

Реабилитация больных алкоголизмом с точки зрения коррекции нарушений их социального поведения

ИГОНИН А.Л. д.м.н., профессор, руководитель отдела ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии Росздрава", Москва
119991, Москва, Кропоткинский пер., 23; тел. (495) 637-52-62

ШЕВЦОВА Ю.Б. к.м.н., старший научный сотрудник отделения ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии Росздрава", Москва

БАРАНОВА О.В. к.м.н., научный сотрудник отделения ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии Росздрава", Москва

ВИЗЕЛЬМАН А.М. научный сотрудник отделения ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии Росздрава", Москва

Предложена программа психотерапевтически-реабилитационных мероприятий, дифференцированных в зависимости от выраженности социальной дезадаптации больных. Используемые методики позволяют, по мнению авторов, повысить качество ремиссии наркологических больных и восстанавливать у них навыки социально полноценной жизни. Установлено, что при выборе тактики лечения должны учитываться выраженность основных психопатологических расстройств, обусловленных алкогольной зависимостью, индивидуально-психологические личностные характеристики пациентов, а также особенности влияния на них социального окружения. Ключевые слова: алкоголизм, реабилитация, психотерапия, социальная дезадаптация, созависимость

Введение

Как известно, нарушения социального поведения наркологических больных (а это происходит обычно в наиболее работоспособном и репродуктивном возрасте) ведут к росту преступности, распаду семей, падению производства, увеличению маргинального слоя лиц, ведущих антиобщественный образ жизни, и другим тяжелейшим последствиям для общества. Но при этом в практике лечения наркологических больных характер и глубина социальной дезадаптации практически не учитываются. Считается, что коррекция нарушений их общественного поведения должна производиться с помощью просветительских, воспитательных, репрессивных и прочих социальных мер. Между тем, разработка лечебно-реабилитационных схем, позволяющих уменьшать социальную дезадаптацию такого контингента, могла бы существенно дополнить немедицинские мероприятия и повысить эффективность коррекции поведенческих нарушений этого типа ([8] и др.). В данной работе сделана попытка оценить с указанной точки зрения применяемые в настоящее время в нашей стране реабилитационные и психотерапевтические методы.

Ранее авторами этого сообщения уже были опубликованы результаты применения с целью коррекции нарушений социального поведения медикаментозных методов [13]. В настоящей же работе акцент делается на реабилитационных мероприятиях и на психотерапевтических методах, имеющих социальную (реабилитационную) направленность.

Объект и методы исследования

Были изучены 402 больных алкоголизмом, проходивших стационарное лечение в клинике ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, реабилитационном отделении Областной наркологической больницы г.Пензы и Негосударственном наркологическом реабилитационном центре "Инсайд" г.Севастополя. Следует отметить, что нам не удалось в каждом из указанных выше учреждений внедрить предлагаемую программу коррекции нарушений социального поведения полностью. В каком-то из них применялись одни мероприятия, в каком-то — другие. Но при этом, как мы полагаем, проведенное исследование позволяет рассматривать в данном сообщении всю программу в целом.

Получаемые при обследовании больных данные заносились в специальную клинико-социальную карту, разработанную авторами. В ней были разделы, посвященные основным и дополнительным признакам. Основные признаки отражали: нарушения социальной адаптации пациентов, их агрессивные действия, а также асоциальное неагрессивное поведение. Дополнительные признаки характеризовали: преморбидные особенности больных, клиническую картину развившегося у них алкоголизма и ход проводимого лечения. Пациенты обследовались как в период их стационарного лечения, так и в последующем, после выписки (длительность катамнеза составила не менее 6 мес.). Состояние больных оценивалось на момент обследования.

Под нарушениями социальной адаптации понималась неспособность того или иного лица к нормаль-

ному социальному функционированию и выполнению различных обязанностей, накладываемых на него обществом. При обследовании больных в первую очередь учитывалась ситуация в семье и в сфере интересов: семейное положение (женат, разведен и пр.), наличие и частота конфликтов в семье, отношение к жене и детям (заботливое, равнодушное, неприязненное), участие в материальном обеспечении семьи (активное или пассивное), интересы (обширные или скудные, устойчивые или быстро меняющиеся). Оценивалось также поведение пациентов на производстве или по месту учебы: отношение обследуемого к своим обязанностям (активное, пассивное), динамика социального статуса (служебный рост, отсутствие изменений, снижение статуса), наличие и выраженность нарушений дисциплины (опоздания, прогулы и пр.).

Под *агрессивными тенденциями* понималось целенаправленное стремление причинить физический, моральный или иной ущерб людям и другим объектам. Рассматривались следующие параметры агрессии: выраженность (мысли и фантазии, вербальная форма, физически-деструктивная форма), спровоцированный или спонтанный характер агрессивных действий, проявление их только в опьянении и абстинентном состоянии или вне зависимости от этих состояний.

