

Глава 1

ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

Чрезвычайная распространенность алкоголизма и все еще недостаточная эффективность противоалкогольной терапии придают новым исследованиям клиники и терапии этого заболевания первостепенное значение. При этом наиболее актуальными являются проблемы профилактики рецидивов и теснейшим образом с ними связанные вопросы динамики «затяжных синдромов отказа». Так называют определенные периоды развития ремиссии К. Krispin-Ehner (1991), подчеркивая при этом общность некоторых патогенетических механизмов, относительно светлых промежутков в течении алкоголизма (какими являются ремиссии) с острыми, насыщенными продуктивной симптоматикой, проявлениями болезни, и обращая внимание на динамизм клинических проявлений во время ремиссий. Он писал о том, что ремиссии могут рассматриваться как субклиническое связующее звено «аддиктивного цикла» (рецидив — ремиссия — рецидив), заканчивающееся в неблагоприятных условиях возобновлением алкогольной зависимости.

Переменяющееся течение алкоголизма, смена светлых промежутков — ремиссий — и рецидивов болезни, особенности светлых промежутков, причины возникновения рецидивов привлекали внимание основоположников отечественной наркологии (Коровин А. М., 1911), объяснявших возврат болезни как внешними, так и внутренними (возникающими в организме) причинами. С изучением этих факторов связывалась уже в то время возможность разработки эффективных терапевтических, в частности психотерапевтических, мероприятий (Бехтерев В. М., 1913).

В дальнейшем наркологи прилагали значительные усилия к изучению проблемы ремиссий, считая ее крайне важной для разработки лечебно-восстановительных мероприятий с пациентами, прошедшими курс противоалкогольной терапии, купирующей явления острой алкогольной интоксикации и ориентирующей пациента на длительное воздержание от алкоголя (Авербах Я. К., 1963; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971; Гальперин Я. Г., 1971; Стрельчук И. В., 1973). Даже непрофессионалы, работающие с больными алкоголизмом, подчеркивают важность понимания, «что бросить пить — это не конец лечения, а только его начало». Так пишет один из идеологов движения Анонимных Алкоголиков (АА) «отец Мартин» (Мар-

тин Д., 1993). Понятно, почему в последнее время все больше исследователей посвящает свои работы различным аспектам течения ремиссий и профилактики рецидивов.

Ремиссия, согласно современным представлениям, это такой этап течения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявиться при соответствующих условиях (Зеневич Г. В., 1984). Суть дела, с нашей точки зрения, весьма образно отражает цитата из знаменитого романа А. Камю «Чума», показывающая зыбкость ситуации, вполне отражающей положение вещей в ремиссии (в частности и при хроническом алкоголизме): «микроб чумы никогда не умирает, никогда не исчезает он может десятилетиями спать где-нибудь в завитушках мебели или в стопке белья, он терпеливо ждет своего часа в спальне, в подвале, в чемодане, в носовых платках и в бумагах и возможно, придет на горе и в поучение людям такой день, когда чума пробудит крыс и пошлет их околевать на улицы счастливого города». Автор мастерски, хотя и с излишним фатализмом, изображает большую вероятность рецидива болезни. В современной наркологии такой фатализм может быть в известной мере обесценен квалифицированной работой по профилактике рецидивов.

В то же время вопрос об окончательном определении ремиссии еще не закрыт и требует уточнения. Значительное число авторов считает, что у известной части больных удастся в результате соответствующего «обучения» (речь идет о вариантах поведенческой терапии) сформировать «ремиссии», в которых пациенты с физической зависимостью от алкоголя могут контролировать употребление алкоголя (Anderson W., Ray O., 1977; Roizen R., 1987). В своем обстоятельном обзоре на эту тему S. Peele (1987) отмечает, что трактовка понятия ремиссий и, в частности, предъявление к пациентам требования обязательного соблюдения абсолютной трезвости нередко зависит от временных, культуральных особенностей, сопровождающих лечение, или обстановки, окружающей исследователя. При этом культуральная традиция, могущая заметно влиять на оценку результатов исследования, формируется комплексом этнических, национальных взглядов на алкоголь, различных профессиональных подходов, а также отражает изменение отношения к общепринятым методам исследования, стандартам и изменение научного мышления от одной эпохи к другой. Автор обзора отмечает, например, что социологи в своих оценках ремиссий гораздо «либеральнее», чем бихевиористы и, тем более, клиницисты. Он предлагает это учитывать, не отвергая, конечно, возможности использования культуральных факторов в процессе лечения. Как бы то ни было, с позиций классической наркологии (Fouquet P., 1995; Jellinek E., 1960; Жислин С. Г., 1965; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973; Стрельчук И. В., 1973) работы, в которых приводятся сведения о возможности «выздоровления» от алкоголизма и способности пациентов с физической зависимостью контролировать употребление алкоголя, не выдерживают критики, так как в них обычно отсутствуют клинические характеристики больных. Это заставляет думать о том, что авторы работ в приводимых ими случаях имели дело не с больными, а с «проблемными пьяницами», т. е. людьми, находящимися в предболезненной стадии. Кроме

того, авторами полностью игнорируется так называемый «симптоматический алкоголизм» (алкоголизм у душевнобольных), часто встречающийся и имеющий свои закономерности течения (Шумский Н. Г., 1983).

Что касается сроков, позволяющих говорить о наличии ремиссии при алкоголизме, то здесь сохраняются известные противоречия. Некоторые авторы (Энтин Г. М., 1979; Петров А. Л., 1979) считают, что длительность ремиссии следует исчислять с первого дня прекращения употребления алкоголя. Другие исследователи (Исаченко А. П., 1959; Безносок Е. В. с соавт., 1979; Качаев А. К., 1983; Александрова Н. В., 1985), по нашему мнению, с большим основанием полагают, что промежуток времени, о котором можно говорить как о ремиссии, при алкоголизме должен быть не менее одного месяца, так как только за это время исчезают явления массивной алкогольной интоксикации. Критериями начала ремиссии можно считать исчезновения признаков алкогольного абстинентного синдрома (ААС): сомато-вегетативных расстройств, выраженных психических нарушений. Конкретно речь идет об исчезновении тремора, тахикардии, потливости, агрипнии, анорексии, относительной нормализации лабораторных данных (в первую очередь печеночных проб), купировании аффективных нарушений и уменьшении проявлений астении. При этом констатация ремиссии не исключает наличия у пациента тех или иных психопатологических проявлений (Barnes С., 1991; Brown S. A. et al., 1991). И. Н. Пятницкая (1994) указывает, что для ремиссий заболеваний, связанных с патологической зависимостью от психоактивных веществ, характерно новое качество гомеостаза, отличного от гомеостаза активной стадии болезни и от преморбидного гомеостаза. Эта точка зрения разделяется большинством исследователей, рассматривающих ремиссии как динамические состояния со свойственными им закономерностями развития (Scholz Н., 1986; Гузиков Б. М., Риббшлегер М. с соавт., 1989; Каюмов Б. П., 1990). Длительное сохранение после купирования явлений ААС различных психопатологических, нейровегетативных и собственно соматических патологических проявлений позволяет исследователям говорить о «затяжном абстинентном синдроме» (Kissin В., 1979), «субклиническом абстинентном синдроме» (Ludvig А. М., 1974), «затяжном синдроме регресса» (Goluke U., 1981), «затяжном синдроме отмены» (Scholz Н., 1986). Упомянутые авторы имеют в виду разнообразные патологические проявления, возникающие в первые месяцы существования ремиссии, включая эпизоды с «псевдоабстинентным синдромом» (Пятницкая И. Н., 1962; Морозов Г. В. с соавт., 1970; Гальперин Я. Г., 1971; Стрельчук И. В., 1973 и др.). Анализируя особенности становления и течения ремиссий, Я. Г. Гальперин (1974), Н. Scholz (1986) и другие выделили определенные этапы, стадии или фазы в течении ремиссий, длящиеся месяцы или годы, подчеркивая длительность периода, когда у пациента формируется устойчивое компенсированное состояние, могущее быть оценено как «практическое здоровье». Так Г. Я. Гальперин описывал этап становления ремиссии (5–6 месяцев), этап неустойчивой ремиссии (1–2 года), этап стабильной ремиссии (3–5 лет) и этап глубокой ремиссии (более 5 лет полного воздержания от алкоголя). Н. Scholz делит процесс становления ремиссий на стадии: острого абстинентного синдрома, рести-

туции, суетливости, латентную и стадию поздних кризов. М. Риббшлегер (1989) пишет о фазах отрыва, обучения и поддержки.

В большинстве случаев ремиссии при алкоголизме возникают в результате терапевтических воздействий («терапевтические ремиссии»). Среди изученных нами больных «спонтанные ремиссии» (возникшие без соответствующего целенаправленного лечения) отмечены лишь у 13,2% пациентов, а у остальных имели место только терапевтические ремиссии.

Динамика ремиссий изучалась у 489 больных алкоголизмом мужчин преимущественно во II стадии болезни (78%)*. У остальных имела место II–III стадия болезни (10%), а также III стадия (12%). Исследованные больные были в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст $39,1 \pm 0,58$ лет). Давность существования физической зависимости от алкоголя колебалась от 3 до 25 лет (средняя давность $8,80 \pm 0,41$ лет).

Начальному периоду ремиссии, протекающему непосредственно после купирования ААС, свойственна значительная лабильность симптоматики: спонтанное или обусловленное различными обстоятельствами появление астенической симптоматики с выраженным вегетативным компонентом, частое обострение патологического влечения к алкоголю (ПВА). При стихании этих расстройств нередко появляются аффективные колебания, выражающиеся прежде всего в дистимии — сниженном настроении с недовольством, тревогой или боязливостью, или более очерченных картинах — депрессии, дисфории или апатии. Нами было отмечено, что после завершения стационарного противоалкогольного лечения у пациентов в клинической картине часто сохраняются всевозможные проявления болезни: ПВА, аффективные, астенические нарушения, снижение критики к болезни и др. (Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1989). По результатам обследования упомянутых выше 489 больных после завершения противоалкогольного лечения эти характеристики выглядели следующим образом: наличие ПВА у 35% больных, аффективные нарушения у 49%, астенические расстройства (раздражительность, физическая и умственная утомляемость на фоне бессонницы) у 37%, снижение критики к болезни у 50,5%. Клиническую картину усложняло наличие у большинства больных (82%), алкогольных изменений личности по истерическому, сенситивному, эпилептоидному или синтонному типу. Хотя об успехах терапии в этом случае могли свидетельствовать сформировавшиеся все-таки у 77% больных установки на трезвость, приведенные выше данные наглядно демонстрируют недостаточную надежность улучшения состояния пациентов после проведения противоалкогольной терапии и диктуют необходимость продолжения терапевтической программы после завершения этого курса. Результатом отступления от этих правил является большое количество рецидивов, возникающих в первое полугодие после завершения противоалкогольного ле-

*Использована терминология МКБ-9 и принятой в России классификации деления алкоголизма на три (I–III) стадии. В соответствии с МКБ-10 (1992), II стадия алкоголизма рассматривается как заболевание с выраженной психической и физической зависимостью, наличием развернутого ААС, отсутствием признаков выраженной энцефалопатии и социальной деградации.

чения (ранние рецидивы), при этом значительное количество из них приходится именно на первые месяцы (Janz H. W., 1973; Качаев А. А., 1983; Platzer H. A., 1976; Sus H. M., 1988).

С целью выявления клинических особенностей вариантов алкоголизма, протекающего с длительными ремиссиями, и получения прогностических данных, позволяющих предсказать возможные результаты терапии, мы сравнивали группы больных с ранними рецидивами и ремиссиями, длящимися 1 год и более. Как показали катамнестические исследования, группу с тенденцией к формированию длительных (год и более) ремиссий составили пациенты, у которых отмечалось значительное улучшение клинических и социально-психологических показателей непосредственно после противоалкогольного лечения (таких среди 489 исследованных больных было 56%). Поскольку обе категории больных лечились в один и тот же период времени в одном стационаре практически по аналогичным терапевтическим схемам, целесообразно было искать причины различий результатов лечения, во-первых, в особенностях клинических проявлений болезни, а во-вторых, в личностных и социально-психологических характеристиках пациентов.

В работе использована «Прогностическая карта ремиссий при алкоголизме» (Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., Дубинина Л. А., 1990), которая включает 150 признаков, отражающих анамнестические сведения о больном и его социально-психологическую характеристику, а также клинические и социально-психологические данные о динамике ремиссии (различных ее этапов). В таблице 1 мы приводим только те признаки, частота которых статистически достоверно различается в группах с ранними (в срок до 1 года) рецидивами (I гр.), с одной стороны, и с ремиссиями длительностью более 1 года (II гр.), с другой (использован F-критерий Фишера). В первую группу вошло 214 больных (44%), во вторую — 275 (56%).

В приведенной таблице обращает на себя внимание «благоприятное» влияние фактора наличия соматических заболеваний, в частности ишемической болезни сердца, на формирование более длительных ремиссий. Это может найти объяснение в том, что среди исследованных нами больных преобладали пациенты со II стадией алкоголизма, то есть лица со сформировавшейся физической зависимостью от алкоголя, но без выраженных признаков токсической энцефалопатии. У больных с большей глубиной токсического поражения нервной системы в II—III и III стадии (нередко эти пациенты лечатся уже не в наркологических, а в психиатрических учреждениях) наличие соматической патологии не способствует формированию ремиссий (Ерошин С. П., 1987).

Что касается личностно- и социально-психологических факторов, то в первой, со склонностью к раннему рецидивированию, группе больных чаще отмечались личностные девиации уровня психопатий, ситуация в семье, как родительской, так и собственной, была сложной, нередко конфликтной.

В выделенных группах обнаружилось различное отношение пациентов к лечению (в первой группе оно имело преимущественно формальный или негативный характер). Дальнейшее изучение динамики ремиссии показало

важность прогностического значения перечисленных признаков. В первые месяцы становления ремиссии значимыми для прогноза являлись выраженность алкогольной анозо- (гипо-) гнозии, неустойчивость установки на трезвость, аффективные нарушения, астенические проявления, наличие алкогольных изменений личности, актуальные семейные и служебные конфликты (Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1989). В первой группе все эти симптомы и социальные факторы отчетливо более выражены, чем во второй группе, и редукция симптомов в группе с короткими ремиссиями происходит значительно медленнее.

Таблица 1

Клинические и социально-психологические показатели у больных I и II групп, статистически различающиеся по частоте представленности (в % к числу больных в каждой из групп)

Показатели	Группа I с ранними рецидивами	Группа II с длительными (более 1 года) ремиссиями
<i>Данные анамнеза</i>		
<i>(период до госпитализации в клинику Института им. В. М. Бехтерева)</i>		
Рождение недоношенным	5,5	0*
Воспитание по типу:		
— потворствующей гипопротекции	29,3	14,3**
Личностные девиации в преморбиде:		
— отсутствуют	40,4	57,7*
— уровня психопатии	18,2	6,7*
Конституционально-личностный тип:		
— истерический	25,5	8,6**
— неустойчивый	18,4	2,9**
— синтонно-стеничный	6,1	19,0**
Из сопутствующих заболеваний:		
— ишемическая болезнь сердца	0	5,8*
<i>Анамнез заболевания</i>		
Госпитализация:		
— первичная	57,4	41,2**
Тип течения:		
— выраженно-прогредиентный	41,0	26,9*
Максимальная толерантность:		
— высокая (более 1 л)	31,2	16,8*
— средняя (от 0,5 до 1 л)	55,2	73,3**
Изменения характера опьянения:		
— умеренно выраженные	47,9	68,4**
— резко выраженные	36,5	18,4**
Лечение в прошлом:		
— не проводилось	33,7	21,6*
— амбулаторное и стационарное	21,1	35,1*
Продолжительность ремиссий в прошлом:		
— не было	36,1	11,4**
— более 5 лет	3,6	14,8*
Спонтанные ремиссии:		
— отсутствовали	85,4	68,9**

Показатели	Группа I с ранними рецидивами	Группа II с длительными (более 1 года) ремиссиями
<i>Результаты противоалкогольного лечения</i>		
Клинические показатели		
— ПВА отсутствует	44,7	62,5**
— ПВА эпизодическое	51,1	35,6*
— ПВА сверхценное	21,7	5,8*
— аффективные нарушения	86,8	65,2**
— из них дисфории	52,1	31,8**
— астенические расстройства	44,7	28,8*
— психопатоподобные расстройства	46,9	24,8**
— исихоорганические нарушения	31,2	12,3*
Критика к болезни:		
— отсутствует	8,3	1,0*
Установка на трезвость:		
— твердая	32,3	77,5**
— формальная	64,6	22,5**
Изменения личности в ремиссии:		
— по истерическому типу	28,4	5,5**
— адекватное усиление уверенности в себе	16,2	51,6**
— переоценка собственной личности	29,7	14,3*
<i>Социально-психологические показатели (состояние больного на момент выписки из клиники)</i>		
Потребность в семейном образе жизни:		
— умеренно выражена	55,9	36,5**
— сильно выражена	25,8	49,0**
Степень удовлетворенности семейным положением:		
— не удовлетворен	16,7	6,3*
Установка на сохранность брака:		
— имеется	77,8	91,5*
Взаимоотношения с матерью:		
— хорошие	62,8	79,5*
Отношение больного к своим детям:		
— противоречивое	11,4	1,3
Общая характеристика клинических и социально-психологических показателей:		
— нормализация клинических и социально-психологических показателей	13,0	26,5*
— частичное улучшение клинических показателей при нормализации социально-психологических показателей	10,9	31,4**
— частичная нормализация клинических и социально-психологических показателей	59,8	33,3**
— без изменений в клиническом и социально-психологическом статусе	5,4	0*

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Учитывая, что использованная для составления таблицы 1 статистическая процедура не дает возможности оценить интегральное значение признака, в дальнейшем мы применили более сложную математическую процедуру и

пытались упорядочить признаки по их прогностической ценности на основании функционала С. Кульбака (1967), позволяющего сравнивать обобщенные характеристики веса каждого признака со всеми его градациями. На этом этапе исследования мы сравнили две вышеуказанные группы как по признакам, относящимся к анамнезу и моменту начала лечения, так и по признакам, имевшим место на момент завершения противоалкогольной терапии (при выписке из стационара). Данные этой серии исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2

Значимость прогностических признаков устойчивости ремиссии в порядке убывания максимального значения меры Кульбака (группы с ремиссиями более и менее 1 года)

Характеристика признака	Коэффициент Кульбака	P (χ^2)
Установка на трезвость	23,68	1,00
Проведение лечения психотропными средствами	20,20	1,00
Изменение личности в ремиссии	15,47	0,98
Результат противоалкогольного лечения	10,90	0,95
Проведение поддерживающей групповой психотерапии	9,32	1,00
Продолжительность ремиссий в прошлом	7,74	0,74
Выраженность психопатоподобных расстройств	7,68	0,98
Критическое отношение к болезни	7,42	0,98
Проведение индивидуальной психотерапии	7,02	0,97
Выраженность дисфории	5,96	0,95
Отношение больного к индивидуальной психотерапии	4,89	0,91
Выраженность ПВА	4,76	0,81
Участие в работе клуба бывших пациентов	4,33	0,89
Личностные девиации в преморбиде	4,04	0,74
Выраженность психоорганических нарушений	3,58	0,83
Изменения характера алкогольного опьянения	3,54	0,83
Расторжение брака по моральным причинам (пренебрежение пациента к супружеским отношениям, к обеспечению семьи, к воспитанию детей, сосредоточение большинства интересов на употреблении алкоголя)	3,30	0,93
Расторжение брака по причине заострения характерологических черт пациента («ухудшение характера»)	3,27	0,93
Выраженность эйфории	2,34	0,87

Эти данные подтверждают прогностическую значимость определенных клинических показателей (характер течения болезни, наличие отягощающих болезнь девиаций характера и органических симптомов, выраженность непосредственно аддиктивной симптоматики), существенную роль терапевти-

ческого фактора и отношения пациента к участию в терапевтической программе, а также влияние социально-психологической компенсации (сфера семьи).

