

Библиотека практического
ОЧУВ Врача

ПСИХИАТРИЯ

В. А. ХУДИК

Работа
психолога
в наркологическом
стационаре



Здоровья.

ББК Х98

56.14+88.4

УДК 616.89—008.441.13—085.851+615.851

В. А. Худик — психолог Черниговской областной психоневрологической больницы.

В книге рассмотрены основные задачи и методы работы медицинского психолога в наркологическом стационаре. Большое внимание уделено вопросам диагностики и экспертизы алкоголизма. Показана роль патопсихологического исследования в уточнении стадии алкогольной деградации, возможности сопоставления обнаруженных изменений в интеллектуальной и личностной сферах с клиническими признаками проявления болезни. Изложены принципы психотерапии и психологической коррекции при алкоголизме, предложены схемы индивидуальной и групповой психотерапии в лечении больных алкоголизмом, в которых большой удельный вес занимают мероприятия по преодолению алкогольной анозогнозии, формированию положительного отношения к лечению и созданию новых смысловых установок личности. Описаны методы работы психолога с микросоциальным окружением больного — в условиях семьи, производственного коллектива.

Для психологов, психиатров, наркологов.

Рецензенты д-р мед. наук *В. М. Блейхер*, канд. психол. наук *В. М. Зобнев*

Производственное издание

Худик Владимир Александрович

РАБОТА ПСИХОЛОГА В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Зав. редакцией *И. К. Полонник*. Редактор *Е. Е. Слабошпицкая*. Художественный редактор *Г. М. Коштрагова*. Технический редактор *В. П. Бойко*. Корректоры *В. П. Коваль*, *И. Л. Златоус*

ИБ № 3592

Сдано в набор 27.08.88. Подп. и печ. 18.03.89. ИФ 05030. Формат 84×108/32. Бумага тип. № 2. Гарн. лит. Поч. выс. Усл. печ. л. 8,04. Усл. кр.-отт. 5,36. Уч. изд. л. 5,00. Тираж 10 000 экз. Лист. 400. Цена 35 к.

Издательство «Здоровья», 282001, ГСН г. Киев 1, ул. Чкалова, 68.

Белоцерковская книжная фабрика, 250400, г. Пелля Церкови, ул. Карла Маркса, 4.

4108110000-084

X ————— 81.80

M200(04)-89

© Издательство
«Здоровья», 1989

ISBN 5-311-00330-8

ВВЕДЕНИЕ

Борьба с пьянством и алкоголизмом носит в нашей стране государственный характер. Ответственные задачи в решении проблемы алкоголизма возложены на органы и учреждения здравоохранения.*

В советской наркологии в последнее время достигнуты известные успехи в лечении больных алкоголизмом. Оно осуществляется по трехэтапной системе и включает купирование проявлений алкогольной интоксикации, курс специфической и длительной поддерживающей терапии, а также наблюдение за больным в период ремиссии. Тем не менее результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что процент рецидивов после лечения при алкоголизме достаточно высок, больше половины всех лечившихся больных в течение ближайших 6 мес снова начинают употреблять спиртное. Не ясен и вопрос выбора оптимального метода лечения. Специфика наркоманических заболеваний, характер психоорганических изменений и частые явления патологического развития личности больного алкоголизмом диктуют необходимость дифференциального подхода в вопросах лечебной тактики.

Важное значение в коррекции личностных аномалий имеет работа психотерапевтов, медицинских психологов, способствующих возвращению больного к труду, к полноценной жизни, нормализации сферы общественных отношений.

Врач-нарколог в своей работе использует данные патопсихологического исследования, полученные психологом. Эти данные расширяют и углубляют его представления о больном, делают возможным дифференцированно подходить к выбору методов лечения, помогают определить их эффективность и судить о прогнозе в процессе ремиссии. Однако работа патопсихолога в области

* Постановление ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма». — Правда, 17 мая 1985 г.

Постановление ЦК КПСС «О ходе выполнения постановлений ЦК КПСС по вопросам усиления борьбы с пьянством и алкоголизмом». — Правда, 26 октября 1988 г.

психодиагностики не может сводиться лишь к выявлению психоорганических нарушений, чего в первую очередь требуют от него врачи, а должна быть направлена на всестороннее изучение личности, в том числе преморбидно индивидуальные личностные свойства. Психолог, исследуя личность больного, выявляет характер изменения ее особенностей, степень снижения социальной адаптации, уровень интеллектуально-мнестического снижения и на основании этой информации дает рекомендации лечащему врачу. Наряду с получением психодиагностических данных психолог стремится выяснить особенности социального статуса больного, возможности его профессиональной ориентации и реадaptации. Таким образом, в лечении больных алкоголизмом роль психолога сводится не только к уточнению стадий алкогольной деградации. Результаты его исследований имеют прогностическое значение, существенно дополняют и обогащают данные клинического наблюдения. Экспериментально-психологические исследования, проводимые у больных алкоголизмом, приобретают значимость в соответствии с осуществляемой врачом психотерапевтической работой.

Поэтому основной работой патопсихолога является психологическая диагностика и применение различных психокоррекционных мероприятий, направленных на поэтапное переформирование ценностно-мотивационной ориентации больного алкоголизмом, изменения его социального статуса, выработку установки на трезвость.

В задачи практического психолога наркологического отделения входят: а) психологический анализ данных жизненного пути больного, дополняющий сведения анамнеза или катамнеза; б) патопсихологическое исследование степени интеллектуально-мнестического снижения и характера личностных изменений с учетом клинических особенностей болезней; в) психологический анализ структуры психологического дефекта (нарушения психики) при проведении психолого-психиатрической экспертизы (судебной, трудовой, военной); г) патопсихологическое обследование больных с заболеваниями психики, осложненными алкоголизмом, в целях получения дополнительных данных о психическом состоянии, имеющих значение в дифференциально-диагностическом отношении; д) психологическое обследование больных алкоголизмом в процессе получения ими общего комплекса терапии в целях учета эффективности различных видов лечебного воздействия, выявления обратимости психопатологической симптоматики в процессе ремиссий, объек-

тивизации динамики психического состояния при рецидивах болезни; е) проведение индивидуальных и групповых психокоррекционных мероприятий, имеющих целью поэтапное переформирование установок личности больного алкоголизмом; ж) психологическое обоснование выбора наиболее целесообразных видов профессиональной деятельности с целью предотвращения рецидивов заболевания; з) формирование межличностных отношений в группе больных, участвующих в адекватной трудовой терапии.

Помимо этого, патопсихолог наркологического диспансера решает задачи, связанные с проведением как с больными, получающими амбулаторное лечение, так и с их родственниками психокоррекционных, воспитательно-педагогических, социотерапевтических мероприятий, имеющих целью восстановление социального статуса больного, организацию адекватного микроклимата в семье и трудовом коллективе, осуществление профилактики алкогольного заболевания, психологической реабилитации больного с целью осознания установки на трезвость.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

Методы экспериментальной психологии при изучении клиники алкоголизма впервые стали применять в XX веке. Первые исследования носили в основном описательный характер, нередко использовались лишь наиболее простые психологические методики для выявления психических нарушений (Л. С. Павловская, 1908; Л. М. Розенштейн, 1910; П. М. Зиновьев, 1910; А. Н. Берштейн, 1922; В. П. Осипов, 1926). Авторы главным образом описывали специфические нарушения отдельных психических функций без их анализа и учета характерных личностных изменений.

Дальнейшие экспериментальные исследования последствий алкогольной интоксикации велись в различных направлениях. Наиболее существенные из них следующие: изучение влияния хронического потребления алкоголя на нервную деятельность (И. П. Павлов и представители его школы); экспериментальное изучение отдельных сторон психической деятельности в состоянии алкогольного опьянения (М. Ф. Воскресенский, 1968; С. М. Лившиц, В. М. Блейхер, 1970); исследование интеллектуально-мнестических нарушений у больных алкоголизмом с помощью патопсихологических методик (Е. К. Андреева, 1965; Т. К. Чернаенко, 1970; Э. И. Лапинский, 1974; Я. П. Гирич, 1975); изучение алкогольных аномалий личности посредством психологического анализа жизненного пути больного, структуры мотивационной сферы его деятельности, ценностных ориентаций, стиля жизни (Б. С. Братусь, 1970, 1974; Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь, 1980; К. Г. Сурнов, 1982). Последнее направление наиболее перспективно, так как связано с анализом структуры деятельности и включает изучение как процессов, так и психических свойств личности (Ю. Ф. Поляков, 1971).

Большую роль в понимании психологического механизма возникновения алкоголизма сыграли наблюдения Б. С. Братуся (1974). Автор изучил структуру изменений психической деятельности больного алкоголизмом, проследил динамику изменения мотивационной сферы, определил ведущий мотив, вокруг которого формируются различные личностные аномалии, вплотную подошел к

вопросу об истоках аномального развития личности при алкоголизме. Полученные им данные представляют интерес как для психиатрии, так и для медицинской психологии, рассматривающей формирование алкогольной деградации как одну из моделей патологического развития личности.

В работе психолога наркологического стационара важным является вопрос выбора методов исследования. Один из таких методов исследования личности больного предложен Б. В. Зейгарник (1965).

Это психологический анализ материалов истории болезни, в которой содержатся данные опроса самого больного (субъективный анамнез) и данные о нем со слов его родных и близких (объективный анамнез), систематическое описание поведения, деятельности и взаимоотношений больного с окружающими в условиях клиники. Кроме того, в истории болезни представлены результаты обследования больного различными специалистами (терапевтом, невропатологом и др.). Все эти сведения необходимы для психологического анализа, цель которого — отразить историю личностных изменений, этапы формирования новых, ранее не наблюдавшихся, особенностей личности.

Изучение патологического развития личности по данным истории болезни, результатам клинического и экспериментально-психологического методов исследования позволяет врачу-наркологу проследить не только всю клинику алкоголизма, но и характер обусловленных им социально-психологических изменений, ведущих в конечном счете к алкогольной деградации личности.

Клиническая беседа, изучение материалов истории болезни предшествуют экспериментально-психологическим исследованиям. На основании полученных предварительных данных составляется план патопсихологического исследования.

Экспериментально-психологическое исследование, используемое в общем комплексе лечения больных алкоголизмом, помогает уточнить и дополнить данные врача-нарколога о психическом состоянии больного, его жизненном пути, характере изменений личности, познавательной и мотивационно-волевой сферы. Результаты его необходимы при выборе методов лечения, терапевтической тактики, организации адекватной трудовой терапии, определении методов психологической коррекции, составлении рекомендаций по социальной интеграции больного в обществе.

Данные, полученные при экспериментально-психологическом исследовании, должны отражать качественную характеристику психической деятельности больного. С этой целью важны тщательное наблюдение за поведением пациента во время выполнения экспериментальных заданий, анализ эмоционально-волевых особенностей его личности с учетом актуализации известного отношения к эксперименту в целом. Таким образом, составляя заключение и давая рекомендации, психолог должен исходить из данных, касающихся не только степени выраженности патологии отдельных сторон психической деятельности или их сохранности, но и личности в целом.

В настоящее время при проведении экспериментально-психологического исследования широко используют комплекс традиционных отечественных методик, всесторонне описанных в руководствах Б. В. Зейгарник (1976), С. Я. Рубинштейн (1970), В. М. Блейхера (1976), а также адаптированные варианты зарубежных методик и опросников (В. Н. Мясищев и соавт., 1969; В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1978).

Разделение нарушений в психической сфере больных алкоголизмом на интеллектуально-мнестические и личностные условно, поскольку существует известная взаимосвязь между формирующимся алкогольным слабоумием и деградацией личности. Отечественные патопсихологические методики исследования в данном случае позволяют выявить не только поражение той или иной психической функции, но и дают возможность интерпретировать эти нарушения в соответствии с характером распада высших психических функций, морально-этической и эмоционально-личностной сфер. Данные психологического исследования приобретают особое значение при дифференциальном анализе алкогольных аномалий на той или иной стадии болезни, выявлении специфических сторон дефекта и процесса обратимости при терапевтических ремиссиях.

НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Одной из главных особенностей формирующейся при алкоголизме психической деградации является снижение интеллектуально-мнестической деятельности. Однако результаты патопсихологического исследования лиц, страдающих алкоголизмом, нередко неоднородны в рамках группы больных, находящихся на одной стадии заболевания.

Поэтому врачу-наркологу, психологу необходимо сопоставлять полученные в эксперименте данные с клинической характеристикой стадии заболевания.

Исследование внимания и сенсомоторных реакций.

Для изучения характера течения простых и сложных сенсомоторных процессов, работоспособности, внимания у больных алкоголизмом используют следующие методики: отыскивание чисел по таблицам Шульте, счет и отсчитывание по Крепелину, корректурную пробу, сложение фигур из кубиков по образцу (методика Кооса). С помощью указанных методик определяют степень зависимости обнаруженных изменений внимания, сенсомоторных реакций и тяжести клинических проявлений болезни (например, выраженности абстинентной симптоматики), длительности алкогольной интоксикации. Эти же методы исследования можно использовать и в целях продольного изучения показателей деятельности на всех этапах проводимого лечения.

В момент поступления на стационарное лечение у больных обычно существенно страдает темп простых и сложных сенсомоторных реакций, что может быть связано с явлениями абстиненции. Отмечаются тремор рук, повышенная истощаемость, трудности сосредоточения активного внимания. Так, при отыскивании чисел по таблицам Шульте характерны неравномерность поиска, склонность к называнию чисел пачками, явления застревания, снижение уровня активного внимания. Чаще всего это свойственно больным алкоголизмом II и III стадий и свидетельствует об органической природе поражения функции (рис. 1). При исследовании работоспособности по таблице Крепелина отмечают низкий уровень достижения и неравномерность темпа деятельности. По мере прогрессирования болезни снижается продуктивность, нарастают явления истощаемости. В конечной стадии заболевания кривая уровня достижения приобретает линейный, торпидный характер, что отражает смену гиперстенической формы алкогольной церебрастении гипостенической (рис. 2).

Динамика показателей работоспособности особенно явственна при сопоставлении результатов обследования больных алкоголизмом I и III стадий и больных с алкогольной деменцией. Снижение показателя работоспособности при арифметическом сложении свидетельствует о явлениях интеллектуальной недостаточности. При этом чрезвычайно важна личностная позиция обследуемого к дефектам своей деятельности, проявлениям своей несос-

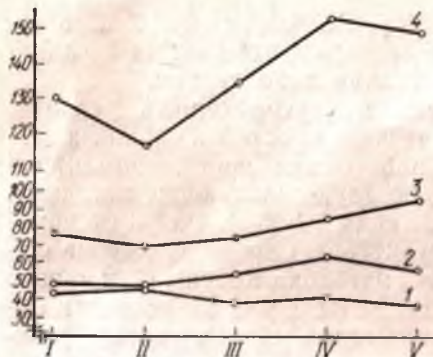


Рис. 1. Динамика сенсомоторной деятельности при отыскивании чисел по таблицам Шульте:

1 — здорового обследуемого; 2 — больного К. (алкоголизм I стадии); 3 — больного Д. (алкоголизм III стадии); 4 — больного Ю. (алкогольная деменция). По оси ординат — время в секундах, по оси абсцисс — количество предъявлений

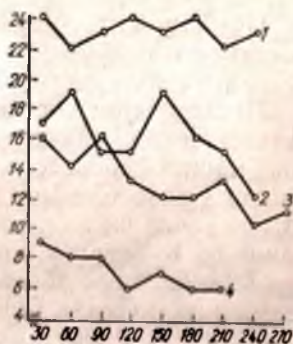


Рис. 2. Кривая работоспособности по Крепелину:

1 — здорового обследуемого; 2 — больного К. (алкоголизм I стадии); 3 — больного Ш. (алкоголизм II стадии); 4 — больного Д. (алкоголизм III стадии). По оси ординат — количество сложенных, по оси абсцисс — время в секундах

тоятельности. Чаще всего больные безразличны к ошибкам, безынициативны.

О существенном снижении работоспособности, активного внимания, его переключаемости свидетельствуют результаты корректурной пробы Бурдона. Здесь продуктивность деятельности нередко падает в 1,5—2 раза по сравнению с нормой, особенно у лиц в заключительной стадии болезни. Снижение продуктивности деятельности в поздней стадии алкоголизма обнаруживается при применении методики Кооса. При этом испытуемые часто действуют по типу «проб и ошибок», у них обнаруживаются трудности в пространственной ориентировке, снижение внимания и сообразительности.

В процессе лечения явления абстиненции исчезают, организация деятельности у больных приобретает более целенаправленный характер. В I—II стадии заболевания показатели деятельности у больных могут приближаться к норме. Однако в сравнительном аспекте у больных в поздней стадии заболевания и у больных с алкогольной деменцией эти изменения незначительны и соответствуют степени интеллектуальной недостаточности (Т. К. Чернаенко, 1970; В. А. Худик, 1983). Снижение темпа простых и сложных сенсомоторных реакций, работоспособности у больных алкоголизмом в поздних стадиях за-

болевания, их малообратимость в процессе лечения связывают с дисфункцией головного мозга и явлениями алкогольной интоксикации (J. A. Long, J. F. C. Melachlou, 1974).

Исследование памяти. Экспериментально-психологическое исследование мнестической функции у больных алкоголизмом имеет важное значение при уточнении степени формирующегося алкогольного психосиндрома. Это особенно необходимо при дифференциальной диагностике начальных и поздних стадий алкого-

лизма, сравнении специфики нарушений памяти у больного алкоголизмом в момент поступления на стационарное лечение и перед выпиской. Такое сравнительное исследование позволяет не только определить тяжесть воздействия экзогенно-органических факторов, но и судить об особенностях обратимости мнестической функции под влиянием проводимого лечения.

Для всех больных алкоголизмом характерно ослабление памяти, усугубляющееся по мере прогрессирования болезни. При этом мнестическая функция страдает на уровне механического запоминания, в известной мере — в связи с недостаточностью активного внимания и повышенной истощаемостью нервной системы. Снижение способности к запоминанию отмечается чаще у больных с выраженными признаками абстиненции (М. Ф. Воскресенский, 1968; В. А. Худик, 1980). Показательны в плане сравнения кривые воспроизведения 10 слов больными в I и III стадиях алкоголизма, а также больными, перенесшими энцефалопатический психоз Гайе—Вернике—Корсакова (рис. 3). В начальной стадии заболевания кривая запоминания 10 слов свидетельствует о патогенетической роли функциональных моментов в снижении мнестической деятельности, на более поздних стадиях тип кривой уже отражает явления органической церебральной дисфункции. При воспроизведении 10 слов нередко отмечаются побочные ассоциации («лишние» слова), когда боль-

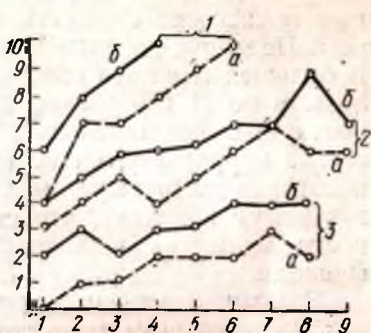


Рис. 3. Кривая запоминания 10 слов при алкоголизме:

1 — больного К. (I стадия); 2 — больного Д. (III стадия); 3 — больного Х. (алкогольная деменция); а — при поступлении на стационарное лечение, б — через 45 дней. По оси ординат — количество воспроизводимых слов, по оси абсцисс — количество повторений.