К *асоциальному неагрессивному поведению* было отнесено пренебрежение обследуемого своими общественными обязанностями и совершение неагрессивных поступков, грубо противоречащих общепринятым гуманитарным нормам. В частности, оценивались следующие признаки: активное и сознательное стремление уклониться от выполнения своих обязанностей по отношению к семье, работе; проявление грубой нетерпимости к чужому мнению или мировоззрению, а также людям другой веры или национальности.

Кроме карты обследования были разработаны пояснения к ней, в которых по типу глоссария было дано описание каждого признака из перечисленных выше, а также различных его градаций по степени выраженности. Это позволило избежать многозначного толкования используемых терминов.

При проведении работы использовался метод общего клинического впечатления. Выраженность каждого признака оценивалась в баллах. Далее на основании суммы баллов, набранных каждым пациентом, имеющиеся у него нарушения социального поведения квалифицировались как *легкие* или *выраженные*.

При статистической обработке материала использовались критерий ² Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена и непараметрический дисперсионный анализ (метод Краскела—Уоллиса). Более подробно о методике проводимого обследования см. в одной из предыдущих публикаций авторов данного сообщения [12].

Результаты

Результаты исследования выявили различия в характере и степени нарушений социального поведения у больных алкоголизмом.

При *легком варианте нарушений социального поведения* больные не были способны в полном объеме выполнять свои обязанности по отношению к семье и близким. Если уклонение от своих обязанностей носило активный и сознательный характер (при наличии физической возможности делать это), такое поведение расценивалось как *асоциальный вариант дезадаптации*.

Тем не менее, при легком варианте дезадаптации больные, будучи неспособными создать для своих близких комфортную в моральном и материальном плане обстановку, все же заботились о семье и, при благоприятствующих условиях, сохраняли семейные отношения. Сужался круг интересов и увлечений, но оскудение личности не носило слишком глубокого характера.

На производстве у этих больных приостанавливался служебный рост, для некоторых из них были характерны вынужденные смены мест работы. Иногда пациенты переходили на должности, требующие меньшей, чем прежде, квалификации. Но при позитивном отношении к ним на производстве больные все же были способны сохранять место работы и зарабатывать себе на жизнь.

Иногда в структуре проявлений дезадаптации доминировали *асоциальные тенденции*. Чаще всего это была склонность к совершению агрессивных поступков. Но при легком варианте дезадаптации дело ограничивается вербальным характером агрессии. Физически деструктивные действия для этих пациентов не были характерны. Им были более свойственны смещенные формы проявлений данного феномена, когда агрессия переносится с объекта, вызывающего неприязнь, на второстепенные или случайные объекты. У некоторых пациентов враждебное отношение к окружающим проявлялось только в провоцирующих ситуациях, тогда как в спокойной обстановке они были относительно терпимы. Асоциальное неагрессивное поведение принимало формы глубокого пренебрежения чужим мнением или мировоззрением, а также недоброжелательного отношения к лицам иной веры или национальности.

При *выраженном варианте нарушений социального поведения* пациенты уже не были способны заботиться о семьях и сохраняли их лишь при особо благоприятствующих обстоятельствах. Чаще они проживали одиноко либо с опекающими их лицами — родителями или другими близкими родственниками. Для этих пациентов были характерны неспособность вести даже простые финансовые дела, неустроенность в быту и не-

ряшливость. Утрачивались прежние интересы и увлечения, сохранялись лишь самые примитивные потребности. На производстве лиц с выраженной социальной дезадаптацией в лучшем случае резко понижали в должности или же они выполняли неквалифицированную работу. При неблагоприятном развитии событий эти больные жили на иждивении близких.

Если в структуре дезадаптации преобладали асоциальные тенденции, то при тяжелой ее форме агрессия уже проявлялась в физически деструктивных, а не вербальных формах. Для некоторых пациентов было характерно стремление причинять жертве мучения. Кроме того, агрессивные действия возникали уже не только в провоцирующих ситуациях, но и спонтанно. Больные с выраженной социальной дезадаптацией часто были крайне озлоблены, нетерпимы к окружающим, пренебрегали простейшими этическими нормами поведения, легко переходили грань, отделяющую их от противоправных действий.

Психотерапевтические методы коррекции

Переходя к описанию использовавшихся психотерапевтических методов реабилитационной направленности, следует отметить, что *групповая психотерапия* проводилась в соответствии с методиками, описанными рядом отечественных специалистов [2, 4, 6, 7, 11, 12, 15]. Рекомендуемые ими методики отличаются несколько более директивным стилем ведения группы психотерапевтом, чем это предполагалось такими классиками групповой психотерапии, как К.Роджерс, У.Шутц и др., более активным участием психотерапевта в дискуссиях и более четким структурированием программы занятий.

