

УДК 613.81:616.89

Побережная Н.В., Грачев Р.А

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация*

Проблема невротических расстройств на разных стадиях употребления алкоголя, в частности пива у лиц молодого возраста, наряду с клинико-диагностическими аспектами, предусматривает разработку адекватной психотерапевтической тактики, которую современные психиатрические и наркологические службы не всегда предоставляют в достаточно полном объеме [1,2]. За рубежом до последнего времени, в соответствии с господствующими психодинамическими представлениями о развитии психической патологии непсихотического уровня, предлагались лишь специфические психотерапевтические (в основном, психоаналитические) методы, направленные на достижение осознания (повторного отреагирования) психологических причин развития (чаще всего, внутренних конфликтов).

Психотерапия больных алкоголизмом должна быть патогенетической, т.е., вскрывать внутренние мотивации личности на этапе первоначального приобщения к спиртному и на этапе систематического пьянства и злоупотребления [3]. На этапе индивидуальной психотерапии изучается личность подростка, ее типологическая структура, микросоциальное окружение, система отношений с микросредой в процессе учебы и в быту, особенности личностных реакций, поведения, жизненных ценностей, социальных ориентаций. Одновременно, путем анализа истории развития, воспитания подростка составляется для себя представление о его личностно-психологических качествах до заболевания и в процессе развития, об особенностях патохарактерологических сдвигов, клиники заболевания и его течения. Выясняется система взглядов на развитие невротических расстройств у больного, усиливающих интоксикацией алкоголем, искренность стремлений к трезвому образу

жизни, отношение подростка к пребыванию в лечебном учреждении и к методам лечения. В конечном итоге, определяются личностные характеристики, состояние эмоционально-волевой сферы, социальная сохранность. Применяется прием сравнения настоящего состояния и положения подростка с изначальным, когда перед ним раскрывался весь мир надежд и устремлений [4].

На этапе индивидуальной психотерапии, носящей преимущественно диагностический характер, используется принципиально важный прием – установление максимально доверительных контактов. Существуют бесспорные требования к поведению психотерапевта в беседе с больным. Обязательным условием успешной терапии является присоединение терапевта к пациенту. Участники психотерапии понимают только обращение на языке собственных переживаний. Они готовы обсуждать только собственные проблемы, а чужие темы даже не слышат. Врач говорит на языке, понятном больному, иначе его усилия по лечению пациентов будут безуспешными. Принцип индивидуального личностного подхода, индивидуализации лечения на разных этапах терапии больного с невротическими расстройствами и пивным алкоголизмом наиболее перспективен, но, в то же время, и трудоёмок. В подобных случаях оправданы краткосрочные психотерапевтические воздействия, имеющие целью преодолеть ригидность патологического процесса. Эффективность краткосрочных психотерапевтических воздействий подтверждена практикой. В краткие сроки, в течение нескольких встреч, врач-психотерапевт должен изменить некоторые представления больного, касающиеся болезни и внушить оздоровительные формы поведения [5]. Рациональная психотерапия больных с невротическими расстройствами

в течение одного или нескольких сеансов позволяет решить ряд важных терапевтических задач, способных повлиять на весь ход лечения и ближайший прогноз. К этим задачам относятся:

- формирование адекватной внутренней картины болезни, терапевтических установок (стремления прекратить употребление алкоголя(пива), желание лечиться с использованием конкретных методов терапии невротических расстройств и алкогольной(пивной) зависимости;

- построение реальных жизненных планов для достижения позитивных социально значимых целей;

- формирование внутреннего локус-контроля с принятием всей ответственности за собственное поведение и проблемы, связанные с наличием невротических расстройств и употребления алкоголя (пива).

При проведении рациональной психотерапии больным с наличием невротических расстройств и коморбидной нозологической алкогольной (пивной) патологии врач совместно с пациентом должен выяснить следующие основные вопросы: «Как оценивает себя пациент?», «Каким он хочет быть в оценке окружающих?», «Каков он на самом деле?», «Какой ущерб ему наносит алкоголь?». В результате, у больного формируются правильное самосознание и самооценка, что повышает эффективность проводимого психиатрического и противоалкогольного лечения.

