

Глава 3

РЕЦИДИВЫ АЛКОГОЛИЗМА. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВИРОВАНИЮ

Рецидивы алкоголизма — это возобновление злоупотребления алкоголем в период ремиссии с возвратом симптоматики, характерной для хронической алкогольной интоксикации, в первую очередь ПВА (Качаев А. К., 1983). При этом о рецидиве правомерно говорить только спустя 1–2 месяца после завершения противоалкогольного лечения (Зеневич Г. В., 1986). Более раннее начало употребления алкоголя свидетельствует о преждевременном прекращении лечения. Предотвращение рецидивов непосредственно связано с проблемами продлевания и углубления ремиссий, оно также включает в себя комплексы биологических, психологических и социальных моментов. Поэтому профилактика рецидивов не может быть сведена к решению только личностно-психологических проблем, как это предлагают сторонники «моральной модели» толкования алкоголизма и объяснения принципов его лечения (Brickman P. et al., 1982), а также приверженцы «просвещенческой теории» лечения алкоголизма, к которым относят и идеологов АА (Dunn R., 1986), и представителей бихевиористского направления в терапии алкоголизма (Nathan P., 1984; Pendery M. L. et al., 1982). При возникновении рецидива «возобновляется вся сумма нарушений, входящих в понятие наркоманического синдрома» (Зеневич Г. В., 1986), требующая для своего устранения комплекса воздействий, как это бывает необходимо в любой лечебно-восстановительной программе, предназначенной для больных алкоголизмом. Естественно, что для успешной профилактики рецидива требуется выяснение главной причины, могущей его обусловить. При этом необходимо помнить, что при алкоголизме одни и те же причины могут способствовать у одного пациента становлению ремиссии, а у другого — возникновению рецидива. Объяснение этому можно найти в указании Н. Selye (1960) о том, что стресс имеет не только патогенное действие, но и оказывает терапевтическое влияние. Такое диаметрально противоположное действие одного и того же фактора (например, угроза увольнения с работы) зависит от многих параметров, в частности личностных особенностей, выраженности алкогольных изменений личности и т. д. Действие всякого патогенного фактора зависит и от стадии ремиссии, на которой возникает угроза рецидива: для каждого этапа ремиссии также характерны те или иные определенные провоцирующие рецидив факторы.

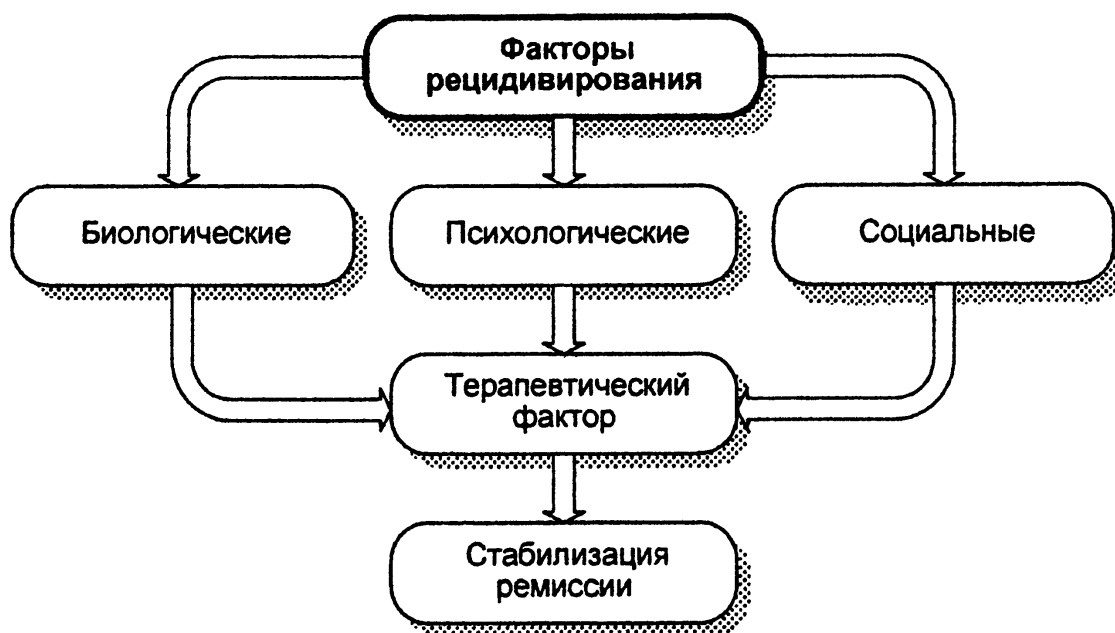


Рис. 3. Фармакологические препараты, применяемые для лечения алкоголизма

По данным некоторых исследователей, после лечения лишь 10% пациентов полностью «готовы» к трезвой жизни, т. е. только у них можно надеяться на формирование стойкой и длительной ремиссии (Armor D. J. et al., 1978). В связи с этим некоторые авторы называют алкоголизм «состоянием хронического рецидива» (Marlatt G. A., Gordon J. R., 1985).