В первые месяцы после завершения противоалкогольного лечения у значительной части больных имела место неустойчивость состояния с колебаниями в сторону ухудшения. На фоне астенических проявлений (раздражительности, колебаний настроения, бессонницы, пониженной работоспособности) либо стойко сниженного настроения легко возобновлялось (или усиливалось) ПВА. При этом аффективные нарушения могли оформляться в очерченные синдромы: *депрессивный* — с пониженным настроением, снижением интереса к окружающему и к своим проблемам, бессонницей, потерей аппетита, колебаниями тонуса и настроения по циклоидному («хуже по утрам») либо астеническому типу (ухудшение настроения и усиление слабости к вечеру); *тревожно-депрессивный* — с внутренним напряжением и беспокойством, ожиданием неприятностей, невозможностью отключиться от мыслей о плохом исходе любой ситуации; *дисфорический* — со взрывчатостью либо злобностью, легко возникающими на фоне пониженного настроения (часто возникают конфликты больного с окружающими, как дома так и на производстве); *астено-депрессивный синдром* — со снижением настроения, легкой утомляемостью, невозможностью сосредоточиться на продолжительное время, головными болями, слабостью, парестезиями; *депрессивно-ипохондрический* — с выраженной фиксацией переживаний пациента на своем здоровье, постоянной озабоченностью возможным его ухудшением, стремлением подчеркнуть и утяжелить имеющие место нервные и особенно соматические нарушения; иногда наблюдалось снижение настроения с вялостью, безразличием ко всему, когда состояние могло быть охарактеризовано как апатическая депрессия. Состояния эти сохранялись с момента выхода больного из острой алкогольной интоксикации или же возникали после завершения противоалкогольного лечения под влиянием конфликтных ситуаций, перегрузок на работе, либо каких-нибудь соматических заболеваний. Максимум описываемых психических нарушений приходился на 4–6 месяцы формирования ремиссий и сопровождался ослаблением установки на трезвость, снижением самоконтроля. Все это значительно чаще было представлено у больных первой группы, что демонстрируют и цифры частоты рецидивов в первые месяцы после лечения: 46% — в первой группе и 19,4% — во второй, причем рецидивы во второй группе чаще были связаны с психологическими и социальными факторами, утяжеляющими течение болезни, а в первой — со снижением самоконтроля. По мере продолжения ремиссии психическое состояние пациентов постепенно стабилизировалось, астенические и аффективные проявления становились все менее выраженными, а если появлялись периодически, то все реже, и для их появления требовались более серьезные, чем в начале ремиссии, провоцирующие обстоятельства. При этом в первой группе рецидивы могли возникать и

под влиянием «случайных факторов» — ситуационных, связанных с желанием пациента проверить «не прошла ли болезнь?», и т. п.

Из таблицы 1 также видно, что известную роль в прогнозе будущей ремиссии играет эффективность терапии: больные, заканчивающие лечение с минимальными проявлениями «алкогольной» симптоматики, в которую включаются в первую очередь аффективные расстройства, ПВА, недостаточная критика к болезни, дают более стойкие ремиссии (II группа), чем больные с сохранившимися аналогичными признаками болезни с достаточной степенью их выраженности и после завершения активной противоалкогольной терапии.

Изучение течения болезни у леченных нами пациентов (сроки катамнестического наблюдения от 1 до 5 лет) позволили констатировать у больных с ремиссиями достаточной длительности (0,5 года и более) определенную этапность в формировании этих состояний. Эти этапы были очерчены во времени и имели ряд присущих им свойств, позволяющих говорить об упомянутой этапности ремиссии у всех пациентов вне зависимости от индивидуальных особенностей течения болезни. Каждый из последующих этапов характеризовался более высоким уровнем адаптации пациента к трезвой жизни.

Формирование ремиссии начинается через 1–2 недели после прекращения употребления алкоголя в рамках последнего алкогольного эксцесса — периода острой алкогольной интоксикации (запоя, псевдозапоя, периода непрерывного пьянства). Даже при умеренно выраженной интоксикации, когда больной, приняв решение лечиться, преодолевает период острой абстиненции самостоятельно, без посторонней помощи и лишь в дальнейшем обращается за лечением, начальный период ремиссии насыщен «вредными последствиями» острой алкогольной интоксикации и проявлениями «состояния отмены» (по терминологии международной классификации болезней — МКБ-10 или ICD-10). Этот период, начало которого совпадает с проведением противоалкогольной терапии, может быть с полным основанием назван периодом (этапом) становления ремиссии (термин предложен Я. Г. Гальпериным в 1971 г.), так как основной отличительной особенностью этого этапа является интенсивная личностная перестройка пациента, сущность которой заключается в формировании установки на трезвость. Этап характеризуется постепенным уменьшением алкогольной интоксикации, редукцией астенических и аффективных расстройств, ослаблением ПВА. Однако даже при устойчивой положительной динамике клиническое улучшение часто опережает по времени нормализацию социально-психологического статуса пациентов, у которых может сохраняться напряженность в семейной или производственной сфере, что в свою очередь может способствовать актуализации ПВА. На этом этапе у многих больных возникает и аутохтонное обострение ПВА с периодичностью, индивидуальной для каждого из них, нередко наблюдаются затяжные депрессивные состояния с особенностями, перечисленными выше. Существование аффективной патологии, иногда в

форме «скрытых» аффективных состояний, может затруднять противоалкогольное лечение и требует специальной фармакологической коррекции. Общая продолжительность этапа становления ремиссии около 4-х (реже 6) месяцев. Он включает проведение дезинтоксикационной, собственно противоалкогольной терапии, а также время начала реадaptации больного к трезвому образу жизни, восстановление нарушенных семейных и производственных отношений. Общая регрессивная тенденция течения симптоматики нередко прерывается в конце этапа, при его переходе в следующий этап («фаза беспокойства» по Н. Scholz).

Следующий этап стабилизации ремиссии наступает после возвращения больного в свою социальную среду (семья, производство) и начальной реадaptации к окружающему уже на позициях трезвости, только после решения самых насущных, связанных с этим, проблем. Здесь речь все еще идет об обратном развитии болезни, когда мы имеем дело с более устойчивым, чем ранее нервно-психическим состоянием, хотя в его рамках под влиянием различных травмирующих факторов, особенно в начале этапа, может на короткое время возникать ПВА и появляться желание решить возникшую напряженную ситуацию «привычным» алкогольным путем. Этот период, длящийся около года после начала формирования ремиссии, характеризуется необходимостью дальнейшего приспособления к трезвому образу жизни, перестройки отношений в семье и на производстве, а также в общении с окружающими. Ситуации, способные травмировать пациента, на этом этапе носят достаточно затяжной характер и могут вызывать развитие невроза. При этом наблюдаются астенические, депрессивные, истерические и обсессивно-фобические проявления. Особенностью психогенных расстройств у больных алкоголизмом в ремиссии является то, что они сопровождаются чувством выраженного внутреннего напряжения и борьбой мотивов: желанием снять напряжение с помощью алкоголя и установкой на трезвость, что усиливает возможность развития рецидива. С другой стороны, ухудшение состояния пациентов по типу вегетативно-сосудистых кризов может лежать в основе невротических механизмов, способствующих сохранению ремиссии (Мелик-Парсаданов М. Ю., 1987).

Таким образом, на этом этапе ремиссии в значительной мере сохраняется возможность рецидива, что отражает недостаточность и неустойчивость компенсаторных ресурсов пациентов на клиническом, личностном и социальном уровнях. На этом фоне риск рецидива увеличивается по истечении 10–12 месяцев после начала ремиссии («поздние кризы» по Н. Scholz). Клинически недостаточность компенсаторных возможностей проявляется в возобновлении или усилении аффективных расстройств, астенических проявлений, возникновении эпизодов ПВА и псевдоабстинентных состояний. Указанные явления заметно чаще развиваются у больных первой группы исследованных нами пациентов. При благоприятном течении ремиссии (преимущественно у больных, отнесенных нами к второй группе) в конце

этого этапа наступает состояние, близкое к «практическому здоровью», что позволяет судить о переходе ремиссии на следующий этап.

Тогда уже можно говорить об этапе сформировавшейся ремиссии. В это время исчезают аффективные нарушения и, в частности, внутреннее напряжение. На этом ровном эмоциональном фоне существует устойчивая установка на трезвость и реализуются сформированные на предыдущих этапах планы и навыки трезвого образа жизни. Ухудшения состояния пациентов в это время, в отличие от предыдущих этапов, провоцируются отягчающими факторами преимущественно психологического характера (конфликты отношений), а также травмирующие пациента социальные факторы и выражаются в различного рода невротических картинах (астено-депрессивных или астено-ипохондрических), причем во время длительных ремиссий эти нарушения при адекватном и своевременном лечении не вызывают рецидива алкоголизма. Впрочем, иногда улучшение психического и физического здоровья, стабилизация социального статуса подчас парадоксально способствуют снижению критического отношения к болезни, побуждая желание еще раз «проверить себя» или возобновить прием алкоголя на фоне уверенности в «полном выздоровлении» (рис. 1).

Правомерность деления формирующейся ремиссии на перечисленные выше этапы подтвердилась при использовании математической процедуры, уточняющей прогностическое значение различных факторов на том или ином этапе становления ремиссии. Клинические (биологические), психологические и социально-психологические прогностические признаки были упорядочены на основании меры Кульбака (табл. 3).

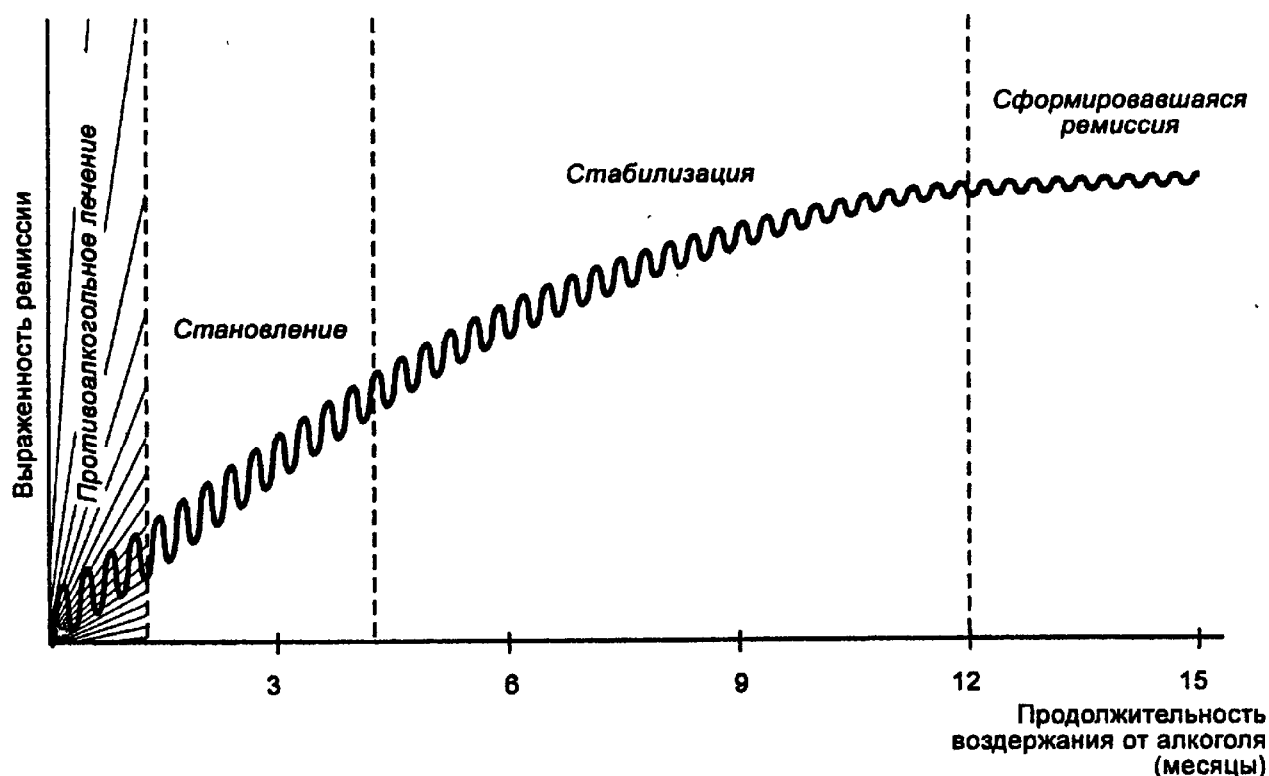


Рис. 1. Этапы формирования ремиссии при алкоголизме

Прогностические признаки формирования ремиссии (в порядке убывания меры Кульбака) для различных этапов ремиссии (представлены наиболее значимые прогностические признаки)

Характеристика признака	Коэффициент Кульбака	P (χ ²)
<i>Длительность ремиссий 1–6 месяцев (этап становления ремиссии)</i>		
Лечение психотропными препаратами в период 1-3 мес. ремиссии	22,05	1,0
Выраженность ПВА в период 1–3 мес. ремиссии	6,92	0,93
Характер ПВА в период 4–6 мес. ремиссии (обсессивное, компульсивное и др.)	5,47	0,93
Выраженность дисфории в период 1–3 мес. ремиссии	4,91	0,91
Проведение сенсibilизирующей терапии в период 4–6 мес. ремиссии	4,71	0,97
Проведение лечения психотропными средствами в период 4–6 мес. ремиссии	4,07	0,96
Отношение к терапии, направленной на коррекцию ПВА в период 4–6 мес. ремиссии	3,98	0,86
Выраженность психопатоподобных расстройств в период 1–3 мес. ремиссии	3,65	0,84
Выраженность тревоги в период 1–3 мес. ремиссии	3,48	0,82
Лечение средствами, направленными на коррекцию ПВА в период 4–6 мес. ремиссии	3,33	0,93
Лечение нейролептиками в период 4–6 мес. ремиссии	3,06	0,92
<i>Длительность ремиссии 6–12 месяцев (этап стабилизации ремиссии)*</i>		
Изменения личности	9,65	0,86
Отношение к сенсibilизирующей терапии	9,05	0,99
Степень выраженности тревоги	5,19	0,93
Установка на трезвость	4,61	0,97
Адаптация в семье и отношение больного к индивидуальной психотерапии	4,39	0,89
Выраженность дисфории	3,76	0,85
Лечение психотропными препаратами	3,42	0,94
Отношение к индивидуальной психотерапии	3,34	0,81
Коррекция отношения к болезни	2,83	0,76
Проведение индивидуальной психотерапии	2,51	0,89
Выраженность астенических расстройств	1,37	0,76
<i>Длительность ремиссии 1–2 года (этап сформировавшейся ремиссии)**</i>		
Изменения личности	6,82	0,66
Установка на трезвость	5,98	0,95
Выраженность эйфории	5,23	0,98
Проведение индивидуальной психотерапии	4,87	0,91
Выраженность ПВА	4,21	0,88
Адаптация на производстве	4,08	0,87
Отношение к индивидуальной психотерапии	3,66	0,94
Проведение сенсibilизирующей психотерапии	3,08	0,92
Адаптация в семье	2,81	0,91
Проведение групповой психотерапии	2,72	0,90
Выраженность дисфории	2,50	0,89
Адаптация в сфере общения	2,04	0,85

Примечания: *Признаки, значимые для прогноза ремиссии в течение всего периода — 6–12 месяцев. **Признаки, значимые для прогноза ремиссии в течение всего периода — 1–2 года.

