

Терапевтическое значение клинико-психопатологических особенностей больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга

ДЖАНГИЛЬДИН Ю.Т. д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии
Московского государственного медико-стоматологического университета;
тел.: +7(495) 236-0594; e-mail: cerebra@inbox.ru

ГОЛУБЕВ Д.А. врач-психотерапевт, наркологическая клиническая больница №17, Москва;
тел.: +7(903) 729-9345; e-mail: ckohnv@gmail.com

Целью работы было определение значения клинических и психопатологических особенностей больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга в разработке мер психотерапевтического воздействия. Описаны основные терапевтические мишени. К ним отнесены нарушения психопатологического статуса, обусловленные как актуализацией ПВА, так и личностными особенностями, проявления личностной дезадаптации, также выявленные психологические особенности личности в болезни. Результаты исследования позволяют обрисовать возможную конфигурацию точек приложения психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга и разработать программы их дифференцированной психотерапии.

Ключевые слова: алкоголизм, тормозимый тип личности, психотерапия алкоголизма, терапевтические мишени

Введение

Одним из важнейших компонентов эффективно-го комплексного лечения алкоголизма является психотерапия [13]. Существуют различные точки зрения в отношении выбора соответствующих психотерапевтических стратегий при алкоголизме [9, 14]. При этом значимую роль в эффективности большинства видов психотерапевтической помощи играет определение точки приложения терапевтических воздействий тесно связанной с особенностями личности больного алкоголизмом и его индивидуальной реакцией на болезнь [12]. Важным фактором, позволяющим обеспечить необходимую индивидуализацию лечения и способствовать достижению устойчивой ремиссии, является и преобладающая мотивация потребления алкоголя [1, 2].

Психопатологическая структура личностных девиаций при алкоголизме сложная и включает в себя три вида нарушений: отклонения в сфере характера, — оскудение личностных ресурсов с когнитивным снижением, а также изменения в жизненных позициях, в личностных ценностях и отношениях [3]. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом требуют дифференцированного подхода к оценке их личностного своеобразия и уровня личностной патологии, понимания мотивов употребления спиртного и прояснение их жизненных позиций [1, 3]. Считается, что тормозимый тип личностных акцентуаций наиболее благоприятен для лечения и хорошего прогноза: алкоголизация

обостряет у таких больных чувство неполноценности, стыда, провоцирует астенические расстройства [10]. При этом клинические и психопатологические особенности больных алкоголизмом с преморбидными индивидуально-типологическими чертами тормозимого круга, на основании которых можно выстроить тактику индивидуальной психотерапии, в настоящее время изучены еще недостаточно.

Целью настоящего исследования было определение значения клинических и психопатологических особенностей больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга в разработке мер психотерапевтического воздействия.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были 130 пациентов с алкогольной зависимостью, 106 мужчин (81,5%) и 24 женщины (18,5%). Все пациенты были подразделены на две группы — основная и контрольная. В основную группу вошло 65 пациентов с индивидуально-личностными чертами тормозимого круга, для сравнения была взята подгруппа больных с преобладающим личностным радикалом возбужденного круга (группа А, 35 чел.) и подгруппа пациентов без определенных личностных акцентуаций (группа Б, 30 чел.). Критериями включения пациентов в исследование являлись возраст 18—60 лет; наличие алкогольной зависимости 1—2 стадии. Для клинической квалификации преморбидных личностных особенно-

стей использовались классификации О.В. Кербилова, А.Е. Личко, К. Леонгарда [4, 5, 7].