Сами факторы, дестабилизирующие ремиссии и провоцирующие развитие рецидивов (так же как и факторы, способствующие становлению и углублению ремиссий), могут быть разделены на биологические (клинические), психологические и социальные. Необходимо выделить еще терапевтический фактор, включающий в себя элементы из всех трех перечисленных групп (биологические, психотерапевтические и социотерапевтические методы воздействия). В контексте возникновения рецидивов речь, естественно, идет о нерациональном, незавершенном лечении или в конкретном случае о неудачном сочетании различных терапевтических методов. В целом эти факторы выступают как провоцирующие рецидив моменты с различной частотой. Из биологических (клинических) факторов аффективные расстройства и астенические проявления явились причиной возврата болезни в 19% случаев у исследованных нами больных, возобновление или усиление ПВА — в 11% случаев. Самыми частыми были рецидивы болезни, возникающие под влиянием факторов психологического характера. Пользуясь конкретными формулировками пациентов, уже находящихся в терапевтической ремиссии, можно сгруппировать эти факторы следующим образом: представление о безопасности употребления небольших доз алкоголя (фактор, свидетельствующий в конечном итоге об отсутствии мотивации к трезвому образу жизни) способствовало рецидиву у 48% пациентов, реакции на экстраординарные жизненные ситуации вызывали 6% рецидивов, желание

проверить результаты лечения — 3%. Заметно реже выступали в качестве «провокаторов» рецидива невротизирующие факторы: чувство неполноценности при общении с друзьями отмечено в 1% рецидивов, переживание сексуальных конфликтов — также в 1% случаев. Эти факторы были тесно связаны с личностными характеристиками пациентов, относящихся по своим характерологическим особенностям к личностям астенического круга. Среди социальных факторов, провоцирующих рецидивы алкоголизма (7%), чаще всего приходится сталкиваться с традиционным употреблением алкоголя (возврат в прежнюю пьющую компанию).

Касаясь терапевтических факторов, в частности влияния лекарственных средств на развитие рецидивов, нужно напомнить о случаях развития последних при злоупотреблении пациентами медикаментозными средствами. Такой механизм развития рецидивов, о чем пишут и другие авторы (Bauer U. et al., 1990), наблюдается в 4% случаев. И в первую очередь речь идет о злоупотреблении транквилизаторами, аддиктивный потенциал которых никем в настоящее время не оспаривается. В наркологической практике мы нередко сталкиваемся со злоупотреблением транквилизаторами в период воздержания от алкоголя; наблюдается и одновременное использование пациентами транквилизаторов и алкоголя с попытками уменьшить дозу последнего.

Каждая из перечисленных групп факторов, провоцирующих рецидивы, действует с определенной частотой на каждом из этапов ремиссии.

На этапе становления ремиссии рецидивы провоцируются чаще биологическими факторами, проявляющимися в различных психопатологических состояниях. В первую очередь — это аффективные нарушения, часто сохраняющиеся в статусе больного после завершения противоалкогольного лечения. Они включают в себя затяжные депрессивные картины, препятствующие стабилизации ремиссии. Эти состояния могут возникать аутохтонно, но чаще под влиянием каких-либо отягчающих факторов. Как отмечалось выше, другой вариант аффективных нарушений, наблюдавшийся в это время, выражался в неустойчивости настроения, раздражительности, взрывчатости, склонности к дисфорическим реакциям. Эти состояния, наряду с астеническими и неврозоподобными проявлениями, могут провоцировать рецидив либо непосредственно, либо при участии возникающего на их фоне ПВА. Все эти причины возникновения рецидивов отмечались на начальном этапе формирования ремиссий в 44,5% случаев (в том числе рецидивы, связанные с возникновением ПВА, — в 27,8% случаев). Личностные и социально-психологические причины возникновения рецидивов возникают на этом этапе формирования ремиссий в 38,9% случаев. Их относительно невысокая частота в провокации рецидивов, видимо, обусловлена мобилизацией личностных ресурсов больных на выполнение программы восстановления трезвой жизни в начале лечения и, безусловно, связана с лечебным фактором, играющим в этот период ведущую роль в укреплении ремиссии (часть этого периода больные проводят в стационаре или в непосредственном общении с врачом амбулатории либо сохраняют контакты с психотерапевтической группой поддерживающей терапии). Фактором, способствующим возникновению рецидива на этом этапе, может

быть и неадекватная терапия, что проявляется, например, в игнорировании имеющейся у пациента депрессивной симптоматики.