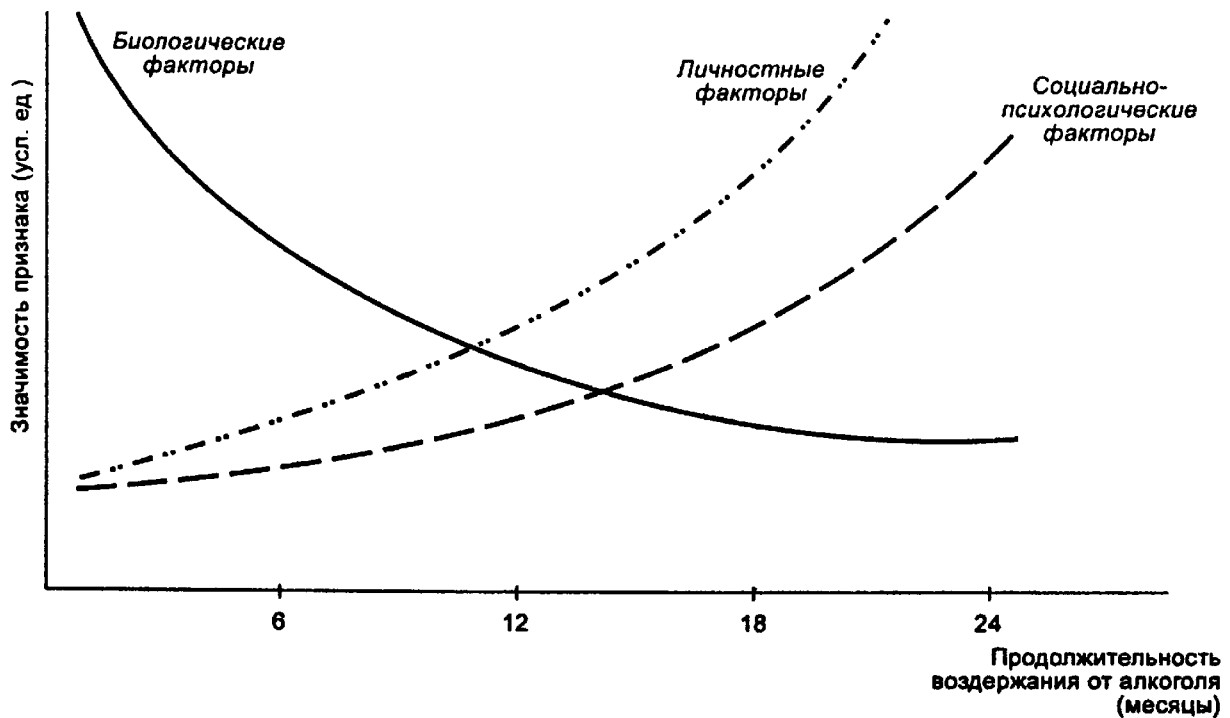


Рис. 2. Значение прогностических признаков в формировании ремиссии при алкоголизме

Приведенные данные выявляют факторы, свидетельствующие либо о благоприятном течении будущей ремиссии, либо, напротив, указывают на значительный риск рецидива на определенном ее этапе. Совокупность этих факторов для каждого из этапов ремиссии, свойственная тому или иному этапу, с нашей точки зрения, подтверждает правомерность выделения подобных этапов. О характере течения начального этапа ремиссии в значительной мере свидетельствуют признаки, которые можно обозначить как биологические (психопатологические проявления, в первую очередь ПВА, затем аффективные нарушения — дисфория, тревога, а также факт лечения различными психотропными средствами). При этом особенно высокий коэффициент имеют факторы ПВА и лечение психотропными средствами. Для прогноза этапа стабилизации ремиссии более значимыми оказываются личностно-психологические моменты (изменения личности, степень выраженности тревоги, отношение пациента к различным видам терапии, его установки и возможность адаптации в различных сферах, а также лечение психотерапевтическими методами). Характерно, что коэффициент фактора «лечение психотропными средствами» значительно снижается, а фактор ПВА в этой части перечня отсутствует. Таким образом, прогностическая роль биологических факторов по мере течения ремиссии постепенно снижается. Наконец, на этапе сформировавшейся ремиссии важное прогностическое значение приобретают факторы адаптации, установок, проведения поддерживающей терапии, но в то же время определенную роль здесь вновь начинают играть и биологические факторы — ПВА, аффективные нарушения, хотя и с заметно меньшим коэффициентом, чем в начале ремиссии (рис. 2). Такая смешанность прогностических признаков (биологических,

личностных и социально-психологических) объясняется, видимо, выраженной неоднородностью состояния пациентов на этапе сформировавшейся ремиссии, связанной в первую очередь с различным уровнем компенсации их состояния. В целом, изменение характера прогностических признаков показало, что по мере углубления ремиссии биологические факторы теряют свое преобладающее значение в формировании ее устойчивости, уступая его личностным, а затем социальным факторам.

ВАРИАНТЫ РЕМИССИЙ НА ЭТАПЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Как показывают катамнестические исследования, об этапе сформировавшейся ремиссии можно говорить, когда у пациента помимо самого факта абсолютной трезвости, наблюдающейся в течение достаточно длительного промежутка времени (10–12 месяцев), среди психологических детерминант ведущее место занимает установка на трезвость при достаточном уровне самоконтроля и волевых предпосылках, способных обеспечить реализацию этой установки на трезвость. При этом пациент сохраняет свои социальные функции, насколько позволяет соматоневрологический и психический статус. Устойчивость этого состояния и его дистанция до «полного практического здоровья» могут быть различными и зависят от многих факторов. Это психические и физические преморбидные особенности пациента («почва», на которой развивается алкоголизм), характер течения заболевания, зависящего в том числе и от генетических предпосылок, стадия течения заболевания, которой свойственны определенные (обратимые и необратимые) проявления хронической алкогольной интоксикации.

Исследование больных на этапе сформировавшейся ремиссии (длящейся более 1 года) выявило неоднородность их состояния и показало различную степень его устойчивости. Из 489 обследованных пациентов у 125 (25,6%) ремиссия характеризовалась благополучным эмоциональным состоянием (умеренным или низким уровнем личностной тревоги, отсутствием клинически выраженных аффективных расстройств и устойчивых негативных эмоциональных переживаний), нормализацией отношений в различных сферах с включением пациента в общественную жизнь и идентификацией его с социальным окружением, что сопровождалось удовлетворением и уверенностью в себе. При этом у пациентов не отмечалось проявлений ПВА (эпизодов «сухого похмелья», сновидений алкогольного содержания). Возникающие жизненные трудности они переживали адекватно, без каких-либо невротических или неврозоподобных проявлений. Имелись все основания расценивать этот тип ремиссии как *компенсированный*.

Другой вариант ремиссий (114 больных — 23,6%) отличался готовностью пациентов реагировать на возникновение трудностей в быту или на производстве появлением аффективных расстройств или астенической симптоматики (иногда обсессивно-фобической). Эти больные с известными за-

труднениями справлялись даже с минимальными бытовыми и производственными перегрузками. У них эпизодически возникало ПВА, и требовалась определенная мобилизация волевых усилий, психологическая помощь близких, а иногда и вмешательство врача, чтобы сохранить трезвость. Временами как бы спонтанно возникала эмоциональная неустойчивость, склонность к беспокойству по незначительным поводам, напряженность, чувство вины, способствующие возникновению эмоционального дискомфорта. Риск рецидива в этой группе, естественно, был значительно выше, чем в предыдущей. Этот тип ремиссий, в отличие от предыдущего, нужно расценивать как *субкомпенсированный*.

Наконец, у части пациентов периоды относительного благополучия в ремиссии чередовались с эпизодами аффективных и астенических расстройств, возникающих либо спонтанно, либо под влиянием психотравмирующих обстоятельств, выраженность которых была обычно большей, чем у пациентов с субкомпенсированным вариантом ремиссии. Таких больных оказалось 33 (6,6%). У них периодически имело место ослабление трезвеннических установок, появление уверенности в возможности употребления алкоголя в небольших дозах, нередко это происходило на фоне актуализации влечения к алкоголю. Элемент борьбы при возникновении ПВА обычно отсутствовал. Установка на трезвость при этом варианте была крайне зависимой от состояния пациентов (наличия аффективных и астенических расстройств), а также от характера микросреды пациента и отношения этой среды к алкогольным проблемам. Этот тип ремиссий приходится рассматривать как *неустойчивый*.

Из 489 пациентов длительные ремиссии (более 1 года), достигшие этапа завершения их формирования (этап сформировавшейся ремиссии), отмечались у 272 больных, типы сформировавшихся ремиссий распределялись следующим образом: компенсированный тип — 46% случаев, субкомпенсированный — в 42% и неустойчивый тип — 12% случаев.

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ СФОРМИРОВАВШИХСЯ РЕМИССИЙ

Вариант компенсированной ремиссии обычно развивался у больных со сравнительно благоприятными типами течения алкоголизма: малопрогрессирующее течение — в 5% случаев, умеренно-прогрессирующее течение — в 68%, выраженно-прогрессирующее — в 27%, при этом случаев злокачественного течения не отмечалось*. Сравнительно редко у этих больных отмечалась наследственная отягощенность алкоголизмом. Систематическое пьянство у них начиналось в среднем в 25,1 лет. Сравнительно поздно формировались симптомы алкоголизма: потеря количественного контроля наступала в сред-

* Этим этапам течения алкоголизма соответствуют типы, выделяемые Г. М. Энтиным (1990): прогрессирующий с медленным течением; прогрессирующий; прогрессирующий с быстрым течением; злокачественно-прогрессирующий.

нем в 30,2 года, в это же время формировался и ААС, псевдозапой возникали в среднем с 31,8 года. Мотивы употребления алкоголя у этих пациентов относились преимущественно к группе социально-психологических (Завьялов В. Ю., 1988): традиционные (35%), субмиссивные (27%), псевдокультуральные (16%), реже отмечались гедонистические мотивы (6%). В промежутках между периодами острой алкогольной интоксикации (вне сформировавшихся ремиссий) не отмечалось выраженной психопатологической симптоматики. У пациентов преобладали синтонно-конформные и синтонно-стенические черты характера. В этой группе больных 54 человека (43,2% от всего состава группы) помимо того, что сами длительное время сохраняли абсолютную трезвость, принимали активное участие в работе по формированию трезвого образа жизни среди своего окружения. Ценностные ориентации на труд, семью, общественную активность были основными в такой ремиссии. Участвуя в работе по формированию трезвого образа жизни, эти пациенты руководствовались стремлением оздоровить обстановку на производстве и в быту, при этом некоторые из них удовлетворяли свое стремление к лидерству, самоутверждению, а другие же хотели «искупить свою вину перед близкими». В половине случаев пациенты не скрывали факта своего заболевания и охотно делились личным опытом лечения и трезвой жизни. Характерно, что потеря интереса больными к такого рода деятельности могла быть предвестником скорого рецидива.

Для пациентов с субкомпенсированным вариантом ремиссии было характерно в целом более прогрессивное течение заболевания: малопродвинутое течение в 1% случаев, умеренно-продвинутое — в 23%, выражено-продвинутое — в 71% и злокачественное — в 5% случаев. Наследственная отягощенность алкоголизмом имела место чаще, чем у больных с компенсированными ремиссиями. Средний возраст начала систематического употребления спиртных напитков составлял 23,1 года. Признаки алкоголизма у них формировались раньше, чем у пациентов предыдущей группы: потеря количественного контроля — в 27,1 года, ААС — в 28,2 года, псевдозапой — в 28,7 года. Мотивы потребления алкоголя у этих пациентов чаще носили личностный характер (гедонистические, атарактические, гиперактивации поведения) — в 45% случаев, либо «собственно патологический характер» («похмельные», аддиктивные, самоповреждающие мотивы) — в 31% случаев. У половины больных (50,3%) преморбидно были представлены личностные отклонения уровня акцентуаций характера или психопатий. У этой части больных наиболее часто были представлены следующие конституционально-личностные типы, либо психопатии: астенический (16,3%), гипертимный (15,8%), истероидный (18,4%), неустойчивый (11,2%). Кроме того, у группы больных были выражены алкогольные изменения личности по эксплозивному (33% от всей группы больных в 114 человек), астеническому (19%), эйфорическому (19,5%), истерическому (14,1%) типу. Чаще, чем у больных с компенсированной ремиссией, в этой группе были выражены вторичные аффективные нарушения, преимущественно дисфорической или тревожной окраски.

Таким образом, субкомпенсированные ремиссии наблюдались преимущественно у пациентов с относительно ранним началом и сравнительно недоброкачественным течением заболевания, частой наследственной отягощенностью, личностными и «патологическими» мотивами употребления алкоголя, характерологическими девиациями в преморбиде и отчетливыми изменениями личности по алкогольному типу. Компенсированные ремиссии отмечались обычно у пациентов с более доброкачественным течением заболевания, более поздним его началом и отсутствием вышеперечисленных отягощающих моментов. В этом находят отражение утверждения исследователей о различных тенденциях течения алкоголизма в одних случаях детерминированного биологической предрасположенностью, а в других развивающегося преимущественно под воздействием психологических и средовых факторов (Врублевский А. Г., 1989).

Что касается пациентов с неустойчивым вариантом ремиссий, то их общей особенностью является проявление аффективных нарушений. В то же время различия механизмов развития этих аффективных нарушений вызывают неоднородность состава этой группы. Клинические исследования убедительно показывают, что аффективные нарушения при алкоголизме носят первичный, либо вторичный характер (Бокий И. В., 1983; McGovern T. F., Peterson A. V., 1986). Первичными считаются преморбидные аффективные проявления, превращающиеся в дальнейшем в «сквозные симптомы», окрашивающие соответствующим образом всю картину болезни (Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1981). Вторичные аффективные нарушения, так называемые «нажитые» (Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1981), возникают на фоне уже текущего алкоголизма под влиянием хронической алкогольной интоксикации (Жислин С. Г., 1965). Каждый из этих вариантов патологии по-своему отражается на становлении и существовании ремиссий.

Первичные аффективные нарушения наблюдаются у пациентов с аутохтонными аффективными колебаниями различной выраженности, где речь идет об акцентуациях характера или психопатиях циклоидного круга. У них, как правило, имеет место относительно доброкачественное течение болезни. Алкогольные эксцессы здесь обычно бывают связаны с фазными колебаниями настроения. Хотя алкоголь может выступать и в качестве фактора, способствующего возникновению очередной фазы, но гораздо чаще рецидив алкоголизма развивается на фоне уже возникшей депрессивной или маниакальной фазы. Несмотря на сравнительно ранние проявления предболезненного состояния (систематическое употребление алкоголя в среднем с 21,2 лет) и непосредственно самого заболевания (формирование ААС в среднем в 26,6 лет), у этих больных дольше не возникало явлений алкогольной деградации и чаще, если сравнивать их с больными из предыдущей группы (субкомпенсированный вариант ремиссии), возникали длительные (многолетние) ремиссии. Мотивы употребления алкоголя у больных этой подгруппы носили чаще атарактический или стимулирующий характер, реже аддиктивный. Устойчивость ремиссий была четко связана с динамикой аффективных нарушений, возникновение или усиление которых обычно влекло за собой появление ПВА. Неблагоприятным моментом течения

алкоголизма здесь было утяжеление аффективной симптоматики в фазах на фоне массивной алкогольной интоксикации в каждой из них.

Примерно у трети больных алкоголизмом с первичными аффективными нарушениями отмечаются состояния, относимые в современной психиатрии к так называемым «скрытым» депрессиям. У них во время сформировавшейся ремиссии (или на этапах ее формирования) возникали и нередко принимали затяжной характер состояния пониженной работоспособности с потерей интереса к производственной деятельности, появлением большого количества соматических жалоб, поисками помощи у медицинских специалистов различных профилей. Бессонница, ухудшение аппетита, сопровождающееся потерей веса, характерные суточные колебания состояния с «облегчением» состояния к вечеру позволяли в этих случаях диагностировать скрытую депрессию. Ипохондрические тенденции обычно препятствовали рецидиву болезни, хотя некоторые пациенты пробовали «лечиться» алкоголем, несколько сокращая дозы, имевшие место в прошлых рецидивах.

Другой, гораздо менее благоприятный вариант неустойчивых ремиссий возникает у больных со вторичными аффективными нарушениями, которые носят, главным образом, тревожный либо дисфорический характер. Хотя проявления тревоги свойственны многим больным алкоголизмом (Балашова Т. Н., 1987), у больных, о которых здесь идет речь, они возникают в течение болезни раньше и значительно более выражены, чем у других пациентов. Этих больных также отличало частое наличие черепно-мозговых травм в анамнезе или проявления органической неполноценности головного мозга, врожденной или связанной с различными вредностями раннего периода развития. У 40,4% из этих больных были личностные отклонения типа акцентуаций характера или психопатий, в том числе неустойчивого (9,6%), истероидного (18,5%) и эпилептоидного круга (12,3%).

Тем не менее, все больные с неустойчивыми ремиссиями под воздействием соответствующих терапевтических мероприятий выходили в состояния с определенным, хотя и меняющимся уровнем компенсации, длящиеся нередко более года.

В то же время имеются некоторые тенденции течения ремиссий, свойственные любым их вариантам. Таковым является ослабление компенсаторных механизмов, даже при достаточно благоприятном течении ремиссий, во время смены этапов ремиссии. Это происходит через 4–6 месяцев и затем через 10–12 месяцев после начала противоалкогольного лечения. В эти временные промежутки возникают эпизоды, проявляющиеся в возникновении или усилении астенических проявлений, аффективных нарушений и признаков ПВА. Учет этого фактора необходим для планирования терапевтических мероприятий в эти периоды течения ремиссий. С неустойчивостью нервно-психического состояния больных связано учащение в это время семейных и производственных конфликтов у пациентов (Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1989), а конфликтные ситуации, в свою очередь, углубляют декомпенсацию и усиливают вероятность развития рецидива. Фактором же, свидетельствующим о благоприятном течении ремиссии на этапах ее становления и стабилизации, является

постепенное, гармоничное улучшение клинических и социально-психологических показателей пациентов, и, напротив, отставание нормализации семейной и производственной ситуации от сравнительно благополучных клинических данных свидетельствует о неустойчивости ремиссии.