Рациональная психотерапия может проводиться не только индивидуально, но и в виде её группового варианта. В этом случае большее влияние оказывает не столько сам психотерапевт, сколько умело направляемый им групповой процесс [6]. Именно в группе аналогичных пациентов предпочтительно обсуждать особенности личностных структур. На обсуждение группы представляются истории болезни (амбулаторные карты) с различными личностными характеристиками, в которых ярко демонстрируются их связи со злоупотреблением алкоголем(пивом). Нами проводилось обсуждение значения особенностей личности, актуальной ситуации и понимания болезни каждого из участников групповой терапии для развития заболевания. Использовались методики «анонимного обсуждения» – разбора конкретных историй болезни наблюдавшихся ранее больных с привлечением сведений из историй присутствующих

больных, без оглашения их принадлежности. Методика «психотерапевтического зеркала» [7,8] отличается детальным обсуждением расстройств, знакомых присутствующим. Формирование психотерапевтических групп из больных, находящихся на разных стадиях и фазах течения заболевания составляло сущность методики «лечебной перспективы». Разъяснение существующих методов терапии психических заболеваний невротического уровня и антиалкогольного лечения является обязательным, так как больные не в полной мере знают о возможностях современной медицины и особенностях собственного состояния. Часто больной делает для себя большие открытия и может составить представление о приемлемых для него методах лечения. Важно в такой психотерапии показать, как социально приемлемые мотивы деятельности и потребности постепенно отодвигаются на задний план и замещаются патологической потребностью в спиртном. Поскольку подростки, употребляющие алкоголь, склонны обвинять в своем пьянстве окружающих и не критичны в собственных оценках, то следующей по важности задачей психотерапии становится осознание больными качеств собственной личности, возникновения и развития невротических расстройств, особенно тех, которые способствуют формированию и развитию болезни, применительно к той или иной личностной структуре.

Добиваясь осознания болезни и формулируя установку на лечение, в то же время, необходимо снять с больного «вину» за свою болезнь. Это достигается двумя путями: снижением влияния негативных социальных последствий диагноза («Ну и что же, что невроз? Бывают болезни и похуже. А сколько по-настоящему хороших людей страдает алкоголизмом?») и снятием с личности «вины» за этот диагноз («Каждый может заболеть»). Следует акцентировать внимание на известных пациенту случаях успешного лечения и многолетнего воздержания от приема алкоголя и ПАВ.

Целевая экзистенциальная группа (ЦЭГ) – социальное явление, отражающее нишу человека в социальном пространстве с учетом задач эволюционного развития личности. Это определенный вид, категория, служащая для обозначения эволюционных характеристик развития личности, деление людей в зависимости от духовного статуса человека; отража-

ет этапы развития качеств и свойств личности. Общими стержневыми критериями, по которым можно определить принадлежность к определенной ЦЭГ человека, являются отношение к жизни, ответственность, отношение к труду. Отношение к жизни понимается как процесс формирования ценностей, ведущих потребностей, интересов, мотивов, личного бытия – определенного способа жизни и направления развития личности. Отношение к труду понимается как процесс осознания человеком всех своих действий. Ответственность понимается как волевое личностное качество человека, проявляющееся осознанным самоконтролем и субъективной готовностью отвечать за собственные действия и поступки[9].

Алгоритм описания основных характеристик ЦЭГ:

1. Степень самостоятельности в принятии решений, границы ответственности.
2. Отношение к труду.
3. Отношение к людям.
4. Отношение к себе: самооценка, способность к рефлексии.
5. Основные качества характера.
6. Основные ценности, сфера интересов.
7. Способности.
8. Ведущий мотив.
9. Особенности развития и лечения психических и наркологических заболеваний.

Степень самостоятельности в принятии решений, границы ответственности относятся к ответственности «за выживание». Индивидуум часто демонстрирует полное избегание ответственности. От него крайне трудно добиться как принятия обязательств, так и их выполнения. Самостоятельные решения могут быть направлены только на собственное выживание. Личность способна только к очень жестко структурированной внешней ответственности. Не отвечает ни за себя, ни за других людей, даже близких родственников.

Отношение к труду описывает представителей этой ЦЭГ воспринимающими труд как недоразумение. Работать они не умеют. Часто общий трудовой стаж не превышает нескольких месяцев. Однако, если такому индивидууму удастся использовать в обществе свои сильные стороны (способности к наблюдению и анализу), качество его жизни может быть очень высоким. Может придумать действительно новую, интересную идею, однако будет испытывать значительные трудности с

ее реализацией. Для него вероятны профессии журналиста, аналитика, автора монологов. Однако, если есть возможность, предпочтет жить на пособие, ренту, за счет родителя или супруга.

Отношение к людям связано с занимаемой позицией наблюдателя. Индивидуум способен к интересным наблюдениям и суждениям. В семье эгоистичен, как должное воспринимает заботу о себе без намека на ответные действия. Частая позиция – «только не трогайте меня», но, при этом, – «вы мне должны». По большому счету, к людям относится равнодушно, как к объектам наблюдения. Часто не имеет близких привязанностей.

