55 в 2003 г. до 41 в 2007 г. Примечательно, что в 2008 г. этот показатель впервые остался на том же уровне, что и в 2007 г.

Возможности медицинских работников не позволяют или почти не позволяют напрямую влиять на перечисленные выше макросоциальные процессы, происходящие в обществе. Мы локализуем наши усилия на индивидуальной работе с лицами, зависимыми от ПАВ, а также с их микросоциальным окружением. В данном сообщении речь идет о коррекции индивидуальными методами нарушений социального поведения при зависимости от ПАВ, оказывающих крайне неблагоприятное влияние на общество, а в конечном итоге, и на макросоциальную ситуацию в стране.

На рисунке графически изображен путь, по которому происходящие в обществе процессы влияют на наркологическую ситуацию в целом и употребление ПАВ отдельными индивидуумами. По мнению авторов настоящего сообщения, наиболее важными социальными процессами, негативно сказывающимися на наркологической ситуации в стране, являются:

- бездуховность, следование идеалам общества потребления;
- отход от традиционных религий, в первую очередь, от православия;
- глобализация, размывание национальной идентичности;
- установление несправедливого порядка распределения жизненных благ;
- ослабление влияния государства;
- криминализация общества;
- утрата жизненных перспектив;
- воздействие на молодежь западных маргинальных субкультур;
- деструктивное влияние на молодежь средств массовой информации и шоу-бизнеса;
- давление алкогольпроизводящих компаний и сторонников легализации наркотиков.

* Данный материал был представлен 28 января 2010 г. в виде доклада на конференции «Духовная и медицинская помощь в преодолении пороков табакокурения, пьянства и наркозависимости». Конференция являлась одним из мероприятий в рамках ежегодных Международных Рождественских образовательных Чтений, проводимых Московским Патриархатом.

Грубые поведенческие отклонения у лиц, злоупотребляющих ПАВ, отражаются на демографических показателях, экономическом развитии, криминальной ситуации и многих других важнейших сферах жизни общества. Традиционно предпринимаемые в нашей стране попытки воздействовать на лиц, злоупотребляющих ПАВ, носят сугубо социальный характер и имеют информационную, воспитательную, репрессивную и прочие направленности. Между тем, применительно к случаям, когда речь идет о зависимости от ПАВ, существенную роль в коррекции поведенческих отклонений такого рода могли бы играть и медицинские мероприятия: биологические (медикаментозные), психотерапевтические и реабилитационные. Данное сообщение посвящено проблеме выбора наиболее эффективных методов медицинской коррекции отклонений поведения больных алкоголизмом.

Вначале нами была проведена своего рода инвентаризация поведенческих нарушений у наркологических больных. Варианты этих проявлений могут быть представлены в виде социальной дезадаптации и асоциального поведения.

Социальная дезадаптация — неспособность наркологических больных к нормальному функционированию в социуме и выполнению различных обязанностей, накладываемых на них семьей и обществом. При оценке степени выраженности дезадаптации учитываются: семейное положение, конфликты в семье, отношение к жене, детям и другим близким родственникам, сохранность интересов и увлечений, отношение к своим обязанностям по месту работы или учебы, карьерная динамика и выраженность нарушений производственной дисциплины.

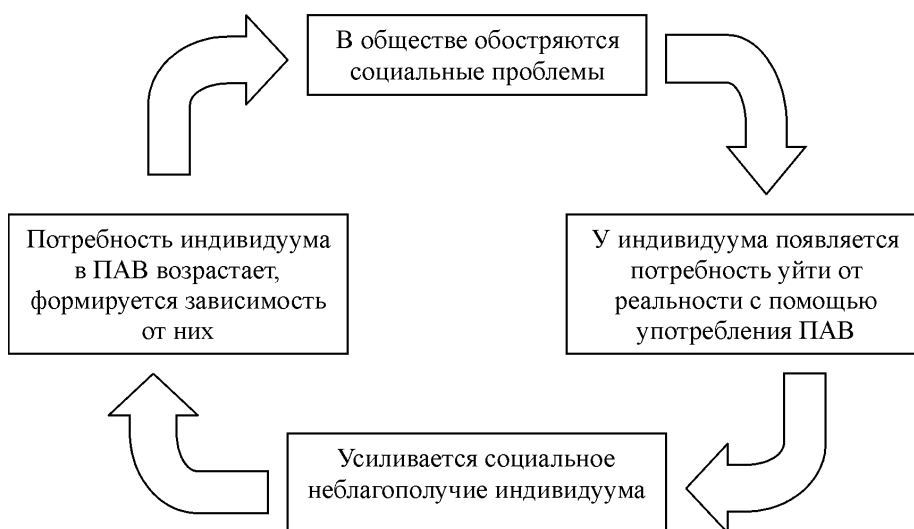
Асоциальное поведение проявляется в двух формах: агрессии и асоциальных неагрессивных действий.

