

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профессор Аграновский М.Л., Аграновский В.М. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С АСТЕНИЧЕСКИМИ И ПСИХАСТЕНИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА

Андижанский государственный
медицинский институт

Введение. Медицинская статистика показывает, что алкоголизм остается одной из самых актуальных проблем медицины [3,9]. Особенно это касается дифференцированного применения психотерапевтических методик в лечении алкоголизма.

Многие авторы подчеркивают значимость определения характерологического склада пациентов для выбора адекватного стиля ведения больного в процессе психотерапии, для более точного выявления типичных механизмов его уязвимости, специфических психологических проблем, зависящих от характерологических особенностей [2,8,11,13,14]. Тем не менее, ряд вопросов, касающихся связи характерологических особенностей с реализацией психотерапевтических программ до конца не разработаны.

Цель и задачи исследования. Изучение эффективности психотерапевтического лечения больных алкоголизмом с астеническими и психастеническими чертами характера.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование (ММРІ и тест Люшера, МПА – тест мотивации приёма алкоголя) [6,7] и лечение 404 больных с алкоголизмом второй стадии, проживающих в Ферганской долине и обратившихся самостоятельно за психотерапевтической помощью за период 2002-2005 годов. Мужчин было 356 (88,1%), а женщин – 48 (11,9%). В 2005-2006 годах проводилось проспективное динамическое наблюдение за состоянием тематических больных и эффективностью проведенного лечения. Возраст начала систематического употребления алкоголя составлял $18,6 \pm 2,3$ лет. Формирование алкоголизма происходило в возрасте $24,6 \pm 3,1$ лет. Длительность настоящего заболевания варьировала от 5-ти до 35 лет.

Прогрессиентность алкоголизма оценивалась согласно методическим указаниям “Методы комплексного прогноза хронического алкоголизма” и критериями Г.В.Морозова и Н.Н.Иванца [4]. Диагностические критерии зависимости проводились по МКБ-10. [5].

При оценке темпа прогрессиентности заболевания у 28,7% (116 больных) установлен низкий темп (I группа), у 51,5% (208 больных) средний (II группа),

у 19,8% (80 больных) высокий темп (III группа) прогрессиентности заболевания.

Обсуждение. На основании данных объективного и субъективного анамнеза, психического состояния, а также дополнительных данных психологического обследования с помощью теста ММРІ [6], по характерологическим особенностям пациенты распределились следующим образом: синтонные – 21,8% (88), с преобладанием астенических и тревожно-мнительных черт характера – 19,8% (80), неустойчивые – 17,8% (72), истерические – 12,9% (52), возбудимые – 12,9% (52), эпилептоидные – 5,9% (24), шизоидные – 8,9% (36). Степень выраженности личностных особенностей в преморбиде – норма или акцентуация характера.

Среди больных алкоголизмом достаточно часто встречались больные с астеническими и психастеническими (80 больных; 19,8%) чертами характера, благодаря наличию сенситивности, робости и застенчивости. Вместе с тем, больные с психастеническим преморбидным типом личности отличались преобладанием тревожной мнительности, склонности к самоанализу, развитой способностью к состраданию и сопереживанию чужим бедам, добросовестностью, чувством ответственности. Астенические личности наряду с признаками сенситивности характеризовались более выраженной раздражительностью в сочетании с быстрой истощаемостью эмоциональных реакций.

Чаще, чем в других группах, у них встречались перенесенные в дошкольном и младшем школьном возрасте полиморфные страхи. Ключевая характерологическая особенность больных этой группы выражалась в преобладании тревожности, ананкастической робости, создающей предпосылки для возникновения сомнений, опасений и нерешительности, неуверенности в себе, заниженной самооценки, избегания неопределенных ситуаций, ожидания неприятностей. Это сочеталось с истощаемостью, неспособностью к длительным усилиям, как интеллектуальным, так и физическим, подверженностью внешним влияниям. Они избегали повышенных нагрузок, ответственности, были недостаточно инициативны, неспособны к длительному волевому напряжению. Настроение у них характеризовалось неустойчивостью, преимущественно пониженным фоном. Среди малознакомых лиц они чувствовали себя неуверенно, старались держаться в стороне. Пребывание в обществе всегда было связано для них со значительным напряжением, что свидетельствовало о затруднении межличностных контактов. Они предпочитали уединенные занятия, при этом легко приходили в отчаяние при неудачах. В таких случаях ощущали слабость, разбитость, чувствовали себя неспособными выполнять повседневные обязанности. На фоне пониженного настроения у таких лиц легко возникали различные страхи, чувство вины, навязчивые опасения за состояние своего здоровья.