Таким образом, клиническое и катамнестическое изучение динамики ремиссий позволяет выделить определенные этапы в их становлении, неоднородность состояний пациентов на этапе сформировавшейся ремиссии, связанную с различными уровнями компенсации состояния больных и дистанцией нервно-психического и социально-психологического статуса пациентов до состояния «психического здоровья». Это необходимо учитывать при формировании более дифференцированной и целенаправленной терапевтической тактики, имеющей целью профилактику рецидивов. Все же механизмы пато- и саногенеза такого полиэтиологического заболевания, как алкоголизм, не могут быть досконально исследованы без комплексного использования современных биологических, психологических и социально-психологических методов. Им посвящены материалы, изложенные в этой и следующих главах.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

Комплексные исследования обычно подчеркивают значение многих факторов в развитии и течении алкоголизма. По мнению D. Goodwin (1984), такой многофакторный подход определяется недостатком наших знаний об алкоголизме, поскольку в истории медицины прослеживается определенная закономерность: после достаточно длительного периода сбора информации и идей многофакторности для каждого заболевания находится один ключевой этиологический фактор, который доминирует над остальными.

В последние годы все больше подтверждений находит биологическая концепция алкоголизма, признающая ведущую роль биологических факторов в этиологии алкоголизма. Вместе с тем в настоящее время этот биологический «пусковой» механизм окончательно не определен, не найден способ воздействия на него. Психологически ориентированные методы лечения алкоголизма сохраняют в ближайшем будущем свое ведущее значение, что определяет актуальность клинико-психологических исследований в наркологии. Психология алкоголизма выступает в настоящее время в качестве самостоятельной области психологического знания. Она включает изучение психологических предпосылок алкоголизма, психологических механизмов формирования алкогольной зависимости, общих закономерностей и индивидуально-типических изменений психической деятельности на разных этапах болезни, а также разработку методов психотерапии и психологической коррекции при этом заболевании (Немчин Т. А. Цыцарев С. В., 1989).

В настоящее время в психологии алкоголизма накоплен обширный материал, расширяющий клинические представления об этом заболевании и

позволяющий обосновать психологически ориентированные программы лечения. Закономерным результатом развития психологии и психотерапии алкоголизма в нашей стране стало формулирование задач личностно-ориентированной психотерапии алкоголизма, которая базируется на интеграции представлений о личности концепции отношений В. Н. Мясищева и основных положений психологической теории алкоголизма, развиваемой с позиций теории деятельности. Этот подход осуществляется в течение ряда лет в исследовательских и лечебно-реабилитационных программах отделения лечения алкоголизма Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева в сотрудничестве с кафедрой медицинской психологии СПбМАПО (Балашова Т. Н., Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., 1992).

Особенности системы отношений больных алкоголизмом были изучены в серии исследований, проведенных в отделении лечения алкоголизма с применением разных психологических методов. Изучение эмоциональных компонентов отношений, осуществленное с помощью цветового теста отношений (ЦТО), показало: уровень самооценки, самоуважения больных алкоголизмом, характеризуемый средней валентностью выбираемого к понятию «Я» цвета, при поступлении в клинику в начальный период становления ремиссии значительно ниже (4,1), чем самоуважение больных неврозами (3,45) и особенно здоровых (2,44) испытуемых (Бажин Е. Ф., Балашова Т. Н., Эткинд А. М., 1984). Максимальное количество цветовых аутоидентификаций приходилось на серый и коричневый цвета, что свидетельствовало о тревожности, неуверенности, слабости, пассивности, присутствующих Я-образу значительной части больных. Напротив, характерные для здоровых лиц аутоидентификации с красным, зеленым, синим и фиолетовым цветами у больных алкоголизмом встречались редко. Данное отношение наиболее из всех отношений личности было связано с параметрами эмоционального состояния и выраженности аффективных расстройств у больных алкоголизмом. Интересно также, что отношение больных к себе среди других отношений было значимо связано лишь с их отношением к работе ($r = 0,56$). Это говорит о том, что самоуважение больных алкоголизмом, как и самоуважение здоровых мужчин, в первую очередь определяется их профессиональной удовлетворенностью. Последняя у больных низка, о чем свидетельствовала как валентность понятия «моя работа», так и частые ассоциации его с черным цветом. Средняя валентность цвета, выбираемого к понятию «Я», достоверно менялась в процессе лечения и в период стабилизации ремиссии, что отражало повышение самоуважения у больных алкоголизмом, которое, однако, и в этот период оставалось у них ниже, чем самоуважение здоровых людей. Позитивные изменения самооценки сопровождались нормализацией эмоционального состояния больных. Полученные результаты согласуются с данными исследований N. Berg (1971), С. В. Цыцарева (1982, 1986), А. А. Мейрояна (1982) и др. и позволяют сделать вывод о том, что больные алкоголизмом имеют резко сниженный общий уровень самооценки и самоуважения, что может лежать в основе мотивации обращения к алкоголю как в период формирования алкоголизма, так и на развернутой стадии болезни, на разных этапах ремиссии.

Другая важная особенность системы внутриличностных отношений больных алкоголизмом была выявлена в выполненном под нашим руководством дипломном исследовании Н. Л. Крапивиной (1990) с помощью специально подготовленного автоматизированного варианта методики семантического дифференциала (Балашова Т. Н., Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., 1992). Анализ полученных в работе данных показал, что понятие «алкоголь» занимает в представлениях больных довольно стабильное, хорошо дифференцируемое положение, образуя типичную для большинства больных изолированную понятийную структуру. Отторжение этого понятия от других значимых отношений отличало больных алкоголизмом от здоровых испытуемых. Это согласуется с полученными ранее с помощью цветового теста отношений данными о безусловно негативном отношении больных алкоголизмом к понятию «алкоголь». Больные ассоциировали это понятие в большинстве случаев с черным или серым цветами, приписывая ему крайне низкую валентность, которая еще более уменьшалась в процессе лечения. Подобный же цветоэмоциональный профиль характеризовал другие прямо связанные с алкогольной тематикой понятия («компания, с которой я пил» и др.). Очевидно, такое отторжение «алкогольной сферы» может объясняться как мотивацией на лечение и отказом от употребления алкоголя в момент обследования, так и действием механизмов психологической защиты.

В процессе лечения существенные изменения происходили в области значимых отношений личности, в первую очередь отношения к себе и к будущему. При стабилизации ремиссии понятия, характеризующие эти отношения, заняли центральное место в семантическом пространстве, приблизившись к понятиям «уважаемый человек», «мужчина», «мой ребенок», «трезвость» и отдалились от понятий «алкоголь» и «настроение в опьянении». Это свидетельствовало о положительной динамике образа «Я» пациентов и появлении у них реального, наполненного определенным личностным содержанием «безалкогольного» будущего. Показательно, что если сопоставление понятийной структуры больных алкоголизмом и здоровых людей выдвигало на первый план отношение к алкоголю и другие понятия «алкогольной сферы», то изучение ее динамики в процессе ремиссии и терапии выявило изменение структуры всей совокупности значимых отношений личности.

Таким образом, серия исследований, проведенных в отделении лечения алкоголизма Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, показала, что при алкоголизме наблюдаются нарушения значимых отношений личности, в первую очередь, отношения к себе, искажается иерархия отношений. Эти нарушения могут предшествовать болезни и способствовать развитию алкогольной зависимости. Однако в большинстве случаев они появляются вследствие заболевания, «поддерживают» его и могут препятствовать формированию устойчивой ремиссии. Выполнение основной задачи психотерапии алкоголизма — выработки установки на трезвость — осуществляется на основе реконструкции отношений пациента. При этом вызывающий нервно-психическое напряжение конфликт значимых отношений с не совместимой с ними жизненной ситуацией может выступать в качестве

фактора развития личности и лежать в основе мотивации лечения. Аналогичную роль может играть и конфликт внутриличностных отношений, который определяется В. Н. Мясищевым (1960) как несовместимость, столкновение противоречивых отношений. Присущие конфликту переживания становятся источником невроза в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности. В отличие от неврозов, при алкоголизме конфликты отношений не имеют прямого патогенетического значения, но могут, по-видимому, оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на течение болезни. Последнее, однако, требует дальнейшего изучения. Важно использовать в терапии те отношения, которые противоречат алкоголизации, а также определить и, по возможности, скорректировать отношения, поддерживающие зависимость. Клиническая практика подтверждает одно из проверенных в социально-психологических исследованиях положений когнитивной психологии о том, что несбалансированные, то есть находящиеся с остальными в противоречии отношения не только вызывают напряженность, но и являются менее стабильными и легче поддаются изменению. Тогда как стабильные, но неадекватные отношения сначала должны быть дестабилизированы путем изменения других отношений, прежде чем их можно будет изменять терапевтически (Лаутербах В., 1989).

Анализ психологического конфликта с помощью специально разработанной В. Лаутербахом (1987) методики измерения конфликтов расширил возможности изучения системы отношений больных алкоголизмом. Вариант данной методики на русском языке применяется в серии исследований, осуществляемых с 1989 года отделением лечения алкоголизма Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева совместно с СПбМАПО и университетом Гете (проф. В. Лаутербах, Германия). Принцип построения метода основан на теории когнитивного баланса Хайдера. Метод позволяет выявить и количественно оценить амбивалентность, конфликты сближения-избегания, противоречивости и несовместимости между разными отношениями личности, т. е. степень разбалансированности определенной части когнитивного поля. Конфликт при этом описывается как относительная противоречивость мыслей, мнений, установок, отношений в пределах ограниченного когнитивного поля. Кроме меры конфликтности метод позволяет определить степень несоответствия желаний и потребности личности тому, что происходит в реальной жизни.

В дипломном исследовании студентки факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета Е. В. Метла (1995), осуществленном в нашем отделении и отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева (руководители Т. Н. Балашова и Г. Л. Исурина), выявлена большая сбалансированность системы отношений больных алкоголизмом по сравнению с больными неврозами, вместе с тем по общему показателю конфликтности, а также по уровню конфликтности в диадах, свидетельствующему о рассогласовании реального и идеального отношения, прежде всего, к себе и к ближайшему окружению,

отмечена тенденция к более высоким значениям в группе больных алкоголизмом.

В структуре конфликта при алкоголизме в начале этапа становления ремиссии наибольшее значение имели отношения к себе, свободному времени, независимости и чувству вины. Самые высокие показатели вредности имели «рецидив», «умеренное употребление алкоголя» и «болезнь», т. е. эти понятия, по описанию больных, имели самое негативное влияние на их отношения. Наиболее значимыми для себя отношениями больные считали отношения с матерью, с супругом (партнером) и уверенность в себе. Анализ данных позволил сделать вывод о том, что основным конфликтообразующим фактором у больных алкоголизмом является расхождение между реальным и идеальным образами «Я» и лиц ближайшего окружения. Этот фактор оказывал наиболее существенное влияние и на психическое состояние больных, оценивавшееся с помощью специальных шкал.

Другое исследование, в котором также использовалась методика измерения конфликтов, показало, что наиболее отчетливая динамика при становлении ремиссии в процессе терапии наблюдалась по понятию «Я» (Балашова Т. Н., Ерышев О. Ф., Перминова С. В., 1994). Характерной чертой системы отношений больных алкоголизмом оказалось также устойчиво отрицательное непротиворечивое отношение к рецидиву. Рецидив определенно не желаем и отвергается больными. В то же время отношения к болезни и умеренному употреблению алкоголя в начале ремиссии при поступлении в стационар имели для больных негативное, но достаточно противоречивое значение. По окончании лечения в период стабилизации ремиссии «умеренное употребление алкоголя» оставалось наиболее противоречивым, конфликтным в системе отношений личности. Это свидетельствовало о сохраняющемся напряжении, связанное с данным понятием. Можно думать, что *конфликтность, неоднозначность отношения к умеренному употреблению алкоголя может являться предпосылкой рецидива в период стабилизации ремиссии*, однако эта гипотеза нуждается в экспериментальной проверке.

Исследования психологических конфликтов при алкоголизме показали, что конфликтность отношений является важной характеристикой личности больных алкоголизмом, отражающей нарушения значимых отношений и позволяющей уточнить направление психотерапевтических воздействий. Данные экспериментов подтвердили клинические наблюдения и теоретические представления о том, что нарушение системы отношений при алкоголизме затрагивает наиболее значимые отношения, но в первую очередь отношения к себе и к алкоголю. Таким образом, выявлены общие закономерности нарушений системы отношений при алкоголизме. Можно считать перспективными дальнейшие исследования в этом направлении для того, чтобы выявить не только общие, но и индивидуально-типические особенности этих изменений, что позволит более дифференцированно осуществлять психотерапевтические воздействия и оценивать эффективность лечения.

Другое направление развития психологической теории алкоголизма, осуществляемое с позиций теории деятельности, особенно интенсивно разра-

батывалось в нашей стране в 1980—90-е годы и способствовало появлению новых подходов в исследованиях и психотерапии (Братусь Б. С., 1974, 1988; Сурнов К. Г., 1982; Немчин Т. А., Цыцарев С. В., 1989). В центре его — сфера потребностей и мотивов. Принимая во внимание тот факт, что употребление и злоупотребление алкоголем у разных людей и даже у одного и того же субъекта может иметь разное психологическое значение, личностный смысл, Б. С. Братусь связывает формирование психической зависимости от алкоголя с психологическим механизмом нарушения опредмечивания потребности, названным А. Н. Леонтьевым сдвигом мотива на цель.

При формировании алкоголизма на ранней стадии болезни человек постепенно «научается» с помощью алкоголя удовлетворить многие потребности, разрешать конфликты. При этом все большее число потребностей начинает опредмечиваться в алкоголе и возбуждать тем самым самостоятельную «алкогольную» деятельность. Формируется новый «алкогольный» мотив деятельности, который постепенно становится главным смыслом поведения больного. Формируется особая, разворачивающаяся в состоянии опьянения деятельность. Она имеет иллюзорно-компенсаторный характер, поскольку предмет, с помощью которого действительно могут быть удовлетворены потребности, замещается алкоголем. Если для здорового человека цели и мотивы деятельности лежат в сфере объективных изменений окружающего, то для больного алкоголизмом происходит подмена реальных действий субъективными переживаниями, сходными с тем, что чувствовал бы человек, если бы действовал реально (Сурнов К. Г., 1982).

Этому способствуют фармакологические эффекты алкоголя, традиции и ритуалы его употребления. Принятие алкоголя, изменяя состояние организма и нервной системы, создает, особый необычный психофизиологический фон, на который проецируются психологические ожидания, предшествующая выпивке психологическая подготовка (Братусь Б. С., 1974). Кроме того, в результате фармакологического, физиологического воздействия алкоголя снижается способность к восприятию, уменьшается объем воспринимаемой информации (Wuthrich A., 1974), ухудшается память на неприятные ощущения (Cowan J., 1983), что позволяет редуцировать в состоянии опьянения сложность возникающих проблем, предшествующих и актуальных негативных событий. Для самого человека этот процесс остается скрытым, неосознаваемым, что порождает представление об особых свойствах алкоголя. Это отражается на многообразии мотивов употребления алкоголя. Т. А. Немчин и С. В. Цыцарев (1989) выделяют следующие связанные с влечением к алкоголю мотивы: редукция напряжения; изменение эмоционального состояния; получение удовольствия; повышение самооценки и самоуважения, достижение самоутверждения; общение и коммуникация; поддержание принятого ритуала в результате научения или подражания; межличностная защита — манипуляция; компенсация.

Субъективная картина опьянения «создается в ходе особой деятельности пьющего человека, которую можно назвать иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельностью, направленной на создание и поддержание искомого эмоционального состояния, особого «алкогольного», т. е. иллюзорного

удовлетворения той или иной потребности» (Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984). Такой способ удовлетворения потребностей становится особенно значим для человека в том случае, если удовлетворение потребности обычным способом для него затруднительно или невозможно. Например, здоровый человек для поддержания высокой самооценки идет обычно по пути постановки целей, достижение которых может быть высоко оценено окружающими и тем самым может привести к повышению самооценки. Он учится, занимается спортом, стремится получить престижную работу и т. д. Однако, если человек испытывает трудности в общении, оказывается несостоятелен в поиске средств достижения цели, имеет нарушения самооценки и т. п., такая деятельность может не принести ему удовлетворения. В то же время, как показали исследования Н. Berg (1971), Н. Hoel, S. Lissman (1980), небольшие дозы алкоголя повышают самооценку как у больных алкоголизмом, так и у здоровых людей. Поэтому опьянение может облегчать состояние, приводя к кратковременному повышению самооценки. Реальные действия подменяются при этом субъективными переживаниями состояния опьянения. Согласно Е. Jellinek (1962), плохо организованная, неинтегрированная, легко выводимая стрессом из равновесия личность больного алкоголизмом нуждается в искусственном облегчении состояния.

По мере течения болезни алкогольная мотивация не просто «надстраивается» над иерархией потребностей и мотивов, а преобразует ее, вытесняя остальные мотивы. В результате этого большинство мотивов, обладающих достаточной побудительной силой для здоровых людей, отторгаются больными алкоголизмом. «Выпадает» целое звено деятельности, что приводит к характерной картине поведения больных алкоголизмом, описываемой в клинике как снижение, уплощение, алкогольная деградация личности. Психологический анализ, осуществленный Б. С. Братусем (1988), позволяет рассматривать это явление в рамках нарушений потребностно-мотивационной сферы и смысловой, нравственно-ценностной плоскости развития личности. При алкоголизме происходит «сползание» на группоцентрический и эгоцентрический уровни развития смысловой сферы, а в поздних стадиях болезни — выпадение из собственно смыслового поля в поле сугубо ситуационное.