ные произносят слова, не называемые экспериментатором. Подобное явление наблюдал Б. С. Братусь (1974). В большей мере это обнаруживается у больных алкоголизмом во II и особенно III стадиях заболевания. При повторных предъявлениях «лишние» слова-ошибки не всегда корригируются испытуемыми. Отмечается также некоторое застревание на слове по ассоциативному (созвучному) признаку, что свидетельствует о недостаточности внимания и явлениях органического снижения функции.

Наряду со снижением непосредственного запоминания при большей выраженности психического дефекта отмечаются нарушения смысловой (логической) памяти. Так, если у больных в начальной стадии болезни наблюдаются незначительные искажения при воспроизведении рассказа, то у больных во II и III стадиях эти искажения носят явно выраженный характер. Больные чаще испытывают трудности при выделении главного и второстепенного, установлении последовательности развития сюжета.

Результаты исследования оперативной памяти свидетельствуют о заметном снижении уровня достижений, усиливающимся по мере течения заболевания. Так, при исследовании способности к визуальной репродукции больные допускают неточности при воспроизведении проецируемых элементов геометрических фигур, ошибки, свидетельствующие о длительной алкогольной интоксикации, явлениях абстиненции, с одной стороны, и изменениях особенностей личности (небрежное выполнение заданий, истощаемость мотивации) — с другой. Выраженное снижение визуальной памяти чаще всего отмечается у больных в далеко зашедших случаях болезни (рис. 4).

При исследовании мнестической деятельности в момент поступления больных на стационарное лечение отмечено снижение в основном способности к запоминанию и фиксации, хотя в рамках одной и той же группы больных по результатам той или иной методики могут быть неоднозначные достижения.

В процессе лечения некоторое улучшение мнестических показателей наступает чаще всего у больных алкоголизмом I и II стадий. Главным образом это связано с улучшением функции внимания, изменением личностной позиции к ситуации исследования и повышением уровня достижений при этом. L. S. Cermak, R. S. Ryback (1976) установили, что у больных алкоголизмом улучшение способности к запоминанию начинается не раньше чем че-

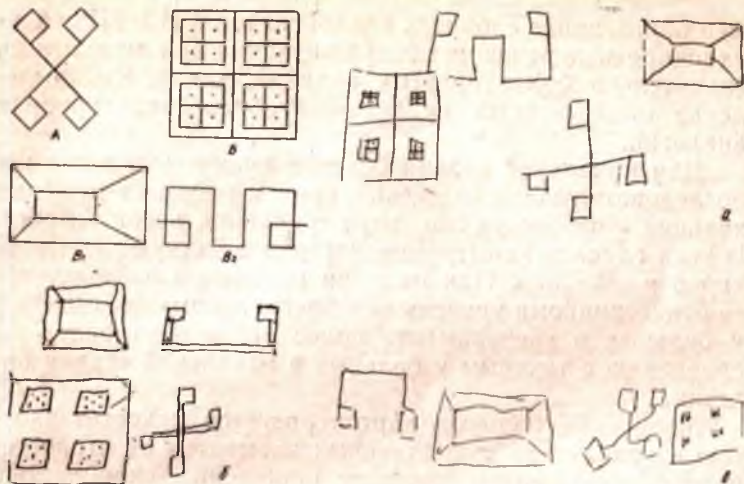


Рис. 4. Воспроизведение визуальных репродукций:

А, Б, В, В₂ — образцы рисунков для исследования визуальной репродукции по шкале памяти Векслера; а — больного К. (алкоголизм I стадии), б — больного Ш. (алкоголизм II стадии), в — больного Д. (алкоголизм III стадии)

рез месяц после дезинтоксикационной терапии. Изменения памяти при выраженной алкогольной деградации остаются стабильными, отражая наличие сформировавшегося органического психосиндрома (Г. И. Урбанович, 1966; Я. П. Гирич, 1970).

Исследование мышления. В отечественной патопсихологии при исследовании мышления применяют следующие методики: классификация предметов, исключение предметов, выделение существенных признаков из общей суммы, образование простых и сложных аналогий, сравнение понятий, соотношение пословиц, метафор и фраз, заполнение пропущенных в тексте слов, установление последовательности событий, исследование ассоциаций. На основании данных, полученных при использовании указанных методик, можно составить качественную характеристику уровня и течения мыслительных процессов.

При исследовании интеллектуальной деятельности у больных алкоголизмом отмечается снижение уровня обобщения и отвлечения, выраженность которого соответствует стадии заболевания. Трудности, испытываемые больными, зависят от степени сложности выполняемого задания. Если в I стадии болезни для больных трудно-выполнимы относительно сложные задания, выявляющие способность к образованию абстрактных понятий, напри-

мер образование сложных аналогий, то во II и III стадиях ошибочные решения обнаруживаются при выполнении значительно более простых заданий, таких, как выделение существенных признаков и образование простых аналогий.

Для начальной стадии болезни типичны явления непоследовательности суждений, причем ошибки в решении заданий учащаются по мере усиления истощаемости. В этих случаях испытуемые нередко действуют методом «проб и ошибок». При наличии признаков органического психосиндрома уровень интеллектуальных достижений у больных в эксперименте более низок и стабилен по сравнению с таковым у больных в начальной стадии болезни.

Мышление больных характеризуется недостаточностью отграничения существенных элементов от второстепенных, нарушением процесса обобщения, склонностью к конкретно-ситуационному суждению, затруднениями при образовании понятий (Е. К. Андреева, 1965; О. Ю. Померанцева, 1972; Б. С. Братусь, 1972; Т. М. Габриэл, 1973; В. А. Худик, 1984). По мнению Т. М. Габриэла (1973), неоднозначность нарушений мыслительной деятельности у больных алкоголизмом выступает то как нарушение интеллектуальной операции (значения), то как результат нарушения личностного смысла. Автор выделяет специфические особенности мышления алкоголиков, характеризующиеся фрагментарностью (парциальность мышления), вокруг которой группируются другие виды нарушения мышления: конкретность, псевдоабстрактность, резонерство, разноплановость.

Исследования зарубежных авторов большей частью основаны на использовании стандартизированных психологических тестов. Так, Р. Е. Tarter (1975) с помощью шкалы интеллекта Векслера — специального теста по выявлению органических (неврологических) нарушений — обнаружил у больных алкоголизмом специфические нарушения способностей к пространственной познавательной деятельности, к обучению и выполнению двигательных задач. При этом у них отсутствовали признаки генерализованного снижения интеллекта. Нейропсихологическую интерпретацию указанных изменений автор рассматривает в аспекте имеющихся органических поражений структур головного мозга. Отмечено, что у лиц с длительным течением заболевания, а также у лиц с периодическими запоями интеллектуальные способности ухудшаются и характеризуются умеренным изменением

интеллекта по органическому типу (А. Rachowski, Н. Sek, 1968).

Предметом обсуждений отечественных и зарубежных исследователей стали следующие вопросы: специфичны ли интеллектуально-мнестические нарушения для больных алкоголизмом и какова их роль в процессе развития алкогольной деградации. Мнения авторов по данному вопросу весьма разноречивы. Одни исследователи связывают нарушения в психической деятельности с явлениями абстиненции (В. П. Осипов, 1926; М. Ф. Воскресенский, 1968; Н. Trice, 1958; А. Lerner, 1959). Другие объясняют интеллектуально-мнестические нарушения глубиной проявления клинических особенностей болезни и считают, что эти нарушения характерны для больных в поздних стадиях заболевания (И. Н. Пятницкая, 1959; П. М. Демичев, 1970; Г. И. Ларичева, 1974). Специфичность этих нарушений рассматривают или как результат недостаточной активности больных алкоголизмом, или как характерное органическое снижение личности. Таким образом, в данном случае смешиваются два вида взаимосвязанных феноменов: нарушения памяти и познавательной сферы, с одной стороны, и личностные изменения, за которыми стоят эти нарушения,— с другой. Третьи считают, что нарушения в интеллектуальной деятельности неспецифичны и протекают у больных алкоголизмом по органическому типу (И. И. Лукомский, 1970; Г. И. Урбанович, 1966; Г. В. Зеневич, 1967; J. Skala, 1957; R. Pluvinaige, 1965). Четвертые же вообще не находят каких-либо интеллектуально-мнестических нарушений в психической деятельности больных алкоголизмом вне состояния алкогольного опьянения (Л. С. Павловская, 1908; Л. М. Асатиани, 1946; D. Greiner, 1961).

В работах отечественных патопсихологов (Б. В. Зейгарник, 1965, 1971, 1980; И. И. Кожуховская, 1973; Б. С. Братусь, 1974; А. Б. Халфина, С. М. Калина, 1980; К. Г. Сурнов, 1981) было показано, что нарушения памяти, внимания, мышления являются не столько следствием изменения интеллектуальных и мнестических операций, сколько следствием тех или иных нарушений личности*.

В процессе лечения отмечается некоторая обратимость психических нарушений, проявляющаяся в изменении показателей темпа психических процессов и неко-

* Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме.— М.: Изд-во МГУ, 1974.— С. 81.

тором изменении личностной позиции больного, в частности его отношения к ситуации обследования. Изменения мотивации (для многих больных установка на увеличение уровня достижений служит реабилитирующим фактором: «Значит, я еще не совсем спился») приводят к повышению уровня достижений в ситуации эксперимента. Это больше выражено в начальных стадиях заболевания: улучшаются запоминание, сосредоточенность и устойчивость активного внимания, уровень достижений при исследовании конструктивной деятельности, простых и сложных сенсомоторных реакций.

Менее явны изменения показателей мыслительной функции, особенно у больных в поздних стадиях заболевания. По-прежнему снижен уровень процесса обобщения и отвлечения, превалирует конкретно-ситуационный характер суждений, отмечаются затруднения в оперировании знаниями, опытом. При этом степень их выраженности соответствует стадии алкогольного заболевания и отражает глубину деградации личности. Устойчиво сохраняющиеся нарушения в мыслительной деятельности следует, очевидно, связывать с изменениями в личностной сфере больных — сужение круга интересов, своеобразие смысловой значимости жизненного опыта (чаще в качестве компенсации алкогольного дефекта психики).

Таким образом, интеллектуально-мнестическая недостаточность в начальной стадии заболевания обусловлена не только воздействием экзогенно-органических факторов, но и в значительной мере влиянием функциональных моментов, значение которых особенно возрастает в состоянии абстиненции, когда психическая деятельность нарушена в целом. По мере прогрессирования болезни интеллектуально-мнестические нарушения приобретают стойкий малообратимый характер. В динамике нарушений интеллектуально-мнестической деятельности отмечается переход от функциональных, обратимых нарушений познавательной деятельности к органически-деструктивным изменениям головного мозга, следствием которых является формирование клинической картины алкогольного слабоумия.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Экспериментально-психологическое исследование психоорганических нарушений в клинике алкоголизма, наряду с исследованиями эмоционально-полевой, личност-

ной сферы больных, важны: а) в целях дифференциальной диагностики специфичных для данной нозологии личностных нарушений у больных, находящихся на разных стадиях заболевания; б) при анализе преморбидных свойств личности с учетом особенностей развития заболевания; в) при выборе рационального построения комплекса психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Патопсихологическое исследование личности включает: 1) изучение жизненного пути больного по материалам истории болезни; 2) наблюдение за поведением больного во время эксперимента; 3) использование специальных методик, предназначенных для изучения личностных особенностей. Каждый из этих подходов позволяет получить необходимую информацию о больном, судить об особенностях нарушения потребности-мотивационной, эмоционально-волевой сфер, характере формирующейся анозонозии болезни, особенностях психоорганического снижения личности.

Выявлению личностных особенностей больного помогает клиническая беседа, в ходе которой устанавливают причину болезни, уточняют симптомы алкоголизма, изучают социально-психологические аспекты формирующейся аномалии личности. Кроме того, определяют также структуру экспериментальной части исследования и пути интерпретации искомым данных.

Изучение личностных особенностей по материалам истории болезни

Изучая историю болезни больного, психолог проследживает путь аномального развития личности, выявляет особенности перестройки мотивов и потребностей пьющего, нарушения его социальной адаптации. Психологический анализ жизненного пути больного чрезвычайно важен для понимания изменений личностного смысла специфических человеческих потребностей — в труде, познании, общении, переформировании их вокруг потребности в алкоголе, что представляет собой у пьющих первоначальную «точку отсчета», с которой начинается путь деградации личности (Б. С. Братусь, 1974).

Приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 66 лет, образование 6 классов.

Дядя по линии матери злоупотреблял алкогольными напитками. Отец алкоголем не злоупотреблял, умер от рака легкого. Мать здо-

рова. В детстве рос и развивался нормально. Закончил 6 классов семилетней школы. Учился хорошо. Школу оставил в связи с тяжелыми материальными условиями. В 1941 г. был призван в армию. Является участником Великой Отечественной войны. Демобилизован в 1947 г. Ранений, контузий не имел. После войны работал слесарем на ТЭЦ. С 1948 г. женат, имеет дочь. Впервые употреблять алкоголь начал в 23 года (в 1945 г.). Вначале выпивал по 100—150 г спиртного, быстро пьянел. В дальнейшем (с 1950 г.) пил почти ежедневно. В это время стал употреблять и суррогаты. Отношения в семье ухудшились, когда Л. перестал уделять внимание семье, воспитанию ребенка, целыми неделями отсутствовал дома, вел бродяжнический образ жизни. В мае 1957 г. по настоянию семьи Л. явился в больницу с просьбой излечить его от алкоголизма. В беседе с врачом пытался критически оценить свое состояние. Планы на будущее сводились к необходимости урегулировать отношения с женой. В результате лечения исчезли явления абстиненции. Больной стал беспокоиться по поводу своей работы, опасался развода с женой. Просил, чтобы его выписали, заверяя, что пить больше не будет. Однако, выписавшись, тут же поступает на лечение повторно (июнь 1957 г.). Употребление алкоголя больной связывает с отсутствием понимания своей болезни — «думал, что если я пошел, то уже не больной..., а тут случай такой..., когда выпил, почувствовал тягу..., потом начался запой».

После выписки больной некоторое время не пил. Поменял место работы. Отношения в семье восстановились. Л. сразу же после работы приходил домой, занимался делами по домашнему хозяйству. Много внимания также уделял и своим родителям, помогал им. Влечение к спиртному не испытывал.

Под влиянием товарищей по работе и по мере сближения с ними возобновились так называемые ситуационные выпивки — «отмечали день рождения», «зарплату». В дальнейшем стал испытывать непреодолимое влечение к спиртному. До поступления в стационар в ноябре 1959 г. в течение двух недель пил водку в больших дозах, ничем практически не закусывая, что привело к выраженному физическому и психическому истощению. После выписки ремиссии не было, через неделю больной вновь стал злоупотреблять спиртным. Пил в основном вино. На работу ходил нерегулярно. Значительно ухудшились отношения в семье, больной много скандалил, будучи в нетрезвом состоянии. Жена с ребенком ушла от него.

В течение 1960—1962 гг. больной лечился в психиатрической больнице, куда его, как правило, доставляли из медвытрезвителя. При поступлении отмечался выраженный тремор всего тела, аффективная лабильность — больной плакал, жаловался на неприятные ощущения во рту, плохое самочувствие. После купирования состояния абстиненции больной все чаще стал предъявлять жалобы соматического характера (резкая боль в животе, выраженная общая слабость). Просил лечить его и заверял врачей, что «навсегда покончит с алкоголем».

Ремиссии после выписки кратковременные. В июне 1961 г. Л. привлекался к судебной ответственности за хулиганство и кражу (в состоянии алкогольного опьянения похитил хозяйственную сумку с продуктами на сумму 3 руб. 87 коп.; у прохожей женщины вырвал из рук 35 коп., которые истратил на вино). Был осужден на год исправительных работ. Продолжал пить, постоянного места работы не имел, длительное время нигде не работает.

В июле 1962 г. больной доставлен в стационар каретой «скорой помощи» в состоянии алкогольного опьянения — утром убежал из до-

ма, утверждал, что в его вещах, одежде «вши, мыши, крысы... грызут его». При поступлении проявлял двигательное возбуждение, критика полностью отсутствует. По выходе из психотического состояния демонстративен, склонен к истерическим реакциям. После лечения антабусом не пил 8 мес. «Срыв» наступил после смерти брата. Пил запоями по 3—10 дней. Выпивал до 600—800 г спиртного, включая различного рода суррогаты. Отмечались амнестические формы опьянения. На работе появлялся в нетрезвом состоянии. Просил денег на кружку пива. Для обеспечения себя спиртным начал продавать собственные вещи.

При поступлении в стационар в июле 1963 г. больной жалуется на снижение памяти, стал повышенно внушаем. Просит лечить, его, ссылаясь на то, что брат его «умер от водки». Однако, выпивавшись из больницы, больной по-прежнему злоупотреблял алкоголем. Не работал. С 1966 по 1968 г., с 1972 по 1975 г. больной лечился в ЛТП. По возвращении продолжал злоупотреблять алкоголем.

С 1976 г. около двух лет работал на пивзаводе, вследствие чего начал больше употреблять пиво. В марте 1979 г. поступил в стационар с диагнозом алкогольного делирия. По выходе из психоза у больного диагностирована алкогольная энцефалопатия. Трудоспособность утрачена.

Анализ данных истории жизни больного с учетом особенностей клиники заболевания свидетельствует о том, что алкогольная деменция и деградация личности наступили в связи с изменением структуры мотивационной сферы. Алкоголь выступал как один из основных мотивов, вокруг которого формировались все остальные. Состояния кратковременных ремиссий, отмечаемые на первых этапах болезни, характеризовались улучшением в сфере социальных отношений — в семье, на работе. Однако в дальнейшем «ситуационно обусловленные» выпивки привели к разрушению непрочной установки на трезвость. Под влиянием алкоголя срабатывал биологический механизм болезни, вследствие чего и возникали рецидивы. В более поздних стадиях заболевания значенные микросоциальных факторов нивелировалось, уступив влиянию биологических факторов.

Исследование эмоционально-личностных проявлений

В патопсихологическом исследовании важное место занимает наблюдение за поведением больного во время эксперимента. В протоколе исследования необходимо фиксировать, как больной воспринимает инструкцию, предложенное задание, как реагирует на ситуацию успешного или неуспешного решения задачи. При этом эмоциональная окраска во многом зависит от того, как

больной актуализировал для себя ситуацию эксперимента (например, вера в то, что результаты исследования могут повлиять на сроки его пребывания в больнице, определение группы инвалидности и пр.). Для многих больных ситуация эксперимента обретает характер некой «экспертизы» (Б. В. Зейгарник, 1971). Поэтому наблюдение за больным, выполняющим задания, разные по степени трудности и направленности, представляет собой интересный материал для суждения о его эмоциональной сфере.

