

Психокоррекция аддиктивного поведения в современных условиях

СЕМКЕ В.Я.

академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ,
директор ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра РАМН, Томск

Излагаются взгляды на психокоррекцию и психотерапию аддиктивного поведения личности с учетом психогенного патоморфоза и комплексного воздействия на искаженную систему интерперсональных отношений. Подчеркивается необходимость личностной реконструкции, направленного выведения пациента из неблагоприятного микросоциального окружения, формирования его надежной стрессоустойчивости, расширения круга интересов. Приводятся научно-организационные принципы оказания специализированной помощи с учетом формы и динамики аддиктивного поведения.

*Есть только два источника людских пороков:
праздность и суеверие,
и есть только две добродетели:
деятельность и ум.
Л.Н. Толстой*

В настоящее время обнаруживается высокий рост напряженности алкогольной ситуации в России, связанный с распространением алкогольной патологии (ассоциированной с органическим поражением головного мозга неалкогольного генеза), возрастающим удельным весом алкогользависимой смертности в структуре общей летальности населения страны. Драматичное положение вырисовывается при анализе этих показателей в отдельных климатогеографических и социально-экономических регионах: на абсолютном большинстве сибирских и дальневосточных территорий продолжительность жизни ниже, а смертность выше, чем в центральных областях России.

В области клинической персонологии и психиатрии нет более актуальной и перспективной проблемы, чем рассмотрение многообразных форм аномального, девиантного (в том числе аддиктивного) поведения личности. На сегодняшний день она приобретает интегративный, междисциплинарный, многосторонний характер, вовлекая в сферу своей компетенции все новых и новых специалистов. Затрагивая суть клинической характеристики аддиктивного поведения, В. Segal [1] подчеркивает стремление индивида уйти от тягостной реальности путем искусственного изменения состояния за счет поддержания определенных видов деятельности и уровня интенсивности эмоций с помощью приема некоторых веществ и создания определенных ситуаций. Согласно Н. Пезешкиана [2], существует четыре вида «бегства» от реальности: «в работу», «в контакты или одиночество», «в тело», «в фантазию». Считается, что аддиктивная реакция включает не только само действие, но и мысль о состоянии ухода от реальной действительности¹.

Алкогольная и наркоманическая аддикции — угроза не только для личности, но и для всей человеческой популяции. В известной мере можно говорить об алкогольной эпидемии как реальной национальной трагедии россиян, наносящей урон безопасности личности, общества и государства. Недаром на I Всероссийском съезде психиатров (1887) В.А. Брянецев назвал алкоголизм «эпидемической болезнью Сибири». Уже сейчас алкоголь превратил-

ся в основного «убийцу», затронув в разной степени отдельные слои общества, особенно его «маргинальные зоны». Алкогольные проблемы, впрочем, как и всю наркотическую ситуацию, нельзя решать изолированно, без учета социальных, экономических и политических тенденций в обществе, вне радикального преобразования интерперсональных отношений. В структуре потребителей этанола и наркотиков преобладают подростки мужского пола, представители неполных семей и семей с низким образовательным уровнем, лица с узким спектром познавательной активности, отсутствием выраженных интересов, не оформившимися профессиональными пристрастиями. К факторам, способствующим развитию аддикции в развернутую картину заболевания, относится воспитание в асоциальной семье, где один или оба родителя злоупотребляют спиртными напитками, где естественные родственные связи искажены жесткими взаимоотношениями, повышенной конфликтностью, опытом пребывания в местах лишения свободы. Этот «поведенческий мутагенез» лежит в основе быстроформирующейся склонности к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, насилию. К сказанному примыкает влияние подростковой субкультуры, в которой ведущее место занимает употребление наркотических веществ.

Наркоманическая ситуация в России остается напряженной и труднопредсказуемой. Данные официальной статистики свидетельствуют, что уровень заболеваемости наркоманиями в стране в 1999 г. достиг показателя 41,8 на 100 тыс. населения и возрос по сравнению с 1990 г. в 13,5 раза. Вполне очевидно, что одними медикаментозными вмешательствами не обойтись, нужны комплексное лечение и личностная реконструкция, в которых существенное значение имеет социально-психологический аспект: вывести пациента из «патогенного» окружения, расширить круг интересов, обрести достойный уровень человеческой культуры и удовлетворение необходимых для конкретной личности потребностей. Формирование надежной стрессоустойчивости, мобилизации физических и душевных ресурсов граждан — задача не только медицинского плана, но и многих слоев общества, начиная от сферы народного образования и заканчивая производственным циклом.