Изменения личности при алкоголизме затрагивают не только содержание ведущих мотивов деятельности, смысловой аспект поведения, но и временные характеристики мотивационной сферы: доминируют ближние мотивы, в то время как дальняя мотивация редуцируется. Вопреки пониманию неблагоприятных отдаленных перспектив своей жизни больные алкоголизмом стремятся к достижению ближних целей, связанных с получением удовлетворения от состояния опьянения. Это затрудняет построение у них жизненных перспектив и определяет необходимость постановки близких, сравнительно легко достижимых целей в терапии, а также формирование и укрепление дальней мотивации. К. Г. Сурнов (1982) выделил установки, определяющие смысловой, предметный и стилевой аспекты поведения больных алкоголизмом: установка на быстрое удовлетворение потребностей при малых затратах усилий; установка на малую опосредованность деятельности; установка на

пассивные способы защиты при встречах с трудностями; установка на избегание ответственности; установка довольствоваться временным, не вполне адекватным потребности результатом деятельности. С особенностями установок связана такая важнейшая характеристика больных алкоголизмом, как импульсивность, которая, как показало исследование, является предпосылкой формирования дисфорического синдрома аффективных расстройств при алкоголизме (Балашова Т. Н., 1987). В основе ее лежит нарушение опосредования потребностей, стремление немедленно достичь желаемого, которое может предшествовать алкоголизму и усиливаться в ходе болезни. В норме удовлетворение каких-либо потребностей (будь то потребность в уважении окружающих или в новых впечатлениях и др.) происходит в результате ряда действий с промежуточными этапами достижения. Для больного алкоголизмом какая-либо отсроченность обесценивает саму цель, он ориентирован на быстрое получение результата, а не на длительный, сложно организованный процесс.

Сформированные в течение болезни особенности поведения больных алкоголизмом часто сохраняются и в ремиссии. Они могут распространяться в этом случае на другие, далекие от алкоголя виды деятельности, позволяя распознавать больных алкоголизмом по их поведению даже тогда, когда они не употребляют алкоголь. В этот период наибольшую угрозу рецидива могут представлять нарушенные отношения личности и те потребности, которые ранее удовлетворялись с помощью алкоголя. Чем выраженнее эти нарушения и большее число потребностей было вовлечено в «алкогольную сферу», тем труднее происходит реадaptация больного к трезвости. Относительно легко переносят отказ от алкоголя те больные, у которых психологическая зависимость от него была представлена в меньшей степени.

Психологические трудности на этапе становления ремиссии нашли отражение в исследовании эмоциональных состояний больных алкоголизмом, объектом которого были 197 мужчин, больных алкоголизмом, на разных этапах ремиссии, контрольную группу составили 85 мужчин, не злоупотреблявших алкоголем и не состоявших на учете в ПНД (Балашова Т. Н., 1987).

Анализ клинических, клинико-психологических и экспериментально-психологических данных показал, что первые месяцы ремиссии являются особым адаптационным периодом, когда вследствие удаления алкоголя из жизненной сферы больного создаются объективные и субъективные предпосылки для возникновения состояния стресса. Эмоциональное состояние больных при становлении ремиссии характеризовалось сохраняющимися после купирования алкогольного абстинентного синдрома депрессивными переживаниями с чувством вины и опустошенности жизни. У них были получены более низкие оценки методики исследования самооценки эмоционального состояния (Балашова Т. Н., Цыцарев С. В., 1985), свидетельствующие о сниженном уровне настроения по сравнению со здоровыми людьми. Различия между больными алкоголизмом и здоровыми были достоверны по шкалам «полноты жизни — опустошенности», «приподнятости настроения — депрессивности» и «морального совершенства — чувства вины» ($p < 0,05$).

Особенностью состояния больных были депрессивные переживания с чувством вины и опустошенности жизни. У 22% из них психологические переживания депрессивного характера сопровождались соматическими проявлениями депрессии и отчетливым депрессивным аффектом, показатели самооценочной шкалы депрессии (SDS. Zung W., 1965, 1981) этих больных указывали на депрессивное состояние. Однако отклонение оценок больных алкоголизмом, как правило, не достигало уровня, характерного для эндогенной депрессии. Если в контрольной группе здоровых испытуемых средняя оценка составила 38,2 балла по шкале (диапазон 28–54), то у больных алкоголизмом на этапе становления ремиссии в стационаре эта оценка была 44,4 балла (диапазон 25–69), а у больных эндогенной депрессией в стационаре на фоне терапии — 61,3 балла (диапазон 45–91, $p < 0,05$).

Аффективные расстройства на этапе становления ремиссии были выявлены комиссией психиатров-наркологов у 166 (84%) больных. У 53 (32%) из них аффективные расстройства предшествовали алкоголизму, а у остальных больных развивались по мере прогрессирования заболевания. Были представлены следующие аффективные синдромы: дисфорический (19,3%), депрессивный (15,2%), тревожный (8,1%), апатический (5,6%), эйфорический (4,6%). Аффективные расстройства отмечались также у больных с невротоподобным (18,8%) и астеническим (12%) синдромами.

Для больных без аффективных расстройств переживание своей виновности было проявлением адекватной психологической переработки конфликтной жизненной ситуации, последствий злоупотребления алкоголем и не сопровождалось тревогой. Оценка состояния тревоги по методике STAI Ч. Спилбергера (Ханин Ю. Л., 1980) составила в среднем в этой группе 42,0 балла. В отличие от них больные с аффективными расстройствами имели повышенный уровень тревоги: они отмечали более выраженное чувство тревоги по шкале «спокойствие — тревога» ($p < 0,01$) и имели высокую оценку по методике Спилбергера — 45,5 баллов ($p < 0,01$). Получена достоверная корреляция тяжести эмоционального состояния (клиническая оценка) с интенсивностью состояния тревоги по STAI. Результаты позволяют сделать вывод о том, что наиболее общим компонентом аффективных расстройств при становлении ремиссии у больных алкоголизмом является повышенный уровень тревоги, интенсивность которой связана с общим уровнем настроения, выраженностью психического дискомфорта и отражает оценку личностью складывающейся ситуации и самого себя. Умеренное повышение тревоги, являясь фактором активации приспособительных реакций, способствовало адаптации к изменившимся условиям. Выраженные тревожные переживания, восприятие больным широкого круга ситуаций как угрожающих самооценке, престижу препятствовали активной деятельности больных и могли приводить к рецидиву.

Структура настроения при этом была обусловлена индивидуальными особенностями эмоционального реагирования. Как показал факторный анализ, ее основными компонентами, определяющими многообразие субъективных проявлений аффективных расстройств при алкоголизме, были астения, импульсивность, апатия и пессимизм.

Особенности личности влияли как на выраженность аффективных расстройств в этот период, так и на качественные проявления аффективной патологии. Исследование показало, что социально-психологические факторы (конфликтность в разных сферах отношений по данным экспертной оценки и субъективная удовлетворенность этими отношениями) не оказывали непосредственного влияния на выраженность аффективных расстройств. Эмоциональное состояние больных определялось не столько переживанием конфликтов и нарушениями отношений в отдельных областях жизнедеятельности, сколько чувством самоуважения, самооценкой. Опосредованность влияния нарушенных отношений личности на эмоциональное состояние проявилась в неполноценности осознаваемых эмоциональных компонентов отношений, в невербальных эмоциональных образах — цветовых ассоциациях в методике ЦТО (Бажин Е. Ф., Эткинд А. М., 1985). Особое значение имело при этом отношение к себе, наиболее тесно связанное с показателями эмоционального состояния (коэффициенты корреляции — 0,423–0,480).

Результаты исследования дают основание связать выраженность аффективных расстройств в период становления ремиссии также с особенностями эмоциональной подструктуры личности (тревожностью, напряженностью, склонностью к чувству вины), определявшимися с помощью 16-факторного опросника Р. Кеттелла, которые являлись как стабильными, характеризующими преморбид больного, так и формирующимися в процессе алкоголизма свойствами. Больным с аффективными расстройствами была свойственна более высокая личностная тревожность (44,7 балла), чем больным без аффективных расстройств (42,0 балла, $p < 0,05$).

В процессе становления ремиссии в условиях стационара отмечалось значительное снижение интенсивности негативных эмоциональных переживаний. Изменения самооценки эмоционального состояния по всем шкалам методики, за исключением шкалы «импульсивность — сдержанность», были статистически достоверны. Они отражали увеличение работоспособности и активности, снижение тревоги, повышение общего фона настроения, самоуважения, чувства полноты жизни и свободы в осуществлении своих намерений. Снизилось среднее значение SDS, и перед выпиской из стационара больные алкоголизмом практически не отличались от здоровых испытуемых по этому показателю. Однако анализ данных по отдельным группам вопросов методики показал, что у больных алкоголизмом по окончании лечения на этапе становления ремиссии сохранялись психологические переживания депрессивного характера (чувство опустошенности жизни, трудность принятия решений, чувство собственной малоценности), отличавшие их от здоровых людей ($p < 0,01$), которые не сопровождаются депрессивным аффектом и соматическими проявлениями депрессии. Выраженность состояния тревоги по STAI в этот период была достоверно ниже, чем в начале ремиссии при поступлении в отделение ($p < 0,01$). У больных, поступивших с аффективными расстройствами, изменения в процессе лечения были более выражены, чем у больных без аффективных расстройств. По окончании лечения не было обнаружено достоверных различий между показателями

состояния этих двух групп больных, что свидетельствует о высокой эффективности терапии аффективных расстройств на этапе становления ремиссии.

С целью изучения психологических факторов формирования ремиссии и динамики состояния больных при ее стабилизации было обследовано 47 больных алкоголизмом в ремиссии сроком от 7 месяцев до 10 лет (средняя продолжительность — 2,5 года). Из них 18 человек были приглашены на обследование амбулаторно, остальные обследованы при поступлении в отделение лечения алкоголизма Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева по поводу аффективных расстройств и обострения влечения к алкоголю в ремиссии (Балашова Т. Н., 1987). Оказалось, что длительность адаптационного периода — становления ремиссии — была неодинакова у разных больных и зависела как от клинических, так и от психологических особенностей больного. Этапы стабилизации и сформировавшейся ремиссии характеризовались нормализацией эмоционального состояния. Так, показатель состояния STAI больных со сроком ремиссии 7 и более месяцев составил 39,2 балла, что значительно ниже, чем в более ранние сроки ремиссии ($p < 0,05$). Однако, несмотря на то, что показатели эмоционального состояния больных алкоголизмом в этот период в среднем не отличались от показателей здоровых людей, у ряда больных они были повышенными. Это указывало на сохранение в этих случаях аффективных расстройств и необходимость продолжения терапии.

Эмоциональное состояние больных в ремиссии длительностью более полугода не зависело от ее срока ($r = -0,139-0,107$ для разных показателей). На него оказывали влияние черты личности, ценностные ориентации и уровень социально-психологической адаптации. Анализ личностных факторов позволил выделить две группы значимых характеристик. Это, с одной стороны, эмоциональные качества личности: эмоциональная неустойчивость (фактор С опросника Кеттелла), склонность к беспокойству, напряженности (фактор Q₄) и чувству вины (фактор О), способствовавшие возникновению эмоционального дискомфорта у больных в ремиссии. С другой стороны, характеристики, которые можно определить как уровень самоконтроля, интегрированности личности: уровень субъективного контроля над различными жизненными ситуациями, определявшийся по методике УСК (Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М., 1984), способность последовательно реализовывать намеченные цели, ориентация на социальные нормы (фактор Q₃ опросника Кеттелла), ответственность, совестливость (фактор G), умение не поддаваться эмоциональным порывам, рациональный подход к жизни (фактор N).

Привлекает внимание отрицательная корреляционная связь между показателями эмоционального состояния и отнесением ответственности за неудачи к себе: благополучное эмоциональное состояние больных в ремиссии обеспечивалось при принятии на себя ответственности за неудачи. Исследования атрибуции ответственности, описанные в литературе, показали, что признание человеком собственной ответственности за жизненные неудачи облегчает его состояние и позволяет сохранить веру в возможности избежать в будущем подобных неприятностей (Хекхаузен Х., 1986). По-видимому,

такая атрибуция облегчает переживание больным алкоголизмом своей, как правило, конфликтной жизненной ситуации, повышает его уверенность в возможность в будущем контроля над своим поведением и болезнью, что благоприятно сказывается на эмоциональном состоянии в ремиссии.

Структура ценностных ориентации больных изучалась с помощью методики М. Рокича (Ядов В. А., 1979). Иерархия ценностей-целей больных на этапах стабилизации и сформировавшейся ремиссии не отличалась от среднепопуляционных показателей ценностно-ориентационной структуры, описанных в литературе (Ядов В. А., 1979), что указывало на достаточную полноту включения больных в этот период в общественную жизнь, их идентификацию с социальным окружением. Однако больные демонстрировали меньшее единство взглядов в отношении ведущих ценностей, чем здоровые люди. Видимо, это явилось следствием значительных индивидуальных различий в степени нарушения диспозиционных структур у больных алкоголизмом. Особого внимания заслуживает выдвижение в число ведущих ценностей «любви» при девальвации ценностей «самостоятельность» и «свобода», что может свидетельствовать о значимости для больных в ремиссии поддержки близких людей, стремлении обрести внешнюю опору и переложить ответственность за жизненные события на других. Ориентации на интеллектуальные и нравственные ценности мало влияли на эмоциональное состояние больных в ремиссии, в то время как отношение к волевым качествам влияло на него. При ориентации на самостоятельность, независимость в суждениях и поступках, смелость в отстаивании своего мнения, дисциплинированность, непримиримость к недостаткам в себе и других самочувствие больных в ремиссии было более благополучным.

Изучение влияния личностных особенностей на длительность ремиссии после лечения показало, что больные с устойчивыми ремиссиями более 1 года в период становления ремиссии во время лечения были более эмоционально устойчивы (фактор С), в большей степени были склонны придерживаться установившихся норм и традиций (фактор Q₁) и способны последовательно строить поведение и контролировать его (фактор Q₃), чем те больные, у которых после лечения длительность ремиссии была менее 6 месяцев.

Таким образом, личностные и социально-психологические факторы оказывали существенное влияние как на длительность, так и на состояние больных в ремиссии. Особое значение при этом, наряду с эмоциональными, имели волевые качества личности. Чем выше дисциплинированность, самостоятельность, самоконтроль больного, признание им собственной ответственности за неудачи, тем с большим успехом он реализует принятое решение об отказе от алкоголя.

Важную роль адаптивных способностей в период стабилизации ремиссии и при сформировавшейся ремиссии продемонстрировало исследование S. Jones и K. Lanyon (1981). Результат лечения больных алкоголизмом, оценивавшийся через год после его окончания, оказался связан прямо с уровнем их адаптивных способностей, измерявшимся в этот период по разработанной авторами методике. Пациенты с более эффективными и

устойчивыми результатами лечения показывали лучшую способность разрешения проблемных ситуаций, потенциально способных вызывать рецидив алкоголизма. Связь между результатами лечения и пунктами методики, не имеющими отношения к пьянству, показывала, что недостаточность адаптивных способностей при алкоголизме не ограничивается специфически «алкогольной сферой», а распространяется на более широкий круг ситуаций. При этом не было обнаружено взаимосвязи между уровнем адаптивных способностей и тяжестью алкоголизма до лечения. По мнению авторов, это свидетельствовало о том, что столь важные для устойчивости ремиссии адаптивные способности были развиты в процессе лечения или впоследствии в период становления и стабилизации ремиссии.

Приведенные данные исследований позволяют сделать заключение о том, что развитие адаптивных способностей, социальных навыков, тренинг общения и другие специальные программы имеют важное значение для отдаленных результатов терапии алкоголизма, обеспечивая устойчивость ремиссии на этапах стабилизации и сформировавшейся ремиссии.

РОЛЬ СЕМЬИ В ТЕЧЕНИИ И ФОРМИРОВАНИИ РЕМИССИИ

Уровень социально-психологической адаптации больного алкоголизмом в ремиссии является важной составляющей, характеризующей качество и устойчивость достигнутой ремиссии. В этой связи особое значение приобретает сфера семейных отношений больных алкоголизмом. За 1960–80-е годы накоплен значительный клинический и исследовательский материал по проблеме «алкоголь и семья» и привлечению семьи больного алкоголизмом к его лечению. Согласно последним обзорам литературы по этим проблемам при лечении и профилактике алкогольной зависимости следует учитывать следующие факторы: отношения между супругами; отношения взрослого пьющего члена семьи с детьми; роль семьи как системы тесных межличностных связей (Orford J., 1984, 1990). Злоупотребление алкоголем по-прежнему остается главным фактором семейной нестабильности и ведущей причиной разводов во многих странах. Наличие больного в семье порождает множество экономических, психологических, сексуальных и других проблем, объединенных термином коалкоголизм (созависимость). Жены и дети больных часто подвергаются агрессии со стороны своих мужей, отцов и составляют группу повышенного риска для развития психологических и психосоматических нарушений. Личности, воспитанные родителями алкоголиками, имеют повышенный риск столкнуться с алкогольными проблемами как вследствие влияния генетического фактора, так и подражания родителям (O'Farrel T. J., Cowwles K. S., 1990). Каждый злоупотребляющий алкоголем отрицательно воздействует на 3–6 человек близкого окружения — супругов, детей, родителей, сотрудников. У близких больного появляются психологические проблемы, связанные с недостатком доверия, сверхбдительностью, чрезмерной концентрацией на внутреннем и межличностном контроле. В семьях больных нарушены адаптация, самооценка ее членов и функционирование семьи в целом (Latham P. K., Napser T. K., 1992). Имеются общие признаки дисфункциональ-

ности, свойственные семьям наркологических больных: высокая частота аддиктивных проблем в ряде поколений, примитивное и прямое выражение конфликтов, образование в семье коалиций, симбиотических отношений в диаде мать-ребенок, что продолжается в зрелом возрасте (Reilly P. G., 1991). Обращает внимание и то, что родственники больных длительное время отрицают наличие проблем в семье, а затем стремятся их одномоментно разрешить. На амбивалентность жены алкоголика давно указывали разные исследователи (Solms H., 1971; Futterman S., 1953). Она желает, чтобы муж прекратил пьянство, но не требует этого достаточно целенаправленно. Она угрожает, но почти никогда не выполняет своих угроз из-за привязанности к мужу. По данным, доложенным в Вероне в 1992 году на X итальянском антиалкогольном конгрессе, большинство таких жен происходят из семей больных алкоголизмом. Предполагается, что женщина, живущая в семье с отцом, больным алкоголизмом, усваивает стереотип ролевого поведения своей матери, пытающейся изменить обстановку в семье без расторжения брака, и переносит его затем в собственную семью. Установлено также, что более 50% жен больных алкоголизмом знали о пьянстве мужа еще до брака, а 30% вдов больных алкоголизмом выходят замуж при повторном браке за больных алкоголизмом. В связи с этим высказывается мнение, что зависимость от алкоголя следует рассматривать как семейный феномен, который передается из поколения в поколение. Для проявления зависимости обычно необходимо наличие таких сопутствующих семейной жизни факторов, как неспособность семьи преодолевать трудности и неадекватные реакции семьи на стрессовые ситуации (Lazzerini F. et al., 1992).