Отношение к себе проявляется ярким отторжением каких-либо ограничений и обязательств. Свобода воспринимается данным индивидуумом как полное невмешательство в его жизнь и дела. Он практически не способен себя ограничивать, устремлен к вседозволенности. Сознание направлено на собственные ощущения, характерна общая зависимость от настроений и прихотей, которых, впрочем, не так уж много. В жизни часто неприхотлив, довольствуется малым.

Основные качества характера субъекта проявляются в том, что он малоэмоционален, малоэнергетичен, неамбициозен, флегматичен. Характерна вялая деятельность (связанная с тем, что интересно), свойственна неразборчивость в средствах. Мотивы поступков часто кажутся окружающим нелогичными, выражены эгоизм и эгоцентризм. Индивидуум не умеет искать компромиссы. Отличается широтой внимания, большой, но поверхностной сферой интересов, знаний, невысоким уровнем притязаний. Физически часто слаб.

Основные ценности, сфера интересов характеризуются виртуозным умением жить за чужой счет. Это может относиться к государственным пособиям, родственникам, окружающим людям, например, не умеющим отказывать. Субъект не брезгает криминалом и попрошайничеством. Внутреннее ощущение комфорта и получение удовольствия от жизни, как правило, его не интересуют. Интересы – компьютер, кино, телевидение – всё, что связано с наблюдением. В силу своей неприхотливости, индивидуум может быть «бомжом», удовлетворяясь наблюдением этой сферы жизни. Обладает высокой выживаемостью. Практически в любых условиях способен отыскать свой собственный «тихий уголок»,

свободный от опасностей и обязательств.

Способности подразумевают, что движущими силами активности личности являются выживание и наблюдение. Субъект способен к неординарным суждениям, необычным идеям, неожиданным находкам. Может увидеть нечто интересное, смешное или полезное там, где остальные пройдут мимо.

Ведущий мотив: «Хочу спокойно жить за чужой счет», «Не трогайте меня».

Особенности развития и лечения психических и наркологических заболеваний характеризует злокачественное течение наркологических заболеваний – высокопрогредиентное, с краткими ремиссиями, обусловленными жестким внешним контролем, либо угрозой выживанию. Распространенный вариант – виртуальная зависимость (но не гемблинг – в силу неазартности). Действие многих ПАВ, включая алкоголь (пиво), хорошо встраивается в систему ценностей индивида, связанную с наблюдением в различных аспектах, поэтому формирование зависимости часто носит быстрый безремиссионный характер. Такая личность эффективно воспринимает суггестивную психотерапию, особенно, если понимает угрозу зависимости для своего выживания. В реабилитации смысла не видит. В течение всего длительного реабилитационного процесса данный пациент способен «тихо отсидеться» и возобновить прием алкоголя сразу после выписки.

С введением в психиатрическую и наркологическую практику целевого экзистенциального подхода, мы получаем возможность дифференцированной разработки лекарственных, психотерапевтических и реабилитационных программ. С точки зрения ЦЭГ, важное значение приобретает умение человека переоценить свои ценности – это дает возможности для целенаправленного развития в вышестоящие группы. Подобный подход определяет ключевую роль отношения пациента к ответственности – именно этот критерий, как мы считаем, может стать одной из важнейших дополнительных клинических характеристик наркологического заболевания.

Семейная психотерапия рассматривается как метод восстановления функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья её членов. Она состоит из следующих этапов: 1) обследования семьи; 2) семейных обсуждений; 3) совместной психотерапии больного и родителей [10].

Первый этап семейной психотерапии завершается постановкой так называемого семейного диагноза, в котором, с позиций системного анализа, обобщаются психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на недостаточное функционирование семьи как системы взаимосвязанных ролей, низкую продуктивность совместной деятельности, наличие большого количества неразрешенных проблем и явных или скрытых конфликтов.