Для успешного функционирования группы должны были выдерживаться некоторые регламентирующие условия. В группу следует включать не слишком достаточное число пациентов (6—12). Во время цикла психотерапии должна происходить классическая групповая динамика: медленный переход от хаотического и часто конфронтационного общения к более целенаправленному и доброжелательному взаимодействию пациентов друг с другом и от него — к слаженной работе группы с возможностью обсуждения самых сложных и болезненных вопросов. Поэтому психотерапевтические занятия должны быть относительно продолжительными (1,5—2 ч), а число занятий — не менее 15—20. В реальности, однако, этим рекомендациям удавалось следовать далеко не всегда.

Были выделены несколько видов эффектов от групповой психотерапии, которые, по мнению авторов настоящего сообщения, в наибольшей степени способствуют коррекции социального поведения пациентов:

- вербализация негативного опыта;
- десенситизация;

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

Вербализация негативного опыта происходила в рамках самораскрытия пациентов. Наличие близкой по духу аудитории, которая разделяет все тревоги и заботы больного, позволяет ему выплеснуть накопленные за многие годы обиды и переживания. Данный эффект сопровождается так называемой десенситизацией, под которой понимается "погашение" отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, с помощью положительных эмоций, обусловленных вниманием и поддержкой группы.

В результате этого уменьшается неприязнь к близким, родственникам, сотрудникам по работе, соседям, представителям милиции и других государственных структур, которые, по мнению пациентов, являются источником их бед. Это способствует урегулированию семейных отношений, улучшению поведения больных на производстве и стабилизации социальной ситуации в целом.

Влияние группы на больного может происходить в форме имитации. Пациенты учатся друг у друга наиболее конструктивным образцам поведения. Поэтому желательно включение в группу позитивно ориентированных в социальном плане пациентов, способных стать групповыми лидерами. Эффект имитации позволяет больным перенять у позитивно настроенных членов группы мировоззренческие позиции и житейские навыки, необходимые для лучшей адаптации в социальной среде. Кроме того, общение с такими пациентами готовит их к участию в реабилитационных программах и в собраниях групп самопомощи наркологических больных. Как известно, обмен полезным опытом и конкретная помощь друг другу являются важной частью работы таких организаций.

Однако полного единодушия в группе быть не должно. Как оказалось, не следует препятствовать и возникновению конфронтаций между пациентами. Они необходимы для выработки оптимального решения при обсуждении сложных жизненных ситуаций. Кроме того, больные алкоголизмом часто не умеют социально приемлемыми способами отстаивать свои позиции. В психотерапевтических группах же создается возможность обучения пациентов навыкам поведения в конфликтных ситуациях. Больные приобретают способность сдерживать свои эмоции и сопротивляться нажиму более активных приятелей, играющих в их жизни деструктивную роль.

Не следует избегать включения в группу больных, для которых характерны отсутствие критики к своему заболеванию и заметные дефекты поведения (при

этом слишком неуравновешенным и агрессивным пациентам разрешать участвовать в психотерапевтическом процессе все же не следует). Больные лучше осознают наличие у себя признаков зависимости от алкоголя и отклонений в поведении, если опровергнут или хотя бы выслушают аргументы таких пациентов, старающихся представить себя в лучшем свете, чем они есть на самом деле (эффект психотерапевтического зеркала).

При проведении групповой психотерапии удастся смягчить нарушения самосознания больных алкоголизмом, описанные рядом зарубежных и отечественных специалистов [1, 21—23]. Наиболее известной формой нарушений самосознания является *анозогнозия*. Именно от этого психологического феномена во многом зависят согласие больного алкоголизмом на лечение и возможность достижения хороших результатов терапии.

В основе анозогнозии лежит, как известно, психологическая защита (реакция на фрустрацию), представляющая собой естественную форму ограждения психики от чрезмерно раниющих ее впечатлений. В данном случае фрустрирующим фактором является наличие у пациента "клейма" алкоголика. Прямолинейные попытки доказать больному, что он страдает алкоголизмом, обычно не дают успеха, но описанные выше специфические эффекты групповой психотерапии все же позволяют обходным путем добиваться формирования у пациента критичного отношения к заболеванию.

При проведении групповой психотерапии грубо деструктивные варианты анозогнозии могут переходить в менее деструктивные. Например, тотальное отрицание наличия у себя зависимости от ПАВ во время групповой психотерапии может трансформироваться в рационализацию — признание наличия у себя такой зависимости (хотя бы отдельных ее проявлений). Но при этом делаются попытки рационального объяснения причин злоупотребления ПАВ и переноса ответственности за это с себя на других людей или "объективные" обстоятельства. Даже такая частичная критика к заболеванию повышает вероятность достижения ремиссии, во время которой происходит коррекция социального поведения больных. Даже если рецидивы алкоголизма периодически продолжают возникать, последствия злоупотребления спиртными напитками оказываются не столь тяжелыми, как прежде.