Взаимовлияние алкоголизма и семейной дисгармонии подвергнуто анализу во многих работах исследователей, работающих с семейными проблемами. R. F. Ward и L. A. Faillace (1970) одними из первых указали на роль семьи в сохранении стереотипа поведения пьяницы, показав, что некоторые семейные реакции имеют роль позитивных стимулов пьянства. Так, жена и мать мужчины, больного алкоголизмом, могут отрицать, что муж, сын имеет проблемы, связанные с выпивкой, а это дает возможность и усиливает желание больного сходным образом отрицать свои алкогольные проблемы. На зависимость результатов лечения от признания алкогольных проблем больного родственниками и, в первую очередь, женой указывают еще ряд работ (Т. Г. Рыбакова, 1988; McNabb J. et al., 1989). Имеющиеся в литературе данные вполне определенно приводят к мысли, что многие предпосылки пьянства заложены в супружеских взаимоотношениях алкоголиков. Еще сравнительно ранние работы (Hore V. D., 1971; Burton G., Kaplan H. M., 1968; Авербах А. К., 1963; Либих С. С., 1963) показывают высокую частоту рецидивов пьянства, следующих за межличностным конфликтом супругов или любовников. Супружеские стрессы в результате придирок, неумеренных разговоров по поводу пьянства больного, как и неудовлетворительные попытки общения супругов, не приводящие к разрешению их межличностных конфликтов, обычно служат предшественниками пьянства (Miller P. M., 1972, 1976; Miller P. M., Hersen V. M., 1975). Значение последних работ заключается в том, что в них выполнен комплексный анализ супружеского взаимодействия, сосредоточившийся как на

поведении пьяницы и реакции супруги на него, так и на недостаточности альтернативных реакций супруга на отрицательное вербальное взаимодействие, которое приводило больного к злоупотреблению алкоголем.

В исследованиях G. Burton и Н. М. Kaplan (1968) было высказано и подтверждено предположение, что пьянство и семейные конфликты являются взаимоусиливающими, а также было установлено, что чем меньше сфер семейного несогласия, тем больше возможностей для уменьшения проявления пьянства. Эти же авторы обратили внимание на круговые и непродуктивные взаимодействия супружеской пары при алкоголизме, рассматривая злоупотребление алкоголем только с позиций роли (явной или скрытой, например, для разрешения сексуальных конфликтов или облегчения эмоциональных связей одного или обоих партнеров), которую оно играет во взаимоотношениях супругов. Впоследствии результаты их работ нашли отражение в исследованиях других авторов (Paolino T. J., McCrady B. S., 1977; Davis D. et al., 1974). Наиболее полные данные, представленные S. L. Gorad (1971) по коммуникационным моделям в алкогольных семьях, свидетельствуют, что общение больного характеризуется избеганием ответственности и сотрудничества, особенно в сравнении с их женами. Модели общения отражают конфликт по контролю и доминированию во взаимоотношениях супругов, означая, что семейные роли и правила у этих супружеских пар не являются твердо установленными (Gorad S. L., 1971; Kennedy D. L., 1976).

Симбиотический характер семейных отношений больных алкоголизмом, для которых характерна размытость психологических границ, частое использование обвинения, интенсивное чувство любви (ненависти), подчеркивается многими исследователями (Shwiels P., 1989; Solms H., 1970). На запутанность семейных отношений, ригидность и нарушение ролевой структуры семьи, неспособность членов семьи разрешать конфликты указывают другие авторы (Zitter M., 1988; Richardson D., 1991). Длительное время конкурентный характер супружеских отношений признавался единственным типом отношений в семьях больных алкоголизмом (Futterman S., 1953; Ferreira A. J., 1957; Corad S. L., 1971; Kennedy D. L., 1976). Высказывалось мнение, что равенства в отношениях между супругами вообще не существует, а имеется доминирование одного из них (Casselmann J., Solms H., 1971). Большинство исследователей считает, что в семьях больных алкоголизмом главенствует жена, рассматривая ее доминирование в отношениях как личностную особенность (матерински властная, опекающая). Подобный характер супружеских отношений, по мнению многих (De Sandy D., 1962; Vallet et al., 1965), обычно складывался еще до развития алкоголизма у мужа. Однако есть свидетельства о стабильных и гармоничных браках больных и о том, что жена чаще вынуждена становиться главой семьи в связи с болезнью мужа (Junghe M. B., Olin R., 1972; Рыбакова Т. Г., 1980). Многообразие точек зрения по этому вопросу в литературе указывает на то, что единого типа семейных и супружеских отношений при алкоголизме, как ранее предполагалось, не существует. Практически более важно, что некоторые современные типологии семей больных алкоголизмом основываются не

только на анализе семейных и супружеских отношений до развития алкоголизма у члена семьи, но и степени нарушения семейного взаимодействия под влиянием развития заболевания (Рыбакова Т. Г., 1980; Kaufman E., 1986).

Рассмотрение супружеских и семейных отношений больных алкоголизмом с точки зрения системной теории (Bowen M., 1974; Steinglass P., 1976, 1983; Paolino T. J., McCrady B. S., 1978) позволяет обратить внимание на такие понятия во взаимоотношениях, как семейные роли и правила, гомеостаз (способность семьи поддерживать равновесие при любых внешних воздействиях), адаптивная функция симптомов семейной дисгармонии, которым не уделялось внимания при других подходах (динамическом, поведенческом). Злоупотребление алкоголем, рассматриваемое как симптом семейной дисфункции, может выполнять различные функции, включающие поддержание гомеостаза семьи, сигнализацию о переживаемом семьей стрессе в связи с другими неприятными событиями, а также использоваться для упрочения и дифференциации ролей внутри семьи при наличии конфликта за главенствующую роль в семье и т. п. (Weiner S. et al., 1976; Davis S. J. et al., 1974; Steinglass P., Mendelson R., 1971). При этом авторы, придерживающиеся системного подхода, большей частью не утверждают, что имеется одна роль, правило или модель общения, которая характеризовала все алкогольные семьи (Paolino T. J., 1977). Более того, в дальнейшем D. J. Davis, D. Berenson с соавторами (1974) расширили свою системную концепцию, дополнив ее понятием о научении, доказывающем, что злоупотребление алкоголем имеет адаптивные последствия, которые усиливают поддержание пьянства. Авторы показали вариабельность природы адаптивных последствий злоупотребления алкоголем, которые могут выступать поддержкой алкоголизации на интрапсихическом, межсупружеском, внутрисемейном и широком социально-системном уровнях, тем самым открыв возможность интегративных подходов к изучению алкоголизма.

Благодаря выделению определенных подсистем внутри семьи (супружеская, родительская, сиблинговая) становится более ясным воздействие пьянства одного из членов семьи на каждую подсистему и, наоборот, опосредованное влияние семейных отношений через подсистемы на злоупотребление алкоголем (Egrykson M. F., Perkins S. E., 1989). Такой подход признает активную роль супругов, родителей и детей в подсистеме и их влияние на больного алкоголизмом и остальных членов семьи, что обуславливает необходимость психотерапии всей семьи.

В связи с наблюдающейся в последнее время в России тенденцией к «омоложению» алкоголизма — возникновению основных симптомов в молодом и подростково-юношеском возрасте (Братусь Б. С., Сидоров П. И., 1984), важное значение приобретает изучение отношений в семьях, где кто-либо из детей страдает алкоголизмом. В проведенном нами с этой целью исследовании были изучены особенности личности молодых больных алкоголизмом, их воспитания и психологических причин нарушения воспитания, а также взаимовосприятие больных алкоголизмом и их родителей в 17 семьях (Балашова Т. Н., Перминова С. В., 1991). С помощью клини-

ко-психологического и экспериментально-психологического методов обследовались больные мужского пола с диагнозом алкоголизм II стадии (по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой) в возрасте 24–30 лет (средний возраст 27 лет), проживающие вместе с родителями, и их родители. 40% семей были неполными (без отца). В полных семьях почти все отцы (8 из 9) злоупотребляли алкоголем, у матерей злоупотребления выявлено не было.

Исследование показало, что больные алкоголизмом молодого возраста воспитывались в условиях дисгармонии семейных отношений, проявлявшейся, прежде всего, в невыполнении отцом воспитательной функции, перераспределении ролей в сторону доминантного положения матери и подчиненного положения отца. Во всех семьях были выявлены нарушения воспитания по отдельным параметрам как со стороны отца, так и со стороны матери. Наиболее характерным были недостаточность запретов, санкций и требований — обязанностей. В трети семей диагностирована потворствующая гиперпротекция, отличавшаяся сочетанием повышенного внимания к ребенку с недостаточным удовлетворением его потребностей. Психологическими причинами нарушенного воспитания являлись: неуверенность родителей в правильности воспитания сына (в 100% семей), предпочтение в нем детских качеств (67%) и проекция на него собственных нежелательных качеств (24%).

Больные алкоголизмом молодого возраста характеризовались эмоциональной неустойчивостью, низким самоконтролем и нарушенной самооценкой. Самооценка, определявшаяся по индексу расхождения реального и идеального «Я» опросника Т. Лири, у этих больных была значительно ниже, чем, по данным С. В. Ткаченко (1986), у больных эпилепсией, но несколько выше, чем у больных неврозами. Анализ самооценки членов обследованных нами семей показал, что больные алкоголизмом сыновья имели, как правило, более низкую по сравнению с родителями самооценку. Формирование таких черт, очевидно, во многом определялось нарушениями воспитания, поскольку известно, что недостаточность требований, санкций, запретов, потворствующая гиперпротекция способствуют развитию неустойчивого, гипертимного и демонстративного типов акцентуаций характера (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987).

Исследование показало, что изменения взаимоотношений в семье в период алкоголизации сына по сравнению с периодами ремиссии зависели от общей картины отношений между всеми членами семьи. В большинстве случаев отношения между родителями и сыном в период его алкоголизации значительно ухудшались. Однако были выявлены типы семейного взаимодействия, прежде всего, при конфликтных отношениях между родителями, при которых в период алкоголизации сына нормализовались отношения между родителями, улучшалась самооценка сына или кого-либо из родителей, повышалась удовлетворенность отношениями в семье, что могло приводить к психологической «желательности» алкоголизации, способствовать формированию и поддержанию алкогольной зависимости сына.

Ответные реакции семьи на формирование алкогольной зависимости у члена семьи давно являются предметом изучения. Во многих исследованиях представлены данные об изменении структуры семьи больного под влиянием развития заболевания, изменении эмоционального климата в семье, отчуждении и прекращении связей между больным и членами его семьи (Cheek F. E., Franks C. M., 1971; Meeks E., Kelly C., 1976; Кушнарев В. М., Родзиянская И. Н., 1977; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1978; Рыбакова Т. Г., 1980; Sapp J., 1985; Kaufman E., 1986). Однако все они, за редким исключением, касаются лишь динамики семейных отношений без учета клинических особенностей и характера течения алкоголизма, хотя и констатируют стадию алкоголизации или прекращение злоупотребления в результате начала лечения.

Первые описания адаптации семьи к пьянству члена семьи принадлежат Jackson J. K. (1954), которая выделила 7 стадий в развитии алкогольного конфликта супругов: от отрицания и попыток смягчить проблему женой на начальном этапе болезни через дезорганизацию семейных отношений и стремления частичного решения проблемы к обращению за помощью и реорганизации семьи, после того как муж начнет трезвую жизнь. Вслед за Д. Джексоном E. M. Lemert (1969) выделил и описал три фазы приспособления жены к алкоголизму мужа: раннюю, промежуточную и позднюю. По его данным, понимание проблемы, попытки контролировать пьянство, переход части семейных ролей от мужа к жене и социальная изоляция семьи возникают раньше, чем прекращаются или уменьшаются сексуальные отношения супругов и поиск женой помощи извне.

Динамика развития алкогольного конфликта в семье, по нашим наблюдениям, в значительной мере определяется как характером течения алкоголизма у больного, быстротой развития у него алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации, так и исходными типом эмоциональных связей и взаимоотношений в семье. Более тяжело и длительно протекающий алкоголизм приводит к более выраженным нарушениям семейного взаимодействия и изменению эмоционального климата в семье, что особенно ярко проявляется в тех случаях, когда супруги обнаруживают психопатические личностные особенности или имеют другие сопутствующие психические отклонения, ограничивающие их компенсаторные способности.

Госпитализации больного или обращению за медицинской помощью обычно предшествует выраженное обострение межперсональных отношений, увеличение эмоциональной дистанции между пьющим и членами семьи, дезорганизация семейных отношений. Большинство исследователей сходятся во мнении о том, что госпитализация происходит в тех случаях, когда у больных на фоне их хронического злоупотребления алкоголем возникает ситуация так называемого психосоциального кризиса. По данным A. Blankfield (1986) в 68% случаев можно было установить выраженные психосоциальные нарушения, которые объективно и субъективно оценивались как критические ситуации. У 24% больных это проявлялось в разрыве родственных связей, у 24% больных отмечались выраженные психические расстройства, в 12% случаев имели место юридические санкции, связанные с

нарушениями общественного порядка, в 8% — агрессивное поведение в семье. По нашим данным, семейные разногласия, связанные с пьянством больного, явились поводом к госпитализации у 31% больных, в комбинации с другими факторами (служебные затруднения, ухудшение здоровья) еще у 40% больных. У 29% больных преобладающими факторами в осознании необходимости лечения явились служебные неприятности и соматические осложнения длительного злоупотребления алкоголем.

Однако госпитализация сама по себе не приводит к нормализации семейных отношений, а в отдельных случаях ситуация длительной госпитализации еще более усугубляет дезорганизацию семейных отношений (Суворов А. К. с соавт., 1984), хотя при совпадении позиций супругов на алкогольные проблемы семьи и при принятии больным установки на трезвость может происходить разрешение алкогольного конфликта и снижение семейной напряженности. Наши исследования показали, что конфликт, связанный с алкоголизацией, хотя его выраженность в результате лечения уменьшилась, оставался актуальным в более чем половине семей при выписке больного из стационара. Сохранение актуальности алкогольного конфликта в первую очередь было обусловлено неуверенностью жены в возможности длительной ремиссии у мужа и отсутствием у мужа твердых установок на воздержание от приема алкоголя. Но если супруги продолжают разговоры и фокусируют внимание на прошлых и «якобы возможных» будущих выпивках, то чаще всего это приводит к возобновлению алкоголизации (Marratt G. A., Gordon J., 1985; Maisto S. A., O'Farrel T. J., Connors G. G., 1988).

Данные о функционировании семьи больного в ремиссии достаточно противоречивы. Некоторые авторы отмечают, что нет прямого параллелизма между воздержанием больного и улучшением семейных отношений (Rathod N. H. et al., 1966; Patisson E. M., 1977; Mapes B. E., Johnson R., 1984). Другие подчеркивают ухудшение состояния жены в ремиссии (McDonald D. E., 1958; Jgersheimer W. W., 1959; Dinnen A. et al., 1975). Выявляющееся в ремиссии неумение супругов общаться и отсутствие положительного настроения на разрешение возникающих проблем приводят многие пары в течение 1–2 лет воздержания больного от употребления алкоголя к разводу (O'Farrel T., Cutter H., 1984). На трудности, возникающие в семье после прекращения алкоголизации больного, указывают и представители системного подхода (Meeks E., Kelly C., 1976; Schwartzman J., 1985; Schroeder E., 1991), изучавшие функционирование семьи в периоде «выздоровления»: на поверхность выходят другие конфликты, ненормальное общение, различные методы воспитания детей, разные представления о семейных целях. Происходят изменения в семейном разделении труда и власти. Детям бывает нелегко менять роли и привыкать к новому поведению трезвого отца. Семья, адаптировавшаяся к пьянству больного, будучи саморегулирующей системой, сопротивляется изменениям его поведения, включая отказ от употребления алкоголя. Привыкнув контролировать его поведение, семья не воспринимает больного как равноправного партнера. В семьях с симбиотическими супружескими отношениями в первый год, несмотря на достигнутую трезвость, эмоциональный стресс также не уменьшается, а нарастает. Семья продолжает

действовать в рамках крайностей: полный контроль или выход из-под контроля, эмоциональная дистанция или полная близость и т. п. (Schwilda P., 1989).