Поведение больных алкоголизмом при патопсихологическом исследовании отличается своеобразием. В. П. Осипов (1926) описал особенности поведения больных при выполнении экспериментальных заданий: «...страдает сосредоточение, быстро утомляющее больного, отмечается нарастающее нерасположение к серьезной и сложной умственной работе, отказ от работы».*

Выраженность эмоциональных сдвигов во многом зависит от тяжести клинических признаков болезни, глубины психической деградации. Так, для больных в начальной стадии болезни больше характерна эмоциональная лабильность, которая у некоторых переходит в расторможенность (Е. А. Андреева, 1965). Во II—III стадиях заболевания отмечаются неврозо- и психопатоподобные изменения, проявляющиеся в аффективно окрашенных отказных реакциях (Э. И. Лапинский, 1974). У больных алкоголизмом с выраженными признаками психической деградации эмоциональные проявления носят крайне уплощенный, малодифференцированный характер. Они испытывают затруднения в усвоении инструкций, безразличны к результатам своей деятельности, быстро истощаемы и дают отказные реакции.

Изменения в аффективно-личностной сфере, выявляемые опосредованно в ситуации экспериментально-психологического исследования, свидетельствуют о выраженности патологических сдвигов. Больные отрицательно относятся к исследованию, не желают выполнять задания. При неудачах они легко аффектируют, проявляя недовольство, раздражительность. Уровень их притязаний не всегда адекватен реальному уровню достижения. Обнаруживается тенденция к завышению оценки своих интеллектуальных способностей.

Приводим следующее наблюдение.

* Осипов В. П. Частное учение о душевных болезнях.— М.—Л., 1926.— 17 с.

Больной Н., 34 года. Образование среднее, II стадия алкоголизма.

При стационарировании скандалит, оскорбляет персонал, отказывается от еды, лечения. Заявляет, что «лечиться не будет, объявит голодовку». В отделении первое время ведет себя вызывающе, требует особого отношения.

В ситуации экспериментально-психологического исследования легко аффектирует, отказывается от выполнения предложенных заданий. Больным себя не считает. Критика по отношению к окружающему также заметно страдает. Себя характеризует с положительной стороны. Показатели психической деятельности снижены неоднозначно. Темп деятельности неравномерен. Отмечаются явления истощаемости (при отыскивании чисел по таблице Шульте, исследовании интеллектуальной работоспособности по Крепелину). Вначале обследуемый быстро стремится закончить задание, обнаруживая при этом неадекватность уровня притязаний. Но потом, при малейшей неудаче, легко аффектирует, отказывается от дальнейшего выполнения («я что для вас, школьник?!»).

Динамика перечисленных нарушений в процессе лечения не претерпевает существенных изменений, за исключением некоторого сдвига в плане своего отношения к исследованию. В большей мере это свойственно больным в начальных стадиях заболевания. При выраженной алкогольной деградации нарушения мотивационной сферы, проявляющиеся в снижении продуктивности деятельности, изменении личностной позиции к исследованию, потере инициативности, общей пассивности обследуемого, отражают также и своеобразную глубину алкогольной деменции.

Помимо наблюдения за поведением больного в ходе выполнения экспериментальных заданий при исследовании познавательной деятельности, используются специальные методики, предназначенные для изучения личностных особенностей. К ним относятся: исследование уровня притязаний, самооценки по методике Дембо—Рубинштейн, личностные опросники, тематический апперцепционный тест, тест фрустрации Розенцвейга, метод Роршаха и др. Данные, полученные с помощью этих методик, дополняют сведения объективного анамнеза, помогают уточнить клинко-психопатологическую картину аномального развития личности.

При обследовании больных алкоголизмом иногда обнаруживают стертые, маловыраженные нарушения в эмоционально-личностной сфере при отсутствии поведенческих проявлений аффективной патологии, что создает трудности в дифференциации аффективных расстройств при алкоголизме и адекватных личностных реакций (И. В. Бокий, 1983). Известно также, что дифференцирование стадий болезни без специального психологического

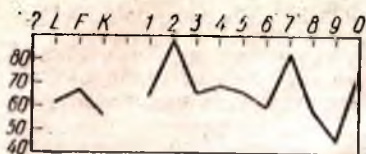


Рис. 5. Профиль личности по ММРІ больного Л. (алкоголизм II стадии, обследован в момент поступления на стационарное лечение при выраженности абстинентного синдрома)

исследования сложно, так как больные при нормальном поведении, особенно по выходе из абстинентного состояния, могут производить впечатление психически более сохранных, чем есть в действительности, и наоборот.

В. М. Блейхер (1984) на основании клинических и патопсихологических показателей выделил четыре основ-

ных типа личности больных алкоголизмом: интровертированно-нейротический (неврозоподобный), экстравертированно-нейротический (психопатоподобный), экстравертированно-анозогнозический и апатически-интровертированный. Для интровертированно-нейротического типа изменения личности характерны: а) значительное увеличение показателей нейротизма, повышение интровертированности. Диагностируют с помощью опросника Айзенка (В. А. Худик, 1984); б) ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, уход от социальных проблем. Обнаруживают с помощью метода ММРІ (В. М. Блейхер, И. В. Крук, 1986). В профиле клинических шкал чаще преобладают повышения по 2, 7 и 0 шкалам * (рис. 5). J. McKernon и L. E. Patrie (1978) у 59 % обследованных выявили клинические признаки депрессии, которая наступала в состоянии абстиненции; в) неустойчивость уровня притязаний. Выявляют при непосредственном наблюдении за поведением больного в стационаре, а также при выполнении заданий (М. М. Мерзон, 1987).

Возникновение неврозоподобных состояний связано как с явлениями патобиологического характера, так и с реакцией личности больного на изменение его социального статуса и присущей ему системы отношений при известной сохранности критики своего состояния и пессимистических прогностических установках вне состояния опьянения. По мнению В. М. Блейхера (1986), у

* Описание клинических шкал метода ММРІ, способы обработки полученных данных и их интерпретация даны в руководствах: Собчик Л. Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ.— М.: Б. и., 1971.— 63 с.; Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.

больных данной категории в связи с употреблением алкоголя происходит усиление преморбидных личностных свойств.

У пациентов с экстравертированно-нейротическим типом изменения личности в ситуации патопсихологического исследования наблюдается некоторая гиперактивность. В то же время они недостаточно серьезны к заданиям, менее заинтересованы в результатах своей деятельности, стремятся показать себя в лучшем свете. Больные несколько эйфоричны, легко вступают в разговор, быстро переключаются с одной темы на другую. Употребление алкоголя связывают с необходимостью «снять с себя напряжение», «отвлечься от гнетущих проблем».

Для экстравертированно-нейротического типа изменения личности характерны: а) высокий показатель нейротизма, выраженная экстраверсия, которая носит патологический характер в связи с изменениями потребностей и мотивов, критичности в оценке собственных личностных качеств. Эти показатели особенно наглядны при сопоставлении с данными объективной оценки пациентов их родными и близкими. Согласно наблюдениям В. В. Куликова (1973), экстравертированность как характерологическая черта по мере развития заболевания встречается у больных алкоголизмом в 1,5 раза чаще, чем интровертированность. Т. К. Чернаенко (1970) с помощью опросника Айзенка у 82 % обследованных выявила высокий показатель экстравертированности; б) стойкие личностные изменения, носящие характер аномальных поведенческих реакций. Диагностируют с помощью теста фрустрации Розенцвейга и метода ММРІ. В профиле клинических шкал преобладают повышения по 4, 9, 6 и 8 шкалам (рис. 6); в) неустойчивость уровня притязаний в ситуации эксперимента сочетается с повышенной раздражительностью; г) в самооценке по методике Дембо—Рубинштейн, реакциях на фрустрацию преобладают поиск и порицание фрустрирующих компонентов вне связи с собой.

Клинически типы психопатоподобного поведения чаще всего описывают как астенический, истерический, эксплозивный и апатический синдромы (А. А. Портнов,

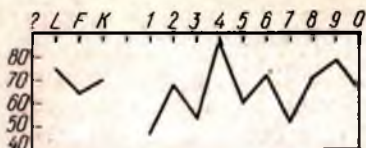


Рис. 6. Профиль личности по ММРІ больного Ш. (алкоголизм II стадии, длительность болезни 9 лет)

И. Н. Пятницкая, 1973). По мнению ряда авторов (И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1973; R. Cardoret, G. Winokur 1974), аффективные нарушения у больных алкоголизмом нередко предшествуют развитию заболевания. R. Cardoret и G. Winokur (1974) выделяют первичные аффективные расстройства, которые наблюдаются у части больных в преморбидный период, и вторичные, которые формируются в процессе болезни и клинически проявляются как алкогольный абстинентный синдром. А. Д. Василевская (1981) с учетом динамики развития заболевания рассматривает аффективные нарушения у больных алкоголизмом в рамках психопатии и невроза.

У больных, эмоционально неустойчивых, при психологическом исследовании отмечаются колебания продуктивности психической деятельности. В случаях менее успешного выполнения заданий они склонны давать отказные реакции. Помимо этого, уровень притязаний пациентов неадекватен ситуации эксперимента. Колебания в эмоциональной сфере обнаруживаются и при использовании специальных методик. Так, В. М. Кушнарев (1972) с помощью методики ТАТ выявил у больных алкоголизмом высокий уровень конфликтности. При описании рисунков ТАТ заметны фиксированность на трудностях во взаимоотношениях, отсутствие перспективы разрешения конфликта. Наряду с этим больные стремятся показать себя с лучшей стороны, что может свидетельствовать о желании избежать огласки. Это обнаруживается при исследовании с помощью теста фрустрации Розенцвейга.

На основании результатов метода ММРІ выделены следующие подтипы личности больных алкоголизмом: психопатический и невротически-депрессивный (К. В. Борисова, 1971; Е. С. Меньшикова, 1980). При психопатическом варианте преобладают повышения по шкалам психопатии и депрессии, при невротически-депрессивном — по шкалам невротической триады. При исследовании с помощью опросника Шмишека у больных алкоголизмом диагностируют эксплозивность, аффективную лабильность, повышенную возбудимость.

Для экстравертированно-анозогнозического типа изменения личности типично следующие: а) экстраверсия малосодержательна, во многом зависит от внешних факторов и мотивов поведения, сконцентрированных на добыче спиртного; б) отчетливо выражены явления анозогнозии (непонимание особенностей заболевания); в) самооценка грубо неадекватна; механизмы психологической

защиты приобретают явно патологический характер и проявляются в безоговорочной тенденции самооправдания; г) плоский (алкогольный) юмор, циничность.

Апатически-интровертированный тип изменения личности характеризуется: а) уходом от социальных проблем; б) усилением патологических признаков интроверсии; в) обеднением эмоциональных проявлений. Этот тип изменения личности больше свойствен больным алкоголизмом в конечных стадиях болезни. По мере прогрессирования алкоголизма снижается истинная коммуникативность больного, круг друзей сужается до компании собутыльников (Б. С. Братусь, 1974). Больной утрачивает интерес к происходящему, становится пассивным и безучастным ко всему, что его окружает. Этот тип изменения личности встречается при алкогольной деградации.

Данная систематика типов личности при алкоголизме далеко не исчерпывающа. Она важна для изучения динамики алкогольной психической деградации с учетом стадии заболевания, при выборе психотерапевтической и психокоррекционной тактики.

Исследование нарушений критичности

В отечественной психологии критичность относят к вершинным качествам личности (С. Л. Рубинштейн, 1960; Л. И. Божович, 1968; А. Н. Леонтьев, 1975). Б. В. Зейгарник (1962) определяет критичность как умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

На основании результатов патопсихологических исследований выделены следующие типы нарушений критичности у психически больных (И. И. Кожуховская, 1978): некритичность к своим суждениям и интеллектуальным действиям, в оценке своей личности и, наконец, к своим психопатологическим переживаниям. При этом сохранность одного из типов критичности еще не свидетельствует о сохранности критичности вообще. Появление критичности в процессе лечения может служить одним из факторов эффективности терапии.

Снижение критичности при алкоголизме является одной из особенностей деградации личности больного, возникающей в связи с патологической перестройкой смысловой и мотивационной сферы. Уже на ранних стадиях заболевания формируется алкогольный анозогнозический дефект, характеризующийся отсутствием осознания осо-

бенностей болезни и необходимости лечения, понимания последствий алкоголизма. В. М. Банщикова, И. А. Мизрухин и Я. П. Фрумкин (1968) описывают нарушения критичности у больных алкоголизмом в виде анозогнозической оценки своего состояния — больные не обращают внимания на состояние своего здоровья, у них появляются развязность, цинизм, потеря стыда, алкогольное бахвальство. Некритичность в форме лживости (по данным методики «выбор ценностей») отмечает Т. К. Чернаенко (1970). Б. С. Братусь (1974) у больных алкоголизмом выделяет некритичность к своим действиям и неадекватность самооценок. W. Eckhardt (1967) снижение уровня личностной критичности у больных описывает как нарушение отношения к предъявленным психологическим заданиям и полученным результатам.

При экспериментально-психологическом обследовании больного алкоголизмом судить можно об особенностях его критичности на основании того, как больной относится к своим ошибкам при выполнении заданий, стремится ли он их исправлять, как он оценивает собственные интеллектуально-мнестические способности и соответствуют ли они реальному уровню достижений.

При изучении уровня личностной критичности используют методику самооценки Дембо—Рубинштейн, опросник Айзенка, методику «выбор ценностей». В наших исследованиях методику Дембо-Рубинштейн, шкалы «характер», «ум», «здоровье» и «счастье» мы дополнили шкалами «семейное благополучие», «настроение», «отношение к вам окружающих», «уровень достижения (карьера)», «отношение к алкоголю». Полученная информация дает возможность определить особенности критичности в оценке собственной личности и рассматривать личность в структуре общественных отношений. Кроме того, она дополняет сведения из истории болезни обследуемого, служит ориентиром при выборе метода лечения и психотерапевтической тактики. О нарушениях критичности в оценке собственной личности можно судить, используя опросник Айзенка. При этом конечные результаты доступны адекватной оценке лишь при сравнении их с данными объективного исследования личности. При желании опросник Айзенка можно видоизменить, составив вопросы так, чтобы родственник или близкий больного мог дать свою оценку личности больного. Это позволит сравнить субъективные данные, полученные при заполнении опросника непосредственно пациентом (мнение о себе), с объективной оценкой (представления о больном

его родных и близких по данным видоизмененного варианта этого же опросника). При этом наибольшую ценность представляют показатели расхождения по шкалам опросника.

При алкоголизме выделяют два основных типа нарушений критичности: 1) снижение критичности к ошибкам, допускаемым в процессе мыслительной (познавательной) деятельности; 2) изменение критичности в личностной самооценке (В. М. Блейхер, В. А. Худик, 1982).

Первый вид нарушений критичности заключается в утрате контроля над интеллектуальными процессами, возможности обдуманно действовать, проверять и исправлять результаты своей деятельности. Нарушения критичности мышления этого типа соответствуют степени выраженности алкогольной энцефалопатии и деградации личности в целом. В начальных стадиях заболевания ошибки главным образом обусловлены недостаточностью активного внимания и легко корректируются в процессе исследования. Некритичность мышления этого рода более стабильна у больных алкоголизмом II и III стадий. Для них трудновыполнимы задания, требующие пространственно-зрительного воображения, характерны действия по типу «проб и ошибок», функции анализа и синтеза у них также снижены. Больные с трудом вникают в смысл инструкций, конечные решения не верны, а поиск нужных корректив замедлен.

Выявление такого рода не критичности мышления возможно с помощью экспериментально-психологической методики, * разработанной нами совместно с В. М. Блейхером (1982). Сущность методики заключается в установлении последовательности развития сюжета по картинкам двух серий.

Установлено, что для больных в начальных стадиях заболевания выполнение первой части задания несложно, они правильно раскладывали картинки, хотя иногда манипуляции их носили несколько хаотичный характер. Вместе с тем, при описании сюжета не было эмоционального переживания, отмечалось речевое оскудение, что следует, очевидно, связывать с изменением личностной позиции к ситуации эксперимента, отсутствием интереса. При складывании картинок по второй части задания (две картинки из шести не соответствовали сюжетной линии рассказа — они или содержали противоречащие ему

* Методика для выявления нарушений критичности мышления.— См. кн.: Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика.— К.: Здоров'я, 1986.— С. 63.

детали, или в них игнорировались некоторые основные признаки, играющие важную роль в развитии сюжета) стереотип деятельности несколько нарушался — в деятельности испытуемых все чаще появлялись решения по типу «проб и ошибок», суждения их свидетельствовали о недостаточности внимания, снижении функции анализа и синтеза. Некритичность мышления такого рода соответствовала выраженности алкогольной деградации личности и, как правило, была свойственна больным в поздней стадии болезни. В этих случаях ошибочные решения, трудности в их корректировании отмечались даже при выполнении заданий первой части, когда пациенты воспринимали сюжет серии картинок не в целостности, а фрагментально. Нередко испытуемые не в состоянии были уловить существенные смысловые связи, их последовательность в сюжете одной или другой картинки, а речевая продукция их сводилась к отдельным предложениям. Результаты по второй части теста свидетельствовали о сформировавшемся дефекте личности — больные не в состоянии были соотносить реальное и нереальное, выделить существенные признаки среди несущественных.

Второй тип нарушения критичности характеризуется искажениями личностной самооценки. В этих случаях степень нарушений критичности (самокритичности) также соответствует стадии алкоголизма и выраженности интеллектуально-мнестических изменений. С одной стороны, диапазон нарушений самооценки включает единичные ошибочные оценки собственных личностных свойств, часто ситуационно обусловленные и аффективно окрашенные. Это заметно главным образом в начальных стадиях алкоголизма. В то же время при большей давности заболевания отмечаются такие особенности личности, которые отражают экстравертированно-анозогнозический тип самооценки.