На втором этапе, этапе стабилизации ремиссии, заметно большую роль среди причин, способствующих возникновению рецидивов, приобретают личностно-психологические факторы. Под их влиянием в этот период ремиссии возникает до 61,6% рецидивов (в то время как частота биологических факторов уменьшается по сравнению с предыдущим этапом ремиссий и составляет 25,6%). Частой причиной нестабильности состояния пациентов в это время является сохраняющийся у них высокий уровень тревоги (Moos R. H. et al., 1981; Балашова Т. Н., 1987). На фоне высокой личностной тревоги возникают трудности в приспособлении к изменившимся жизненным условиям, формируются невротические расстройства, связанные с заменой прежних чисто «алкогольных» конфликтов новыми, обусловленными предъявлением, в первую очередь семьей, требований к пациенту как к «выздоровевшему» человеку. Даже после проведения достаточно энергичного противоалкогольного лечения у многих больных на этом этапе имеет место снижение критического отношения к болезни, ее биологическим и социально-психологическим последствиям. При этом наиболее частым, среди личностно-психологических, обстоятельством, способствующим возникновению рецидива, является представление больных о безопасности употребления небольших доз алкоголя или напитков с низкой концентрацией алкоголя. Недостаточная стабильность состояния пациентов и наличие высокого уровня личностной тревоги подтверждается, в частности, при исследовании у них мотивов потребления алкоголя с помощью методики В. Ю. Завьялова «Мотивы потребления алкоголя». Обнаружено, что среди пациентов с рецидивами, наступившими в течение 4–6 месяцев после завершения противоалкогольной терапии, в отличие от пациентов, возобновивших злоупотребление алкоголем на более поздних этапах ремиссии, преобладают атактические мотивы и мотивы самоповреждения, связанные с наличием тревоги и сниженным настроением. Выраженность этих мотивов в балльной оценке у больных с относительно ранними и более поздними рецидивами составила соответственно: атактические мотивы 9,8 и 6,5, а мотивы самоповреждения 4,1 и 1,5 ($p < 0,05$) (Клубова Е. Б., 1995).

Существенную роль при стабилизации ремиссии играет среда, окружающая пациента в быту и на производстве, и доминирующие в этой среде традиции. Особенно важна роль семейных отношений. Отсутствие твердой установки на трезвость (отмечается лишь декларирование желаний вести трезвую жизнь без истинного стремления обдумывать связанные с этим проблемы и попыток понять свою роль в их решении) в сочетании с конфликтностью или нестабильностью семейных отношений нередко провоцируют рецидивы в первой половине этапа стабилизации ремиссии (примерно полгода после завершения противоалкогольной терапии). Семейные факторы (конфликты, ссоры или, наоборот, праздничные застолья) могут в этот период повлечь за собой возникновение или усиление биологических факторов рецидивирования (в первую очередь ПВА), которые в свою очередь вызывают рецидив. Такая «ступенчатая» провокация рецидива более свой-

ственно длительным ремиссиям, в том числе и ремиссиям на этапе завершения их формирования.

На этапе сформировавшейся ремиссии, когда состояние пациентов достигает максимума компенсации, среди факторов, могущих провоцировать рецидив, социально-психологические и личностно-психологические моменты отчетливо преобладают над биологическими. ПВА и аффективные нарушения способствовали возникновению рецидивов у наших пациентов лишь в 27,3% случаев. Характерной и весьма распространенной на этом этапе ремиссии была утрата настороженности перед возможным возвратом болезни, иногда приобретающей форму уверенности в «выздоровлении» и веры в возможность «решать алкогольную проблему, как все», иными словами, начать «потихоньку» употреблять алкоголь. Перечисленные обстоятельства, способствующие рецидивам, имели место на этом этапе ремиссии в 64,7% случаев. Что касается мотивов потребления алкоголя, то у этих пациентов также преобладали социально-психологические и личностные.

Таким образом, приведенные здесь данные свидетельствуют об учащении действия личностных и социально-психологических факторов, как моментов, провоцирующих развитие рецидивов, по мере удлинения сроков ремиссии (частота биологических факторов, вызывающих рецидивы при этом уменьшается). Это обстоятельство необходимо иметь в виду при планировании профилактической противорецидивной работы. Другим важным фактом, который необходимо при этом учитывать, является зависимость вероятности возникновения рецидива от уровня компенсации состояния больного. Уровень же компенсации в свою очередь связан с такими факторами, как преморбидные особенности личности пациента, его социальная сфера, характер течения заболевания и другие. Значительную роль в успешности формирования ремиссии, достижении максимального уровня компенсации состояния в ней и возможно длительном его сохранении играет терапевтический фактор, предусматривающий составление оптимальных терапевтических программ и их реализацию.

Касаясь характера развития рецидивов, следует отметить, что на ранних сроках формирования ремиссии они возникают быстро, одно-двукратное употребление алкоголя влечет за собой «обвальный» возврат алкогольной симптоматики и в первую очередь появление выраженного ПВА. На отдаленных этапах ремиссии (сроком более года), особенно при компенсированном варианте сформировавшейся ремиссии, рецидив может развиваться постепенно, проявляясь вначале в виде «срывов» (Авербах Я. К., 1964) или даже в контролируемом употреблении алкоголя в течение 2–3 месяцев (максимум полгода). Однако появляющаяся и усиливающаяся в это время психологическая зависимость влечет за собой возврат остальной аддиктивной симптоматики — ПВА и абстинентных явлений. При этом важным для возврата устойчивой ремиссии является как можно более раннее возобновление активной терапии на этом этапе «растянутого» развития рецидива, что бывает реальным при соответствующей активности в этот момент семьи (или близких) пациента, а также группы взаимопомощи, в которой он может состоять.