Вместе с тем, эти люди отличались трудолюбием, добросовестностью и повышенным чувством долга. Раздражительность, нередко наблюдавшаяся у этих больных, проявлялась в кратковременных вспышках и быстро сменялась чувством утомления, истощения, сожалениями по поводу своего «неправильного» поведения. Изменения личности обычно исчерпывались заострением преморбидных особенностей. При этом выявлялась склонность к фобиям ипохондрического содержания.

Алкоголь начали употреблять в период от 18 до 20 лет. Алкоголизм формировался у них под влиянием неблагоприятного микросоциального окружения. Вначале спиртные напитки часто служили как бы средством для снятия тревожности, неуверенности в себе, обеспечения возможности непринужденного поведения в психологически трудной ситуации. Длительность этапа систематического злоупотребления алкоголем составляла от 3 до 8 лет. Признаки первой стадии алкоголизма в большинстве случаев формировались в возрасте 19-25 лет. Влечение к алкоголю появлялось не только в субъективно значимых, психотравмирующих ситуациях, но и спонтанно, сопровождалось «борьбой мотивов». Часто состояние больных в опьянении менялось, появлялась раздражительность, беспокойство. Длительность первой стадии заболевания составляла в большинстве наблюдений от 3 до 10 лет.

Во второй стадии алкоголизма первичное патологическое влечение к алкоголю превалировало над вторичным. При этом чаще обострение первичного патологического влечения к алкоголю сопровождалось

изменением настроения с появлением депрессивно-дисфорического оттенка. Употребление алкоголя носило характер постоянного пьянства на фоне высокой толерантности. Реже наблюдались продолжительные псевдозапой. На этом этапе заболевания утяжелялись и вторичные формы патологического влечения к алкоголю. Амнестические расстройства проявлялись в виде алкогольных палимпсестов.

В структуре абстинентного синдрома у больных этой группы психопатологические расстройства явно преобладали над сомато-вегетативными. Характерным для этих состояний было угнетенно-тревожное настроение, которое сопровождалось самообвинениями.

Таким образом, у больных данной группы симптомы алкоголизма формировались заметно медленнее, чем обычно это наблюдается в общей популяции больных алкоголизмом. Социальное снижение слабо выражено и по глубине отставало от тяжести клинических проявлений заболевания.

Результаты тестирования данной группы пациентов с помощью теста ММРІ представлены в таблице 1.

При анализе средних показателей профиля ММРІ выявилось повышение по 2-й и 7-й шкалам, что говорит о наличии тревожно-мнительных черт характера, неуверенности в себе, конформности установок. Отмечаются высокие показатели 8-й шкалы, что в сочетании с пиком по 7-й шкале выявляет астенический тип реагирования с внутренним напряжением, тревожностью, раздражительностью, склонностью к бесконечному обдумыванию проблем.

Таблица 1

Значение шкал ММРІ у пациентов с астеническими и психастеническими чертами характера

Шкалы ММРІ	Т - баллы (среднее арифметическое $\pm$ стандартное отклонение) (n=80)
Шкала L («лжи»)	40,80 $\pm$ 4,35
Шкала F («достоверность»)	58,42 $\pm$ 10,45
Шкала К («коррекции»)	40,54 $\pm$ 14,12
Шкала 1 («невротического сверхконтроля»)	60,23 $\pm$ 8,09
Шкала 2 (пессимистичности)	75,28 $\pm$ 10,37
Шкала 3 («эмоциональной лабильности»)	60,77 $\pm$ 9,65
Шкала 4 («импульсивности»)	54,29 $\pm$ 5,36
Шкала 5 (муж - жен) мужская	50,73 $\pm$ 8,01
Шкала 6 («ригидности»)	58,45 $\pm$ 15,23
Шкала 7 («тревожности»)	75,56 $\pm$ 11,43
Шкала 8 («индивидуалистичности»)	58,33 $\pm$ 15,67
Шкала 9 («оптимизма и активности»)	45,24 $\pm$ 16,24
Шкала 0 («социальной интроверсии»)	68,48 $\pm$ 19,29

Также определяются низкие показатели 4-й шкалы, свидетельствующие о снижении мотивации достижения, об отсутствии спонтанности, непосредственности поведения, о хорошем самоконтроле, невыраженном честолюбии, об отсутствии лидерских черт и стремления к независимости, о приверженности общепринятым нормам поведения, о конформизме.

Полученные результаты тестирования пациентов тестом М. Люшера представлены в таблице 2.