¹ Более подробно данный аспект рассмотрен нами в статье «Аддиктивная личность в зеркале персонологии» (Наркология. — 2003. — № 1. — С. 27–34).

Существенным моментом, искажающим истинную картину в оценке эпидемиологической ситуации и затрудняющим разработку действенных технологий наркологической службы, являются повальное расширение коммерческих и анонимных методов противоалкогольной помощи, ликвидация принудительного лечения алкогольной зависимости. Социальное расслоение общества привело к заметному изменению характера и содержания алкогольной болезни, приобретающей два полюсных варианта своего формирования (схема 1).

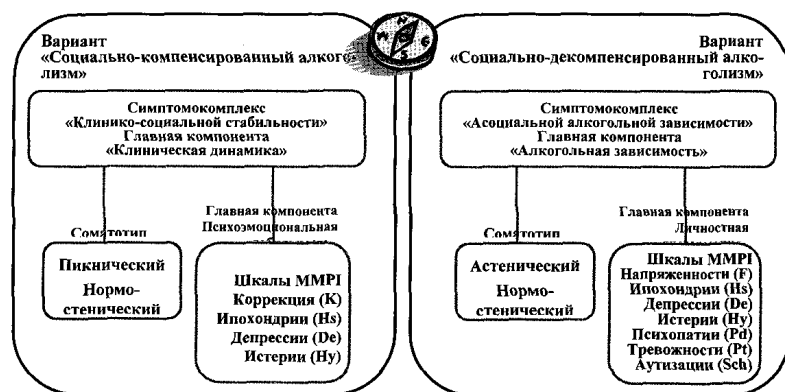


Схема 1. Симптомы и варианты динамики алкоголизма

Каждый из обозначенных ее типов имеет социально-психологическую сферу поражения: формированию социально приемлемых картин злоупотребления алкоголем подвержены целые категории лиц специфически профессионального труда (работники столовых и ресторанов, сферы обслуживания, предприниматели и бизнесмены, артисты, политики, журналисты и т.д.). Злокачественное проявление алкоголизации наблюдается преимущественно у лиц физического труда, с определенной узостью духовных запросов, легко спивающихся слабых натур, быстро опускающихся на «социальное дно» общества и составляющих его маргинальные слои. К этому следует добавить и все более искаженный менталитет самого общества, приближающийся в своем духовном выражении к образу и подобию рядового пьяницы, основной линией поведения которого является не критичное и безответственное отношение к безотрадной грядущей судьбе (схема 2).

Перспектива эффективной борьбы с алкоголизмом и наркоманиями кроется в успешном предотвращении это-

го общественного зла в молодежной среде. С этих позиций жизнь диктует внедрение новых методических подходов в области превентивной подростковой наркологии. Они должны начинаться с организации амбулаторной помощи детям и подросткам, входящим в группу риска по отношению к этанолу. Ответственный за эту работу подростковый психиатр-нарколог должен осуществлять плановое взаимодействие с соматическими службами по раннему выявлению наркопатологии, консультированию в условиях поликлиник и стационаров, налаживанию контактов с инспекторами по делам несовершеннолетних УВД и административными комиссиями по делам несовершеннолетних, разработке конкретных программ (совместно с руководителями соответствующих администраций) по профилактике пьянства, токсикоманий и наркоманий среди подростков; установлению контакта с педагогическими коллективами школ, ПТУ, учебных заведений; активная диспансеризация, предусматривающая непосредственную работу с семьей несовершеннолетнего; взаимодействие с социально-психологическими службами по вопросам реадaptации и реабилитации подростков, подверженных пьянству или наркотизму; направление на стационарное лечение наиболее «трудных» пациентов.

Для оказания специализированной наркологической помощи подросткам необходимо развертывание специальных отделений, включающих палаты интенсивной терапии, оснащенные современной аппаратурой для реанимационных мероприятий; палаты для купирования состояний абстиненции и психической зависимости; лабораторно-диагностический комплекс; физиотерапевтический комплекс. В русле оценки современных технологий представляет интерес система ведения подростков-наркоманов по трем основным этапам (В.Я. Семке, Н.А. Бохан, С.Н. Козырев). На первом этапе в условиях специализированного стационара на протяжении 2–3 мес. осуществляются интенсивная дезинтоксикация и психотерапевтическая работа с несовершеннолетними; на втором — в условиях полустационарного звена проводится массивная комплексная (биологическая, психокоррекционная, психотерапевтическая) терапия (продолжительностью 1,5–2 мес.); на третьем — направленная восстановительная работа с подростком и его ближайшим окружением (в течение 2–3 мес., в загородных условиях, с привлечением родителей и подключением

личностной реконструкции, трудотерапии).