При длительном групповом воздействии, вызывающем изменение мировоззрения у пациентов, анозогнозия может даже преодолеваться. Психологическая защита принимает форму компенсации (сублимации). Больные не только полностью осознают наличие у себя в прошлом зависимости от ПАВ, но и

компенсируют это развитием качеств, особо одобряемых обществом. Например, они становятся активистами движения за отказ от употребления ПАВ, борцами за права социально ущемленных людей или защитниками животных. Именно в этих случаях пациенты могут в течение многих десятилетий вести трезвый образ жизни.

Следует также остановиться на возможности влиять с помощью групповой психотерапии на другие формы нарушений самосознания больных алкоголизмом. В отличие от здоровых лиц с гармоничной психикой, больные алкоголизмом часто отличаются несбалансированностью, диссоциированностью сознания "Я". Какие-то представления о самих себе у них могут быть завышенными, а какие-то, наоборот, заниженными. Пациенты оказываются неспособными дать правильную оценку тому, как к ним относятся окружающие. Представление больных об идеале, к которому они должны стремиться, также бывает неадекватными, далекими от реальности.

Описанная дисгармония самосознания создает постоянный психологический дискомфорт, нарушает взаимоотношения больных с окружающими людьми. В первой, эйфорической фазе алкогольного опьянения возникает иллюзия достижения полной гармонии с самим собой и с внешним миром. Во второй фазе опьянения, а также в абстинентном состоянии, маятник, наоборот, может качнуться в другую сторону. Больной ощущит полный внутренний разлад, который может сопровождаться неудовлетворенностью происходящим, чувствами неогрешенности и ущемленности, а также обидой на окружающих и даже ненавистью к ним. Потребность выйти из этого состояния поддерживает дальнейшее употребление алкоголя и еще больше ухудшает социальную ситуацию. Негативные эмоции могут проявляться в острой форме и тогда пациент совершает агрессивные и аутоагрессивные действия.

Групповая психотерапия обладает определенными возможностями влияния на сферу самосознания больных. Интенсивно взаимодействуя с партнерами по группе, пациент получает возможность узнать (часто это происходит в первый раз) о том, как его реально оценивают люди, относящиеся к нему непредвзято. Если его представления о себе оказываются завышенными, больной получает болезненный, но полезный опыт, который делает его более терпимым к окружающим. Кроме того, в этих случаях может произойти необходимая коррекция идеала, к которому стремится пациент. Подвергшись воздействию группы, он, скорее всего, поставит перед собой более реальные, соответствующие его возможностям жизненные цели. При склонности к пониженной самооценке

поддержка группы способствует укреплению самоуважения больного и веры в свои силы.

Если происходят описанные позитивные изменения в сфере сознания "Я", пациенты становятся более спокойными, раскрепощенными, уверенными в себе. Улучшается переносимость стрессовых воздействий. Поскольку патологическое влечение к алкоголю часто имеет связь именно с этими психологическими феноменами, их смягчение создает предпосылки и для достижения более продолжительных ремиссий. Сознание "Я" человека является одной из наиболее консервативных и ригидных сфер психики. Но, с другой стороны, если все же удастся добиться позитивных сдвигов в сфере самосознания, то это оказывает существенное положительное влияние на течение алкоголизма и тяжесть обусловленных им нарушений социального поведения.

Говоря о возможностях влияния групповой психотерапии в целом на нарушения социального поведения больных алкоголизмом, следует отметить, что из психотерапевтических методов именно групповая психотерапия позволяет добиваться наиболее заметного позитивного эффекта. При легких поведенческих расстройствах возможно улучшение социальной адаптации и смягчение асоциальных тенденций. Но если речь идет о выраженных нарушениях такого рода, сколько-либо значительного позитивного эффекта ожидать не приходится. При имеющихся у пациентов глубоко укоренившихся отрицательных поведенческих стереотипах использование лишь вербальных стимулов оказывается недостаточным. В этих случаях бывает необходимо помещение больных на длительное время в такие условия, которые позволяли бы вырабатывать и закреплять новые, социально позитивные формы поведения. Такую возможность обеспечивают, в частности, реабилитационные центры, функционирующие на резидентской (стационарной) основе.

Метод *семейной психокоррекции* приобретает важное значение при лечении больных алкоголизмом, у которых наиболее серьезные отрицательные социальные последствия заболевания локализуются в сфере семейных отношений. В семьях таких пациентов очередной эпизод употребления ими спиртных напитков воспринимается драматически. Это вызывает столь же острую ответную реакцию больного и возобновление (часто демонстративное) употребления им алкоголя. Такое злонамеренное, с точки зрения близких, поведение пациента еще больше обостряет ситуацию и способствует началу нового витка бурных семейных конфликтов.