Для выявления нарушений самооценки большое значение имеют данные, позволяющие сравнивать субъективную и объективную оценки. Так, по мере прогрессирования болезни увеличивается расхождение показателей самооценки главным образом по шкалам «лжи» и «экстра- и интроверсии» опросника Айзенка (рис. 7 и 8). Высокий показатель лжи обычно рассматривают как косвенный признак интеллектуальной и личностной примитивности. Расхождение показателей по шкале «лжи» свидетельствует также о стремлении больных предстать в более выгодном для себя свете, о несколько извращенной позиции к вопросам морально-этической сферы, ню-

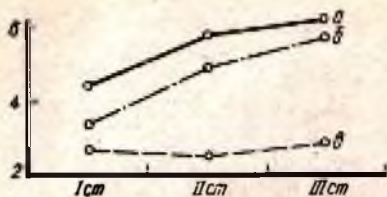


Рис. 7. Показатель некритичности по шкале «лжи» опросника Айзенка больных алкоголизмом:

a — при поступлении на стационарное лечение; *б* — через 45 дней, *в* — в сравнении с объективной оценкой их родственниками. По оси ординат — оценка шкалы, по оси абсцисс — обследуемые группы

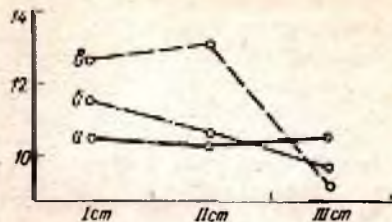


Рис. 8. Показатель некритичности по шкале «экстра- и интроверсии» опросника Айзенка больных алкоголизмом:

a — при поступлении на стационарное лечение, *б* — через 45 дней, *в* — в сравнении с объективной оценкой их родственниками. По оси ординат — оценка шкалы, по оси абсцисс — обследуемые группы

анс межличностных отношений, что также подтверждается различиями по шкале «экстра- и интроверсии». Обнаружено, что больные оценивают себя как экстраверты чаще в начальной стадии заболевания ($10,69 \pm 2,83$), когда алкоголь вызывает состояние эйфории, «снимает напряжение», облегчая общение, и т. д. Однако родственники больных алкоголизмом отмечают значительную выраженность фактора экстраверсии, включающего в себя несвойственные для данной личности характерологические особенности, наиболее выраженные во II стадии болезни. Экстравертированность больных в оценке их родственниками повышается от первой стадии к второй ($12,47 \pm 3,38$; $12,70 \pm 3,41$). Объективная оценка экстравертированности больных, по данным родственников, уменьшается по мере прогрессирования болезни, что отражает также динамику патологического развития личности. Отмечается тенденция к интровертированному типу поведения, свидетельствующая о социальной интроверсии, отчужденности, замкнутости, необщительности. Это — прямое следствие дегенерированной структуры отношений личности больного с обществом.

Сравнительные показатели по шкале «нейротизма» у больных алкоголизмом также свидетельствуют о снижении критичности в оценке своих соматоневрологических характеристик (рис. 9). Так, если в начальной стадии заболевания пациенты еще осознают свои жалобы на плохое здоровье (по данным объективной оценки их родственниками), то в дальнейшем с течением болезни эта оценка приобретает характер анозогнозии. Отсутствие

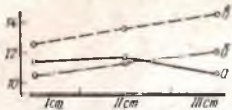


Рис. 9. Показатель не критичности по шкале «нейротизма» опросника Айзенка больных алкоголизмом:

а — при поступлении на стационарное лечение, *б* — через 45 дней, *в* — в сравнении с объективной оценкой их родственниками. По оси ординат — оценка шкалы, по оси абсцисс — обследуемые группы

больных во II и III стадиях) склонны отрицать алкоголизацию, а соматические жалобы представляют под другим углом зрения, связывая их, например, с перенесенными травмами, болезнями.

Больной Г. (33 года, II стадия алкоголизма) отнес себя к «совершенно здоровым», рассуждая при этом следующим образом: «Здоровье у меня отличное, жаловаться не приходится. Простудные заболевания лечу сам... Вот только пару приступов было, а так все хорошо...». В дальнейшей беседе с больным выяснилось, что «приступы» у больного имели эпилептиформный характер и были связаны с чрезмерной алкогольной интоксикацией. Больной отмечал их отсутствие в случаях длительного воздержания от употребления алкоголя. Больным же алкоголизмом себя не считает, тогда как его жена отмечает выраженную алкоголизацию мужа и значительное ухудшение соматического состояния при запоях.

Расхождение показателей самооценки более наглядно по таким значимым для больных шкалам, как «уровень достижений», «семейное благополучие», «отношение окружающих» и «отношение к алкоголю после выписки». Эти расхождения больше у больных во II—III стадиях алкоголизма. В беседе с больным, сопоставив сообщаемые им сведения с данными наблюдения и объективного анамнеза, можно установить степень критичности самооценки. При этом важно отметить, как воспринимаются больным вносимые извне коррективы — принимаются ли они полностью или частично, с оговорками или же целиком отвергаются. Важно также, каким образом больной мотивирует свое неприятие объективной его оценки.

Нарушения критичности анализируют, исходя из стадии заболевания и проводимого лечения. О некоторой обратимости этих расстройств можно говорить главным образом в I стадии болезни. При сравнении отмеченных выше типов не критичности первый рассматривают как

понимая болезни отчетливо обнаруживается у больных алкоголизмом II и III стадий, хотя, по данным объективного клинического исследования, ухудшение соматического состояния соответствует выраженности клинических проявлений болезни.

Анозогнозия также обнаруживается в самооценке по шкале «здоровье», когда больные (чаще все-

более биологический, обусловленный явлениями токсической энцефалопатии, тогда как в генезе нарушений личностной самооценки значительно большую роль играют социальные факторы, изменения статуса больного в обществе и присущих ему межличностных отношений. Однако и здесь существенную роль играют явления органической церебральной патологии, степень их выраженности. Именно они исподволь приводят к деформации личности. В значительной мере дефект личности формируется под влиянием психической и физической зависимости от алкоголя, что существенно изменяет характер мотивации и личностных установок.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕГРАДАЦИИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

На стойкость психических нарушений при алкоголизме указывали еще М. Huss (1952), V. G. Griesinger (1881), V. Manjan (1877), L. Kraft-Ebing (1897), E. Kraepelin (1898), С. С. Корсаков (1890) и др. В частности, L. Kraft-Ebing (1897) рассматривал нарушения памяти как один из самых ранних признаков интеллектуального снижения личности алкоголика, общего упадка его познавательных способностей. F. Ziehen (1897) считал, что алкоголизм приводит к слабоумию, которое развивается на фоне алкогольной деградации. Он выделял два типа алкогольного слабоумия: простое и псевдопаралитическое.

С. С. Корсаков (1887), В. П. Сербский (1906), а также Ф. Е. Рыбаков (1917), описывая алкогольную деградацию, отмечали четкую зависимость ослабления нарушений памяти от постепенного нарастания деградации до глубокого слабоумия и полной потери памяти. В запущенных случаях заболевания развивалась характерная картина алкогольного слабоумия (*dementia potatorum* — по С. С. Корсакову, *dementia alcoholica* — по Ф. Е. Рыбакову). К числу основных расстройств психической сферы С. С. Корсаков относил также моральную и интеллектуальную деградацию пьяниц. E. Kraepelin (1898) исходил из того положения, что алкоголизм — это медленно текущий процесс экзогенной природы, который постепенно ведет к общему изменению и обеднению личности. В. П. Сербский (1906) к алкогольным изменениям личности относил раздражительность, частые гневные вспышки (аффекты), периоды мрачного настроения.

Дальнейшее изучение алкогольной деградации шло по линии детализации форм, уточнения границ, а также изучения динамики этих состояний. И. В. Стрельчук (1966), Е. М. Жудро (1959) выделяют деградацию по астено-неврозоподобному, алкогольно-органическому и психопатоподобному типу. Г. М. Энтин (1967) обращает внимание на степень выраженности деградации и выделяет начальную, умеренную и выраженную степени со снижением интеллекта и нарушением трудоспособности. Я. П. Гирич, Л. И. Киселева и И. В. Алексеева (1977), изучая динамику психоорганических нарушений, выделяют четыре этапа в органическом снижении личности: астенический, психопатический, легкодементный (парциальная деменция) и грубодементный (тотальная деменция).

По мнению И. В. Стрельчука (1956) и А. А. Портнова (1962), алкогольное слабоумие наблюдается обычно в поздних стадиях заболевания и связано в своем развитии с перенесенными алкогольными психозами. В свое время еще Е. Кгаерелин (1912) выделял «галлюцинаторное слабоумие пьяниц», считая его результатом перенесенного алкогольного психоза. В литературе описано алкогольное слабоумие у отдельных больных с органическим психосиндромом, неоднократно перенесших алкогольные психозы или органические поражения головного мозга (Г. И. Урбанович, 1966; И. В. Стрельчук, 1973; С. М. Лившиц, В. А. Яворский, 1975).

А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973), изучив течение алкоголизма в динамике, начиная от начальной стадии, показали, что постепенно к функциональным расстройствам интеллектуально-мнестической деятельности присоединяются поражения органического характера. Рассматривая алкоголизм как процессуальное заболевание, указанные авторы выделяют следующие три стадии: начальную (неврастеническую), среднюю (наркоманическую) и исходную (энцефалопатическую)* и указывают, что изменения в интеллектуальной сфере по органическому типу отмечаются во II и III стадиях заболевания.

По мере прогрессирования алкоголизма у больных нарастают аффективные изменения, формируется психопатоподобная симптоматика. Причем психопатоподобные сдвиги со временем могут приобретать явно органичес-

* В отечественной психиатрии схема динамики развития алкоголизма, предложенная А. А. Портновым и И. Н. Пятницкой (1971), является наиболее распространенной.

кие черты (И. И. Лукомский, 1963, 1972). F. Meggendorfer (1928) и G. Praus (1957) называют психопатоподобные органические изменения личности эпилептическим дефектом пьяниц.

По данным зарубежных и отечественных исследований, алкогольная деградация имеет несколько путей развития в зависимости от динамики процесса.

1. Огрубление пьяниц (нравственное), постепенное исчезновение моральных устоев, грубость, бестактность, антисоциальное поведение (С. С. Корсаков, 1887; В. П. Сербский, 1906; В. М. Бехтерев, 1913; В. П. Осипов, 1926; L. Wilsen, 1956; H. Frice, 1958; A. Lerner, 1959).

2. Деградация как клиническое выражение стойких органических нарушений центральной нервной системы (Е. Краерелін, 1912; Р. Я. Голант, 1926; В. А. Гиляровский, 1928). Авторы указывают на симптомы алкогольной деградации: нарастающая гипобулия, снижение критики, плоский алкогольный юмор, расстройства памяти и, наконец, деменция.

3. Деградация как следствие деформации преморбидных черт личности. Под влиянием хронической алкоголизации особое значение имеют конституциональные особенности (A. Button, 1956; M. Block, 1961; F. Rea, 1956; H. Himwich, 1956).

4. Формирование дефекта связывают с наличием хронической алкогольной энцефалопатии, к которой относят корсаковскую болезнь, мозжечковые атрофии и алкогольный псевдопаралич (И. И. Лукомский, 1960, 1963; А. П. Демичев, 1973; Г. И. Ларичева, 1974; R. Pluvillage, 1965).

Понятия «алкогольная деградация», «алкогольное слабоумие», «алкогольное снижение личности», «психическая дегенерация алкоголиков» появились еще в прошлом веке. Однако различные авторы по-разному определяют содержание, границы этих понятий, оценивают динамику алкогольной деградации. В частности, понятие «алкогольная энцефалопатия» трактуется двояко: как синдром тяжелого поражения головного мозга Гайе — Вернике — Корсакова (эти случаи также обозначают как энцефалопатический психоз) и как проявления прогрессирующего органического психосиндрома токсического генеза.

Помимо этого, недостаточно изучен вопрос, обратима ли психопатологическая симптоматика в период терапевтических ремиссий. Исход алкоголизма и обратимость психических нарушений после прекращения интоксикации также рассматривают неоднозначно. Одни авторы

указывают на то, что психические нарушения у пьющих могут развиваться и при устранении основного этиологического момента — алкоголя (Е. М. Жудро, 1959; R. Pluvinage, 1965), другие считают, что в период абстиненции и так называемого затишья деградация приостанавливается (В. П. Сербский, 1912; С. С. Корсаков, 1913; Th. Ziehen, 1897); третьи убеждены в органической природе психических нарушений и, следовательно, считают невозможным восстановление психических функций, связывая это с признаками атрофии мозговых структур (Л. Ляховский, 1901; E. Bleuler, 1920).

А. А. Меграбян (1972), определяя деменцию как тотальное слабоумие, захватывающее все психические функции и имеющее относительно стабильный характер, считает это состояние почти необратимым. По мнению В. М. Блейхера (1976), в симптомокомплексе слабоумия следует отграничивать функционально-обратимое и органически-деструктивное. Это соотношение отражает патогенетические механизмы болезни. По мере углубления органического процесса функциональные симптомы нивелируются и исчезают.

Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что в ряде случаев обратимость психических функций, хотя и незначительная, может быть связана с проводимым дезинтоксикационным лечением (Г. И. Урбанович, 1966; Э. И. Лапинский, 1974; A. Rachowski, H. Sek, 1968; L. S. Germale, R. S. Ryback, 1976). Однако динамика целостной структуры личности, процесс ее деградации и возможности восстановления изучены недостаточно, а потому пути реабилитации больных алкоголизмом окончательно не определены.

В зависимости от эффективности лечения и особенностей социальной реабилитации можно выделить две группы больных: первую составляют лица, у которых отмечаются устойчивые ремиссии, вторую — лица, у которых ремиссии или кратковременны, или вовсе отсутствуют.

Анализ наших исследований свидетельствует (В. А. Худик, 1983): результаты патопсихологических исследований у больных с ремиссиями и рецидивами различаются не только количественно, но и качественно.

Испытуемые, у которых ремиссии были устойчивы, имели значительно лучшие результаты при отыскивании чисел по таблицам Шульте, арифметическом счете, заучивании 10 слов, выделении существенных признаков из общей массы, образовании простых аналогий и приближались в этом отношении к контрольной группе здо-

ровых. Положительные сдвиги отмечены главным образом у больных с начальными стадиями заболевания и характеризовались улучшением механической и смысловой памяти, ускорением простых реакций и уровня достижений при выполнении интеллектуальных заданий. Действия больных были более целенаправленны и мотивированно-осмысленны, соответствовали адекватному уровню притязаний в условиях эксперимента. Однако при выполнении более сложных заданий пациенты этой группы по-прежнему допускали ошибки. Несмотря на стремление показать лучшие результаты, они все же были тревожны, сохраняли эмоциональную неустойчивость.

На начальной стадии алкоголизма у больных, имевших в прошлом рецидивы болезни, обнаружено ухудшение интеллектуально-мнестических способностей. Снижение психической деятельности чаще всего свидетельствовало о рецидивирующем течении алкоголизма, склонности к запойному пьянству, о снижении социальной адаптации и изменении в поведении. Данные патопсихологических исследований, с одной стороны, отражали нарушения в интеллектуальной сфере, с другой — изменения в структуре личности. На начальных этапах алкоголизма у больных отмечались некоторые аномальные проявления личности — лживость, экстравертированность, анозогнозичность, которые к моменту первичного поступления в стационар не у всех имели четко очерченную форму.

У больных алкоголизмом II и III стадий при обследовании заметно улучшилась психическая деятельность. У них также повысился интерес к ситуации эксперимента. Изменения памяти, внимания, темпа деятельности оказались более обратимыми, по сравнению со способностями в познавательной деятельности к абстрагированию, образованию новых понятий. У всех больных данной группы отмечались существенные положительные сдвиги в социальной сфере: улучшились отношения в семье и на работе, появились новые интересы и пр.

При рецидивирующей форме течения алкоголизма, особенно в конечных стадиях заболевания, углубление психической деградации характеризуется не только клиническими изменениями, но и изменениями в структуре социально-психологических отношений, свидетельствующими о личностной и интеллектуальной деградации. При повторных экспериментальных обследованиях лиц с рецидивами заболевания обнаружены ухудшение способности к запоминанию, усвоению логических смысловых связей, трудности при выполнении заданий, требующих

пространственно-зрительного воображения или построенных по типу «проб и ошибок», снижение функции анализа и синтеза. Темп деятельности в эксперименте у больных данной категории существенно снижен из-за повышенной истощаемости, тревожности и аффективной неустойчивости.

По мере нарастания клинических признаков болезни более выражен симптомокомплекс органического психосиндрома. Уточнение степени выраженности интеллектуального и личностного дефекта, характера его обратимости под влиянием проводимого лечения особенно важно при наблюдении больных, перенесших алкогольные психозы.

Приводим следующее наблюдение.

Больной Л., 51 год. Образование 7 классов, III стадия алкоголизма. Лечился неоднократно, ремиссии были кратковременные или вовсе отсутствовали.

В марте 1979 г. поступил в психоневрологический стационар с диагнозом: алкогольный делирий. Накануне всю ночь не спал, спрашивал, где он, искал какие-то вещи. Первое время в отделении плохо понимал, что с ним случилось, галлюцинировал, что-то с себя снимал, стремился куда-то пойти, был неряшлив. Предъявлял жалобы на боль в ногах. При осмотре невропатолога установлена гипотрофия мышц верхних и нижних конечностей, болезненность по ходу нервных стволов.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаружено выраженное снижение интеллектуально-мнестической деятельности. Память существенно ослаблена. Кривая воспроизведения 10 слов характеризуется низко расположенным плато: 1, 2, 2, 3, 3, 3, 3. Не может вспомнить только что прочитанного ему рассказа, выделить в нем главное и второстепенное. Активное внимание неустойчиво. Простые и сложные сенсомоторные реакции замедлены. Работоспособность снижена. Интеллектуальные способности поражены. Более сохранены счетные операции, однако задания в пределах второго-третьего десятка уже выполнялись с остановками и ошибками. Способность к обобщению и отвлечению снижена. Больше встречаются решения конкретного плана. Лучше оперирует предметами домашнего обихода. Профессиональные навыки утрачены. Речевая продукция ограничена, лишена эмоционально-чувственной окраски. Больной безразличен к своему состоянию, не тяготится обстановкой в больнице. В отделении ничем продуктивным не занимается. Лжив, прожорлив.

В ходе лечения состояние больного улучшилось. При экспериментально-психологическом исследовании, проведенном через 2 мес, обнаружено некоторое улучшение организации психической деятельности. Однако испытуемый по-прежнему чрезмерно истощаем, работоспособность снижена. Механическая память улучшилась незначительно (воспроизведение 10 слов: 2, 4, 5, 4, 7, 5). Воспроизведение рассказа схематично. Затруднено понимание инструкций. Мышление конкретно-ситуационное. Ограничены комбинаторные способности, преобладают действия по типу «проб и ошибок». При этом анализ ошибочных решений отсутствует. К ситуации экспериментального исследования остается безучастным, пассивным. Эмоционально упло-

щен. Остается не критичным в оценке собственной личности и окружающего. Конформно отвечает, что пить ему нельзя, планов на будущее не высказывает.

В процессе экспериментального исследования с больным проводилась психокоррекционная работа, где основное внимание уделялось анализу его жизненного пути, сопоставлению данных психологического исследования на различных этапах лечения. Однако обследуемый лишь внешне проявлял беспокойство к имеющим место дефектам психической деятельности. Главным образом, обращал внимание экспериментатора на повышенную усталость, быструю истощаемость, общее физическое недомогание.

Через 6 мес пребывания в стационаре по заявлению сестры выписан домой с диагнозом: алкогольная энцефалопатия в форме умеренно-выраженного интеллектуального снижения; алкогольный полиневрит.