Одной из актуальных проблем современной наркологии является разработка новых технических подходов к купированию патологического влечения к алкоголю с последующим его стойким подавлением и профилактикой рецидивов. Получены положительные результаты

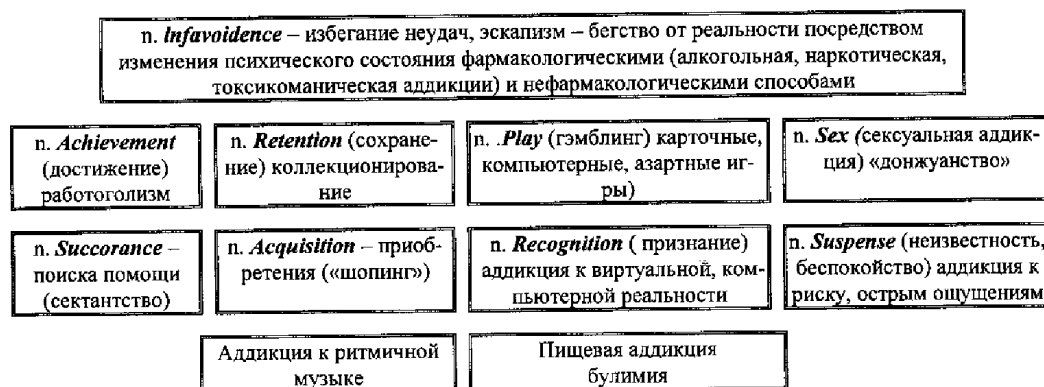


Схема 2. Трансформация психогенных потребностей (needs по Мюррею) в аддитивные формы поведения

лазерорефлексотерапии (ЛРТ) при купировании компульсивного влечения к этанолу: сущность методики заключается в воздействии на аурикулярные и корпоральные точки акупунктуры когерентным лазерным излучением в соответствующих лечебных режимах с использованием аппарата АФЛ-1; сеансы ЛРТ потенцировались психотерапевтическим воздействием. На этапе отвыкания от алкоголя психотерапевтические программы с применением падающих активных (аверсивных, сенсibilизирующих) методик целесообразно осуществлять после многоуровневой патогенетической и дифференцированной терапии алкогольно-коморбидного поражения головного мозга. В физиотерапевтических программах алкоголизма с коморбидным органическим поражением головного мозга неалкогольного генеза эффективен способ КВЧ-терапии. Крайневысокочастотное лечение алкоголизма осуществляется с помощью серийно выпускаемых аппаратов с нашим участием, имеющих фиксированную частоту электромагнитного излучения. Миллиметровые волны нетепловой интенсивности инициируют акустомеханические автоколебания клеточных структур с многоуровневой синхронизацией регуляторных (сегментарных, надсегментарных, нейрогуморальных) систем, обеспечивающих коррекцию патологических нарушений путем восстановления оптимальных параметров гомеостаза. С помощью КВЧ-терапии достигаются сокращение сроков лечения, повышение терапевтической эффективности, одновременное системное воздействие на клинические проявления синдрома, исключение токсического влияния медикаментов, доступность процедуры. В целом воздействием крайневисокочастотного излучения нетепловой интенсивности на клинические проявления ассоциированных форм алкоголизма складывается из вегетостабилизирующего, нормотимолептического (седативного, антидепрессивного), аналгетического (КВЧ-аналгезия коморбидных триггерных зон нейромиофиброза), гипотензивного (при вазоконстрикторном механизме артериальной гипертензии), адаптогенностимулирующего (при астенических расстройствах), ангиопротекторного (нормализация реологических характеристик крови с восстановлением микроциркуляторной гемодинамики) влияния.

Одним из путей повышения эффективности профилактической работы является дифференцированность профилактических мероприятий, их направленность на конкретный контингент. В профилактической работе выделены два звена. В первую очередь предусмотрено изучение наркологической ситуации в целом по территории, уточнение роли факторов риска в развитии наркомании, анализ показателей, характеризующих ситуацию, на основе чего вырабатывается стратегия профилактики наркотизма в данном административном регионе. Во-вторых, предполагается рассмотрение особенностей ситуации в тех или иных группах (учебных коллективах), что позволяет осуществлять профилактику в данной группе дифференцированно, с учетом выявленных параметров. На этапе практического применения полученных данных целесообразно подключение к работе всех специалистов, занятых в данной области, — врачей, педагогов, сотрудников правоохранительных органов, прессы, административно-управленческого аппарата.