Грамотно проведенная семейная психокоррекция позволяет смягчить влияние компонента семейных проблем на прогрессирование алкоголизма. Но при

этом часто оказывается, что за фасадом поверхностных семейных событий скрывается крайне устойчивая к внешним воздействиям система патологических отношений в семье, так называемая созависимость. И, хотя близкие, как правило, искренне хотят, чтобы пациент прекратил злоупотребление алкоголем, эта система парадоксальным образом поддерживает его пьянство.

В соответствии с работами В.Д.Москаленко [16, 18], Я.Стюарта, В.Джойнса [20], В.Сатир [19] и других авторов, супруги больных алкоголизмом в ситуации существования в семье созависимости должны принципиально изменить свое поведение. Основным смыслом этих изменений состоит в том, что ответственность за злоупотребление алкоголем перекладывается с жены больного на него самого. Супруга пациента должна отказаться от мелочной и назойливой опеки мужа, восстановить свое психическое здоровье (как правило, подорванное из-за плохого его поведения), вернуться к прежним интересам и увлечениям и вообще научиться жить "своей" жизнью. В результате таких изменений часто оказывается, что состояние улучшилось не только у жены больного алкоголизмом, но и у него самого. Указанные принципы работы с семьями сохраняют свою силу и в тех случаях, когда данным заболеванием страдает не муж, а другие члены семьи.

Принципы *поведенческой психотерапии* при алкогольной зависимости изложены в работах G.A.Marlatt, J.R.Gordon [24], а также других авторов и основываются на рассмотрении злоупотребления спиртными напитками в качестве дезадаптивной привычки. При проведении данного исследования из методов поведенческой терапии использовался так называемый *ситуационный тренинг*, суть которого состоит в выработке конструктивных образцов поведения, направленных на преодоление зависимости и улучшение взаимодействия пациентов с социальной средой [3, 11, 12].

Ситуационный тренинг проводился обычно в группе. Вначале события, способствующие употреблению ПАВ, подвергались своего рода инвентаризации. Из числа типовых ситуаций риска психотерапевт выделял наиболее значимые для каждого больного. Ситуации разделялись на простые, поверхностные (скажем, случайное присутствие пациента там, где окружающие принимают спиртные напитки) и сложные, которые основаны на глубоко закрепившихся стереотипах поведения, связанные, например, с влиянием на больного давнего приятеля, партнера по употреблению алкоголя. Завершала ситуационный тренинг процедура проигрывания поведения пациента в экспериментальной проводящей обстановке. Один из участвующих больных (протагонист) под-

вергался воздействию нескольких других пациентов (антагонистов), которые пытались уговорить его выпить. В этих условиях отрабатывались ключевые фразы, жесты, тактические приемы, позволяющие протагонисту наилучшим образом выходить из трудных для него ситуаций.

Следует отметить, что поведенческие методы обладают ограниченными возможностями в связи с тем, что их влияние на самосознание, мировоззренческие позиции и другие глубинные психологические структуры достаточно ограничено. Например, если социальная дезадаптация носит выраженный характер и связана с тем, что у больного не сформировалась стойкая установка на прекращение употребления алкоголя, он, скорее всего, под разными предлогами откажется от описанной выше процедуры.

Тем не менее поведенческие методы оказываются очень полезными в качестве дополнения к другим формам более глубокого психологического воздействия, достигаемого, в частности, с помощью групповой психотерапии. При наличии установки на изменение поведения данные способы воздействия на больных позволяют повысить их устойчивость к различным ситуациям, провоцирующим на употребление ПАВ, проявление агрессии или отказ от выполнения своих обязанностей в семье или на работе.

Реабилитационные программы

По формулировке ВОЗ, под *реабилитацией* понимается комплекс государственных, правовых, социально-экономических, медицинских, педагогических, психологических и иных мероприятий, направленных на возвращение больных к социально активной полноценной жизни. В психиатрии (наркологии) главное значение приобретает устранение нарушений социального поведения, являющихся основным препятствием на пути возвращения пациентов к нормальному существованию в обществе.

Исходя из современных представлений, наиболее глубокой социальной реабилитации наркологических больных можно добиться лишь в специальных центрах (отделениях наркологических учреждений), создающихся на основе так называемых терапевтических сообществ больных. Учреждения такого рода впервые появились в психиатрии и наркологии после второй мировой войны. В России реабилитационные центры, использующие принцип терапевтических сообществ, начали создаваться лишь в последние годы. Опыт работы таких центров отражен в публикациях Б.М.Гузикова и соавт. [6, 7], В.В.Батищева, В.В.Негериша [2], Т.Н.Дудко и соавт. [9, 10] и ряда других специалистов.

Одной из наиболее известных в нашей стране является реабилитационная программа, предложенная

итальянской ассоциацией "Casa Famiglia Rosetta", которой посвящена монография Ю.В.Валентика [5]. При разработке описанных в настоящем сообщении реабилитационных мероприятий в первую очередь использовался опыт именно данной организации.