Подавление основных потребностей во второй группе было максимальным по сравнению с остальными пациентами и составило 86,3%. Наиболее отвергаемым у них оказался синий цвет (33,8%), что свидетельствует о подавлении потребности в «удовлетворенности и привязанности». На втором месте

по вытеснению находился желтый - 26,3% (потребность «смотреть вперед и надеяться»), а на третьем зеленый — 22,5% (потребность в «самоутверждении»).

Компенсаторное поведение в этой группе в большей степени (30%) определялось серым цветом, хотя преобладание вспомогательных цветов в начале цветового ряда было минимальным из всех групп (33,7%).

При анализе результатов теста на определение психологических мотивов потребления алкоголя у 67 больных из этой группы преобладали атактичные, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания - напряжение, тревогу, страх, и гедонистические, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя (см. рисунок 1).

Таблица 2

Характеристика актуальных проблем, выявленных тестом Люшера

Под-группа	АП (тревога)	Кол-во человек	%	Всего человек	Всего %	Кол-во !	% !
I	-1	27	33,8	69	86,3	40	31,9
II	-2	18	22,5			46	36,2
III	-3	3	3,7			3	2,1
IV	-4	21	26,3			38	29,8
V	-6	3	3,7	11	13,7	—	—
VI	-7	5	6,3			—	—
VII	-0	3	3,7			—	—

Таблица 3

Психотерапевтические методы, используемые для лечения больных алкоголизмом с преимущественно астеническими и психастеническими чертами характера

Методы психотерапии, используемые при установлении контакта	Методы психотерапии, направленные на изменение алкогольного поведения
Рациональная психотерапия - Диссоциирующий стиль	Катарсические методы: отреагирование либо чрезвычайно патогенных (создающих дискомфорт и эмоциональное напряжение) либо задержанных эмоций.

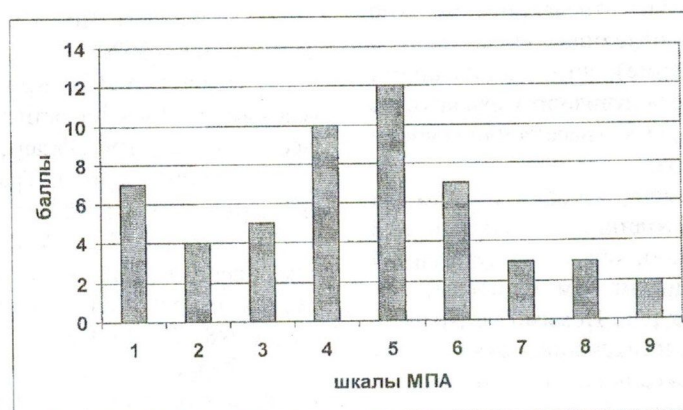


Рисунок № 1. Средние показатели профиля мотивации потребления алкоголя по шкалам МПА.

Группа социально-психологических мотивов приема алкоголя: традиционные мотивы, субмиссивные, псевдокультурный тип мотивов. Группа личностных, персонально значимых мотивов: гедонистические, атарактические, мотивы гиперактивации поведения. Собственно патологические мотивы: «похмельные», аддиктивные, самоповреждения.

Результаты. Эффективность психотерапии оценивалась на основании применения дифференцированного подхода к лечению больных алкоголизмом [1,2,11] У больных этой группы установление психотерапевтического контакта происходит на уровне мышления. Большая часть больных обратилась за лечением тогда, когда они восприняли алкоголизм как проблему. У этих пациентов степень осознания болезни была наиболее глубокая по сравнению с пациентами, имеющими другие характерологические особенности. Однако у них наблюдался так называемый феномен «знание-и-незнание» - состояние рационального понимания, которое не ведет к соответствующим действиям (в нашем случае к изменению пьющего поведения).

На этапе установления контакта пациенты этой группы более восприимчивы к директивному стилю. Затем тактика доминирования сменялась партнерскими отношениями с предоставлением пациенту самостоятельности и принятием на себя ответственности за то, что происходит в его жизни. Соответственно этому психотерапевтической мишенью для этих пациентов являются чувства. Таких пациентов после установления контакта на уровне мышления, необходимо постепенно и последовательно направлять от мышления к чувствам, перед тем как произойдет какое-либо поведенческое изменение. Общая цель лечения в подобных случаях, - движение от мышления к чувствам и обучение наслаждению приятными чувствами без алкоголя. Стратегией личностного ухода от позитивных изменений являлось поведение пациентов. Если терапевт предлагал больному из этой группы изменить поведенческий паттерн, изменения не было. Таким образом, рациональная психотерапия эффективна лишь на этапе установления контакта.