Агрессия — целенаправленное стремление причинить физический, моральный или иной ущерб людям и другим объектам. При оценке выраженности агрессии учитываются: ее проявление в вербальной или физически деструктивной формах, возникновение по спровоцированному или спонтанному механизмам, проявление только в опьянении и абстинентном состоянии или вне зависимости от этих состояний.

Асоциальные неагрессивные действия — активное и сознательное стремление уклониться от выполнения своих обязанностей по отношению к семье, работе, а также грубая нетерпимость к чужому мнению, мировоззрению, людям другой веры или национальности.

Эффекты от биологических (медикаментозных) методов позволяют смягчить нарушения социального поведения наркологических больных. Данные методы обладают возможностью воздействовать лишь на относительно поверхностные динамичные феномены, например, на агрессивность, обусловленную неуравновешенностью характера. На глубинные психологические структуры, определяющие вектор поведения пациентов (ценностные ориентации, психологические защиты, самосознание и пр.), медикаментозная терапия не влияет, поэтому ее роль в коррекции поведенческих нарушений при алкоголизме относительно невелика.

В случаях, если нейролептики применяются в рамках курсового, достаточно продолжительного лечения (не менее 3—4 недель), удается добиться определенного позитивного эффекта. Больные начинают вести себя более сдержанно, корректно, становятся более податливыми позитивному влиянию на них, в том числе в рамках проводимых психотерапевтически-реабилитационных мероприятий. Улучшаются отношения пациентов с близкими, они уже не реагируют столь остро на те или



Взаимосвязь между общественными и индивидуальными проблемами и употреблением ПАВ

иные действия персонала и других больных. Немаловажное значение имеет и смягчение с помощью этих препаратов проявлений патологического влечения к алкоголю, которое, как известно, нередко актуализируется в структуре состояний с психопатоподобной и иной резидуальной симптоматикой.

Следует отметить, что попытки медикаментозного изменения («модификации») поведения людей всегда вызывают сомнения с точки зрения их деонтологической корректности. Поэтому данный метод необходимо применять при условии получения информированного согласия больного на назначение этих медикаментов (устного или, лучше, письменного). Пациент должен хотя бы частично осознать дефекты своего поведения и понять, что он проявляет чрезмерную эмоциональность и несдержанность, что создает проблемы для него самого и для людей, с которыми он связан тесными узами. Поэтому прием «успокаивающих» препаратов для него целесообразен и необходим.

Проводя лечение наркологических больных, необходимо избегать возникновения побочных действий и осложнений от приема нейролептиков. Их появление может вызвать негативное отношение пациента к лечению в целом. Нежелательные эффекты такого рода мешают проведению психотерапии. Особенно важна проблема безопасности применения лекарственных средств в качестве поддерживающего лечения в амбулаторных условиях. Побочные действия препаратов нарушают социальную адаптацию больных алкоголизмом, которая обычно достигается с большим трудом.

При пассивности больных, неспособности выполнять повседневные обязанности, резком сужении круга интересов и при других дефицитарных симптомах удается добиться активизации пациентов с помощью антидепрессантов, ноотропов, общеукрепляющих средств. Прямые стимуляторы не следует использовать, поскольку вызываемые ими позитивные эффекты перекрываются возможными негативными последствиями в виде усиления психопатоподобных проявлений и обострения влечения к алкоголю.

Необходимо отметить, что в отечественной наркологии в течение многих лет наблюдался крен в сторону биологизированных мероприятий. Преобладал так называемый медикоцентристский подход в работе с наркологическими больными, что отрицательно сказалось на развитии этой отрасли медицины. Это не значит, однако, что от узко медицинских мероприятий можно вообще отказаться. Они абсолютно необходимы, так как биологические последствия злоупотребления ПАВ очень многообразны, а иногда и крайне тяжелы. Однако роль медикаментозных средств на тех этапах, когда острые и подострые проявления наркологического заболевания удается купировать, не стоит преувеличивать.