Наиболее глубокое позитивное воздействие на поведение больных алкоголизмом оказывают так называемые резидентские программы, в рамках которых пациенты находятся в лечебном учреждении на постоянной (стационарной) основе. Продолжительность пребывания пациентов в реабилитационных учреждениях такого типа должна быть значительно больше, чем в обычных наркологических стационарах, и составлять от нескольких месяцев до 1 года и даже более.

Для достижения цели коррекции поведения больных алкоголизмом в реабилитационном центре (отделении наркологического учреждения) следует осуществлять следующие социальные мероприятия:

- специальный подбор персонала;
- жесткий социальный контроль за больными;
- самоуправление пациентов;
- система поощрения/наказания;
- интенсивное взаимодействие между больными (в первую очередь, в форме интерактивных бесед);
- информирующие беседы;
- терапия занятостью;
- заполнение досуга;
- организация рекреационных мероприятий;
- целенаправленная работа с родственниками.

Работа с наркологическими больными требует специального подбора персонала. В штатном расписании реабилитационных центров должны быть предусмотрены должности социальных работников, психологов, медиков, педагогов. Но в качестве персонала таких учреждений можно использовать и лиц, не имеющих специального образования. Желательно, чтобы они были энтузиастами антиалкогольного общественного движения. Оптимальным является привлечение к работе в центре "бывших" наркологических больных.

Особенно важной для реабилитационного центра является должность профессионального руководителя группы (ячейки, отряда) больных. Как правило, руководитель группы имеет какое-либо немедицинское образование из числа перечисленных выше, но его наличие обязательным условием не является. Ячейка больных, которой руководит данное должностное лицо, должна включать в себя не более 10 человек, причем руководителю группы следует находиться с пациентами в постоянном непосредственном контакте. Идеальным является вариант проживания этого человека в том же помещении, что и больные. В этом случае руководитель группы доступен для пациентов

в любое время суток. В своей деятельности он должен руководствоваться теми же этическими нормами, выполнения которых требует от пациентов. Но при этом руководителю группы необходимо демонстрировать и дополнительные личностные качества, в особенности коммуникабельность, способность к эмпатии, эмоциональную живость, даже артистизм и креативность.

Как уже отмечалось выше, в наркологическом реабилитационном центре необходим жесткий социальный контроль за больными алкоголизмом¹. Но при этом пациент не должен считать установленный в центре порядок чуждым и грубо навязанным ему. Необходимо создать обстановку, в которой больной признает этот порядок необходимым и выразит готовность следовать всем принятым в центре ограничениям и запретам. Такого согласия легче добиться в том случае, если пациент воспринимает необходимость соблюдения принятого порядка не как распоряжение администрации реабилитационного центра, а как выражение воли сообщества больных, в которое он вступил.

Целесообразно создавать особый ритуал приема в сообщество, предполагающий получение согласия пациента на следование принятым в сообществе правилам. Эти правила включают в себя отказ от большинства своих пристрастий и привычек, что, например, символизирует сдача при приеме в сообщество всех личных вещей (документов, денег, мобильного телефона и проч.).

В первые месяцы пребывания в реабилитационном центре социальный контроль за больным особенно жесткий. Пациент должен неукоснительно следовать установленному и расписанному по минутам режиму дня. Любая деятельность, выходящая за пределы установленного расписания, возможна только с санкции руководителя ячейки больных. Даже покинуть помещение, занимаемое группой, без его согласия больной не имеет права. На более отдаленных этапах пребывания больного в центре контроль за ним постепенно ослабевает, но никогда не снимается полностью.

Работа реабилитационного центра на основе терапевтического сообщества предполагает наличие самоуправления пациентов. Большинство решений, касающихся распределения обязанностей, наказаний за дисциплинарные нарушения, изменений распорядка

дня, хозяйственной деятельности, организации досуга и проч., принимается самими членами сообщества.

Считается полезным поддержание среди больных четкой иерархии. В зависимости от срока их пребывания в стационаре, заслуг перед сообществом и соблюдения дисциплины пациенты разделяются чаще всего на три ступени: низшую, среднюю и высшую. Чем выше они поднимаются по иерархической лестнице, тем большую роль играют в управлении деятельностью центра. Пациенты, занимающие в иерархической лестнице высшие ступени, входят в совет больных центра.

Иногда в реабилитационных центрах используется система поощрения/наказания. В соответствии с этой системой каждый поступок пациента оценивается как положительный либо как отрицательный. Соотношение поступков со знаком "плюс" и "минус" за какой-либо период времени, например, за месяц, служит основанием для получения больным преференций или, наоборот, применения к нему ограничительных (дисциплинарных) мер.