Для изменения пьющего поведения эффективны методы психотерапии, направленные на работу с чувствами (см. таблицу 3).

Катарсические - методы отреагирования либо чрезвычайно патогенных (создающих дискомфорт и эмоциональное напряжение), либо задержанных эмоций - то есть эмоций, не получивших выхода в свое время: не выраженная вовремя агрессия или вовремя не заверченный этап траура.

Для этих целей мы использовали следующие психотерапевтические методики: транзакционный анализ, гештальт-терапию, обучение аутогенной тренировке, противорецидивным навыкам, как индивидуально, так и в группе. Помимо подходов и методов, основанных на транзакционном анализе, мы применяли метод парадоксальной интенции по В. Франклу [10,12] в случаях жалоб на фобии и навязчивости.

Выводы. Таким образом, основное в работе с этими пациентами - научить их отреагированию эмоций, управлению эмоциями, доверять своим чувствам, не бояться их, уметь снимать мышечное и эмоциональное напряжение без приема алкоголя. Приобретая эти навыки, пациенты легче изменяли свое пьющее поведение, а при длительной амбулаторной курации научались предупреждать рецидивы и снижать интенсивность первичного патологического влечения к алкоголю. Эти навыки являются основополагающими в психотерапии.

Используемые психотерапевтические подходы позволили получить ремиссию до года у 75 больных (93,8%).

Список литературы:

1. Аграновский М.Л., Аграновский В.М. Новый способ лечения алкоголизма // Вятский медицинский вестник. - 2003. - № 1. - С. 3-4.
2. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. - 1995. - № 2. - С. 65-68.
3. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М.: Нолидж, 2000. - С. 41-59.
4. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Влияние личностного фактора на прогрессивность хронического алкоголизма // Алкоголизм (Клиника, терапия, патогенетич. и судеб.-психиатр. аспекты). М., 1998. - С. 3-8.
5. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Республике Узбекистан. - Ташкент, 2005. - 320 с.
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ, Модифицированный вариант теста ММРП). М., 1993.
7. Собчик Л.Н. Метод цветочных выборов (Модифицированный цветочный тест Люшера). - М., 1993.
8. Циркин С.Ю. Диагностика и систематика личностных типов // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. - С. 81-84.
9. Шамота А.З., Русских Н.Н. Динамика алкоголизма в России в последнее десятилетие // Мат. междунар. конф. психиатров. - Москва. - 1998. - С. 351.
10. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 2005. - 367с.
11. Юрченко Л.Н. Клинико-катамнестическое исследование эффективности психотерапии алкоголизма: Дисс. ... канд. мед. наук. Рязань, 1999. - 145 с.
12. (Berne) Берн Э. Транзакционный анализ и психотерапия / Пер. с англ. СПб.: Братство, 2002. - 224 с.
13. Farren C.K., O'Malley S.S. Occurrence and management of depression in the context of naltrexone treatment of alcoholism // American J. Psychiatry. - 1999. - Vol. 156, N8. - P. 1258-1262.
14. Zappetelli E., Di Giannantonio M. Alcolismo: Contributi psicoterapici // Arh. Psicol. Neurol. E Psichiat. - 1999. - Vol.50, № 2. - P. 491-495.

Summary

**PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT
OF ALCOHOLISM IN PATIENTS
WITH ASTENIC AND PSYCHOASTENIC
FEATURES OF CHARACTER**

Agranovskiy M.L., Agranovskiy V.M.

Clinical psychopathological and experimental psychological examinations (MMPI, Lysher) and treatment of 404 alcoholic patients in the II stage living in Fergana valley and applied for independent psychotherapeutic help during 2002-2005 were done to study the effectiveness of psychotherapeutic treatment of alcoholic patients with different features of character. 356 men (88,1%) and 48 women (11,9%) were examined. The dynamic prospective observation for patients condition and treatment effectiveness were made in 2005-2006. The taking of alcohol started at the age of $18,6 \pm 2,3$. The formation of alcoholism was at the age of $24,6 \pm 3,1$. The duration of disease in that study was from 5 to 35 years.

Astenic and psychoastenic features of character were revealed in 80 patients (19,8%). The most effective in the establishment of psychotherapeutic contact with them was the rational psychotherapy – dissociation style. Psychotherapeutic methods directed for the change of alcoholic behavior included catharsis methods: extraordinary pathogenic or delayed emotions.

The used psychotherapeutic methods made possible one year remission in 75 patients (93,8%).