В рамках длительного курсового и поддерживающего лечения наркологических больных важнейшее значение приобретает проведение психотерапевтически-реабилитационных мероприятий. При выборе психотерапевтических методов следует учитывать возможность оказывать с их помощью воздействие на личность пациентов. Таким эффектом обладает, например, групповая недирективная психотерапия и некоторые другие методики, о которых будет сообщено далее.

В то же время популярные среди наркологов приемы краткосрочного поверхностного психотерапевтического воздействия на пациентов мало что дают с точки зрения коррекции поведенческих нарушений у больных алкоголизмом, так как не влияют ни на их мировоззренческие позиции, ни на сложившиеся стереотипы поведения. К таким приемам относится, например, запугивание пациентов тяжелыми последствиями для здоровья, которые могут возникнуть у них в результате нарушения режима трезвости в течение определенного срока после проведения суггестивной процедуры. С помощью таких манипулятивных приемов при лечении больных с хорошей установкой на воздержание от алкоголя удается достигать ремиссий. Но наличие «фоновой» личностной патологии обуславливает сохранение нарушений социального поведения пациентов даже в благополучный период, хотя и в измененных формах по сравнению с предшествующим временем злоупотребления алкоголем. Эта патология препятствует полноценному реинтегрированию больных алкоголизмом в общество и достаточно быстро приводит к рецидиву.

Далее приводится краткая характеристика психотерапевтически-реабилитационных мероприятий, которые, по мнению авторов настоящего сообщения, являются наиболее эффективными при выраженных нарушениях социального поведения больных алкоголизмом.

В *групповой психотерапии* (ГП) следует использовать недирективную форму данного метода, которая предполагает интенсивное взаимодействие между пациентами. Число больных в группе должно составлять 6—12 чел., длительность занятия — 1,5—2 ч, а их количество — 15—20. При этих условиях происходит нормальная групповая динамика, необходимая для достижения лечебных эффектов. В реальности, однако, выдерживать указанные условия удается далеко не всегда.

Приемы групповой терапии и эффекты, возникающие в процессе ее проведения и позволяющие смягчать нарушения социального поведения наркологических больных:

- вербализация негативного опыта;
- десенситизация;
- имитация;
- конфронтация;

- эффект психотерапевтического зеркала;
- смягчение анозогнозии;
- коррекция других форм нарушенного самосознания.

При благоприятном течении группового процесса вначале наблюдаются эффекты вербализации негативного опыта больных и их десенситизации. Под десенситизацией понимается «погашение» отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, с помощью положительных эмоций, обусловленных поддержкой и сочувствием партнеров по группе. Эти эффекты позволяют смягчить агрессивность пациентов и характерное для многих из них неприязненное отношение к людям, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни. Устраняются, в том числе, барьеры, отделяющие их от других участников психотерапевтического процесса.

Благотворный эффект имитации можно наблюдать при активном участии в групповых беседах положительных лидеров, у которых другие пациенты перенимают конструктивные образцы мировоззренческой позиции и поведения, необходимые для их реинтеграции в социальную среду. Это может изменить в лучшую сторону отношение пациентов к семье, а также к своим производственным и общественным обязанностям. Положительные лидеры, имеющие опыт участия в группах самопомощи наркологических больных и других общественных организациях такого типа, привлекают к участию в них новых членов.

Два следующих феномена позволяют подкреплять позитивную настроенность больных как бы с обратной стороны. Это происходит при их конфронтации с другими пациентами, которые отличаются нескритичностью к своему заболеванию и склонностью к асоциальным поступкам. Наблюдая за поведением этих больных, другие члены группы лучше осознают наличие у себя наркологического заболевания и дефектов своего поведения (эффект психотерапевтического зеркала).

Наиболее ригидными и устойчивыми к внешним воздействиям являются феномены нарушений самосознания, характерные для наркологических больных. Но метод ГП позволяет вносить коррекцию и в эту сферу. Например, грубо деструктивные варианты психологической защиты (анозогнозии) в процессе участия в ГП могут переходить в менее деструктивные. Больной начинает лучше понимать причины того или иного отношения к себе окружающих, что создает предпосылки к изменению в лучшую сторону своего поведения. Возможна коррекция представлений пациента об идеале, к которому он должен стремиться. Такая коррекция позволяет больному ставить перед собой более адекватные, реальные жизненные цели.