Одним из главных условий эффективности работы реабилитационного центра является интенсивное взаимодействие больных в форме интерактивных бесед между ними. Сообщество пациентов должно быть спаяно общими целями и интересами. Всем членам такого коллектива необходимо взять на себя обязательство придерживаться принятых правил поведения. Считается полезным для сообщества иметь свои оригинальные лозунги (девизы, заповеди). При вступлении в организацию пациент должен ознакомиться с ними и дать обещание, о котором уже говорилось выше, неукоснительно следовать им. Для того чтобы усилить значимость даваемого обещания, прием в сообщество может обставляться как торжественный ритуал.

Вступающий в сообщество новый его член обязан придерживаться определенных этических норм. От него требуется быть честным, правдивым, открытым, трудолюбивым. В сообществе должны в полной мере проявляться взаимная помощь и поддержка, а также коллективная ответственность за происходящее. Особую роль в организации играют позитивные лидеры, которые служат примером для остальных членов коллектива.

Взаимодействие между членами сообщества наркологических больных в реабилитационном центре происходит в основном в форме интерактивных групповых бесед, хотя возможна и индивидуальная работа с пациентами. Беседы могут проводиться как с участием психотерапевта (групповая психотерапия), так и без него. Главным условием организации интерактивных бесед является активное вовлечение в них всех членов группы, даже тех, кто не склонен к публично-

¹ Во многих странах социальный контроль за частью больных алкоголизмом, которые находятся в обычных реабилитационных центрах, подкрепляется недобровольной мерой в форме обязательного лечения, назначаемого судом или административными органами. В России такое законодательство, которое бы позволяло назначать недобровольную меру наркологическим больным, не совершившим уголовное преступление, отсутствует.

му обсуждению своих проблем. Для достижения необходимого эффекта интерактивные беседы должны длиться не менее 2—3 ч в день.

Говоря об интерактивных беседах, проводимых без участия психотерапевта (тем не менее участие в них руководителя группы обязательно), следует отметить, что любому мероприятию такого рода необходимо придавать терапевтическую направленность. Все происходящие в группе события должны быть вербализованы, т.е. подвергнуты обсуждению во время интерактивных бесед. При этом главный акцент следует делать не на выяснении обстоятельств случившегося события, а на эмоциях, которые оно вызывает у членов группы. Поощряется полная открытость участников беседы, даже если точка зрения пациента не совпадает с мнением большинства в группе. При этом больной должен получить четкое объяснение причин недовольства группы его поведением. В свою очередь, группа обязана выслушать аргументы обсуждаемого пациента. Такие многократно повторяющиеся эмоционально насыщенные интеракции позволяют больному лучше осознать свои способности и возможности, а также понять причины того или иного отношения к себе со стороны окружающих.

Отработка различных форм поведения при разрешении бытовых ссор играет, ко всему прочему, обучающую роль. Как известно, часть больных алкоголизмом не обладают навыками правильного урегулирования возникающих конфликтов. Вместо того чтобы гибко реагировать на поведение окружающих и, в случае необходимости, пытаться социально приемлемыми способами повлиять на него, пациенты пассивно подчиняются. Но при этом больные накапливают обиды и выплескивают их потом в неадекватно резкой, брутальной форме. Возможность отработать конструктивные образцы поведения в экспериментальных условиях оказывается для таких пациентов очень полезной.

Другим видом интерактивных бесед является групповая психотерапия, описанная выше. Кроме интерактивных, в реабилитационных центрах проводятся информирующие беседы. Свои сообщения делают врачи, психологи, социологи, юристы "бывшие" больные алкоголизмом и представители различных общественных организаций. Для лиц молодого возраста необходимы обучающие мероприятия.

Важное значение в наркологических реабилитационных центрах следует придавать *терапии занятости*. Наиболее благоприятное действие на состояние больных оказывает кустарный труд с элементами творчества: плотничий, столярный, слесарный, швейный и проч., а также сельскохозяйственная работа (выращивание овощей и фруктов, цветоводство, животноводство). Трудовая деятельность позволяет

больным к тому же улучшить условия своей жизни и дает им возможность зарабатывать деньги на бытовые расходы.

При длительном пребывании в реабилитационных учреждениях пациенты, особенно лица молодого возраста, нуждаются в целенаправленном заполнении досуга и организации рекреационных мероприятий. Для разрядки накапливающегося эмоционального напряжения пациентов следует проводить спортивные состязания. Некоторые специалисты большое значение придают приобщению к различным видам искусства (арт-терапии).

Хотя больные проживают в реабилитационных центрах в условиях изоляции от семей, целенаправленную работу с родственниками не следует упускать из виду. Из-за описанного выше феномена созависимости в первые месяцы пребывания пациентов в реабилитационном центре посещения их родственниками следует либо резко ограничивать, либо вообще запрещать. Постепенно постоянные контакты больных с родственниками могут быть восстановлены.