При обследовании врач - психотерапевт, больной и родители составляют малую группу, отношения в которой существенно влияют на процесс последующей психотерапии. В первую очередь, это относится к установкам участников данной группы на врачебную помощь. Так, большинство родителей, находясь в конфликте с детьми, ожидают, что врач заставит детей беспрекословно выполнять их требования и устранил у них «дух своеволия». В связи с этим родители могут прямо или косвенно предписывать врачу определенный план действий с целью усиления своей позиции в семье. Таким образом, врач-психотерапевт может быть вовлечен в неразрешенный семейный конфликт, поэтому он должен соблюдать известный нейтралитет в семейном конфликте, основанный не на эмоционально холодном или чрезмерно сдержанном отношении, а на эмоционально теплом эмпатическом проникновении в проблемы семьи, исключаящем безоговорочную поддержку какого-либо члена семьи в ущерб другим и попытку все сразу «поставить на свое место»[11]. Функция врача -психотерапевта заключается в содействии прогрессивному развитию семейных отношений и в понимании точек зрения всех участников конфликта. Психотерапевт действует не как судья, а как посредник в проблемах семьи, исходя, прежде всего, из задач лечения подростка, болезнь которого в немалой степени обусловлена неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. В этом значении врач -психотерапевт поддерживает желание родителей нормализовать обстановку в семье и вылечить подростка, что уже само по себе выполняет интегрирующую роль в восстановлении нарушенных семейных отношений. Особого внимания заслуживает позиция родителя, который не посещает врача и отрицательно относится к лечению ребенка. При доминировании в семье

он может свести на нет психотерапевтическое воздействие врача. Нередко против обращения за помощью выступают отцы, расценивая это как вмешательство, подрывающее их мужской авторитет. Своевременное обсуждение с обоими родителями необходимости лечения ребенка предупреждает подобное отрицательное отношение. По отношению к лечению всех родителей можно разделить на две группы. Одни придают серьезное значение нервно-психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием. В такой роли часто выступает мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за возникновение болезни у ребенка. Другие приводят детей на прием только по настоянию специалистов, не осознавая своей ответственности. Эти родители формально относятся к рекомендациям врача. В данных случаях от него требуется немало такта и умения, чтобы заинтересовать родителей в оказании всесторонней помощи ребенку, чему способствует обоснование врачебного прогноза о дальнейшем неблагоприятном личностном развитии пациента. Успешность подобной коррекции отношения родителей в значительной мере зависит от их культурного и нравственно-этического уровня.

Осложняют семейную психотерапию параноидальной настройкой у родителей, авторитарные, истерические и эгоцентрически-защитные черты их личности, неспособность к эмоциональному сопереживанию, скупость, «товарный фетишизм», негибкость мышления, нетерпеливость и неустойчивость характера.

Как правило, родители не понимают истинных причин заболевания ребенка, и необходимо в тактичной форме сделать так, чтобы они приняли концепцию врача и испытывали желание перестроить некоторые из своих отношений [12]. Однако, это еще должно найти свое практическое воплощение, для чего требуются достаточно продолжительное время и определенное обучение родителей. В некоторых случаях тревожные и пессимистически настроенные родители, разочаровавшиеся в медицине и не верящие в то, что когда-нибудь их ребенок будет здоров, сами нуждаются в соответствующем «внушении» [13].

Выслушав родителей, врач-психотерапевт излагает свое мнение о причинах возникновения невротических состояний у ребенка. Подчеркиваются факт заболевания не только

ребенка, но и взрослых членов семьи и серьезность создавшегося положения. Показывается конкретная связь невротических нарушений с психотравмирующей ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей. Отмечается, что их повышенные и противоречивые требования не соответствуют реальным возможностям и потребностям детей, а невозможность данной реализации является главным источником конфликта между родителями и детьми [14]. Обсуждается тенденция некоторых родителей компенсировать на детях взаимно обусловленные чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения. В процессе беседы не используются оценочные суждения типа порицания и обвинений в адрес матери и отца, а проводится поиск положительных моментов в семейных отношениях как педагогической перспективы в психотерапии. Последующая активность родителей свидетельствует об актуальности затронутых проблем. Постепенно в беседе возникает диалог, переходящий в дискуссию, целью которой являются поиск и согласование общей точки зрения на воспитание, вначале по второстепенным, а затем и по главным вопросам. Этому помогает определенная техника дискуссии, которая проводится на паритетных началах в спокойной и непринужденной обстановке. Подчеркиваются роль обоих родителей в психотерапии, необходимость тесного сотрудничества с врачом. Рекомендуются воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины.

Психотерапия подростков, страдающих алкоголизмом, является сложной задачей из-за наличия депрессивных и поведенческих расстройств смешанного генеза. При длительном злоупотреблении алкоголем (пивом) депрессивные расстройства становятся перманентными субличностными образованиями [15] и требуют дифференцированного психотерапевтического подхода наряду с «алкогольными субличностями» [16].