Основными методами исследования были: клинико-anamnestический с оценкой психопатологических симптомов и синдромов в различные периоды заболевания, психометрический с тестированием психологических характеристик, клинико-статистический, где критерием достоверности считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Для определения психопатологического статуса использовалась шкала астенического состояния (ШАС), опросник выраженности психопатологического статуса SCL-90-R [11]. С целью определения вероятностных терапевтических мишеней больным основной группы дополнительно предлагалось заполнить опросник ТОБОЛ (Определение преобладающего типа отношения к болезни) [8], опросник мотивации употребления алкоголя (МПА) В.Ю. Завьялова [2], тест смысложизненных ориентаций (СЖО) в адаптации Д.А. Леонтьева [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Психопатологический статус больных изучался на 10 день терапии после проведения дезинтоксикационной терапии и купирования проявлений абстинентного синдрома, постинтоксикационных расстройств и основных проявлений ПВА (табл. 1).

В табл. 1 показано, что у больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга наиболее выраженными оказались обсессивно-компульсивные нарушения (в среднем $1,67 \pm 0,67$ балла, $p < 0,05$ при сравнении с другими группами) в виде повторяющихся неприятных навязчивых мыслей, сомнений, представлений, воспоминаний, связанных со злоупотреб-

лением алкоголем. В этой же группе был наивысший показатель по шкале межличностной сенситивности ($1,49 \pm 0,55$ балла, $p < 0,05$ при сравнении с другими группами), отражающий снижение самооценки, ощущение своей личностной неадекватности и неполноценности по сравнению с другими, здоровыми или «более волевыми» людьми, самоосуждение, чувство стыда за происходящее, дискомфорт и негативные ожидания при необходимости общения с другими пациентами или медперсоналом. В рамках симптоматики по шкале психотизма отмечались ощущения, что «с рассудком творится что-то неладное», размышления о наказании за грехи, чувство одиночества даже при нахождении среди других людей.

Индекс астенического состояния у этих пациентов был наиболее высоким ($p < 0,05$) и соответствовал «выраженной астении» по ШАС. Неприятные известия или нагрузки, даже незначительные, провоцировали реакции раздражительной слабости, отмечались проявления гиперестезии. Пациенты отличались впечатлительностью, фиксировались на ипохондрических переживаниях (расстройства сна, неприятные ощущения в кардиальной области, сексуальная дисфункция, головные боли и т.д.). Этому состоянию соответствовали симптомы, включенные в шкалу соматизации: слабость, головокружение, затруднение дыхания, приступы жара или озноба, боли в области сердца.

Депрессивность и тревожность также были более выражены в основной группе за счет неполной дезактуализации аффективного компонента ПВА к 10-му дню лечения. Пациенты испытывали чувство вины за ситуацию, приведшую к госпитализации, чрезмерное беспокойство по поводу состояния здоровья, ощущение

Таблица 1

Выраженность психопатологической симптоматики по данным опросника SCL-90-R и ШАС

Показатель	Основная группа, 65 чел.	Группы сравнения		Значимость различий	
		Группа А, 35 чел.	группа Б, 30 чел.	Основная группа vs А	Основная группа vs Б
Соматизация	1,32±0,52	1,20±0,45	1,16±0,34	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Обсессивность-компульсивность	1,67±0,67	1,29±0,52	1,18±0,40	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Межличностная сенситивность	1,49±0,55	1,27±0,35	1,31±0,29	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Депрессивность	1,64±0,53	1,46±0,31	1,52±0,39	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Тревожность	1,58±0,57	1,41±0,29	1,39±0,35	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Враждебность	1,08±0,45	1,54±0,48	1,14±0,38	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Фобическая тревожность	0,67±0,26	0,74±0,30	0,65±0,22	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Паранойальные тенденции	0,80±0,57	1,14±0,71	0,75±0,48	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Психотизм	0,80±0,37	0,62±0,28	0,72±0,24	$p < 0,05$	$p > 0,05$
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	1,23±0,48	1,19±0,47	1,09±0,33	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,88±0,62	1,75±0,55	1,70±0,72	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Общее число утвердительных ответов (PST)	55,63±17,52	49,87±15,32	40,12±14,07	$p > 0,05$	$p < 0,05$
Индекс астенического состояния	107,53±8,14	100,16±7,22	103,70±8,82	$p < 0,05$	$p < 0,05$

ние безнадежности и бесперспективности своего будущего. Симптомы тревоги описывались больными как нервозность, неусидчивость, внутренняя дрожь, предчувствие возможных неприятностей.