Курс лечения больных алкоголизмом в реабилитационном центре, созданном на основе психотерапевтического сообщества, позволяет добиться наиболее заметного, по сравнению с другими психотерапевтически-реабилитационными методами, улучшения их социальной адаптации. При длительном пребывании в реабилитационном центре пациенты существенно изменяют стиль своей жизни. Происходит смена ценностных ориентаций, осваиваются новые полезные навыки и умения. В случае, если после выписки из центра на больного не будет оказано сильное деструктивное влияние асоциальной среды, позитивные эффекты могут проявляться в течение многих лет или даже стать необратимыми.

По данным ряда исследователей, при длительном лечении в реабилитационных центрах, создающихся на основе психотерапевтического сообщества, достигаются более значительные результаты, чем при проведении обычных терапевтических курсов [2]. Наблюдаются более длительные ремиссии с полным воздержанием от употребления психоактивных веществ. Если срывы все же происходят, то их тяжесть оказывается заметно меньшей, чем после традиционного лечения.

Позитивные сдвиги у больных, имеющих за плечами пребывание в реабилитационном центре, распространяются и на другие сферы их жизни. Чаще удается восстановить нарушенные семейные отношения или стабилизировать их на новой основе. Более продуктивной становится трудовая деятельность пациентов. Резко снижается число совершенных ими административных правонарушений и уголовных преступлений. Некоторые рядовые члены терапевтичес-

ких сообществ становятся активистами движения за трезвость, продолжая сотрудничество с центрами в качестве волонтеров или даже поступая на работу в них на постоянной основе.

Эффект от пребывания в реабилитационном центре зависит от степени выраженности у больных социальной дезадаптации, проявляющейся до поступления в центр. Естественно, что результат будет лучше, если у пациентов до лечения наблюдались лишь легкие нарушения социального поведения, и хуже, если выраженные. Больные с особенно устойчивыми навыками асоциального поведения и грубо нарушенными ценностными ориентациями оказываются неспособными к позитивным личностным изменениям. В этом случае их выписывают из центра или они сами выходят из реабилитационной программы и покидают учреждение.

Список литературы

1. Баранова О.В. Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии // Наркология. — 2005. — № 6. — С.59—60.
2. 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.
3. Валентик Ю.В. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1988. — С.32—38.
4. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 1995.
5. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры "Casa Famiglia Rosetta": 20-летний опыт работы. — М., 2002. — 105 с.
6. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1980. — 30 с.
7. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — СПб., 2000. — 27 с.
8. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Тузикова Ю.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением // Наркология. — 2005. — № 5. — С.43—47.
9. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001. — С.7—38.
10. Дудко Т.Н. Терапевтические сообщества // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С.271—289.
11. Игонин А.А. Об алкоголизме в диалогах. — М.: Медицина, 1989. — 176 с.
12. Игонин А.А. Психотерапевтические методы лечения наркологических заболеваний // Наркологические заболевания в лечебной и экспертной практике. — М.: ФГУ "ГНЦ ССП Росздрава", 2008. — Гл.9. — С.247—256.
13. Игонин А.А., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Тузикова Ю.Б. Асоциальное (противоправное) поведение наркологических больных и возможности его коррекции медицинскими средствами // Наркология. — 2006. — № 3. — С.47—52.
14. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1990. — 304 с.
15. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А. Алкоголизм, психотерапия. Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — Т.2. — С.300—302.
16. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом. // Вопр. Психологии. — 1991. — № 5. — С.91—97.
17. Москаленко В.Д. Созависимость — новая болезнь — Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1994. — № 6. — С.95—99.
18. Москаленко В.Д. Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т.2. — С.172—186.
19. Сатир В. Психотерапия семьи / Пер. с англ. — СПб.: Речь. — 2000. — 283 с.
20. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — СПб.: Социально-психологический центр. — 1996. — 330 с.
21. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 240 с.
22. Cinningham J.A., Sobell L.C., Sobell M.B. Awareness of self-change as a pathway to recovery for alcohol abusers: results from five different groups // Addict. Behav. — 1998. — 23, 3. — P.399—404.
23. Feuerlein W. Alkoholismus — Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975. — 427 S.
24. Marlatt G.A., Gordon J.R. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change // Davidson P., Davidson S.M., eds. Behavioral medicine: Changing health Lifestyles. — N.Y.: Brunner and Mazel, 1980. — P.410—452.

REHABILITATION OF ALCOHOL ADDICTS AS CORRECTION OF THEIR SOCIAL BEHAVIOR

IGONIN A.L.
SHEVTHOVA J.B.
BARANOVA O.V.
VISELMAN A.M.

MD, PhD, Professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
PhD., senior researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
PhD. researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

It is considered the program of psychotherapy and rehabilitation activities, differentiated depending on the severity of social disadaptation of patients. Used techniques allow, according to the authors, to improve the quality of remission of drug patients and restore their skills for full social life. It was established that the choice of treatment tactics must take into account the severity of main psychopathological disorders due to alcohol dependence, individual-psychological personality characteristics of patients, as well as singularities influence on their social environment.