При выписке заверял, что алкоголь употреблять больше не будет. После выписки не пил неделю, после чего снова стал пить. Испытывая тягу к спиртному и вне состояния алкогольного опьянения. В ноябре 1979 г. вновь поступает в стационар. Со слов сестры, больной пытался покончить с собой будучи в нетрезвом состоянии. При поступлении апатичен, высказывает суицидальные мысли. Недоволен собой. Постоянно находится в постели, принимает приподнятое положение головы (симптом «воздушной подушки»). Грубо ориентирован во времени и пространстве, не знает точно, сколько ему лет, который раз в больнице, сколько времени после выписки находился дома. Расстройств восприятия и бредовых идей не обнаруживает. Помещение в стационар объясняет тем, что «опять выпил». Обстановкой в больнице не тяготится.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлена прежняя недостаточность памяти. Страдают элементарные операции счета. Больной совершенно утратил прежние профессиональные навыки. Непродуктивен в простых трудовых процессах. Мышление сугубо конкретное. Способность к образованию новых понятий отсутствует. Инструкции понимает с трудом. Снижение показателей деятельности также связано с выраженным эмоционально-волевым, мотивационным дефектом. Больной ко всему безучастен, за исключением еды и сна. Заботами семьи не интересуется. Установок на труд не имеет. Психокоррекционная беседа без эффекта. В отделении дни проводит в бездеятельности, с больными не общается. Жалоб, желаний не высказывает, слабодушен.

За время пребывания в больнице в течение 5 мес психическое состояние больного существенно не изменилось. Он бездеятелен, вял, пассивен, безынициативен, неряшлив, большую часть времени проводит в постели, ссылаясь на боль в ногах. Критики к своему состоянию и окружающему не проявляет. Учитывая данное состояние больного, на него заполнен посылной лист на ВТЭК с диагнозом: последствия хронического алкоголизма с явлениями выраженного органического слабоумия. Больной был переведен в Орловский дом-интернат для психохроников, где через полгода умер.

Выраженная картина слабоумия наблюдалась также у больных, перенесших алкогольный энцефалопатический психоз Гайе—Вернике—Корсакова. Согласно результатам патопсихологического исследования, у них превалирует интеллектуальный дефект (после наступления энцефалопатии), причем особенно изменены мнестические

способности. Больные не в состоянии запомнить и воспроизвести 10 слов, с трудом узнают и называют предметы. У них наблюдаются явления эхололии, элементы фиксационной амнезии, конфабуляции. Обратимость корсаковского синдрома в процессе лечения у этих больных практически несущественна.

При исследовании познавательной деятельности обнаруживается утрата прежних навыков: отмечаются расстройства письма, счета, комбинаторного мышления. Больные не в состоянии усваивать инструкции, чаще всего их не понимают. Действия их нередко носят малоосмысленный характер. Полностью утрачивается трудоспособность.

Таким образом, формирование психического дефекта следует связывать с глубиной деградации личности и явлениями органической церебральной патологии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В АСПЕКТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АЛКОГОЛИЗМА

Выявление особенностей изменения личности при алкоголизме имеет особо важное значение при проведении психиатрической экспертизы (трудовой, судебной, военной). Цель патопсихологического исследования: установить степень снижения интеллектуально-мнестической деятельности и аномалий личности больного, а также дать экспертную оценку обнаруженных дефектов.

ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

На врачебно-трудовую экспертизу больные алкоголизмом направляются относительно редко, преимущественно в тех случаях, когда вследствие хронической алкоголизации развиваются глубокие, стойкие и необратимые психические и соматические изменения, приводящие к абсолютной нетрудоспособности. При этом выделяют следующие клинические формы алкогольного генеза, представляющие основное значение для экспертизы трудоспособности лиц, страдающих алкоголизмом: а) острые алкогольные психозы; б) затяжные алкогольные психозы; в) алкогольная деградация психики (Д. Е. Мелехов, 1960; О. Г. Виленский, 1979; Р. М. Войтенко, 1981). По мнению Д. Е. Мелехова (1960), в экспертной практике

различают функциональные последствия алкоголизма, которые свойственны больным с начальными стадиями заболевания, и выраженные явления алкогольной деградации психики, развивающиеся вследствие тяжелых форм алкоголизма, что приводит к состояниям временной или стойкой нетрудоспособности. Основной разграничительной мерой временной и стойкой нетрудоспособности служат обратимость нарушений функций, а также клинико-трудовой прогноз и восстановление трудоспособности (А. Ф. Третьяков, 1959).

Во время трудовой экспертизы проводят дифференциальную диагностику стадий течения алкоголизма. При этом обращают внимание на картину опьянения и состояние похмелья, изменение выносливости к алкоголю, соматическое состояние и неврологические расстройства, степень выраженности симптомов алкогольной деградации психики. Алкоголизм является определенной формой токсического поражения центральной нервной системы, поэтому заключение врачебно-трудовой экспертизы должно основываться на данных комплексного клинического обследования освидетельствуемого.

Немаловажную роль при этом играет экспериментально-психологическое исследование. Цель психологического исследования — выявление сохранных сторон психической деятельности и соотнесение их с органической патологией. Практическое значение имеют трудовые рекомендации, составленные на основании данных объективного исследования, учитывающие также специфику заболевания и особенности личности больного.

Известно, что стойкие интеллектуальные расстройства у больных алкоголизмом по органическому типу (расстройства внимания, памяти, сужение круга интересов, суждений) наступают в последнюю очередь и долгое время остаются незаметными для окружающих, тем более, что этого рода больные любят и умеют при случае воспользоваться знаниями, сохранившимися у них от прошлого. В частности, они долго сохраняют свои профессиональные знания, но утрачивают выдержку и усидчивость в труде. Сначала они бывают вынуждены менять места работы, потом постепенно останавливаются в росте, отстают от новых достижений в своей специальности, де квалифицируются и в конце концов становятся, по их же выражению, «временно неработающими». Они не удерживаются из-за пьянства даже на самой несложной работе. Долго сохраняющаяся у больных способность мобилизовать себя, умение на короткий отрезок времени

показать себя с лучшей стороны, естественно, затрудняют уточнение типа и глубины изменений личности, в особенности при беглом знакомстве на амбулаторном приеме. В то же время именно признаки психической деградации при алкоголизме, особенно при тяжелой его форме, служат критерием пригодности или непригодности больного к профессиональному труду.

Рассмотрим некоторые вопросы инвалидизации больных алкоголизмом с учетом клинических особенностей болезни и алкогольной деградации психики.

Инвалидность III группы может быть установлена в тех случаях, когда после целенаправленного, настойчивого и достаточного по времени, но безуспешного лечения у больных алкоголизмом прогрессируют интеллектуально-мнестические нарушения и достигают выраженного интеллектуального снижения, особенно у лиц интеллектуального труда, когда по состоянию психического здоровья необходим перевод на работу более низкой квалификации; когда значительно ограничены возможности трудоустройства лиц с невысоким образовательным уровнем и низкой профессиональной квалификацией, у которых имеются выраженные нарушения интеллектуально-мнестической деятельности и эмоционально-волевой сферы, отсутствуют трудовые навыки (В. П. Белов, 1983). Инвалидность III группы устанавливается также лицам, страдающим алкоголизмом с признаками стойкой морально-этической деградации личности и резким снижением интеллекта; при алкогольной эпилепсии с непрерывным, но относительно благоприятным течением, что тем не менее требует перемены профессии и снижения квалификации.

При экспериментально-психологическом исследовании особое внимание уделяют анализу объективных анамнестических данных. Изучают не только клинические особенности заболевания, но и социально-психологические изменения личностного статуса больного, его отношения в семье и производственном коллективе, характер профессиональной и трудовой деятельности.

В задачу психологического исследования входит поиск дифференциально-диагностически значимых компонентов психической деятельности, что чрезвычайно важно при решении вопросов профессиональной пригодности, особенно у лиц, у которых вследствие алкоголизма развились неврологические и психические нарушения. Так, у больных с алкогольной эпилепсией нередко могут возникать трудности в связи с необходимостью продолжать

ту или иную работу. В этих случаях экспериментально-психологическое исследование преследует цель выявить особенности психического дефекта и его влияние на состояние трудоспособности.

Приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 37 лет. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил 8 классов, после чего работал в колхозе на разных работах. В последнее время работал трактористом. Холост, проживает с матерью.

Алкоголь стал употреблять с 20 лет. С 27 лет отмечает желание опохмелиться. Запой могли длиться от 3 до 6 дней, после чего чувствовал себя соматически очень ослабленным. В 1980 г. (в возрасте 33 лет) впервые без видимой причины (по словам больного) наблюдался эпилептический припадок с потерей сознания. Больной отметил, что в то время алкоголь не употреблял в течение двух дней, но перед этим у него был запой «около недели». Во время запоя опохмелялся главным образом суррогатами. Этим случаем был напуган и алкоголь не употреблял, но через месяц снова стал выпивать. Примерно через год после первого припадка количество припадков увеличилось, за помощью в лечебные учреждения больной не обращался. Впервые поступил на лечение и решение вопроса о трудоспособности в марте 1984 г. (в возрасте 37 лет).

После полученного лечения перед выпиской прошел экспериментально-психологическое исследование для решения вопроса трудовой экспертизы.

В результате исследования установлена неравномерность темпа простых и сложных сенсомоторных реакций. Числа по таблицам Шульте больной мог называть «пачками». Отмечалось удлинение латентного времени на поиск следующего числа.

Значительно неравномерна и с тенденцией к снижению интеллектуальная работоспособность. Отмечаются ошибочные решения даже при выполнении относительно более простых заданий. Внимание неустойчиво, больной легко отвлекаем. С ошибками по конкретно-ситуационному типу выполнял мыслительные задания. При этом мышление характеризовалось некоторой торпидностью, вязкостью. В ассоциативном эксперименте больной не мог быстро подобрать необходимое ответное слово. Способность к непосредственному запоминанию снижена. Кривая воспроизведения 10 слов имела вид плато: 2, 4, 6, 6, 6, 6. Больной не в состоянии был воспроизвести прочитанный рассказ (из 23 его смысловых единиц воспроизвел лишь 7). Отмечено также снижение оперативной памяти.

При неудачах в процессе эксперимента он легко аффектировал, давал отказные реакции.

В целом данные экспериментально-психологического исследования свидетельствовали о снижении интеллектуально-мнестической деятельности и изменении ее по алкогольному и эпилептоидному типу.

Учитывая глубину и особенности проявления психического дефекта, больному рекомендовано трудоустройство на работу, не связанную с механизмами, установлена III группа инвалидности сроком на 1 год.

Не меньшие трудности представляет оценка прогноза трудоспособности больных при сочетании алкоголизма с органическими заболеваниями нервной системы, в част-

ности, с последствиями травм черепа. Течение алкоголизма у больных, перенесших черепно-мозговую травму, крайне разнообразно. Во многих случаях травма оказывается фактором, обуславливающим переход случайного потребления алкоголя в систематическое, ускоряющим развитие деградации личности. В свою очередь, алкоголизм ухудшает течение посттравматических заболеваний, повышает готовность к судорожным припадкам, ускоряет развитие энцефалопатий.

Инвалидность II группы устанавливается больным алкоголизмом в тех случаях, когда наступает полная утрата трудоспособности вследствие выраженных нарушений функций организма, обусловленных хронической алкогольной интоксикацией, которая, однако, не вызывает необходимости в постоянной посторонней помощи (уходе, надзоре). К этой категории относятся больные с хроническим алкогольным галлюцинозом, в том числе сопровождающимся неправильным поведением и грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, а также лица с алкогольным бредом ревности (алкогольная паранойя), больные с алкогольной энцефалопатией Гайе—Вернике, корсаковским психозом, алкогольным псевдопараличом, стойкими признаками слабоумия, прогрессирующей алкогольной эпилепсией (В. П. Белов, 1983). Некоторым инвалидам II группы доступны отдельные виды труда в специально созданных условиях.

Экспериментально-психологическое обследование больных с алкогольной деменцией позволяет уточнить степень поражения высших психических функций и возможности обратимости психопатологической симптоматики под влиянием лечения. Представляется важным также изучение возможностей приобщения больных к выполнению элементарных трудовых навыков в процессе ремиссии.

Приводим следующее наблюдение.

Больная X., 22 года, образование 8 классов. Наследственность отягощена, мать и бабушка злоупотребляли спиртными напитками. В младенческом возрасте бабушка давала девочке из соски самогон для того, чтобы последняя лучше спала. В детстве развивалась без особенностей. В школу пошла в 7 лет. Окончила 8 классов. Согласно школьной характеристики, до 7 класса училась без троек, имела способности к учебе. По окончании школы работала в колхозе на разных работах.

Не замужем, детей нет. Отца не имеет. Постоянно проживает с бабушкой и матерью. Употреблять спиртные напитки стала с 13 лет: перед тем как идти в школу, выпивала полстакана самогона. Усилилось злоупотребление алкоголем с 16-летнего возраста.

Впервые больная поступила на лечение по поводу алкоголизма

в возрасте 19 лет (август 1979 г.), где ей был установлен диагноз алкогольной наркомании с убывающей толерантностью. Больная была госпитализирована по направлению с места работы при содействии милиции. Установок на лечение не имела. При поступлении: внешне упорядочена, продуктивных психотических расстройств не обнаруживает, не отрицает злоупотребление алкоголем. Причину связывает с тем, что ее к спиртному приучали с детства. Формально соглашается пройти курс лечения.

После выписки из больницы продолжала злоупотреблять алкоголем, вела бродяжнический образ жизни. Постоянной работы не имела. Некоторое время работала в заготконторе свиначкой. Согласно характеристике с места работы, систематически пьянствовала, поведение ее неоднократно рассматривалось на собраниях села, на заседаниях исполкома.

Изменения в поведении Х. появились в начале марта 1981 г.— бросалась на мать, пыталась ее задушить, устраивала скандалы. В связи с этим в конце марта была доставлена в районную больницу, где была недоступна контакту, периодически находилась в психомоторном возбуждении, что послужило поводом для направления ее в специализированное лечебное учреждение.

При поступлении и в первые дни в отделении была дезориентирована, заявляла, что она находится в сельсовете или на ферме среди доярок, на вопросы отвечала не по существу, куда-то бесцельно стремилась, инструкции не выполняла, эхололична, тревожна, мечется в постели. В дальнейшем спокойна, контакт непродуктивен, длительное время не могла указать свой возраст, возраст матери, утверждала, что у нее двое детей и тут же это отрицала. Дезориентирована во времени и пространстве.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживаются резкие нарушения интеллектуально-мнестической сферы. Доминируют расстройства памяти. Пролеты памяти касаются в основном событий, хронологически близких к началу заболевания. Больная безразлична к обнаруженным нарушениям памяти. Кривая воспроизведения 10 слов имеет вид низко расположенного плато: 1, 1, 2, 2, 3, 2, 2. Отмечаются явления фиксационной амнезии, также существенно влияющие на интеллектуальную сферу. Больная не в состоянии по методике «исключения» подобрать обобщающие понятия, выделить главное и второстепенное в сюжете картины. При исследовании письма, конструктивного мышления отмечается утрата большой прежних навыков, явления конструктивной апраксии, непонимание логико-грамматических конструкций. При отыскании чисел по таблицам Шульте, в арифметическом счете по Крепелину выявлено нарушение способности счета. Больная утратила представление о разрядности чисел, оказалось невозможным выполнение арифметических операций в пределах первого десятка.

В ходе исследования отмечается обеднение эмоций, больная пассивна, безразлична к предлагаемым заданиям. Речевой контакт ограничен. На вопросы отвечает односложно. Критика к сообщенным сведениям снижена, часто отсутствует вообще.

Поведение больной в ходе лечения длительное время оставалось без изменений. По данным записей истории болезни, больная слабумна, непродуктивна в беседе. Ходит, натываясь на предметы, утрачены прежние движения. Ест из рук персонала. Неряшлива, беспомощна в самообслуживании, аспонтанна, не осмысливает создавшегося положения. Выражение лица тупое. Часами безразлично сидит или лежит в постели, не проявляет двигательной и психической активности.

Осмотрена невропатологом: глазные щели $s=d$, недостаточность конвергенции носогубных складок, резкий цианоз, гипотрофия, гипергидроз конечностей, тремор пальцев вытянутых рук, сухожильные рефлексы повышены, патологических нет. Заключение: органическое поражение головного мозга с гипоталамическими расстройствами, ангиоспастическим синдромом. Заключение окулиста: на глазном дне дистрофические очажки.

В результате проведенного лечения (пираретам, дезинтоксикационное, общеукрепляющее, аминалон, глутаминовая кислота) состояние больной незначительно улучшилось. В последнее время сознание сохранено, правильно называет свой возраст, домашний адрес, ориентируется в окружающей обстановке, стала элементарно себя обслуживать, несколько оживилась эмоционально. Частично восстановилась память на текущие события. Остается слабоумной, беспечной, несколько эйфоричной. Приспособить больную к труду не удается: не может заправить свою постель, как следует помыть полы и т. д. Социально-трудовые установки отсутствуют.

Данные повторного психологического исследования (через полгода после предыдущего) свидетельствуют о незначительном улучшении психического состояния больной. Она стала более доступной в речевом контакте. Осмысливает содержание спрашиваемого. Однако остается по-прежнему безучастной к факту исследования, нередко отвечает «не знаю», «не могу».

Несколько улучшилось непосредственное запоминание. Кривая воспроизведения 10 слов следующая: 2, 4, 5, 4, 6, 6, 6; через 15 мин — смогла назвать лишь 2 слова. Ассоциативная и смысловая память по-прежнему значительно снижены, больная не в состоянии пересказать прослушанный рассказ, не улавливает взаимосвязи между отдельными смысловыми единицами.

Темп психической деятельности замедлен. Характерны явления хаотичности движений, действия по типу «проб и ошибок». Критичность в отношении последних отсутствует.

Арифметические действия выполняет с ошибками даже в пределах первого десятка. Не в состоянии сравнить между собой предметы. При предъявлении подобных заданий обнаруживает непонимание инструкций.

Речь несколько восстановилась, чтение затруднено. По-прежнему характерны расстройства письма, нередко больная отвечает «забыла, как писать эту букву». Пишет под диктовку. Характерно также непонимание смысловых структур текста.

Слабоумие больной проявляется и в ограниченности эмоциональных проявлений, нередко в их неадекватности. Больная то несколько благодушна, эйфорична, то вдруг становится замкнутой, негативистичной. В ходе всего исследования пассивна, безучастна, чаще всего сидит в одной позе, опустив голову. Планов на будущее не высказывает. Пребыванием в стационаре не тяготится.

В конце ноября 1981 г. в сопровождении санитарки больная выписана домой с диагнозом: алкогольное слабоумие. Трудоспособность утрачена, признана инвалидом II группы.

Инвалидность I группы может быть установлена в тех случаях, когда у больных имеются тяжелые последствия черепно-мозговой травмы или повреждения позвоночника на фоне алкоголизма, обуславливающие полную потерю трудоспособности и необходимость постоянного ухода, помощи или надзора.