Наши данные свидетельствуют о том, что в результате лечения полная нормализация семейных отношений отмечалась в основном в семьях с ранее доброжелательными, гармоничными отношениями при относительно доброкачественном течении алкоголизма у мужа (30% семей). Частичное улучшение семейных отношений при выписке было достигнуто в 66% семей. Это касалось, в первую очередь, семей с конфликтными и части семей с ранее доброжелательными отношениями, в которых длительно протекающий алкоголизм привел к выраженному нарушению семейного взаимодействия, изменению ролевой структуры семьи и другим конфликтам. В этих случаях прекращение алкоголизации больным способствовало лишь некоторому смягчению семейной напряженности. У 4% больных, у которых отсутствовала установка на трезвость, даже частичного улучшения семейных отношений не отмечалось. При изучении динамики конфликтов в ремиссии отмечено возрастание супружеских конфликтов, связанных с распределением семейных обязанностей, воспитанием детей, проведением досуга, а также конфликтов с другими родственниками, не понимающими необходимости для больного абсолютного отказа от употребления алкогольных напитков. Нередко эти конфликты имелись в семье еще до формирования алкогольной зависимости у мужа, а в ремиссии усиливались рядом факторов: более высокими взаимными требованиями супругов к личностным качествам (каждого, к эмоциональному и духовному общению в семье, к воспитанию детей, проведению свободного времени). Сохранение эмоционально неблагоприятного климата в семье, в свою очередь, препятствовало нормализации сексуальных отношений, нарушенных в результате алкоголизации.

Особую значимость приобретали ролевые конфликты, которые наблюдались в 69% семей на этапе стабилизации ремиссии. Причем в 32% случаев муж ждал определенных изменений, претендуя на роль главы, а жена продолжала опекать мужа, не доверяя ему. В 37% случаев жена хотела избавиться от части обязанностей и ответственности за семью, переложив ее на мужа, в то время как муж не спешил взять на себя ответственность или ограничивался минимумом обязанностей перед семьей, занятый служебной реабилитацией (Рыбакова Т. Г., 1987).

Некоторые авторы связывают сохранение семейной напряженности в ремиссии у больных с тем, что проблемы урегулирования служебных неприятностей, финансового положения семьи, возникшие как результат алкоголизма, требуют достаточного времени для своего разрешения (Miller W. R., Caddy G. R., 1977; Зобнев В. М., Рыбакова Т. Г., 1979). Кроме того, в этот период может проявиться актуальность других проблем, замаскированных алкоголизацией больного, таких как нарушенные отношения между членами семьи, дезадаптивные личностные и социально-психологические характеристики кого-либо из членов семьи (Балашова Т. Н., Перминова С. В., 1991).

Вместе с этим имеется ряд свидетельств улучшения семейного положения и отношений между супругами после прекращения пьянства. Обычно это связывается с большей вовлеченностью близких в лечебный процесс (Kaufman E., Patisson E., 1981; McNabb J. et al., 1989). Улучшения отмечены и у созависимых членов семьи вне связи с тем, какие результаты лечения были у супругов, страдающих алкоголизмом (Mulry J., 1987). На необходимость лечения членов семьи указывают многие исследователи (Cutter C., Cutter H., 1987; Kaufman E., 1986; Wermuth L., Scheldt S., 1986; Clerici M., Garine R. et al., 1988).

Успех лечения больного алкоголизмом, как справедливо подчеркивают Mapes V. E., Johnson R., Sondler A. (1984), зависит от осознания семьей не только необходимости его лечения, но и от понимания, в какой мере алкоголизм нарушил межличностные отношения в семье. В этой связи особое внимание обращается на изучение особенностей жен больных и их влияния на мотивацию больного к лечению и в стабилизации ремиссии. Данные о значении участия жены в лечении мужа и его влияния на прогноз ремиссии также достаточно неоднозначны (Patisson E. M., 1965; Smith Ch. G., 1967; Fridman V., 1976; Анохин Ю. А., 1980; Рыбакова Т. Г., 1983; Noel N. E., McCrady B. S. et al., 1987). С одной стороны, указывается на возможность плохих результатов лечения при ее отказе в помощи мужу, а с другой — имеются наблюдения об ухудшении состояния больного при привлечении жены к его лечению. Объяснение этому противоречию часто находили в личностных особенностях жен, которым всегда придавалось существенное значение в развитии алкоголизма у мужа. Еще ранние работы по алкоголизму описывали фрустрацию и зависимость жен больных алкоголизмом (Amark C., 1951; Wahlen T., 1953; McDonald D., 1956; Jgersheimer W. W. et al., 1959; Lemert E. M., 1962).

Т. Wahlen (1953) выделяла четыре типа жен больных алкоголизмом: спасающую, карающую, управляющую и многострадающую. Все эти работы предшествовали появлению термина созависимость, который появился в литературе в 1980-е годы. Созависимость — состояние, возникающее как результат повреждающего стресса, каким является для близких совместная жизнь с больным алкоголизмом или наркоманией. Она определяется как преувеличенная эмоциональная зависимость непьющего члена семьи (чаще жены, матери) от значимых близких, страдающих алкоголизмом (супруга, сына, дочери), поскольку созависимые часто имеют внешний локус контроля (Smalley S., 1982). При этом состоянию не уделяется внимания собственному «Я», обычно снижается идентификация собственных проблем и самооценка (Mulry J., 1987; Zeivin E., 1988). По мере того, как больной становится все более зависимым от алкоголя, его жена или мать все настойчивее осуществляет функции контроля, управления и спасения, в связи с чем сама становится созависимой. При этом она нередко отвергает диагноз алкоголизма, чтобы не выглядеть жертвой в глазах окружающих. Другой важной чертой отрицания жен является их неспособность понять, как они своим поведением усиливают дисфункциональную ситуацию в семье. Таким образом, отрицание больного и созависимость супруги поддерживают алко-

голизм и препятствуют формированию у него устойчивой ремиссии. R. и P. Potter-Efron (1986) описывают следующие психологические проявления созависимости: страх, чувство стыда и вины, затянувшееся отчаяние, гнев, отрицание, как механизм психологической защиты, ригидность (когнитивную, поведенческую, эмоциональную и др.), нарушение идентификации своего «Я», путаницу представлений о нормальных и аномальных чувствах, трудности в принятии решений. К созависимым авторы относят только тех людей, у которых возникают существенные и специфические особенности, вызванные наличием в настоящем или прошлом семейном окружении больного алкоголизмом и наркоманией, либо другой длительной высокострессовой семейной ситуации. Взаимоотношения в таких семьях характеризуются непостоянством, подавлением чувств, в результате чувства не могут использоваться как интрапсихическая реальность. Дети в наибольшей степени, как утверждают W. Mendenhall (1989) и S. Perkins (1989), подвержены отрицательному воздействию жизни с больным алкоголизмом. По их наблюдениям, созависимая мать может просить ребенка быть добрым и забыть жестокость отца в опьянении. Ребенок вынужден согласиться, так как просьба исходит от любимой матери, но за этой уступкой ребенка лежит глубокое унижение, разрушение чувства собственного достоинства, утрата собственной силы, страх и тревога. Фиксированные дисфункциональные модели поведения, сформировавшиеся у подростков в семье, где один из родителей злоупотребляет алкоголем, переносятся впоследствии на взаимоотношения на работе, с друзьями, в собственной семье (Erickson M. T., Perkins S., 1989). Поэтому некоторые авторы считают, что основным условием развития созависимости является воспитание в дисфункциональной семье и что возникновение созависимости корнями уходит в детство (Morgan J. P., 1991; Mendenhall W., 1989).

До последнего времени детям больных алкоголизмом в отечественной литературе и клинической практике уделялось мало внимания. Вместе с тем данные исследований показывают, что алкоголизм одного или обоих родителей — источник стресса для детей, определяющий высокий риск медицинских и психосоциальных проблем у них как в детстве, так и в более старшем возрасте (Lewis D., Williams C., 1986; Rivinus T., 1991). Мы не располагаем отечественными данными о количестве детей в семьях больных алкоголизмом в нашей стране, очевидно, что таких данных нет, однако можно предполагать, что это число очень велико. По оценкам национального института алкоголизма США, более 28 млн. американцев — дети больных алкоголизмом, около 7 млн. из них до 18 лет (Russell M. et al., 1985).

Дети больных алкоголизмом, наряду с повышенным риском алкоголизма (Russell M. et al., 1985; Devor E., Cloninger C., 1989), чаще имеют психические расстройства и отдельные психопатологические нарушения, чем дети «неалкогольных» родителей (West M., Prinz J., 1987). Основное значение принадлежит при этом поведенческим, когнитивным и эмоциональным проблемам, в основе которых, наряду с психологическими факторами, часто оказываются органические поражения головного мозга, ММД (Москаленко В. Д., 1990; Silvia L., Liepman M., 1991; Иванова Н. В., 1993). Для детей

больных алкоголизмом характерны гиперактивность, двигательная расторможенность, импульсивность поступков, трудности самоконтроля и регуляции поведения, психический инфантилизм (Goodwin D. et al., 1975; Fine E. et al., 1976; Bennett L. et al., 1988; Москаленко В. Д., 1990). Они хуже адаптируются в школе, имеют проблемы в отношениях со сверстниками, что особенно характерно для мальчиков (Matejcek Z. et al., 1982). Часты побеги из дома. Проведенное нами в 1993–1994 годах обследование детей в приютах показало, что более 80% имели, по крайней мере, одного родителя. В подавляющем большинстве случаев, по имеющимся в приюте данным, а также со слов детей, один или оба родителя злоупотребляли алкоголем или страдали алкоголизмом (Балашова Т. Н., Чаева С. В., 1995). Многие исследования свидетельствуют о повышенной частоте задержек психического развития и более низких показателях познавательной сферы: интеллекта, внимания, памяти, мышления у детей больных алкоголизмом (Bennett L. et al., 1988; Johnson J., Rolf J., 1988; Мастюкова Е. М. с соавт., 1989; Павлова О. О., 1992; Иванова Н. В. с соавт., 1993). Эмоциональные переживания детей больных алкоголизмом поверхностны и неустойчивы, отмечается недостаточность рефлексии, осознания своих чувств (Matejcek Z., 1972; Мастюкова Е. М. с соавт., 1989; Bennett L. et al., 1988). Выявлен высокий риск эмоциональных проблем и расстройств, в частности депрессий (Rolf J. et al., 1988). Показано, что у детей больных алкоголизмом отмечаются развивающиеся акцентуации характера и психопатии (Булотаите Л. И., 1988).

Выраженность и особенности нарушений зависят не только от тяжести алкоголизма родителя и от того, один или оба родителя страдают алкоголизмом, но и от других параметров, в частности, от пола ребенка, наличия в анамнезе развода, дополнительной психопатологии и асоциального поведения родителей (West M., Prinz J., 1987; Bennet L. et al., 1988). Причем сочетанное действие различных стрессоров вызывает большие нарушения, чем можно было бы ожидать от простой суммы (Putter M., 1979).

Описывая негативные факторы, влияющие на детей в семьях больных алкоголизмом, выделяют, прежде всего, нарушения различных параметров семейной системы: увеличение эмоциональной дистанции, отчуждение или, наоборот, размытость границ с уменьшением дистанции между членами семьи, перераспределение ролей в семье, при котором супруга, не страдающая алкоголизмом, вынуждена брать на себя функции главы семьи. При этом дети лишены адекватного образца ролевого поведения и часто, в связи с невыполнением страдающим алкоголизмом родителем своих родительских и супружеских функций, вынуждены выполнять несвойственные им функции взрослого члена или даже главы семьи (Рыбакова Т. Г., 1987; Булотаите Л. И., 1988; Балашова Т. Н., Перминова С. В., 1991; Москаленко В. Д., Милосердова Т. И., 1993). Для семей больных алкоголизмом характерны недостаточное внимание к ребенку, отсутствие заботы, удовлетворения потребностей или наоборот гиперпротекция, эмоциональное отвержение и жестокое обращение с ребенком, повышенные требования либо отсутствие их, неустойчивость стиля воспитания. Эти нарушения воспитания наблюдались обычно как со стороны страдающего алкоголизмом, так и «неалко-

гольного» родителя и были связаны с алкоголизмом и психологическими проблемами: проекцией на ребенка собственных нежелательных качеств, расширением сферы родительских чувств и др. (Reich W. et al., 1988; Булотаите Л. И., 1988; Балашова Т. Н., Перминова С. В., 1991). Правила в такой семье жесткие, ригидные или вовсе отсутствуют, в этом случае семья функционирует «хаотично», не соблюдаются традиции, «ритуалы» семейной жизни, все зависит от поведения страдающего алкоголизмом члена семьи, что характерно для созависимости от алкоголизма, в том числе у детей в таких семьях (West M., Prinz J., 1987; Bennet L. et al., 1988). Такие изменения являются патологическими формами адаптации семьи. У взрослых детей больных алкоголизмом наблюдается тенденция воспроизведения отношений родительской семьи, что приводит к собственным семейным проблемам (Miller S., 1986).

Вместе с тем далеко не все дети больных алкоголизмом имеют нарушения. В последнее время выявлен ряд факторов семейной среды, которые могут предупреждать, компенсировать негативное влияние родительского алкоголизма на ребенка. Исследования свидетельствуют о позитивном влиянии трезвости, ремиссии алкоголизма родителей на детей. По большинству показателей в этот период они не отличались от детей контрольных групп и имели лучшие результаты, чем дети тех родителей, которые продолжали алкоголизироваться (Moos R., Billings A., 1982; Bennet L. et al., 1988). Отмечается предупреждающая роль сохранения благоприятных супружеских отношений, семейных традиций, выполнения семьей функций контроля за поведением ребенка независимо от алкогольного поведения родителей (Wolin S. et al., 1980; Lewis D., Williams C., 1986; Steinglass P. et al., 1987; Johnson J., Bennett L., 1988). Изучение факторов защиты выявило также такие потенциально защитные факторы, как заместительное воспитание другими членами семьи, сохранение отношений с «неалкогольным» родителем, использование неформальных отношений вне семьи, позитивный школьный опыт (Matejcek Z. et al., 1982).

Однако самочувствие и здоровье детей — это важный, но только один аспект затронутой темы. Другой аспект связан с рассмотрением семьи как системы, каждый член которой влияет на поведение других членов и испытывает на себе их влияние (Minuchin S., 1974). Больной алкоголизмом влияет на семью, но и каждый из членов семьи, в том числе и ребенок, воздействует на него. Все члены семьи страдают от последствий алкоголизма, но все они играют свою роль в поддержании вызванной алкоголизмом деструктивной модели взаимодействия (Davis S. et al., 1974, Москаленко В. Д., Милосердова Т. И., 1993). Системный подход подчеркивает, что семья стремится к сохранению некоего гомеостаза, равновесия. Изменения одного члена семьи влекут за собой изменения семьи в целом. Образуется «порочный круг», при котором дисфункция семьи вызывает определенные нарушения у ребенка, которые, в свою очередь, влияют на членов семьи, в том числе, на больного алкоголизмом.

Становление ремиссии требует перестройки отношений, ролей в семейной системе, ребенок — активный участник этого процесса. Однако негибкость всей семейной системы, психологические «преимущества» прежней роли,

поведенческие или аффективные расстройства у ребенка могут препятствовать этому, приводить к неудовлетворенности, напряжению у членов семьи в период становления и стабилизации ремиссии, что способствует рецидиву алкоголизма. Это указывает на необходимость терапии всей семьи и разработки специальных программ помощи детям из семей больных алкоголизмом.

Мы согласны с Е. Comberg (1989) в том, что нет данных за то, что созависимость появляется у каждого члена семьи и в каждой семье, где есть больной. Как показывают исследования, жены больных обнаруживают достаточно широкий диапазон способов адаптации к имеющемуся у них стрессу (Jork R. M., 1956; Kogan K. L., Jackson J. K., 1963). Автор справедливо замечает, что, обозначая патологию жен единым термином, тем самым игнорируют их индивидуальные различия. По нашим данным, отрицание алкогольной зависимости у мужа было свойственно более чем половине жен больных, обратившихся за стационарной помощью, но только часть из них отвергали диагноз алкоголизма по морально-этическим соображениям, остальные, не имея четких представлений об алкоголизме, пытались научить мужей умеренному употреблению алкоголя.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН БОЛЬНЫХ

Феноменологический анализ эмоциональных аспектов созависимого поведения жен больных показал, что наиболее частыми чувствами (в 95–100% случаев), связанными с реакцией на пьянство супруга, являлись снижение настроения, тревога, внутреннее напряжение и раздражение. Следует отметить, что эти психологические переживания были не только наиболее распространенными, но и более выраженными (средние баллы частоты этих переживаний составляли соответственно $2,7 \pm 0,3$, $2,6 \pm 0,3$, $2,6 \pm 0,3$, $2,5 \pm 0,3$ при максимальном балле 3,0). Далее по выраженности переживания следовали отчаяние, бессилие, злость и гнев (средний балл $2,4 \pm 0,5$ и $2,3 \pm 0,3$). Значительная часть женщин испытывала также чувства стыда, унижения и разочарования. Для многих (63%) были также характерны страх агрессии со стороны мужа и эмоциональная ригидность с ослаблением заботы о себе и детях. Почти половина исследованных женщин с той или иной частотой переживания отмечала противоречивость своего отношения к пьяному мужу (отвращение и сочувствие, доверие и недоверчивость). Нередко они испытывали чувство вины и снижение самоуважения.

В поведенческой сфере женщины использовали различные стили общения с пьяным мужем. Наиболее распространенным типом поведения для большинства из них было стремление избегать общения и сексуальной близости с пьяным мужем (80–82%) и в то же время спасти его от неприятных последствий пьянства, могущих отразиться на служебной ситуации (65%). Часть женщин стремилась контролировать поведение мужа (50%), обвинять

и наказывать его в случае нарушения им взятых на себя обязательств по сохранению трезвого образа жизни (40%).