Обозначены следующие общие черты депрессивных и алкогольных изменений наиболее часто встречающихся у подростков: депрессивная субличность, характеризующаяся утратой интересов, способности получать удовольствие, пессимистическим видением будущего, заниженной самооценкой, подавленностью как чертой характера, частой «депрессивной анозогнозией» – отрицанием

наличия аффективной патологии; алкогольная субличность, описываемая утратой как интересов вне алкоголизации, так и способности без алкоголя получать удовольствие («алкогольная ангедония»), пессимистическим видением будущего (динамики ситуации, перспектив лечения, с наличием феномена «запрограммированности на неудачу»), снижением самооценки, в том числе, вследствие стигматизационного воздействия, гипотимностью, дисфоричностью «проалкогольного» содержания, «алкогольной анозогнозией» – отрицанием наличия алкогольных проблем[17].

Для эффективной психотерапии первоочередной задачей является преодоление отрицания, что требовало изучения механизмов его возникновения. Каузальные составляющие «депрессивной анозогнозии» во многом перекликались и совпадали с «алкогольной анозогнозией»[18].

Психотерапевтическая работа с пациентами должна строиться в соответствии с такими выявленными закономерностями, как:

1а) суперфициальная составляющая «депрессивной анозогнозии» – попытки объяснить длительную депрессию внешними, поверхностными причинами (словесные формулы: «Это не депрессия – просто тяжелый период жизни», «Никакой депрессии нет, просто одиночество» и т.д.). При выявлении суперфициальной составляющей «депрессивной анозогнозии» наиболее адекватной является рациональная психотерапия, которая заключается в объяснении подросткам логической взаимосвязи между возникновением психотравмы, последующей депрессии и алкоголизации;

1б) суперфициальная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявляющаяся в объяснении алкоголизации исключительно внешними причинами («Переживал после стресса, психотравмы – начал пить»). Психотерапия строится на доказательстве того, что внешние факторы лишь «запустили» механизм алкоголизации, которая впоследствии стала самостоятельной проблемой. Рассматривается соотношение «внешнего-внутреннего» с задачей укрепления позиций «внутреннего» в противостоянии «внешнему», обсуждались пути повышения фрустрационной толерантности;

2а) когнитивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – незнание проявлений

депрессии, психиатрическое невежество. При выявлении когнитивной составляющей «депрессивной анозогнозии» психотерапия заключается в дидактическом разъяснении особенностей депрессии, её специфики, клинических вариантов депрессии, своеобразия и атипизма;

2б) когнитивная составляющая «алкогольной анозогнозии» выражается в «наркологическом невежестве» пациентов, когда употребление алкоголя приписывается вредным привычкам и не воспринимается как серьезное биологическое заболевание. Так же, как при работе с депрессивной анозогнозией, осуществляется «ликвидация наркологической безграмотности» с планомерной демонстрацией ранних признаков заболевания, его развития с учетом возрастной и гендерной специфики, а также возможных последствий в будущем;

3а) перцептивная составляющая «депрессивной анозогнозии» – плохое осознание депрессии, восприятие её как нормы (словесные формулы: «Это моё обычное настроение», «Думаю, что это нормально», «Считаю, что все так себя чувствуют»). Психотерапия должна быть направлена на эмоциональную составляющую и заключается в том, чтобы показать факт снижения настроения, увязать депрессию с различными факторами. Также сюда можно отнести «психотерапию воспоминанием» – проведение тренинга с возвратом к прежнему, доблезненному эмоциональному состоянию;

3б) перцептивная составляющая «алкогольной анозогнозии», проявляется в отсутствии ощущения болезненности интоксикационных проявлений, в восприятии их как нормы, что объяснялось пациентами традициями употребления алкоголя в соответствующей среде («Все пьют»). Состояние нетяжелого похмельного синдрома воспринимается как обычное психофизическое состояние, к которому тоже наступило привыкание за многие годы злоупотребления алкоголем. Психотерапевтическая процедура заключается в сравнении состояний «чистоты» и «отравления» (терминов, доступных пациентам с невысоким интеллектуальным уровнем), а также в требовании описать свои ощущения, возникающие при абстинентном синдроме;

4а) сапплантинговая составляющая при «депрессивной анозогнозии» – вытеснение факта наличия депрессии, уход от проблемы, игнорирование её как несущественной, вре-

менной и обратимой (словесные формулы: «Это временно, само пройдет», «Не стоит обращать внимания на мелочи»). При наличии саппланта – своеобразного вытеснения – психотерапия заключается в выведении факта наличия депрессии из сферы неосознанной в сознательную часть психики; при этом, необходимо указать на факт вытеснения, доказать наличие аффективных проблем и способов их преодоления;