В группе пациентов с возбудимыми чертами характера, по сравнению с остальными больными, преобладали враждебность с легко возникающим раздражением, стремление спорить по самым незначительным поводам, вспышки гнева. Могли также иметь место паранойяльные образования со склонностью к формированию сверхценных идей отношения на фоне злоупотребления алкоголем с восприятием ограничения в употреблении алкоголя в отделении как «покушения на свободу», позицией «меня все недооценивают», подозрительностью к родственникам и близким «они меня сюда заточили». По-видимому, это расстройства были обусловлены частичным сохранением поведенческого компонента ПВА, характерного для этой группы.

В группе с условно-гармоничным преморбидным складом личности преобладала тревожная и депрессивная симптоматика, а также проявления межличностной сензитивности.

Общий индекс тяжести симптомов был значительно выше нормы (по Н.В. Тарабриной, 2001) во всех исследованных группах; между собой группы по этому показателю значимо не различались. В основной группе наблюдалась тенденция к усилению индекса наличного симптоматического дистресса и показателя широты симптоматики, не достигавшая уровня статистической значимости при сравнении с другими группами.

Выявление и оценка мотивов патологической деятельности является важным фактором для разработки основных направлений психотерапевтической работы с пациентами. В целом напряжение мотивов потребления алкоголя у пациентов с чертами личности тормозимого круга составило $76,18 \pm 6,32$ балла, что соответствует болезненному пристрастию, злоупотреблению ПАВ. Наименее выражены были социально-психологические мотивы (26,15%), которые отражали подчинение давлению значимых других в отношении приема алкоголя,

приспосабливание к культурально-обусловленным «алкогольным ценностям» социальной микросреды. Личностные мотивы, включавшие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от состояния алкогольного опьянения, нейтрализовать негативные эмоции (тревогу, страх, сниженное настроение), увеличить активность поведения преобладали в структуре МПА тормозимых личностей примерно в трети случаев (32,31%).

Наиболее выражены были потребностные МПА, отражавшие патологическую мотивацию потребления алкоголя — они преобладали у 41,54% обследованных. При более глубоком изучении их структуры было показано, что среди потребностных мотивов наиболее выражены были аддиктивные мотивы, отражающие собственно влечение к алкоголю, «жажду» — 45,31% от суммы баллов; «похмельная» мотивация со стремлением снять абстинентные явления, улучшить самочувствие, «подлечиться» составляла 18,25% от общей суммы баллов; мотивы самоповреждений со стремлением пить «назло», в качестве протеста, из-за декларируемой бесперспективности будущего и утраты смысла жизни отражали 36,44% от суммы баллов.

Вопрос смысла жизни, жизненных позиций и перспектив вообще занимал важное место в размышлениях и рассуждениях больных основной группы. В табл. 2 представлена структура и выраженность показателей теста смысло-жизненных ориентаций в основной группе по сравнению с нормативными показателями.

В основной группе было отмечено снижение по всем шкалам СЖО по сравнению с нормой. Наиболее существенная разница наблюдалась в отношении шкалы «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни», отражающей восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом, что указывало на неудовлетворенность больных своей жизнью в настоящем, ощущение внутренней пустоты и бесцельности.

Таблица 2

Структура и выраженность СЖО у больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга

Шкала	Норматив	Среднее количество баллов на одного пациента основной группы (n=65)	Разница между нормативом и показателями основной группы, баллы
Цели в жизни	32,90	26,39	6,51
Процесс жизни	31,09	22,24	8,85
Результативность в жизни	25,46	19,47	5,99
Локус контроля — Я	21,13	15,80	5,33
Локус контроля — жизнь	30,14	28,18	1,96
Общий показатель СЖО	103,10	97,16	5,94

Следующим по выраженности разрыва с нормативным значением являлся показатель по шкале «цели в жизни». Больные отмечали, что у них нет понимания жизненных целей в настоящем, а прошлые цели утрачены, рассуждали о возможных перспективах, необходимости изменений образа жизни, однако эти рассуждения по большей части носили неконкретный и умозрительный характер.