В рамках предлагаемой авторами настоящего сообщения лечебно-реабилитационной программы метод ГП может быть дополнен приемами поведенческой терапии,

которые сами по себе не позволяют воздействовать на глубинные психологические структуры, но эффективны в комплексе с ГП. В частности, *ситуационный тренинг* дает возможность закрепить конструктивные образцы поведения, сделать пациента более устойчивым к ситуациям, провоцирующим его на употребление алкоголя и другие нежелательные действия.

Для части больных, у которых наиболее серьезные социальные последствия заболевания локализируются в семейной сфере, абсолютно необходимой оказывается *семейная психотерапия*, которая современными специалистами проводится на основе теории созависимости.

Высоко оценивая эффективность при коррекции поведенческих нарушений описанных выше психотерапевтических методов, следует, однако, отметить, что при искаженных ценностных ориентациях, грубо нарушенной самооценке и глубоко укоренившихся отрицательных поведенческих стереотипах использование одной психотерапии, основывающейся на вербальных стимулах, оказывается недостаточным. В этих случаях необходимо помещение наркологических больных в среду, которая бы позволяла не только обсуждать проблему изменения своего поведения, но и вырабатывать, а также закреплять новые умения и навыки в реальной обстановке. Такая возможность создается лишь в условиях реабилитационных центров.

Реабилитация — медицинский термин, под которым понимается комплекс различных мероприятий, направленных на возвращение больных к социально активной, полноценной жизни (формулировка Всемирной Организации Здравоохранения). В наркологии главное значение приобретает устранение нарушений социального поведения, связанных, в частности, со стигматизацией пациентов (наличием у них «клейма» алкоголика или наркомана).

В нижеприведенном описании реабилитационных мероприятий использован опыт итальянской ассоциации «Розетта» [2] и реабилитационного отделения в г. Пензе [3]. В этих лечебных учреждениях используются следующие *реабилитационные мероприятия, способствующие коррекции нарушений социального поведения наркологических больных*:

- приобщение к идеологии (светской или религиозной), способствующей отказу от употребления ПАВ;
- использование психотерапевтического сообщества пациентов;
- жесткий социальный контроль за больными;
- самоуправление пациентов;
- система поощрения/наказания;
- интенсивное взаимодействие между больными;
- информирующие беседы и обучение;
- терапия занятостью, заполнение досуга, рекреационные мероприятия.

Как видно из перечня реабилитационных мероприятий, больные должны быть приобщены к какой-либо идеологии, способствующей их отказу от употребления ПАВ. Возможно использование светской обыденной системы ценностей, опирающейся на единение товарищей по несчастью, интересы семьи, общие увлечения и коллективное творчество. Но религиозная идеология позволяет, естественно, оказывать на мировоззрение и ценностные ориентации больных гораздо большее влияние.

Представленные на данной конференции доклады продемонстрировали, насколько успешной может быть опора реабилитации наркологических больных на главную, традиционную для России религию. Внедряющиеся в нашу действительность религиозные секты также могут достигать эффекта отказа человека от употребления ПАВ. Но этот эффект достигается слишком большой ценой подавления, а иногда и разрушения личности больного.

Исходя из современных представлений, наиболее глубокой социальной реабилитации наркологических больных можно добиться в центрах, функционирующих на основе так называемых терапевтических сообществ больных. Иными словами, деятельность реабилитационного центра должна быть прочно связана с антиалкогольным общественным движением. Это может быть сообщество, концентрирующееся только вокруг данной конкретной реабилитационной программы, а может носить более широкий характер.

В наркологическом реабилитационном центре необходим жесткий социальный контроль за больными. Во многих странах такой контроль может подкрепляться обязательным лечением, назначаемым судом или административными органами. В России такая практика, к сожалению, отсутствует. Но в любом случае больной не должен считать установленный в центре строгий порядок чуждым и грубо навязанным ему администрацией учреждения, а выражением воли сообщества больных, в которое он вступил.

В реабилитационных центрах ассоциации «Розетта» существует особый торжественный ритуал приема в сообщество, во время которого пациент дает согласие выполнять принятые в коллективе правила (девизы, заповеди). Эти правила включают в себя отказ от многих пристрастий и привычек, что, например, символизирует сдача при приеме в центр всех личных вещей: документов, денег, мобильных телефонов и пр. Кроме того, новый член сообщества принимает своеобразный кодекс чести, в соответствии с которым он обязуется проявлять честность, правдивость, открытость, трудолюбие и другие качества, необходимые для нормального существования в специфической среде психотерапевтического сообщества.