5а) нонкомплаентная составляющая «депрессивной анозогнозии» – нежелание сотрудничать с врачом, выполнять его рекомендации, отказ принимать лекарства, «психотерапевтическая глухота» (словесные формулы: «Я не собираюсь ходить по врачам из-за какой-то депрессии», «Мне не нужны антидепрессанты»). При выявлении нонкомплаентной составляющей «депрессивной анозогнозии» психотерапия заключается в установлении контакта, включающего определенную меру доверия и взаимопонимания с пациентом, в объяснении значимости приема антидепрессантов, внушении отсутствия угрозы со стороны врача и наличия эффективности препаратов;

5б) нонкомплаентная составляющая «алкогольной анозогнозии» выражающаяся в избегании контактов с врачами психиатрами-наркологами без экстренной необходимости. Общение с медиками, при этом, носит часто вынужденный характер – в ситуации тяжелых абстинентных состояний или при настаивании со стороны родственников больных. В этих случаях целесообразным является смена индивидуальной психотерапии на групповую – нередко массовые реакции «покаяния» пробивают брешь личностной нонкомплаентности;

6а) стигматизационная составляющая «депрессивной анозогнозии» – опасения принадлежности к группе абнормальных, страх признания «психической неполноценности» (словесные формулы: «У меня все в порядке», «Оставьте меня в покое», «Лечите психически больных»). Психотерапия заключается в «дестигматизации» депрессии, расширении в сознании пациентов ее границ и числа лиц с подобными нарушениями, объяснении происхождения аффективных расстройств при хронической алкоголизации;

6б) стигматизационная составляющая «алкогольной анозогнозии» проявляется в нежелании быть отнесенными к группе «алкоголиков», в максимальном продлении периода скрытой, латентной алкоголизации, что особенно показательно при одиночном пьянстве. Довольно сложным оказалось определить, какая стигма была более болезненной для обследованных (алкогольная или депрессивная), так же, как и идентифицировать характер депрессии при длительном алкогольном стаже (преморбидная, ситуационная, интоксикационная, энцефалопатическая). Вероятно, поэтому следует проводить параллельную антистигматизационную психотерапию с переводом модели поведения «потребителя алкоголя» на модель «потребителя антидепрессантов». Вместе с тем, тотальная анозогнозия (алкогольная и депрессивная), сопровождающаяся упорным отказом сотрудничать с психотерапевтом, служила прогностически неблагоприятным фактором. Работа с алкогольной субличностью велась параллельно с изменением депрессивной субличности, так как при подростковом алкоголизме остается неясной степень их «первичности». В связи с этим, первостепенное значение имело преодоление алкогольной анозогнозии. Как уже было отмечено выше, ее составляющие у подросткового контингента больных были аналогичными депрессивной анозогнозии, поэтому алгоритм проведения психотерапии сохранялся с коррекцией на другую тематику. Психотерапия данного контингента больных, кроме работы с алкогольной и депрессивной субличностью, также включает работу с дополнительными (астенической, ипохондрической, тревожной, истерической, апатической) субличностью, обладающими неалкогольным потенциалом в преодолении алкогольных проблем. Подобная конвертация с переводом обсуждения в русло иных вопросов прерывает прежние болезненные формы реагирования в виде готовности к стыду, привычного пересказа «легенды» о причинах алкоголизации и персеверативных обещаний изменить жизненный сценарий [19,20].

Побережная Н.В., Грачев Р.А.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ (ПИВНОЙ) ЗАВИСИМОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,

Донецк, ДНР, Российская Федерация

Проблема невротических расстройств на разных стадиях употребления алкоголя, в частности пива у лиц молодого возраста, наряду с клинико-диагностическими аспектами, предусматривает разработку адекватной психотерапевтической тактики. Описана система и этапы психотерапевтических воздействий при невротических расстройствах у лиц молодого возраста при алкогольной (пивной) зависимости.

Ключевые слова: алкоголизм, пиво, невротические расстройства, психотерапия

Poberezhnaya N.V., Grachev R.A.

THE SYSTEM OF PSYCHOTHERAPEUTIC EFFECTS IN NEUROTIC DISORDERS IN YOUNG PEOPLE WITH ALCOHOL (BEER) ADDICTION

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university»,

Donetsk, DPR, Russian Federation

The problem of neurotic disorders at different stages of alcohol consumption, in particular beer in young people, along with clinical and diagnostic aspects, provides for the development of adequate psychotherapeutic tactics. The system and stages of psychotherapeutic interventions for neurotic disorders in young people with alcohol (beer) dependence are described.