Различие с нормой по локусу контроля — жизнь было минимальным, наблюдалась убежденность в способности человека сознательно контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, однако наличествовали выраженные сомнения в способности самого больного к такому контролю, в возможности построить свою жизнь в соответствии со здоровыми целями и представлениями о её смысле. Разрыв по шкале «результативности» также был достаточно велик, ответы больных свидетельствовали о неудовлетворенности прожитой частью жизни.

Общий показатель СЖО характеризует общую осмысленность жизни. У больных алкоголизмом с тормозимыми личностными чертами наблюдалось снижение самооценки и самоуважения, они были склонны к самокритичным рассуждениям по поводу своих ошибок вследствие злоупотребления алкоголем, занижению своих ресурсов и возможностей.

В табл. 3 представлены результаты оценки личностного реагирования на болезнь.

Результаты исследования говорят о высокой представленности проявлений гармоничного типа отношения к болезни. Из отклоняющихся вариантов у пациентов основной группы можно было выделить смешанный тип отношения к болезни: ипохондрически-анозогнозически-сенситивный, т.е. представлены были все три блока шкал опросника.

Интропсихическая компонента заключалась в том, что пациенты были сосредоточены на субъективных и иных неприятных ощущениях, стремились постоянно рассказывать о них окружающим и медперсоналу, преувеличивали действительную симптоматику и симулировали несуществующие страдания. Отмечалось сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования, в то же время боязнь вреда и болезненности процедур. При этом основная ипохондрическая фиксация происходила на сопутствующих соматических и психических нарушениях, в отношении алкогольной зависимости пациенты были склонны к преуменьшению либо отбрасыванию мысли о болезни (анозогнозический компонент), недооценке её потенциальных последствий, приписыванию проявлений болезни случайным обстоятельствам. Больные выказывали легкомысленное отношение к зависимости и уверенность в возможности «справиться самим».

Интерпсихическая направленность включала чрезмерную озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления и ухудшения межличностных взаимодействий, если окружающим станет известно об алкоголизме больного; опасения, что окружающие станут его избегать, относиться пренебрежительно; боязнь усиления неблагоприятного отношения со стороны близких. Пациенты уделяли повышенное внимание тому, чтобы об их госпитализации в наркологическую больницу не стало известно по месту работы, живущим отдельно родителям, родственникам.

Меланхолическое, апатическое, дисфорическое и апатическое реагирование на болезнь было свойственно пациентам из основной группы менее всего.

По мере течения заболевания у больных алкоголизмом наблюдалось изменение личностных черт в виде их заострения с нивелировкой функций и особенностей, ра-

Таблица 3

Средние оценки суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОБОЛ у больных алкоголизмом с преморбидными личностными чертами тормозимого круга

Блок	Тип отношения к болезни	Значение показателя (p±SD, n=65)
Условно-гармоничный	Гармоничный	16,30±3,18
	Эргопатический	11,25±2,90
	Анозогнозический	15,88±2,43
Реагирование с интропсихической направленностью	Тревожный	9,21±1,40
	Ипохондрический	12,64±1,12
	Неврастенический	7,42±0,90
	Меланхолический	2,16±0,55
	Апатический	2,06±0,48
Реагирование с интерпсихической направленностью	Сенситивный	16,26±3,16
	Эгоцентрический	6,48±1,55
	Паранойяльный	3,04±0,62
	Дисфорический	3,06±0,74

нее способствовавших компенсации психического состояния (61,54%), а более чем в трети случаев отмечалась личностная алкогольная деградация (38,46%). Развивались нарушения оценочной деятельности, отношений к окружающим, терялись либо патологически видоизменялись жизненные цели, установки и интересы, появлялись патологические ценности, обусловленные развитием зависимости, формировались иррациональные взгляды и убеждения, в свою очередь, определяющие поведение и образ жизни. На фоне относительной сохранности интеллектуально-мнестической сферы нарастали явления морально-этического снижения. Наиболее выражены были эгоистичные тенденции (60%), эмоциональное огрубление, утрата тонких эмоциональных реакций (44,62%). У 27,69% пациентов отмечалось сужение круга интересов.