Экспериментально-психологическое исследование в этих случаях также диагностически значимое, поскольку позволяет уточнить степень выраженности посттравматических психоорганических изменений, определить их удельный вес в структуре алкогольной деградации психики.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

В судебно-психиатрической практике в последние годы все чаще возникает необходимость экспертной оценки особенностей нарушения поведения, эмоционального состояния субъекта в момент правонарушения. Поводом для назначения экспертизы служат, как правило, особенности поведения обвиняемого при совершении противоправных действий: появление не свойственных ранее форм поведения, взрывной характер поступков, жестокость и тяжесть содеянного. Цель судебно-психиатрической экспертизы: 1) вынесение заключения о вменяемости или невменяемости подэкспертного; 2) установление у обвиняемого наличия или отсутствия временного болезненного расстройства психической деятельности в момент содеянного; 3) заключение о дееспособности или об отсутствии таковой, возможности или невозможности предстать перед судом, давать свидетельские показания; 4) вынесение решения о необходимых мерах медицинского характера и т. д.

Судебно-психиатрическая комиссия в своей работе использует: а) медицинскую документацию, в которой отражены данные прежнего пребывания подэкспертного в психиатрической больнице (ее должны представить судебно-следственные органы), или документы, имеющиеся в архиве учреждения, проводящего экспертизу; б) результаты клинического обследования подэкспертного, включая экспериментально-психологическое исследование; в) материалы уголовного дела.

Клиническое исследование проводится психиатром. Особенно тщательно изучают личность испытуемого. Подробно выясняют следующие данные: наследственность (психическое здоровье родственников, детей, алкоголизм и пр.), историю развития личности в дошкольный, школьный и трудовой периоды в строго хронологической последовательности, болезни, перенесенные в течение жизни испытуемым, инфекции, травмы, в том числе психотравмы, психические болезни, по поводу которых где

и когда лечился. Анамнестические сведения подкрепляются ссылками на медицинские документы (выписки из историй болезни, акты медицинских освидетельствований и др.).

Все документы должны быть заранее запрошены судебно-следственными органами или экспертами судебно-психиатрической комиссии.

Важным разделом работы является анализ материалов следственного дела. В нем кратко излагают фабулу дела, материалы, характеризующие личность испытуемого, для чего используются характеристики, высказывания свидетелей о его поведении в быту, на производстве, показания о поведении и высказываниях во время правонарушения, описание места происшествия и др. Это дает представление о личности испытуемого и о его психическом состоянии до и во время совершения правонарушения.

Диагностическое значение имеет исследование физического, неврологического и психического статуса испытуемого. При описании психического состояния психиатром подробно отражаются: состояние сознания, потребностно-мотивационная и эмоционально-волевая сфера, интеллектуально-мнестическая деятельность (восприятие, внимание, память, мышление), отношение испытуемого к болезненным явлениям.

После описания психического состояния и поведения подэкспертного важным вопросом является выяснение того, как обследуемый оценивает ситуацию случившегося, что рассказывает он о происшедшем преступлении и своей роли в нем. Этот раздел ценен еще и потому, что позволяет эксперту судить о состоянии испытуемого в момент совершения правонарушения, оказывает влияние на решение вопроса о вменяемости.

Экспериментально-психологическое исследование личности подэкспертного позволяет уточнить особенности темперамента и характера обследуемого, состояние его памяти, интеллектуальных функций, выявить наличие изменений в познавательной и личностной сферах с учетом выделяемых в клинической патопсихологии патопсихологических синдромов (В. М. Блейхер, 1986).

Очень часто причиной направления на экспертизу служит забывание событий, происходивших в период опьянения субъекта.

Вот пример описания испытуемым своего участия в драке: «Выпили мы у меня дома по две стопки самогона. Закусили. Говорили о работе. Потом вышли на улицу. Через некоторое время

к нам подошел В., попросил сначала закурить и, пока я доставал сигареты, меня кто-то ударил по голове. Тут я потерял сознание и не помню, что было дальше. Очнулся уже у себя дома, сидел на стуле, спрашивал у жены, что произошло». При расспросе испытуемого необходимо выяснить границы этой «амнезии», следует предложить испытуемому описать как можно подробнее все, что он помнит до совершения правонарушения, и уточнить, с какого времени или с какого события он начал вновь осознавать окружающее после совершения криминала.

Эксперт-психиатр призван решить следующие вопросы: 1) страдал ли обвиняемый психическими заболеваниями до совершения противоправного действия и вменяем ли; 2) о психическом состоянии в момент обследования; 3) о применении мер медицинского характера.

Приводим следующее наблюдение.

Больной Ю., 62 года (алкоголизм II—III стадии). Находился в стационаре для прохождения судебно-психиатрической экспертизы. Предъявлено обвинение в убийстве гражданина Ш.

Из истории жизни испытуемого известно следующее. Родился вторым. Имеет старшую сестру, которая здорова. Раннее развитие без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечает малярию, страдает радикулитом. Окончил 6 классов общеобразовательной школы, учился посредственно. Работал в колхозе на различных малоквалифицированных работах, последнее время сторожем. Участник Великой Отечественной войны, был легко ранен в руку и ногу. Женат повторно, от первого брака имеет дочь.

На протяжении многих лет злоупотребляет спиртными напитками. Из справки-характеристики сельского совета известно, что Ю. зарекомендовал себя с отрицательной стороны. Имеет склонность к злоупотреблению спиртными напитками. По характеру раздражительный, вспыльчивый, конфликтный.

8 июля 1983 г. во время распития спиртных напитков Ю., находясь в нетрезвом состоянии, перочинным ножом ударил Ш. в левую часть грудной клетки. 9 июля потерпевший был доставлен в Бобровицкую райбольницу, где 16 июля скончался. В процессе следствия Ю. заявил, что 8 июля он возвратился из Киева, дома выпил 3—4 бутылки пива. Собираясь вечером на работу, он взял с собой бутылку вина и бутылку пива и по пути заехал к Ш. Последний дал ему другие брюки, так как он свои во время падения с велосипеда испачкал в грязи. За ужином они вдвоем распили бутылку вина, закусывали жареной рыбой. Дальнейших событий не помнит. Очнулся ночью посреди огорода, начал понимать, что находится в чужом огороде. Явившись утром домой, он лег спать, а в 11 часов утра пошел снова к Ш., чтобы выяснить, что же случилось. Ю. так же показал, что последнее время он пьянеет от небольших доз, начал замечать, что многих своих действий не помнит.

Потерпевший Ш. показал, что вечером к нему в нетрезвом состоянии с вином явился Ю. После выпитого спиртного он сильно опьянел. В тот момент, когда Ш. возвращался в дом со двора, испытуемый взял со стола нож и нанес удар в левую часть груди. После этого Ю. продолжал сидеть возле стола, что-то бормотал, обмочился.

Со слов жены потерпевшего и соседей известно, что они застали Ю. в сильном опьянении, он не мог стоять на ногах. Его вывели

во двор, но он, пройдя несколько шагов, упал на землю, где пролежал до утра.

Физическое состояние: среднего роста, удовлетворительной упитанности. На груди рубцы от ожогов. Пульс 80 в 1 мин, ритмичный. АД 18,7/10,7 кПа (140/80 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Органы брюшной полости без особенностей.

Нервная система: в позе Ромберга неустойчив, координация точных движений затруднена. Выраженное дрожание всего тела. Сухожильные рефлексы живые, равномерные, патологические не вызываются. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Анализы крови и мочи в норме.

Флюорография: органы грудной клетки в пределах нормы.

На рентгенограммах черепа патологии не выявлено.

Заключение невропатолога: заболеваний нервной системы не обнаружено.

Психическое состояние: в ясном сознании, правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Знает, что находится в психиатрической больнице, когда поступил. Правильно называет текущий год, месяц, число, помнит даты и основные события из личной жизни. Контакт доступен, охотно сообщает о себе сведения, особенно оживляется при упоминании об алкоголе, на лице появляется улыбка. Злоупотребление спиртными напитками не отрицает. Подчеркивает при этом, что пьянеет от небольших доз, не помнит, как вел себя и что делал в нетрезвом состоянии. Бред, галлюцинаций и других психотических симптомов не обнаруживает. При расспросах о правонарушении дает выраженную эмоциональную реакцию, на глазах появляются слезы, заявляет, что «я участник войны, если посадят в тюрьму, я не выдержу». Полностью воспроизводит события, предшествующие правонарушению, но отмечает полное запечатывание случившегося: «... помню, как пил вино с Ш., а затем пришел в себя уже под утро на огороде». В отделении ведет себя адекватно, держится в кругу выздоравливающих больных, выполняет поручаемые виды работ. Интересуется исходом экспертизы, проявляет критику к сложившейся ситуации.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлено следующее.

Доступен продуктивному контакту. Понимает, в связи с чем находится в больнице. Высказывает сожаление по поводу случившегося. В то же время сообщает, что ничего не помнит, как все это произошло. Отмечает, что длительное время употребляет спиртные напитки, а в последнее время выпивает небольшими дозами и быстро пьянеет. В суждениях своих последователен, несколько избирателен. Предъявляет жалобы на ухудшение памяти, снижение работоспособности. Отметил, что наряду с выполняемой работой в качестве сторожа делает много и по домашнему хозяйству. Считает, что с работой справляется. Здоровье свое оценивает удовлетворительно.

В ситуации эксперимента поведение испытуемого неоднократно менялось — то он не понимал, что у него спрашивают, то не был в состоянии выполнять то или иное задание, то с некоторой помощью экспериментатора приступал к работе, то, несколько аффектируясь, пытался встать и уйти. Эта установочная позиция несколько нивелировалась в ходе обследования под влиянием психокоррекционной беседы.

Отмечается снижение показателей психической деятельности по органическому типу. Нередко испытуемый демонстрирует свою не-

состоятельность, при коррекции становится злобным, дает отказные реакции. Отмечается невысокий показатель непосредственного запоминания (кривая воспроизведения 10 слов имела следующий вид: 2, 6, 5, 5, 6, 4, 5, 5, 6, 6, 5; через 20 мин смог назвать лишь 3 слова). При этом после каждого повторения экспериментатора называет 5—6 слов и говорит, что больше не помнит («что вы от меня хотите, у меня плохая память»). Показывает несостоятельность при воспроизведении прослушанного рассказа, хотя в целом смысл его передает правильно. Пытался показать свою несостоятельность при исследовании с помощью таблиц Шульце, при исследовании интеллектуальной работоспособности по Крепелину. Главным образом такая позиция испытуемого больше наблюдалась при выполнении тех заданий, которые хронометрировались по времени.

Мышление в обычном темпе, без нарушений, больше встречаются решения конкретно-ситуационного плана. В ходе выполнения мыслительных заданий несколько успокоился, стал более приветливым, интересовался, можно ли его оставить на лечение от алкоголизма. Обнаружил хорошую ориентированность в событиях недавнего прошлого, в семейно-бытовых и профессиональных вопросах.

Анамнестические сведения и данные настоящего психиатрического обследования о длительном (многолетнем) злоупотреблении спиртными напитками с развитием явлений психической и физической зависимости, появление амнестических форм опьянения, а также морально-этическое огрубение, некоторое снижение памяти на текущие события позволили экспертной комиссии прийти к заключению, что Ю. обнаруживает признаки хронического алкоголизма. Однако степень выраженности имеющихся изменений психики у Ю. при отсутствии выраженных расстройств мышления, памяти и сохранности критики не столь значительна, чтобы лишать его способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В момент совершения инкриминируемого ему деяния Ю. не обнаруживал и признаков какого-либо временного болезненного расстройства психической деятельности, находился в состоянии простого алкогольного опьянения (обнаруживал физические признаки алкогольного опьянения, речевая продукция была последовательной, не отражала тематики болезненных расстройств). После содеянного испытуемый уснул наркотическим сном, после чего сохранились лишь отрывочные воспоминания о своем поведении (амнестическая форма простого алкогольного опьянения). Поэтому Ю. в отношении инкриминируемого ему деяния следует считать вменяемым. Под действие ст. 12 УК УССР не попадает.

Как обнаруживающему клинические признаки хронического алкоголизма, целесообразно проведение противоалкогольного лечения в соответствии со ст. 14 УК УССР. Соматических противопоказаний нет.

По мнению ряда авторов (С. М. Лившиц, В. А. Яворский, 1975; Г. В. Морозов, А. К. Качаев, 1983; Н. Г. Шумский, 1983; И. А. Кудрявцев, 1988), лица, страдающие алкоголизмом, несмотря на определенные психические изменения, не лишены способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими и, следовательно, являются вменяемыми. Исключение составляют больные, у которых алкоголизм сочетается с дополнительными органическими факторами (травмы головного мозга, атеро-

склеротические и другие изменения) и сопровождается выраженным слабоумием, а также больные, у которых в результате алкоголизма возникли различные психотические состояния (алкогольные делирий, галлюциноз, паранойд). В состоянии психоза такие лица нередко совершают общественно опасные действия. Психоз лишает больного способности отдавать себе отчет в своих поступках и руководить ими, в связи с чем судебно-психиатрическая экспертиза признает их невменяемыми.

При установлении неболезненного характера поведения подэкспертного психиатр-эксперт может, не выходя за пределы своей компетенции, оценивать характер и глубину эмоционально-личностных реакций в клиническом плане.

Для оценки аффективных реакций неболезненного характера и на основании ст. 78 УПК РСФСР и соответствующих статей других союзных республик назначается судебно-психологическая экспертиза.

Однако на практике в подавляющем большинстве случаев эксперту приходится решать вопросы, пограничные между психологией и психиатрией. Так возникла комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, в процессе которой на всех ее этапах применяются знания, относящиеся к психологии и психиатрии (М. М. Коченов, 1980; Т. П. Печерникова, В. В. Гульдман, В. В. Остришко, 1983; И. А. Кудрявцев, 1985).

Существуют различные точки зрения на возможность развития физиологического аффекта на фоне легкой степени алкогольного опьянения. Так, И. А. Кудрявцев (1985) аффективные реакции на фоне алкогольного опьянения расценивает как один из вариантов «аномального аффекта», который, в отличие от состояний патологического алкогольного опьянения, патологического аффекта, развивающихся на психопатической почве, является отягчающим вину обстоятельством. Констатация алкогольного варианта аномального аффекта возможна при осуществлении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

При комплексной психолого-психиатрической экспертизе психолог определяет не только особенности нарушения интеллектуальной и личностной сферы у больных, обнаруживающих ту или иную клинику расстройств психической деятельности, но и определяет характер и глубину нормальных психологических реакций. Судебно-психологическая экспертиза в таких случаях может проводиться только после судебно-психиатрической экспер-

тизы, вынесшей заключение о психическом здоровье подэкспертного и отсутствии у него состояния патологического аффекта в момент совершения правонарушения. В задачу судебно-психологической экспертизы входит установление, находился ли обвиняемый в момент правонарушения в состоянии физиологического аффекта или ином непатологическом эмоциональном состоянии, которое могло бы существенно повлиять на особенности его поведения в этот период времени. Таким образом, в пределах компетенции психолога находятся определение структуры личностных особенностей подэкспертного, как не выходящих за пределы нормы, так и складывающихся в картину личностной дисгармонии, анализ сложившейся конфликтной ситуации, мотивов поведения ее участников, определение характера неболезненной эмоциональной реакции, степени ее интенсивности и влияние на поведение подэкспертного при совершении противоправных действий.

В психологической диагностике физиологического аффекта нередко большое внимание уделяют изучению симптомов психического состояния субъекта, совершившего противоправные действия (Я. М. Калашник, 1941; О. Д. Ситковская, 1979), тогда как почва, на которой возник аффект, недостаточно учитывается. При изучении аффективных состояний у лиц, употребляющих алкоголь, необходимо обязательно учитывать не только непосредственно аффективную реакцию, но и состояние психоэмоциональной регуляции, изменения особенностей восприятия и мыслительной деятельности, уровень самооценки и притязаний, изменяющихся под влиянием алкогольной интоксикации.

Ряд авторов (М. М. Коченов, 1977, 1978; О. Д. Ситковская, 1983) квалифицируют аффект у пьющих как физиологический только в тех случаях, когда имеются сведения о том, что подэкспертный не является больным алкоголизмом, не состоит на диспансерном учете, сведения о промежутке между употреблением алкоголя и совершением правонарушения, данные о сложившейся конфликтной ситуации и пр. При изучении особенностей поведения подэкспертного в период инкриминируемого ему деяния, кроме констатации факта об употреблении алкоголя, необходимо учитывать промежуток во времени между употреблением алкоголя и совершением правонарушения, данные о наличии или отсутствии физических признаков опьянения, эмоциональное состояние, связанное с употреблением алкоголя, анализ сложившейся конфликт-

ной ситуации и повода, вызвавшего эмоциональное возбуждение, характер и особенности течения самой аффективной реакции. Наличие данных об употреблении обвиняемым алкогольных напитков в период, предшествующий аффективному деликту, не снимает с экспертов обязанности тщательного анализа всех выше указанных обстоятельств дела в каждом конкретном случае. При этом эксперты-психиатры и психологи должны опираться на заключение судебно-медицинской экспертизы о наличии или отсутствии у обвиняемого в момент совершения правонарушения алкогольного опьянения и его степени.

Основу физиологического аффекта составляют естественные нейродинамические процессы, поэтому эмоциональное возбуждение, возникшее на фоне алкогольного опьянения, не может быть квалифицировано как физиологический аффект (Т. П. Печерникова, В. В. Гульдман, В. В. Остришко, 1983; И. А. Кудрявцев, М. Б. Ерохина, А. Н. Лавринович, Ф. С. Сафуанов, 1983; А. Е. Бобров, В. И. Похилько, 1984; И. А. Кудрявцев, 1985). Результаты исследований И. А. Кудрявцева и соавторов (1986), проведенные в группе здоровых лиц, свидетельствуют, что даже при легком алкогольном опьянении существенно изменяется характер эмоциональной регуляции восприятия и мыслительной деятельности. На фоне алкогольного опьянения функционирование личности, особенно ее эмоциональнопотребностной сферы, волевых и когнитивных (осознанных) процессов, осуществляется качественно иначе, чем в трезвом состоянии. А. Е. Бобров и В. И. Похилько (1984) установили, что в состоянии алкогольного опьянения качественно изменяются представления испытуемых о мире и собственной личности, «расщепляются» сложившиеся смысловые образования, нарушается упорядоченность когнитивных структур, упрощаются и распадаются познавательные процессы. Принципиально важно то, что характер психологических нарушений прямо зависит от концентрации алкоголя в крови.

Приводим пример комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Испытуемый М., 39 лет, обвиняется в убийстве своей жены, совершенном в состоянии сильного душевного волнения.