Исходя из пейсмеккерных механизмов мотивационных нарушений при алкоголизме, клинической и нейробиологической интерпретации синдромаобразования алкогольной зависимости, развитие патологического влече-

ния к алкоголю объясняется образованием новой нейрофункциональной организации (патодинамической системы), выполняющей роль ключевого системообразующего и управляющего звена — патологической доминанты, опосредующей свое влияние через нейромедиаторные механизмы. Взаимодействие алкоголя с нейромедиаторами головного мозга рассматривается как важнейшее звено патогенеза алкогольной зависимости.

Наиболее трудная задача — разработать методы контроля эмоционально-мотивационных эффектов наркотической интоксикации. Разрушение порочного круга «наркотизация — синдром отмены с патологическим влечением к наркотику — повторная наркотизация» становится возможным при устранении психотропного эффекта наркотика, подавлении системы положительного подкрепления наркотической мотивации. Эти принципы в настоящее время реализуются на основе фармакологического контроля: блокирование эмоционально-позитивного эффекта наркотиков с помощью антагонистов; применение агонистов, имитирующих эффект наркотика; фармакологическая коррекция нейромедиаторных изменений, вызванных наркотической интоксикацией и предположительно связанных с патологическим влечением. Дифференцированная психофармакотерапия нейролептиками и антидепрессантами представлена на всех этапах реабилитации больных наркоманиями с предпочтением седативных препаратов и «гипнотиков» на первом этапе, тимолептиков и корректоров поведения — на втором, актопротекторов и ноотропов — на третьем.

Лица с низкой фрустрационной толерантностью, перманентным дистимическим фоном настроения, гипофорией подвержены риску формирования аддиктивной патологии как способу бегства от реальной жизни по механизму эмоционально-ориентированного психологического преодоления с последующим «освобождением» при помощи «патологических адаптогенов». Аффективные нарушения и аддиктивные состояния могут иметь единые биологические механизмы и рассматриваться как результат снижения выработки церебральных моноаминов. Учитывая сложную психопатологическую структуру депрессивных состояний при наркоманиях, сочетающихся с астеническими, дисфорическими, агрипническими проявлениями синдрома отмены, наиболее часто применяют седативные антидепрессанты. Из группы трициклических антидепрессантов амитриптилин (триптизол, эливел), доксепин (синэксан), тримипрамин (герфонал), фторацизин; из группы тетрациклических антидепрессантов — мапротилин (лудиомил), миансерин (леривон).

Вовлечение больного в психотерапевтический комплекс начинается с момента поступления его в центр медицинской реабилитации и предполагает прохождение ряда этапов. На первом этапе проводятся преодоление скрытой анозогнозии, формирование у больного установки на лечение, осознание бесперспективности избранного им стиля жизни и определение валидных путей выхода из деструктивной ситуации. Наиболее эффективной и оправданной является индивидуальная психотерапия. Мы исходим из того, что подростки отличаются своеобразной анозогнозией. Они частично признают свои нарушения поведения и употребление токсических веществ, но считают, что «так все делают» и «могут сами все исправить», а стационарирование расценивают как уступку милиции, родителям. Для формирования установки на лечение эффективным оказался подход, при котором врачами пред-

писывалось не говорить о нарушениях поведения, возможных тяжелых последствиях употребления одурмивающих веществ, не касаться проблем диагноза, а попытаться смягчить ситуацию, дать почувствовать подростку доброжелательную заинтересованность в его судьбе. На втором этапе основными задачами психотерапии являются формирование устойчивой мотивации на отказ от приема наркотиков, осознанной критики своего прошлого, реконструкция утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе. Для групповой психотерапии создаются закрытые психотерапевтические группы. Методикой выбора для реализации указанных задач являлась групповая дискуссия.

Параллельно следует начинать работу с семьей, выявить степень дисгармоничности семейных отношений. Для адаптации к новому состоянию «трезвости» зависимому лицу нужна адекватная поддержка ближайшего окружения, особенно родителей. Используемые методы позволяют разрушить иллюзию уникальности переживаемого кризиса, мобилизовать ресурсы для его преодоления, снять с родителей часть ответственности за ситуацию, разделить ее с ребенком и социальным окружением. При этом формируются конструктивные стереотипы поведения матери (отца) в отношении зависимого от наркотиков ребенка, принятие факта его болезни и выработка адекватных требований к его поведению. Наряду с традиционными психотерапевтическими техниками хороший эффект наблюдается от использования музыкальной релаксационной терапии.