Keywords: alcoholism, beer, neurotic disorders, psychotherapy

Литература

1. Hunt G.E., Malhi G.S., Cleary M., et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016; 20: 321-330.
2. Усенкова Е.В. Профилактика аддиктивного поведения подростков как психолого-педагогическая проблема. *Молодой ученый.* 2013; 9: 409-411.
3. Трусова А.В., Крупицкий Е.М. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной и стационарной медицинской помощи: методические рекомендации. СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2012. 19.
4. Назыров Р.К., Ляшковская С.В., Холявко В.В. Психотерапевтические подходы к лечению пациентов с наркотической зависимостью: методические рекомендации НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2014. 21.
5. Турсынов Н.И., Григолашвили, М.А. Хан С. и др. Современные подходы к лечению неврозов у взрослых и детей. *Нейрохирургия и неврология Казахстана.* 2016; 2(43): 52-56.
6. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Неврастения у подростков. Клинические проявления и лечение. *Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.).* 2016; 3: 79–82.
7. Усманов С.Г. «Эго» наркозависимых как «терапевтическая мишень» реабилитации. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена.* 2006. 3 (20): 139-141.
8. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Неврастения у подростков. Клинические проявления и лечение. *Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.).* 2016; 3: 79–82.
9. Tanaree A., Assanangkornchai S., Kittirattanapaiboon P. Pattern and risk of developing alcohol use disorders, illegal substance use and psychiatric disorders after early onset of alcohol use: Results of the Thai National Mental Health Survey 2013. *Drug Alcohol Depend.* 2017; 170: 102-111.
10. Менделевич В.Д. Наркология в зеркале психиатрии. *Вопросы наркологии.* 2016: 5-6; 123-136.

11. Злова Т.П., Ахметова В.В., Ишимбаева А.Н. и др. Влияние семейного воспитания на формирование аддиктивного поведения подростков. Дальневосточный медицинский журнал. 2011; 4: 49-51.
12. Павлова А.С., Еремеева Т.Д. Аддиктивное поведение подростков. Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2018; 1 (20): 13-15.
13. Меринов А.В. Особенности психотерапии алкогольной зависимости с учетом варианта семейной динамики. Вопросы наркологии. 2017; 12: 16-22.
14. Лозовая Т.В. Профилактика зависимостей: семья: Пособие для родителей. 2-е изд., испр. и доп. Екатеринбург; 2002. 19.
15. Марачев М.П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности (по материалам 24-го конгресса ЕРА, март 2016). Психиатрия и психофармакотерапия. 2016; 2: 62-66.
16. Бурмака Н.П., Сосин И.К., Кочарян О.С. Тренинги профилактики алкогольной зависимости подростков: Методические материалы для тренеров. Практическая психология и социальная работа. 2006; 7: 49-61.
17. Fergusson D.M, Boden J.M, Horwood L.J. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. Archives of General Psychiatry. 2009; 66: 260–266.
18. Саргсян А.Х., Калмыкова И.Ю., Макаров В.В. и др. Динамика психометрических показателей в процессе психотерапии у зависимых от алкоголя. Наркология. 2018; 17(10): 80-84.
19. Шик С.В. Дефициты самопонимания как факторы риска аддиктивного поведения старших подростков. Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2014; 1 (27): 175-179.
20. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. J. Child. Psychol. Psychiatry. 2015; 56: 370–393.