Перед судебной психолого-психиатрической экспертизой были поставлены следующие вопросы: 1) страдает ли М. психическим заболеванием, лишаящим его возможности отдавать отчет своим действиям и руководить ими? 2) не обнаруживал ли М. признаков временного болезненного расстройства психической деятельности в период совершения инкриминируемого ему деяния? 3) страдает ли М. хроническим алкоголизмом и нуждается ли в принудительных

мерах медицинского характера? 4) каким образом могли отразиться индивидуально-психологические особенности личности М. на его поведение в ситуации инкриминируемого ему деяния? 5) учитывая эмоциональное состояние М., мог ли он точно соотносить свои действия с объективными требованиями ситуации? 6) находился ли М. в момент совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии физиологического аффекта?

Сведения об испытуемом с его слов, материалов следственного дела и медицинской документации областной психоневрологической больницы: М. уроженец и житель Чернигова. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Окончил 6 классов школы, дальше учебу оставил, так как не было желания учиться. Служил в армии с 1964 по 1967 г. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину в детстве. В 1977 г. лечился в областной психиатрической больнице по поводу алкоголизма. Спустя два года там же обследовался для направления в ЛТП. В 1979 году лечился в ЛТП. В дальнейшем работал на производстве. Согласно характеристики, недисциплинирован, совершал прогулы, употреблял спиртные напитки, задерживался работниками милиции в нетрезвом состоянии. Женат, имеет 2 детей.

24 октября 1984 г. М. выпил на работе 150 г вина, пришел домой на обед, жены дома не было, стал искать ее, зашел на квартиру ее подруги и застал свою жену в интимных отношениях с Б. Стал обоих избивать, наносил удары кулаками и ногами. От полученных телесных повреждений жена М. в больнице скончалась, а Б. причинены тяжкие телесные повреждения.

Основанием для проведения экспертизы явилось сомнение в психической полноценности испытуемого.

В своих показаниях М. сообщил, что жена его нигде не работала, злоупотребляла спиртными напитками, на этой почве в семье часто происходили ссоры. Но в изменах жену ранее не подозревал. 24 октября 1984 года выпил на работе 150 г вина, пришел домой на обед, дома никого не было. Утром жена просила у него денег на пиво, но он ей не дал, поэтому, не застав жену дома, решил, что она пошла к кому-то из соседей искать выпивку. Зашел к одним соседям, но там никого не было, тогда он пошел к подруге жены Х. Зашел в квартиру Х. и застал свою жену, совершавшую половой акт с Б. На кровати еще лежали Х. и З. Увидев это, со словами «Что ты творишь?» — стал избивать жену и Б. Потом схватил со стола нож, но З. отобрал его. Продолжал избивать кулаками и ногами жену и Б. Потом пытался поднять жену, чтобы одеть ее и забрать домой, просил Х. помочь ему, но та отказалась, сказав, что жена проспится и сама придет домой. Накинул на жену куртку и пошел домой попросить мать, чтобы она помогла забрать жену. Дома по-прежнему никого не было, возвратился в квартиру Х., снова пытался поднять жену, но она была очень пьяна и он решил оставить ее, чтобы, проснувшись, она увидела, где она и в каком виде лежит. Немного посидел в квартире Х., допил стоявшее на столе вино. Приехавшими вскоре работниками милиции был доставлен в отделение. В милиции он рассказал о случившемся, его отпустили домой. Дома ночь не спал, рассказывал о случившемся матери. На следующий день он узнал, что жена умерла. Очень расстроился, «всю ночь где-то ходил», а на следующий день пошел в милицию.

Из показаний матери испытуемого: психических отклонений за сыном не замечала. Часто сын и его жена выпивали, в нетрезвом

состоянии дрались. Предлагала сыну развестись с женой, но он не соглашался, говорил, что любит ее.

Из показаний З.: жена М. часто приходила к Х., где вместе выпивали. 24 октября жена М. также выпивала с Х., затем прибежал М., избивал руками и ногами свою жену и Б. Жена М. была пьяна и не могла подняться, только что-то бормотала.

При обследовании М. установлено следующее.

Физическое состояние: среднего роста, удовлетворительной упитанности. АД 20/12 кПа (150/90 мм рт. ст.). Татуировка на коже рук. В области левого предплечья следы ножевого ранения.

Неврологическое состояние: черепно-мозговая иннервация не нарушена. Сухожильные рефлексы равномерны, патологических нет. Дрожание пальцев вытянутых рук. Повышенная потливости.

Психическое состояние: сознание сохранено, правильно ориентирован, в контакте пассивен, ответы односложные. Бредовых идей не высказывает, расстройств восприятий не обнаруживает. Интеллект, память не нарушены. Эмоции лабильны. Совершенного не отрицает, последовательно и подробно рассказал обстоятельства дела, не ссылаясь на забывание. Отметил, что в день совершенного преступления принял алкоголь, будучи на работе. В дальнейшем подтвердил все ранее данные показания, охарактеризовал свою жену, отметив, что она не работала, материально семье не помогала, злоупотребляла спиртными напитками, воспитанием детей не занималась, он постоянно разыскивал ее у подруг. В судебно-следственной ситуации ориентирован правильно, понимает меру ответственности, переживает, сожалеет о содеянном. «Убивать не думал, хотел только проучить, чтобы, проснувшись, она увидела, где и в каком состоянии она валялась и чтобы ей было стыдно».

Результаты экспериментально-психологического исследования. Испытуемый понимает, в связи с чем проводится настоящее обследование. Несколько тревожен, обеспокоен случившимся («как это могло произойти?», «почему она умерла?», «как это она могла умереть?», «ведь я ее так не впервые... и вообще у нее нос очень слабый, чихнет и сразу кровь идет...»). В процессе беседы обнаруживает сохранность памяти на события, происходившие во время конфликтной ситуации и после нее. Без особых усилий вспоминает отдельные детали возникшего конфликта — общую обстановку, позы людей, направленность своих действий, количество и места ударов, осознание ситуационных последствий нанесенных ударов («...я понял, что Б. ударился о плинтус головой»). Воспроизводит также и речевую продукцию с персонажами конфликта. Помнит и последовательно воспроизводит события, происходившие после самой конфликтной ситуации.

Сообщая эти сведения, испытуемый переживал, чувствовал угрызения совести. Говорил о том, что «любил ее», «мог бы простить ее, лишь бы она оказалась жива».

Данные исследования показали, что уровень интеллектуального развития несколько ограничен. В связи с плохой успеваемостью и манкированием учебой был повторно оставлен в пятом классе. Общая осведомленность на уровне решения социально-бытовых проблем. Круг интересов ограничен. Продуктивность психической деятельности в ситуации эксперимента невысокая. Предъявляет жалобы на плохую память. Показывает невозможность воспроизвести прочитанный ему экспериментатором рассказ. В то же время на вопросы, относящиеся к сюжету рассказа, отвечает правильно. Обнаруживает хороший показатель механического запоминания. Кривая воспроизведения 10 слов имела следующий вид: 2, 5, 8, 10. В от-

срочном воспроизведении через 20 мин называет 9 слов. Темп элементарных и сложных сенсомоторных реакций удовлетворительный, однако к концу выполнения того или иного задания темп деятельности несколько снижается. Мышление в обычном темпе, без нарушений. По мере усложнения мыслительных заданий имеют место решения конкретно-ситуационного плана.

В ходе исследования реакция на процедуру эксперимента адекватная, сопровождается состоянием эмоциональной мобилизации с легким волнением и вегетативными проявлениями.

Данные исследования личностных особенностей с помощью опросника ММРІ отражают наличие ситуационно-обусловленной депрессии с явлениями агитации, общим беспокойством. Состояние обследуемого характеризуется наличием тревоги, бессонницы, жалобами на повышенную утомляемость, усталость. Наблюдается потеря продуктивности, инициативности. Испытуемый сосредоточен на своих переживаниях, отмечает трудности во взаимоотношениях с окружающими.

Настоящее состояние испытуемого следует рассматривать в связи с ситуацией сложившегося, пониманием с его стороны вытекаемых последствий. Профиль личности с ведущими пиками по шкалам «депрессия», «психопатия», «психастения» свидетельствует о наличии психопатоподобных форм реагирования, влечения к алкоголю. В течение определенного периода, чаще весьма короткого, испытуемый может действовать с низким контролем, выраженной активностью и эмоциональной возбужденностью. Однако этот период сменяется сожалением и раскаянием в своих поступках и высказываниях, самобичеванием. Эти данные получили свое подтверждение в проекциях при исследовании с помощью методики ТАТ. В сюжетных интерпретациях прослеживаются две темы: «семейный конфликт» и «преступление». Интерпретации по первой тематике носят характер самобичевания, сожаления о случившемся. Будущее в развитии сюжета представляется испытуемому с оптимистических позиций («все уладится», «они будут жить хорошо»). Вторая тематика отражает картины жизни с социальным, моральным и психическим падением. Будущее персонажей картинок ТАТ рассматривается испытуемым с точки зрения «закона». Описания конфликтных ситуаций, правонарушений отражают ограниченность и примитивность способов реагирования, где в большей степени преобладают аффективно-окрашенные и недостаточно обдуманые способы поведения.

Данные теста фрустрации Розенцвейга свидетельствуют о трудностях во взаимоотношениях с окружающими. При наличии нарастания конфликтной ситуации характерны импульсивность, явления аффективной неустойчивости.

Заключение: М. психическим заболеванием не страдает. Обнаруживает признаки хронического алкоголизма. При совершении правонарушения находился в состоянии обычного алкогольного опьянения, не терял ориентации в окружающей обстановке, поддерживал адекватный речевой контакт с окружающими, его речевая продукция была связана с реальной действительностью и не отражала тематики болезненных расстройств. Поведение носило характер возбуждения пьяного человека с проявлением агрессивности, что не дает основания рассматривать состояние испытуемого как физиологический аффект. Анализ индивидуально-психологических особенностей личности М. показал, что его поведение в настоящей ситуации было усугублено состоянием алкогольного опьянения, что привело к реакциям агрессивного типа. Поведение испытуемого по выходе из

конфликтной ситуации носило обычный характер при достаточной сохранности ориентации во времени и месте. В период правонарушения психических расстройств не проявлял, мог отдавать отчет своим действиям и руководить ими, в связи с чем в отношении содержания следует считать вменяемым. Под действие ст. 12 УК СССР не подпадает.

Атипичную аффективную реакцию алкогольного гнева могут обнаруживать как лица, длительно употребляющие алкоголь, так и те, кто употребил спиртное впервые. В одном случае аффективные проявления свидетельствуют или об усугублении преморбидных психопатических особенностей личности, или отражают аномальное развитие личности вследствие хронической алкоголизации с явлениями эмоциональной (аффективной) неустойчивости. Тогда поведение таких лиц в конфликтных ситуациях становится стереотипным для данного варианта акцентуации личности и может проявляться не только в состоянии алкогольного опьянения, но и при абстиненции, во время воздержания от употребления спиртного. В другом случае картина аффективных проявлений у лиц, ранее не употреблявших алкоголь, несколько иная. Эмоциональные реакции имеют четко выраженный характер, протекают быстро, поведение отличается не свойственными для данного субъекта особенностями. Конечно, и здесь возможно влияние личностного преморбидного фона.

Уточнение аффективного состояния особенно важно у лиц подростково-юношеского возраста, которые употребили алкоголь впервые и случайно. В этих случаях следует учитывать и преморбидные личностные особенности, и поведение обследуемого в момент правонарушения. Тщательному анализу подлежит психотравмирующая ситуация как реально аффектогенная.

Сопоставляя данные объективного обследования обвиняемого с социальными характеристиками, показаниями свидетелей, следует крайне осторожно подходить к вынесению заключения о физиологическом аффекте на фоне легкой степени алкогольного опьянения. На наш взгляд, состояние физиологического аффекта, возникшее в связи с незначительным употреблением алкоголя и психотравмирующей ситуацией, может быть диагностировано у лиц, ранее никогда не употреблявших алкоголь и не обнаруживавших проявления эмоциональной (аффективной) неустойчивости, которые подтверждаются данными психологического исследования, уточняющего особенности личности и ее эмоциональные реакции в различных жизненных ситуациях, включая конфликт-

ные. Такое состояние в жизни человека может возникнуть один раз. В дальнейшем в связи с запечатлением этих следовых явлений в головном мозге (Я. П. Фрумкин, С. М. Лившиц, 1979) реакции осуществляются по проторенному пути.

Судебно-психологическая экспертиза аффективно обусловленных правонарушений, связанных с употреблением алкоголя, должна проводиться после вынесения заключения судебно-психиатрической экспертизы о психическом состоянии подэкспертного.

ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

На военную психиатрическую экспертизу направляются допризывники и военнослужащие, обнаруживающие склонность к злоупотреблению алкогольными напитками, у которых отмечаются изменения в интеллектуальной и личностной сферах. Это становится особенно важным при решении вопроса о годности к военной службе. Среди призывающихся на действительную военную службу в возрасте 18 лет нередко встречаются больные алкоголизмом или лица, склонные к эпизодическому (бытовому) употреблению алкоголя. Направление этих лиц на военную экспертизу обусловлено не только установлением факта злоупотребления алкогольными напитками, но и некоторыми характеристиками социальной дезадаптации (не смог завершить учебу, не удержался на работе, состоял или состоит на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере, в детской комнате милиции и пр.).

Вопросам диагностики, клиники и профилактики раннего алкоголизма уделяют важное место (Б. С. Братусь, П. И. Сидоров, 1984). Анализ результатов клинических исследований показал, что острое алкогольное отравление в подростковом и юношеском возрасте приводит к значительным изменениям деятельности сердечно-сосудистой системы, поражению нервной системы (В. И. Демченко, 1980). Наиболее тяжелые отравления наблюдаются у лиц с отягощенным анамнезом на фоне органической церебральной недостаточности или сопутствующей соматической патологии.

У начинающих употреблять алкоголь происходят качественные изменения в сторону приобретения негативных личностных новообразований (изменения смысловых установок личности, колебания в эмоциональной

сфере — от эйфорически окрашенных состояний до проявления депрессии, угнетенности, непродуктивность интеллектуальной деятельности и пр.), что нередко служит основой для формирования различных типов акцентуации личности или психопатии (А. Е. Личко, 1976, 1983; А. Л. Нелидов, 1978).

Согласно наблюдениям Б. С. Братуся (1984), с психологической точки зрения подросток и юноша значительно отличаются от взрослого человека как строением, так и динамикой мотивационной и ценностно-смысловой сфер личности. С учетом этого необходима разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики вредных привычек в подростково-юношеском возрасте.

Иногда на военную психиатрическую экспертизу направляются военнослужащие, обнаруживающие тенденцию к алкоголизму, у которых алкоголизм привел к явлениям алкогольной деградации личности со снижением интеллектуальных (профессиональных) навыков. В задачи экспертизы этих лиц входят уточнение клинических особенностей проявления алкогольной болезни, диагностика аномально-личностного патопсихологического синдрома, определение мер медицинского характера и решение вопроса о годности к военной службе.

Постановление (заключение) о негодности к военной службе лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, следует выносить при явлениях деградации личности или при наличии стойких соматических расстройств.

Во время военной экспертизы у лиц, склонных к употреблению алкоголя или наркотиков, с помощью психологического исследования выявляют наркоманические тенденции, характер изменений личности, явления социальной дезадаптации, степень психоорганических изменений. Экспериментально-психологическое исследование проводится по установленной схеме: изучают жизненный путь обследуемого по материалам истории болезни и другой документации, в эксперименте исследуют познавательную деятельность, изучают с помощью различных методик и опросников личностные особенности. Так, при обследовании допризывников, кроме традиционных методик, предназначенных для исследования интеллектуально-мнестической деятельности, целесообразно использовать методику самооценки, тест фрустрации Розенцвейга, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), ММРІ.

Заключение по данным патопсихологического исследования должно отражать наличие или отсутствие спе-

цифических изменений в психической деятельности, особенности личностной структуры, содержат прогностические суждения в отношении годности к военной службе.

Приводим следующее наблюдение.

Обследуемый С., 17 лет. Эпизодически злоупотребляет алкогольными напитками. Находился на стационарной военно-психиатрической экспертизе в областной психоневрологической больнице в связи с необходимостью решения вопроса о годности к военной службе.

Наследственность неотягощена. Отец судим за хищение, находится в заключении, воспитывается матерью, имеет брата. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, за 9 класс экзамены не сдавал. Нигде не работает.

Из справки-характеристики сельского Совета народных депутатов известно, что С. состоит на учете в районной комиссии по делам несовершеннолетних. От общественного и полезного труда систематически уклоняется. Склонен к употреблению спиртных напитков. За последнее время С. сменил несколько мест учебы и работы.

Употребляет спиртные напитки уже 6 мес, пьет по 2—3 раза в неделю, доза употребления якобы «зависит от настроения», не опомляется.

Физическое состояние: высокого роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. На коже левой руки в области плеча татуировка. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Органы брюшной полости без патологии. АД 16/8 кПа (120/60 мм рт. ст.).

Нервная система: черепно-мозговая иннервация не нарушена. Сухожильные рефлексы живые и равномерные, патологических не выявлено.

Анализ крови, мочи, флюорография органов грудной клетки — в норме.

Психическое состояние при поступлении: в ясном сознании, ориентирован правильно. Контакт доступен, на вопросы отвечает, но часто неохотно, с раздражением. Фон настроения понижен. Заявил, что «решил взять себя в руки», бросил курить и намерен бросить пить. Не отрицает временами вспыльчивости в своем характере, говорит, что таким вспыльчивым был его отец.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлено следующее.

На вопросы отвечает лаконично. Некоторые сведения объективного анамнеза, относящиеся к употреблению алкоголя, пытается отрицать. Проявляет недовольство по поводу обследования, считает себя психически здоровым. Формально отнесся к предлагаемым заданиям, допускал ошибки и не стремился их исправлять.

Объем знаний несколько ниже полученного образования. Нарушений мышления не отмечается. Темп деятельности при выполнении разных заданий удовлетворителен.

При исследовании реакций на фрустрацию с помощью теста Розенцвейга отмечаются явления отказного реагирования, желание отвечать от имени третьего лица. Выявлена невозможность правильно разрешать конфликтную ситуацию, при этом причина возникшего конфликта переносится на другое лицо.

По данным опросника ММРІ, диагностируется выраженность психопатоподобных тенденций в поведении (в профиле клинических шкал пик составляет шкала «психопатии»).

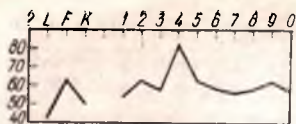


Рис. 10. Профиль личности по ММРІ обследуемого С. (эпизодическое злоупотребление алкоголем)

Показатели по другим клиническим шкалам находятся в пределах нормы и отражают своего рода «линейный» профиль (рис. 10).

В отделении С. быстро освоился, общался с психопатизированными больными и наркоманами. В беседе с врачом держался развязно, демонстративно, дистанцию не соблюдал. С гордостью говорил: «Я алкоголик, а захочу — и наркоманом стану». Высказывает положительные установки на службу в рядах СА, но понимает, что с такой характе-

ристкой попадет только в стройбат.