В дисфункциональной семье работа проводится с пациентом и его матерью. Имеют значение две психологические ведущие особенности матерей больных зависимыми состояниями: чувство вины за ошибки в воспитании ребенка и склонность возлагать на себя ответственность за внутрисемейные отношения и личностные проблемы других членов семьи. Психотерапевтическая помощь проводится поэтапно. Первый этап включает психологическое обследование пациента с выявлением его личностных особенностей и познавательных возможностей. Членам семьи предлагается цветовой тест Люшера, позволяющий оценить динамику эмоционального состояния. Матери обнаруживают эмоциональное напряжение, чувство вины, обиды, растерянность, безысходность, недостаток компетентности в проблеме ребенка, отсутствие стереотипов поведения в связи с кризисной ситуацией в семье, выраженную потребность в сопереживании, понимании, сочувствии, консультации специалиста. Второй этап предполагает ознакомление с проблемой, возможность для матери проявить чувства, высказать свои опасения, убеждения по поводу зависимости ребенка. Асоциальность в поведении ребенка не позволяет матери обсудить его заболевание в привычном окружении. На этом этапе снижается эмоциональное напряжение у матери, проясняется ситуация, определяются пути и цели психотерапевтического диалога. На третьем этапе информационная часть психокоррекционной работы имеет разъяснительную, дидактическую, дискуссионную направленность. Используемые методы позволяют разрушить иллюзию уникальности переживаемого кризиса, мобилизовать ресурсы для его преодоления, снять с себя часть ответственности за ситуацию и разделить ее с ребенком и социальным окружением. На четвертом этапе создаются условия для конструктивного изменения жизненной позиции матери, объективной оценки ситуации, адекватного понимания своей роли и доли участия в судьбе ребенка. Пя-

тый этап посвящается работе с негативными чувствами матери (чувством вины, обиды, снижением собственной значимости и потерей смысла жизни). Важно помочь матери мобилизовать новые возможности, найти новые цели и смысл жизни. Наряду с традиционными психотерапевтическими техниками используется музыкальная релаксационная терапия. На шестом этапе устанавливаются пути формирования конструктивных стереотипов поведения матери в отношении зависимого от наркотиков ребенка, происходит принятие факта его болезни, выработка адекватных требований к поведению сына или дочери, повышение физических возможностей больного, коррекция статики, координации движений и совершенствование двигательных навыков.

Учитывая низкий фрустрационный порог пациентов, амотивационный постабстинентный синдром, особенно с учетом проведения лечебной физкультуры является необходимостью эмоциональной поддержки с перманентным положительным когнитивным подкреплением. Слабость побуждений и нарушение целенаправленной деятельности больных обуславливает необходимость постоянной коррекции их активности. Неадекватная оценка пациентами собственных возможностей требует индивидуального контроля за интенсивностью и правильностью выполнения заданий. На начальном этапе часто возникают отказы пациентов от участия в данном реабилитационном цикле, реакции негативизма, оппозиции. В таких ситуациях положительную роль играет психологическое воздействие группы, игровой и состязательный компоненты двигательного комплекса, переключение от вынужденного бездействия к целенаправленной физической активности.

Применение данного комплекса по завершении кризисной терапии позволяет в течение 2—3 дней купировать остаточные болевые проявления, способствует быстрому восстановлению ночного сна, в значительной мере снижает эмоциональное напряжение у пациентов. Проводимое в процессе лечебной физкультуры психотерапевтическое воздействие позволяет формировать установки на развитие своих физических данных как альтернативу употреблению наркотиков. Предложенная программа психотерапии представляет собой комплекс традиционной и современной индивидуальной личностно-ориентированной и групповой (семейной) психотерапии, сочетающийся с элементами телесно-ориентированного воздействия в структуре лечебной физкультуры и тренажерного тренинга. Поэтапное построение психотерапевтической работы, направленной на последовательную коррекцию нарушений с учетом динамики физического состояния, эмоционально-волевых расстройств, аффективных нарушений и личностных установок, дает возможность оптимизировать работу психотерапевта, повысить эффективность реабилитационного цикла и создать предпосылки для улучшения качества и продолжительности ремиссий. Деятельность врача в этих условиях созвучна высказыванию Р. Роллана: «Надо иметь смелость спасать людей наперекор им самим». Объективизация непосредственного комплексного социопсихологического и общебиологического влияния на организм пациента должна осуществляться с использованием приемов доказательной медицины и совместной оценки эффективности предлагаемых превентивных и реабилитационных программ.

Список литературы

1. Segal B. Drugs and behaviour. — New York: Carder Press, 1988.
2. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. — М., 1995. — 336 с.