References

1. Hunt G.E., Malhi G.S., Cleary M., et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016; 20: 321-330.
2. Usenkova E.V. Profilaktika addiktivnogo povedeniya podrostkov kak psikhologo-pedagogicheskaya problema [Prevention of addictive behavior of adolescents as a psychological and pedagogical problem]. Molodoi uchenyi. 2013; 9: 409-411 (in Russian).
3. Trusova A.V., Krupitskii E.M. Primenenie narkologicheskogo konsul'tirovaniya i kratkoi psikhokorreksionnoi interventsii v kompleksnoi profilaktike zavisimosti ot alkogolya v rabote brigad pervichnogo zvena ambulatornoi i statsionarnoi meditsinskoi pomoshchi: metodicheskie rekomendatsii [The use of narcological counseling and brief psycho-corrective intervention in the complex prevention of alcohol dependence in the work of primary care teams of outpatient and inpatient care: guidelines]. Saint Petersburg: NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 2012. 19 (in Russian).
4. Nazyrov R.K., Lyashkovskaya S.V., Kholyavko V.V. Psikhoterapevticheskie podkhody k lecheniyu patsientov s narkoticheskoi zavisimost'yu: metodicheskie rekomendatsii NIPNI im. V. M. Bekhtereva [Psychotherapeutic approaches to the treatment of patients with drug addiction: guidelines NIPNI them. V. M. Bekhtereva]. Saint Petersburg: NIPNI im. V. M. Bekhtereva; 2014. 21 (in Russian).
5. Tursynov N.I., Grigolashvili, M.A. Khan S. i dr. Sovremennye podkhody k lecheniyu nevrozov u vzroslykh i detei [Modern approaches to the treatment of neurosis in adults and children]. Neurokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana. 2016; 2(43): 52-56 (in Russian).
6. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A. i dr. Nevrasteniya u podrostkov. Klinicheskie proyavleniya i lechenie. Consilium Medicum [Neurasthenia in adolescents]. Pediatriya (Pril.). 2016; 3: 79–82 (in Russian).
7. Usmanov S.G. «Ego» narkozavisimykh kak «terapevticheskaya mishen'» reabilitatsii [“Ego” of drug addicts as a “therapeutic target” of rehabilitation]. Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gertsena. 2006. 3 (20): 139-141 (in Russian).
8. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A. i dr. Nevrasteniya u podrostkov. Klinicheskie proyavleniya i lechenie [Neurasthenia in adolescents. Clinical manifestations and treatment]. Consilium Medicum. Pediatriya (Pril.). 2016; 3: 79–82 (in Russian).

9. Tanaree A., Assanangkornchai S., Kittirattanapaiboon P. Pattern and risk of developing alcohol use disorders, illegal substance use and psychiatric disorders after early onset of alcohol use: Results of the Thai National Mental Health Survey 2013. *Drug Alcohol Depend.* 2017; 170: 102-111.
10. Mendelevich V.D. Narkologiya v zerkale psikiatrii [Narcology in the mirror of psychiatry]. *Voprosy narkologii.* 2016; 5-6; 123-136 (in Russian).
11. Zlova T.P., Akhmetova V.V., Ishimbaeva A.N. i dr. Vliyanie semeinogo vospitaniya na formirovanie addiktivnogo povedeniya podrostkov [Influence of family education on the formation of addictive behavior of adolescents]. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal.* 2011; 4: 49-51 (in Russian).
12. Pavlova A.S., Ereemeeva T.D. Additivnoe povedenie podrostkov [Addictive behavior of teenagers]. *Vestnik soveta molodykh uchenykh i spetsialistov Chelyabinskoi oblasti.* 2018; 1 (20): 13-15 (in Russian).
13. Merinov A.V. Osobennosti psikhoterapii alkogol'noi zavisimosti s uchetom varianta semeinoi dinamiki [Peculiarities of psychotherapy of alcohol addiction, taking into account the variant of family dynamics]. *Voprosy narkologii.* 2017; 12: 16-22 (in Russian).
14. Lozovaya T.V. Profilaktika zavisimosti: sem'ya: Posobie dlya roditelei. 2-e izd., ispr. i dop. [Addiction Prevention: The Family: A Guide for Parents. 2nd ed., rev. and add.] Ekaterinburg; 2002. 19 (in Russian).
15. Marachev M.P. Trudnosti terapii depressii v usloviyakh komorbidnosti (po materialam 24-go kongressa EPA, mart 2016) [Difficulties in treating depression in comorbid conditions (adapted from the 24th EPA Congress, March 2016)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2016; 2: 62-66 (in Russian).
16. Burmaka N.P., Sosin I.K., Kocharyan O.S. Treningi profilaktiki alkogol'noi zavisimosti podrostkov: Metodicheskie materialy dlya trenerov [Training for the prevention of alcohol addiction in adolescents: Methodological materials for trainers]. *Prakticheskaya psikhologiya i sotsial'naya rabota.* 2006; 7: 49-61 (in Russian).
17. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry.* 2009; 66: 260–266.
18. Sargsyan A.Kh., Kalmykova I.Yu., Makarov V.V. i dr. Dinamika psikhometricheskikh pokazatelei v protsesse psikhoterapii u zavisimykh ot alkogolya [Dynamics of psychometric indicators during psychotherapy in alcohol addicts]. *Narkologiya.* 2018; 17(10): 80-84 (in Russian).
19. Shik S.V. Defitsity samoponimaniya kak faktory riska addiktivnogo povedeniya starshikh podrostkov [Self-understanding deficits as risk factors for addictive behavior in older adolescents]. *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V. P. Astaf'eva.* 2014; 1 (27): 175-179 (in Russian).
20. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2015; 56: 370–393 (in Russian).

Поступила в редакцию 24.09.2022