Интегральный показатель созависимого поведения (сумма баллов эмоциональных и поведенческих паттернов созависимости) колебался от 30 до 60 баллов, составляя в среднем $49,6 \pm 2,1$ балла. Средние групповые баллы созависимости в эмоциональной и поведенческой сферах составили соответственно $36,5 \pm 1,6$ и $13,5 \pm 0,5$ балла. У половины жен уровень эмоциональных показателей созависимости был выше средних значений ($46,1 \pm 1,8$ балла), то есть можно было судить о значительной выраженности эмоциональных проявлений созависимости. У 38% жен эти показатели были ниже средних значений ($28,0 \pm 1,4$ балла). В этих случаях можно было констатировать отсутствие или низкий уровень эмоционального компонента созависимого поведения.

Изучение эмоциональных и поведенческих паттернов созависимого поведения у жен больных в период формирования ремиссии у мужа выявило несколько вариантов изменения этого поведения. При первом варианте наблюдалось значительное уменьшение одновременно уровня эмоциональных и поведенческих паттернов созависимости по сравнению с периодом активного пьянства у мужа. Вторым и третьим вариантами характеризовались выраженным изменением уровня только одного из них при сохранении или незначительном изменении другого аспекта созависимого поведения. Так, при первом варианте сохранялся высокий уровень поведенческих паттернов созависимости, а при третьем — высокий уровень эмоционального паттерна созависимости. Четвертым вариантом характеризовался практически отсутствием изменений в уровне созависимости у жены в период ремиссии у мужа. При этом в первой группе при средней выраженности эмоциональной и поведенческой созависимости во время пьянства больного в период становления ремиссии происходит практически нормализация состояния жен. Оценки созависимости женщин оказываются значительно ниже средних значений этих показателей в ремиссии у всех исследованных жен ($p < 0,05$). В четвертой группе, в которой изначально отмечался наиболее высокий уровень эмоциональной созависимости и средний уровень поведенческой созависимости, изменений в состоянии жен в ремиссии у мужа практически не наблюдается. У женщин второй и третьей групп отмечалась в целом положительная, но разнонаправленная динамика эмоциональных и поведенческих паттернов созависимости.

Клинический анализ психического состояния жен больных позволил диагностировать у большинства из них невротические расстройства той или иной степени выраженности. У части из них, преимущественно женщин четвертой группы, выявлялись пограничные психические расстройства (психопатии), а у некоторых — аффективная и процессуальная симптоматика. В последней группе отмечался наиболее высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, а также умеренный уровень депрессии по шкале Зунга. Средние показатели реактивной тревожности у жен первой и четвертой групп составляли $37,5 \pm 4,4$ и $48,8 \pm 3,5$ балла соответственно.

У значительной части жен больных алкоголизмом развитию невротических состояний или декомпенсации имеющихся личностных особенностей спо-

собствовали такие психологические моменты, как неуверенность в возможности нормализации семейных отношений, нарушенных в результате пьянства, неопределенность в исходе лечения и в связи с этим колебания относительно перспективы сохранения брака. Наиболее высокий уровень невротизации жен обнаруживался в семьях с выраженным алкогольным конфликтом, который определяется степенью расхождений представлений супругов на алкогольные проблемы и их последствия для функционирования семьи. В свою очередь невротизация жены и связанные с ней изменения эмоционального фона затрудняли адекватное понимание ею состояния мужа, косвенным образом усугубляя семейный конфликт, что могло способствовать утяжелению пьянства или возникновению у него рецидива.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

При использовании методики ЛИРИ у большинства женщин по ряду шкал личностного профиля выявлены высокие оценки, свидетельствующие об акцентуации личностных свойств и трудностях адаптации в межличностном общении. Причем у 20% женщин эти оценки достигали уровня патологии (преимущественно 8, 5, 6 шкалы). И только у 20% исследованных женщин по всем шкалам отмечены оценки, свидетельствующие об адаптивном варианте доминирующего типа поведения. Частота показателей адаптивного и дезадаптивного поведения по шкалам ЛИРИ представлена в таблице 4.

Таблица 4

Выраженность адаптивного и дезадаптивного типов поведения у созависимых жен больных алкоголизмом

Шкалы ЛИРИ	Адаптивные оценки, %	Дезадаптивные оценки, %	Патологические оценки, %
1	82	14	4
2	88	12	0
3	82	12	6
4	80	20	0
5	60	32	8
6	68	28	4
7	48	52	0
8	36	48	16

Из таблицы видно, что наиболее высокий уровень типов дезадаптивного поведения выявляется по восьмой шкале, причем в 16% случаев они достигают уровня патологии. Лица, имеющие высокие оценки (выше 8 баллов) по восьмой шкале характеризуются повышенной ответственностью и неадекватным принятием ответственности других на себя. Следующая шкала

по частоте высоких оценок — седьмая. Она свидетельствует о сверхкомпромиссности индивида в поведении, стремлении удовлетворить требования всех без учета ситуации. Следующие по частоте выявления дезадаптивных типов поведения — пятая и шестая шкалы. Высокие оценки по этим шкалам характеризуют жен больных алкоголизмом как покорных, склонных выполнять чужие обязанности, избыточно самокритичных, конформных, нуждающихся в помощи, зависимых и тревожных. Превалирование высоких оценок по пятой, шестой и седьмой шкалам методики ЛИРИ характеризует женщин как подчиняемых индивидов. Высокие оценки по первой и третьей шкалам у ряда жен больных алкоголизмом характеризовали их как склонных к лидерству, переоценке своих возможностей, несдержанных, агрессивно-недружелюбных.

У большинства жен с высоким уровнем эмоциональных паттернов созависимости выявлялись высокие оценки по двум-трем и более шкалам методики ЛИРИ (максимально по семи шкалам). При этом отмечались преимущественно сочетания восьмой, первой и третьей шкал, а также пятой и шестой шкал. При низком уровне эмоциональных паттернов созависимости высокие оценки отмечались лишь по одной или двум шкалам (преимущественно седьмая шкала или сочетание седьмой и восьмой шкал).

Высокий уровень поведенческого аспекта созависимости был сопряжен с высокими (до патологии) оценками по восьмой и пятой шкалам, а также с высокими оценками по третьей и четвертой шкалам или при сочетании седьмой и восьмой или восьмой и первой шкал. При низком уровне поведенческого паттерна созависимости оценок дезадаптивного поведения практически не отмечалось.

При корреляционном анализе выявлена положительная связь интегрального показателя созависимости с личностными характеристиками протективно-покровительствующего типа (восьмая шкала), $r = 0,4115$, и уровнем ситуативной и личностной тревожности, $r = 0,5054$ и $r = 0,4159$ соответственно. Эмоциональный аспект созависимого поведения оказался положительно связанным с личностными характеристиками протективно-покровительствующего типа (8-я шкала, $r = 0,3697$) и конформного типа (5-я шкала, $r = 0,3294$), а также показателями ситуативной и личностной тревожности ($r = 0,4977$ и $r = 0,4326$) и показателями депрессии шкалы Зунга ($r = 0,3176$). Тенденцию к сохранению высокого уровня эмоционального паттерна созависимости в ремиссии при снижении поведенческих характеристик созависимости обнаруживали женщины конвенционально-сотрудничающего типа (7-я шкала, $r = 0,2245$).

Поведенческий аспект созависимого поведения также, как и интегральный показатель созависимости, обнаруживает положительную корреляционную связь с личностными свойствами по восьмой шкале методики ЛИРИ ($r = 0,4005$), уровнем ситуативной ($r = 0,5118$) и личностной тревожности ($r = 0,3110$). Тенденцию к сохранению высокого уровня поведенческого паттерна созависимости при снижении эмоционального показателя созависимого поведения в ремиссии показывали жены, личностные свойства которых относились к прямолинейно-агрессивному типу (3-я шкала, $r = 0,2200$). Не отмечалось заметной динамики созависимого поведения в

ремиссии при наличии у женщин качеств скептически-недоверчивого типа (4-я шкала, $r = 0,3410$) и протективно-покровительствующего типа (8-я шкала, $r = 0,2463$).

Таким образом, данные исследования позволили уточнить роль отдельных личностных характеристик женщин в структуре и динамике созависимого поведения у жен больных с алкогольной зависимостью. Они подтвердили также клинические наблюдения о взаимосвязи актуального психического состояния женщин и выраженности их созависимого поведения. Результаты настоящего исследования могут быть использованы для разработки дифференцированных программ по коррекции созависимого поведения у жен больных алкоголизмом.

Характеристики копинг-поведения у созависимых жен больных алкоголизмом

Исследование копинг-стратегий созависимых жен больных алкоголизмом выявило ряд существенных отличий от здоровых испытуемых. Так, жены больных алкоголизмом гораздо чаще, чем жены здоровых использовали в эмоциональной сфере такой механизм совладания, как оптимизм (65,3% против 42,0%), и в меньшей степени, чем здоровые, в поведенческой сфере они использовали конструктивную активность (13,0% и 42,0% соответственно). Вместе с тем, у созависимых жен больных алкоголизмом был выявлен обширный диапазон стратегий совладающего поведения в преодолении алкогольного конфликта.

В поведенческой сфере для исследуемых женщин было характерно широкое использование стратегий социальной поддержки. Более половины женщин выбирали этот вид совладающего поведения. Однако, наряду с использованием адаптивных способов преодоления стресса в форме обращения к поддержке (56,5%) и сотрудничества (22,0%) достаточно часто встречались дезадаптивные варианты совладающего поведения, в частности отступление (43,6%). Можно было также отметить одинаковое по частоте использование женами противоположных стратегий: конструктивной активности и избегания в разрешении проблем (по 13% случаев соответственно).

В эмоциональной сфере для созависимых жен больных алкоголизмом было характерно также использование как адаптивных, так и дезадаптивных механизмов совладающего поведения. Наибольшим предпочтением пользовался такой механизм, как оптимизм (к нему прибегали 65% испытуемых женщин). Но определенная часть женщин использовала и дезадаптивные варианты совладающего поведения: покорность (30%), подавление эмоций (26%) и самообвинение (17%).

В когнитивной сфере совладающего поведения можно было констатировать достаточно частое использование адаптивных стратегий, направленных на разрешение личностных трудностей, связанных с алкогольным конфликтом в семье. Жены пациентов достаточно часто сохраняли самообладание (60%), использовали проблемный анализ (40%) и устанавливали собственную ценность (30%). Но вместе с этим для них были характерны

и такие особенности совладающего поведения, как растерянность (39%), смирение (22%) и религиозность (17%), то есть стратегии поведения, не направленные на преодоление трудностей.

В целом соотношение адаптивных и дезадаптивных вариантов копинг-поведения в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфере созависимых жен больных алкоголизмом не позволяет однозначно оценивать их способы разрешения личностных и межличностных конфликтов. Можно лишь отметить некоторые тенденции, которые переходят в значимые различия при сравнении подгрупп жен с высоким и низким уровнем созависимости.

При высоком уровне созависимости достоверно возрастает число дезадаптивных механизмов совладающего поведения в поведенческой (36% против 17%) и когнитивной (70% против 17%) сферах ($p = 0,05$). Интегральный показатель созависимого поведения находится в положительной корреляционной связи с показателями дезадаптивного эмоционального ($r = 0,3968$), когнитивного ($r = +0,3391$) и поведенческого ($r = +0,2913$) копинг-поведения. Уровень эмоциональных паттернов созависимого поведения также связан с одновременным наличием дезадаптивных вариантов копинг-стратегий в эмоциональной ($r = +0,3888$), когнитивной ($r = +0,3075$) и поведенческой ($r = +0,2182$) сферах. Уровень поведенческих паттернов созависимости положительно связан с наличием дезадаптивных вариантов копинг-стратегий в когнитивной сфере ($r = +0,4578$).

Таким образом, исследование копинг-поведения жен больных алкоголизмом показало, что они имеют достаточные ресурсы для разрешения алкогольной проблемы в семье. Однако обладая характерным для большинства из них оптимизмом, они реже здоровых склонны конструктивно менять настоящее. Наличие дезадаптивных стратегий в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сфере совладающего поведения женщин прямо связано с выраженностью их созависимого поведения. Обращает на себя внимание и то обстоятельство, что уровень поведенческого паттерна созависимого поведения определяется наличием дезадаптивных вариантов в когнитивной сфере совладающего поведения. Эти данные подчеркивают важность когнитивных механизмов в формировании феномена созависимого поведения и требуют соответствующей направленности коррекционных мероприятий.

Важными факторами, способствующими стабильности терапевтических ремиссий, являются высокий уровень адаптации больных и эффективность противорецидивного лечения, направленного на купирование аутохтонного или ситуационно обусловленного ПВА (Александрова Н. В., 1984; Каюмов Б. П., Мирошниченко Л. Д., 1989; Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н., 1989). Вместе с тем известно, что поскольку ПВА является глубинным уровнем мотивации, т. е. начальным этапом мотивационного процесса, оно нередко не осознается, что создает известные трудности при решении вопросов профилактики рецидивов. Семья обычно является первым индикатором актуализации ПВА, поэтому идентификация патологического влечения к алкоголю не только больным, но и членами его семьи имеет большое значение в профилактике рецидивов.

Проведенное совместно с А. Ю. Дмитриевой и С. В. Цыцаревым исследование по выявлению поведенческих референтов актуализации ПВА у больных алкоголизмом в ремиссии по оценке их женами показало, что эти оценки в первую очередь связаны с особенностями личности жен и типом семейных отношений. Выявлены два типа супружеских конфликтов, предшествующих развитию заболевания: конфликт, в котором лидером являлась жена, и конфликт, в котором лидером был муж. В первом случае жена обладала следующими личностными особенностями: зрелость, уравновешенность, практичность, доминантность, напряженность (фрустрированность). При втором типе конфликтов жена обнаруживала такие личностные особенности, как покорность, зависимость, несамостоятельность, низкий интеллект. В бесконфликтных семьях жены отличались также покорностью и зависимостью, которые у них сочетались с проницательностью, умением вести себя холодно и рационально. Изначально устойчивый и напряженный супружеский конфликт, независимо от его типа, отрицательно влиял на способность жены к адекватной оценке ПВА у мужа. Только при целенаправленной беседе у таких жен можно было выявить изменения в состоянии мужа перед рецидивом. Следует отметить, что поведенческие референты ПВА у больных алкоголизмом в ремиссии различались у них соответственно типам мотивации обращения к алкоголю (Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1987). Но для всех больных вне зависимости от типа мотивации обращения к алкоголю общими признаками актуализации ПВА в ремиссии являлось усиление аффективных нарушений и эмоциональной неустойчивости, приводящее к повышению уровня конфликтности в семье. Кроме того, почти у всех больных обнаружено снижение круга интересов, в первую очередь, к делам семьи, появление замкнутости, отчужденности во взаимоотношениях с близкими, ослабление критического отношения к алкоголизации.

Поскольку в структуре противорецидивных мероприятий меры, направленные на купирование ПВА, занимают важнейшее место, возникает необходимость научения супружеских пар распознаванию признаков возобновления ПВА. Данные, полученные в этом исследовании, могут способствовать решению этой задачи при индивидуальной и семейной психотерапии больных.

В связи с задачами изучения эффективности комплексного противорецидивного лечения проводилась оценка влияния социально-психологических факторов на успешность (или снижение эффективности) лечения больных алкоголизмом, которая оценивалась по формированию стойких и длительных ремиссий (или отсутствию таковых).

Изучались результаты стационарного лечения (они у всех пациентов были примерно идентичными): непосредственная характеристика статуса больного при завершении лечения и в его дальнейшей динамике; взаимосвязь между клинической характеристикой статуса и уровнем социальной адаптации больных; взаимосвязь между характером семейных и производственных отношений пациентов и отдаленными (в течение года и более) результатами терапии; сравнивались также результаты прежнего лечения и терапии, про-

водимой в отделении лечения алкоголизма Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева.

Результаты исследования показали, что между уровнем социальной адаптации больного и наличием основного симптома алкогольной зависимости — патологического влечения к алкоголю — при выписке пациента из стационара обнаруживается определенная взаимосвязь. Оказалось, что отсутствие ПВА у пациента после лечения сопряжено с достижением компенсации в семейных и супружеских отношениях ($p < 0,05$). В первые 6 месяцев ремиссии появление влечения к алкоголю было достоверно связано с напряженностью в семейных отношениях ($p < 0,05$). Кроме этого, была обнаружена взаимосвязь между удовлетворенностью больного характером отношений в семье и оценкой его установки на трезвость после лечения ($p < 0,05$). После завершения противоалкогольного лечения на этапе стабилизации ремиссии прогностически значимыми в формировании продолжительных ремиссий факторами являются нормализация семейных и супружеских отношений, а также отсутствие напряженности в сферах общения и производственных отношений ($p < 0,05$). В первые 6 месяцев трезвости значимые различия между больными с длительными (более 1 года) и короткими (до 6 месяцев) ремиссиями в прошлом выявлялись в уровне адаптации в сфере общения и супружеских отношений ($p < 0,05$).

Дальнейшее изучение роли семейного фактора в стабилизации ремиссии показало, что длительность ремиссии после противоалкогольного лечения была положительно связана с такими аспектами семейной жизни, как полная удовлетворенность семейными отношениями ($p < 0,05$), спокойные семейные отношения ($p < 0,05$), положительное отношение больного к матери ($p < 0,05$) и теплые взаимоотношения с ней ($p < 0,05$). Продолжительные терапевтические ремиссии отмечались также достоверно чаще у больных с выраженной потребностью в семейном образе жизни ($p < 0,05$) и полной удовлетворенностью семейными отношениями ($p < 0,05$), имеющих хорошие отношения с матерью ($p < 0,05$). При этом влияние семейного фактора на всем протяжении изученного отрезка ремиссии (до 2-х лет) преобладало над производственными и другими социальными факторами.

Результаты исследования еще раз указывают на важность учета семейного фактора в формировании ремиссий (или возникновении рецидивов) и диктуют необходимость обязательного включения семейной психотерапии в комплексную лечебно-восстановительную программу.