Работа реабилитационного центра на основе терапевтического сообщества предполагает наличие самоуправления. Большинство практических решений принимается советом больных, в который входят пациенты, длительное время пребывающие в учреждении и имеющие заслуги перед сообществом. Но при этом персонал центра должен все равно контролировать ход основных событий в данном учреждении.

Иногда в реабилитационных учреждениях используется система поощрения/наказания, позволяющая дополнительно регулировать поведение больных. В зависимости от выставленной больному оценки за поведение в течение того или иного периода времени ему предоставляются какие-либо преференции либо, наоборот, к нему применяются ограничительные или дисциплинарные меры.

Одним из главных условий эффективности работы реабилитационного центра является организация интенсивного взаимодействия между больными, в частности в форме интерактивных бесед между ними. Такие мероприятия способствуют сплочению членов сообщества. Не менее 2—3 ч в день проводятся интерактивные групповые беседы с участием либо психотерапевта, либо профессионального руководителя группы больных. Все сколько-нибудь значимые события должны обсуждаться в коллективе больных. При этом главный акцент следует делать не на выяснении обстоятельств и деталей случившегося события, а на эмоциях, которые оно вызывает у членов группы. До больного должно быть доведено мнение других членов группы, касающееся причин недовольства его поведением. Члены группы обязаны, в свою очередь, внимательно выслушать пациента и выразить отношение к выдвигаемым им аргументам. Такие многократно повторяющиеся эмоционально насыщенные интеракции позволяют добиваться позитивных сдвигов в осознании пациентами дефектов своего поведения.

Из других форм социальной работы, которая должна вестись в реабилитационных центрах, следует отметить информирующие беседы, вовлечение пациентов молодого возраста в учебные программы, занятие трудом с элементами творчества, рекреационные мероприятия, арт-терапия.

Хотя больные проживают в реабилитационных центрах в условиях изоляции от семей, целенаправленную работу с родственниками не следует упускать из виду. В первые месяцы пребывания пациентами в реабилитационном центре посещения родственниками из-за феномена созависимости следует либо ограничивать, либо вообще запрещать. Постепенно контакты пациентов с родственниками могут быть расширены.

Показатели эффективности лечения больных алкоголизмом и наркоманиями в реабилитационных центрах достоверно выше, чем в обычных наркологических учреждениях. Это касается длительности ремиссий, тяжести рецидивов, динамики семейных отношений, числа расторгнутых браков, трудовой занятости, работоспособности, нарушений производственной дисциплины, а также числа совершенных пациентами административных правонарушений и преступлений [1].

В заключение следует сказать, что организация эффективно работающих реабилитационных центров — чрезвычайно трудная задача. Необходимы обученные специалисты, которых у нас крайне не хватает. Должны сложиться антиалкогольные и антинаркотические общественные структуры, на которые

должна опираться эта деятельность. Создание реабилитационных учреждений и поддержание их работы невозможно без значительных финансовых затрат.

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. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta»: 20-летний опыт работы. — М., 2002. — 105 с.
3. Шевцова Ю.Б., Уткин Ю.А., Сарайкина С.И., Сорокина Н.Ю., Аверкова Е.И. Опыт работы реабилитационного отделения для больных алкоголизмом Пензенской областной наркологической больницы 2005—2009 гг. // Наркология. — 2009. — №10. — С. 65—74.

SPIRITUALLY-ORIENTED AND BIOLOGICAL METHODS FOR CORRECTING VIOLATIONS OF SOCIAL BEHAVIOR ADDICTED PATIENTS (COMPARATIVE EVALUATION)

IGONIN A.L. MD., PhD., Professor, V.P. Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
SHEVTHOVA J.B. MD., PhD., senior researcher, V.P. Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
BARANOVA O.V. MD., PhD., researcher, V.P. Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

The need for control and correction of social behavior of addicted patients is one of the most pressing public interest objectives. Need to combine the efforts of state and public structures to deal with it. The report, which was made at a conference conducted by the Moscow Patriarchate, considered ways of interaction between health and community organizations based on the Orthodox religion. Methods used in Addictions correlated with the possibility of spiritual-oriented therapy. It is shown that they can be applied successfully together within the therapeutic communities, whose activity is strongly linked to the anti-alcohol and anti-drug social movement. Detected violations of the social behavior of addicted patients are targeted for use of various therapeutic methods and psychotherapy and rehabilitation measures.

Key words: drug treatment patients, antisocial behavior, medication, psychotherapy and rehabilitation activities