Выводы

Результаты проведенного исследования позволяют обрисовать возможную конфигурацию точек приложения психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга.

Во-первых, подлежат коррекции нарушения психопатологического статуса, обусловленные как актуализацией ПВА, так и личностными особенностями: проявления межличностной сензитивности и психотизма, обсессивно-компульсивные нарушения, тревожно-депрессивный, астенодепрессивный и астено-ипохондрический психопатологические синдромы.

Во-вторых, в качестве терапевтических мишеней могут быть расценены такие проявления личностной дезадаптации как сниженная самооценка и самоуважение, неуверенность в возможности контролировать свою жизнь, нарушение жизненного целеполагания и смыслоориентации, сужение круга интересов.

В-третьих, для разработки адекватных психотерапевтических стратегий необходимо учитывать выявленные психологические особенности личности в болезни: смешанный ипохондрически-анозогнозиче-

ски-сенситивный тип отношения к зависимости, нравственно-этическое снижение в рамках алкогольной деградации личности.

На основании полученных данных может быть разработана психотерапевтическая модель с соответствующим алгоритмом методологических подходов для больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга на этапе госпитализации.

Список литературы

1. Бурдин М.В. Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения: Дис. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2008. — 176 с.
2. Завьялов В.Ю. Клинико-психологические аспекты формирования зависимости от алкоголя: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — Томск, 1993. — 41 с.
3. Дереча Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом (клинико-системное исследование): Дис. на соискание учёной степени к.м.н. — Оренбург, 2005. — 160 с.
4. Кербинов О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Р-н-Д.: Феникс, 2000. — 539 с.
6. Леонтьев Д.А. Личность в зеркалах теорий // Теории личности. Холл Кэвлин С., Линдсей Гарднер. — М.: КСП+, 1997. — С. 5—6.
7. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
8. Личко А.Е., Иванов И.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — №8. — С. 1195—1198.
9. Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001.
10. Новиков О.В., Шакирзянов Г.Э. Новая клиническая концепция алкоголизма: Клиника и диагностика алкогол. и неалкогол. заболеваний. — Казань: Медицина, 1995. — 139 с.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
12. Джангильдин Ю.Т., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В. Основные направления и модальности в современной психотерапии. — М., 2004. — 60 с.
13. Цыганков Б.Д., Яковлев В.А. Современные подходы к лечению алкогольной зависимости // Профилактика алкоголизма и наркомании. — 2002. — №1. — С. 60—63.
14. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. — N.Y. Pergamon, 1988.

THERAPEUTICAL IMPORTANCE OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOL ADDICTED PATIENTS WITH INHIBITED PERSONALITY TYPE

DZHANGILDIN Ju.T.

Dr. Med. Sci., professor of Chair psychiatry, narcology and psychotherapy,
Moscow State Medical Stomatological University; e-mail: cerebra@inbox.ru

GOLUBEV D.A.

psychotherapist, narcological clinical hospital №17, Moscow; e-mail: ckohnv@gmail.com

The aim of this study was to examine the importance of clinical and psychopathological characteristics of alcohol addicted patients with inhibited personality type for developing effective psychotherapeutic arrangements. The main therapeutic targets were described, including psychopathological state disorders determined by alcohol morbid attraction and personal traits, personality desadaptation manifestations, psychological characteristics of personality in the morbid. The results of the study can serve as a basis for working out points of application and programs of differential psychotherapy for above-mentioned patients.

Key words: alcoholism, inhibited personality type, psychotherapy of alcoholism, therapeutic target