Обследуемый выписан с диагнозом: эпизодическое злоупотребление алкогольными напитками у личности с психопатоподобными формами поведения. Рекомендовано наблюдение нарколога по месту жительства. Перед призывом в СА целесообразно повторное обследование в стационаре психоневрологической больницы для исключения психопатии.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Одна из распространенных форм алкоголизма — употребление алкоголя лицами, страдающими разными психическими расстройствами. Нередко принимают алкоголь больные в «терапевтических» целях, для смягчения симптоматики основного психического заболевания. Клиницисты рассматривают злоупотребление алкоголем в этих случаях как симптоматический алкоголизм, который обычно возникает на фоне стертых или вяло протекающих психических заболеваний, а также в период ремиссий, разделяющих приступы психозов (Н. Г. Шумский, 1983). Изменения в аффективно-личностной сфере при доминировании психопатоподобных, аффективных, неврозоподобных расстройств могут быть характерными для начальных этапов манифестных эндогенных психозов, при которых симптоматический алкоголизм нередко служит одним из признаков их дебюта. По мере прогрессирования основного психического заболевания при сопутствующем злоупотреблении алкоголем изменяются симптоматика и течение алкоголизма. В свою очередь, алкоголизм видоизменяет клинические симптомы основного психического заболевания и тем самым затрудняет его диагностику.

Патопсихологические исследования в клинике психи-

ческих заболеваний, осложненных алкоголизмом, в первую очередь способствуют решению дифференциально-диагностических задач. Патопсихологическое исследование служит уточнению клинического диагноза, особенно сложного при сочетании психозов с алкоголизмом. Проведение экспериментально-психологического исследования также необходимо в тех случаях, когда последствия употребления алкоголя маскируют течение основного психического заболевания, когда под влиянием алкоголя усугубляется картина психоорганических изменений. В этих ситуациях психологическое исследование позволяет выявить специфические нарушения психической деятельности и личностной сферы больного при том или ином психическом заболевании, определить удельный вес алкогольной патопсихологической симптоматики в формировании психического дефекта.

Алкоголизм и шизофрения

Определенные трудности в экспертной практике могут возникать при обследовании больных шизофренией, у которых процессуальная симптоматика осложнена алкоголизмом. Формы шизофрении с алкогольным дебютом описаны К. Graeter (1909) и получили название греторовских форм раннего слабоумия. В начале заболевания отмечается симптоматика белой горячки или острого параноида, а в дальнейшем наблюдается развитие шизофренического процесса. F. Meggendorfer (1921) предполагал, что под влиянием алкоголя проявляются «парциальные шизофренические предрасположения». По свидетельству автора, у больных алкоголизмом с хроническим бредом ревности иногда развивалась стойкая бредовая система, которая могла возникнуть и при воздержании от алкоголя. P. Schroeder (1912), O. Bumke (1936), E. Bleuler (1955), K. Kollе (1955) относили эти случаи к шизофреническим заболеваниям. По наблюдениям С. Г. Жислина (1965), у такого рода больных психотические вспышки шизофрении протекают с более тяжелой полиморфной симптоматикой. В то же время развитие шизофрении ухудшает течение алкоголизма и ускоряет деградацию личности.

Наиболее трудна для распознавания вялотекущая шизофрения, осложненная алкоголизмом (Ю. А. Ильинский, 1977; В. М. Шумаков, 1977; Д. Р. Лунц, 1978; E. X. Freed, 1975). Прежде всего, это связано с особен-

ностями клинического выражения эндогенно обусловленных психопатологических расстройств, сочетающихся с экзогенной симптоматикой, являющейся следствием хронической интоксикации алкоголем. По мнению И. Н. Бобровой, А. Р. Мохонько и Ю. Л. Метелицы (1985), у больных шизофренией с сопутствующим алкоголизмом основное заболевание (шизофрения) характеризуется преимущественно вялым, реже умеренно прогрессивным темпом течения с преобладанием психопатоподобного оформления клинической картины. Как отмечают авторы, одной из причин, затрудняющих правильную диагностику, является то, что впервые возникшие психопатоподобные сдвиги на начальных этапах заболевания завуалированы алкогольной симптоматикой. Позднее, когда уже достаточно выражены негативные, дефицитарные расстройства, становится очевидной эндогенная симптоматика. Однако нередки случаи, когда диагноз «шизофрения», являющийся основным на протяжении многих лет, уступает место диагнозу «алкоголизм с изменением личности у постпроцессуального шизофреника», а иногда диагностика шизофрении вообще ставится под сомнение.

В последнее время интерес исследователей вызывают ранние формы злоупотребления алкоголем (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 1980; Б. С. Братусь, П. И. Сидоров, 1984). Пристрастие к алкоголю в пубертатном и юношеском возрасте может быть связано с шизофреническим процессом (Н. Г. Шумский, 1983). По мнению Б. С. Беляева (1977), изучавшего особенности алкоголизма у больных гебоидной формой шизофрении, в этих случаях нет признаков хронического алкоголизма как болезни, неумеренное употребление алкоголя носит симптоматический характер и во времени ограничено периодом пубертатного пролонгированного приступа. Явления социальной и трудовой дезадаптации у лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками в юношеском возрасте, на практике нередко ошибочно расценивают как результат бытового пьянства.

Употребление алкоголя больными шизофренией в инициальном периоде психического заболевания нередко вызвано желанием снять или смягчить депрессивно-фобическую симптоматику, депрессию, тревогу, напряженность при бредовом восприятии, ощущении психической или физической неполноценности при реактивных состояниях. В других вариантах ранней шизофрении алкоголизм представляет собой проявление синдрома расстрой-

ства влечений (Н. М. Жариков, Ю. И. Либерман, 1970). По мере злоупотребления алкоголем нередко у этих больных развиваются симптомы хронического алкоголизма, что в значительной мере изменяет психопатологическую структуру основного заболевания.

Употребление алкоголя в подростково-юношеском возрасте, особенно при наличии психопатического преморбидного фона или акцентуации личности, быстро приводит к усилению психопатоподобных сдвигов. Отсутствие морально-этических принципов, массивность личностного огрубения, своеобразие аффективно-волевых нарушений, а также жестокость и холодность, ранее не свойственные, естественно, настораживают в плане процессуальной природы этих расстройств (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 1980; А. Е. Личко, 1980; Ю. А. Строганов, 1981). В преморбидный период психопатоподобной шизофрении, осложненной алкоголизмом, отмечают насыщенность истерической симптоматики, упорные суицидальные попытки, связанные с тревогой, обусловленной изменением самосознания и деперсонализационными расстройствами, с последующим присоединением «эволютивной шизоидии», интеллектуального дефицита (Р. А. Lambert, M. Midenet, 1972).

Атипичность течения шизофрении в тех случаях, когда больные употребляют алкоголь, заключается в меньшей выраженности личностного ущерба, относительной сохранности эмоциональной сферы (В. М. Блейхер, И. В. Крук, 1986; А. L. Alterman и соавт., 1984). У больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, рудиментарны такие основные шизофренические симптомы, как аутизм и эмоциональная тупость, нередко у них проявляется своеобразная синтонность, относительно сохранна практическая приспособляемость (В. М. Блейхер, Т. М. Красовицкая, 1980). Однако иногда встречаются больные шизофренией, у которых незначительное употребление алкоголя приводит к выраженным изменениям в психической сфере. Нередко у них нарушаются контакты в межличностных отношениях, отмечается нарастание депрессии, снижается продуктивность. Такие состояния у больных наблюдаются не только после употребления алкоголя, но и на этапах воздержания от него.

При экспериментально-психологическом обследовании больных шизофренией с алкогольной отягощенностью обращают внимание на особенности проявления чисто шизофренических изменений в познавательной и личностной сферах, глубину выраженности процессуального

дефекта. Важно определить, насколько «повинны» последствия хронической алкогольной интоксикации в усугублении симптоматики основного психического заболевания. Для этого следует особо проанализировать жизненный путь больного по материалам истории болезни и в ходе клинической беседы.

С помощью специально подобранных психологических методик (исключения, соотнесения пословиц с фразами, классификации, пиктограмм) изучают особенности мышления, обращают внимание на активность и поведение больных при выполнении экспериментальных заданий. Полученные данные по проективным методикам (ТАТ, тест Розенцвейга), методу ММРІ рассматривают в общем контексте данных патопсихологического обследования больного.

При патопсихологическом обследовании больных шизофренией с алкогольной отягощенностью обнаруживаются характерные для шизофрении расстройства мышления — искажение процессов обобщения и отвлечения, явления «соскальзывания», разноплановость мышления, склонность к актуализации несущественных признаков. У лиц с алкогольным галлюцинозом расстройства мышления имеют ситуационный (фрагментарный) характер и исчезают по мере устранения психотической картины болезни.

В момент поступления на лечение у больных шизофренией с алкогольной отягощенностью отмечаются и явные признаки алкогольной токсической энцефалопатии — снижение памяти и неравномерность уровня запоминания, явления повышенной истощаемости при исследовании темпа сенсомоторных реакций и интеллектуальной работоспособности.

В. М. Блейхер и Т. М. Красовицкая (1980), используя методику ТАТ и серию юмористических рисунков Х. Бидструпа, обнаружили у больных шизофренией с алкогольной отягощенностью относительную сохранность эмоциональной сферы. Пациенты были достаточно активны, способны были выделить эмоциональный подтекст рисунков. Рассказы их отличались пространностью, в то же время в них сюжетно проецировались болезненные переживания обследуемых, особенно бредовая готовность.

Патопсихологические обследования больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, достаточно специфичны и имеют существенное диагностическое значение. Приводим следующее наблюдение.

Больной К., 29 лет. Диагноз: шизофрения (непрерывно-прогредиентное течение), психопатоподобный синдром.

Из анамнеза: наследственность не отягощена. Развитие без особенностей. Родился третьим ребенком. Рос упрямым, озорным, непослушным. Учился плохо, в чем винил своих родителей. Окончил 10 классов, но выпускные экзамены отказался сдавать. Работал дорожным рабочим, часто менял места работы, так как в коллективе не уживался, грубил. Служил в Советской Армии с 1975 по 1977 г., демобилизовался по указу.

Алкоголь начал употреблять с 11 лет, «выпивал большими дозами, но пьяным себя не чувствовал», после демобилизации пил систематически. Трижды лечился по поводу алкоголизма в психоневрологической больнице, в том числе один раз до призыва в ряды СА. Последний раз выписан в 1981 г. С этого времени «резко прекратил употребление алкоголя». В сентябре 1979 г. был сбит мотоциклом, получил тяжелую травму нижней левой конечности, вследствие чего была произведена ампутация ниже колена. Установлена II группа инвалидности, а с 1982 г.— III группа. Психическое состояние изменилось после травмы. Стал совершенно нетерпимым, оскорблял мать, не выносил ее присутствия. Отец боялся сына, так как тот носил нож с собой и несколько раз набрасывался на него. Больной спал на балконе, закрывался изнутри, держал при себе нож, был переборчив в пище. Объявлял голодовку, если ставился вопрос о его трудоустройстве. Днем спал на балконе, а ночью ходил, делал зарядку. Стал неряшлив, не смотрел за собой. Прятал продукты под подушку. Не разрешал убирать в комнате. В связи с таким поведением был направлен на обследование и лечение в больницу.

Психическое состояние при поступлении и в процессе лечения: доступен контакту, сознание ясное, ориентировка не нарушена. Внешне спокоен. Правильно излагает даты анамнеза. Недружелюбно настроен к матери. Заявляет, что она его оскорбляет, упрекает в том, что «не работаю, что много ем». Не отрицает, что спит на балконе, так как не может терпеть мать. Нож держит возле себя, якобы для того, чтобы резать хлеб. Ничем не занимается («лежу и смотрю в потолок»). Считает, что родители к нему плохо относятся после травмы. Разубеждению не поддается. Становится раздражительным, не может конкретно объяснить, почему не работает. Заявляет, что таких работ нет, чтобы сидеть и никуда не ходить. Лежа на балконе, часто думает о деньгах. Рассказывая об этом, улыбается.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлено: контакту доступен, однако на вопросы отвечает избирательно, несколько насторожен. Дает эмоционально окрашенную аффективную реакцию при обсуждении вопросов его быта, расспросах о взаимоотношениях с родителями. Некоторые сведения объективного анамнеза пытается отрицать, другие — представить в удобном для него свете.

В экспериментальной ситуации мотивационно истощаем, часто отказывается от выполнения предложенных заданий, ссылаясь на то, что «неинтересно». В то же время излишне морализирует, резонерствует. Расстройства мышления проявляются в виде разноплановости и непоследовательности суждений, соскальзываний на более примитивные, несущественные типы решений. Это отмечено при исследовании с помощью бланковых методик («выделение существенных признаков», «образование простых аналогий»). При классификации предметов встречались следующие группы: «предметы первой необходимости» (секундомер, стол, этажерка, шкаф, диван, телега,

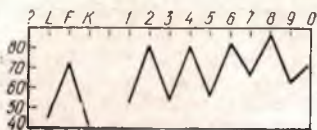


Рис. 11. Профиль личности по ММРІ больного К. (шизофрения, психопатоподобный синдром)

этом рассуждая: «Выгоняют на пастбище, а плохая овца она всегда сади, потому и попадается в зубы к волку»).

По данным метода ММРІ, отмечено повышение по шкалам 8, 6, 2 и 4, что свидетельствует о наличии бредовых идей, агрессивных тенденций в поведении, выраженных трудностей в интерперсональных отношениях (рис. 11).

В отделении обстановкой не тяготится. Бреда и расстройств восприятия не обнаруживает. Реальных планов на будущее не строит. На свиданиях с матерью стал спокойнее. Мышление резонерское, суждения паралогичные. Не критичен к своему состоянию.

В связи с наличием признаков инвалидности заполнен посыльный лист на ВТЭК.

Данные настоящего наблюдения показывают, что в динамике течения заболевания алкоголизм маскировал шизофрению. Это проявлялось в том, что больной несколько раз поступал в больницу по поводу алкоголизма. Но постепенно, по мере прекращения употребления алкоголя, алкогольная симптоматика отступила на второй план и в картине болезни начали преобладать типичные для шизофрении нарушения мышления и поведения.

Экспериментально-психологическое обследование больных шизофренией с сопутствующим алкоголизмом можно проводить в несколько этапов — при поступлении больного на лечение, по выходе из абстиненции и перед выпиской (результаты особенно важны для дифференциальной диагностики разных видов психозов). Сравнение экспериментальных данных на различных этапах исследования способствует уточнению окончательного клинического диагноза.

Алкоголизм и маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз протекает приступами — состояние веселости, возбужденности, активности (маниакальная фаза) сменяется заторможенностью, подавленностью, тоской (депрессивная фаза). Нередко болезнь характеризуется сменой маниакальных или депрессивных фаз. По выходе из болезненного состояния прак-

тически наступает выздоровление. Однако приступы через некоторое время могут повторяться.

Злоупотребление алкоголем наиболее типично для гипоманиакальных и маниакальных больных (И. И. Лукомский, 1968; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971), реже подобное наблюдается у депрессивных больных (Н. Weitbrecht, 1968; J. Angst, 1972). В ряде случаев алкоголизм возникает при атипичных циклотимических депрессиях, сопровождаемых навязчивостями, фобиями (Н. Г. Шумский, 1983). При этом употребление алкоголя способствует временному улучшению психического состояния. В частности, J. R. Morrison (1974) установил, что у больных МДП, пристрастившихся к спиртному, приступы мании и депрессии за 10 лет после начала употребления алкоголя возникают реже и протекают мягче. Причем у больных обнаружена высокая толерантность даже к значительным дозам алкоголя. Привыкания не возникает и после исчезновения болезненных расстройств прием спиртного прекращается. Gy. Kardos и В. Maria (1967) указывают на существенную связь между циклотимией и синдромом дипсомании.

Анализ патопсихологических показателей свидетельствует о том, что у больных МДП деградации личности не отмечается, однако сам характер течения заболевания приводит к тем или иным изменениям в психической и личностной сфере (Б. В. Зейгарник, 1962). Совсем иные сдвиги в психической сфере у больных МДП с алкогольной отягощенностью: наряду с изменениями моторики, мышления, эмоциональных реакций отмечаются нарушения потребностно-мотивационной сферы, нарастают признаки алкогольной деградации личности. Первоначально алкоголь улучшает состояние больного — блекнет маниакальный или депрессивный фон, нивелируются трудности в контактах с окружающими. Но в дальнейшем, по мере развития клинической картины алкоголизма, нарушения интеллектуальной деятельности и личностной сферы носят атипичный характер. Психологу при обследовании таких больных следует обращать внимание не только на особенности нарушения познавательной деятельности и эмоциональных расстройств в периоды фаз, но и пытаться выявить удельный вес последствий злоупотребления алкоголем на развитие атипичной картины этих нарушений. Дифференциальная психологическая диагностика нарушений психической деятельности и эмоционально-личностной сферы помогает уточнить клинический диагноз и определить тактику лечения.

При патопсихологическом исследовании больных МДП диагностически значимы показатели психомоторики, мышления, эмоциональной сферы. В частности, при маниакальных состояниях обнаруживаются признаки ускоренного мышления, при депрессивных фазах — замедление психомоторики, темпа мышления (В. М. Блейхер, И. В. Крук, 1986).

У больных МДП, злоупотребляющих алкоголем, в маниакальной фазе в момент поступления на лечение отмечаются выраженные нарушения внимания, проявляющиеся в его неустойчивости. Для них также характерны неравномерность и истощаемость темпа психической деятельности. Это проявляется при исследовании с помощью таблиц Шульте, в корректурной пробе, при выполнении счетных операций по таблице Крепелина. Учащение количества ошибок свидетельствует об остаточных явлениях алкогольной абстинентной симптоматики, изменениях личностной позиции больных к эксперименту. Характерны снижение критичности и завышение уровня притязаний. В ходе выполнения заданий больные часто отвлекаются по типу случайных ассоциаций. Нарушения мышления характеризуются скачкой идей, непоследовательностью высказываемых суждений, тенденцией к излишнему морализированию. Больные чрезмерно экстравертированы. С бравадой рассказывают о себе, о своем отношении к употреблению алкоголя.

У больных МДП в депрессивной фазе со склонностью к употреблению алкоголя при патопсихологическом исследовании выявлен невысокий уровень достижений. Темп деятельности отличается замедленностью. Типично удлинение латентного времени ответных реакций в ассоциативном эксперименте, снижение динамики мыслительных процессов. На фоне остаточных явлений алкогольной абстинентной симптоматики уровень активного внимания снижен, выражены признаки истощаемости психической деятельности.

При исследовании личностных особенностей, кроме наблюдения за общим поведением больного при выполнении экспериментальных заданий, важную информацию содержат данные, полученные по методике ММРІ. Профиль личности больных МДП с алкогольной отягощенностью имеет заметные отличия. Так, у обследованных лиц в маниакальной фазе наряду с подъемом по шкале 9 отмечено также повышение по шкалам 4, 6, 2, 0 (рис. 12), в отличие от пациентов той же категории, алкоголь не употребляющих. У больных МДП в депрессивной фазе,

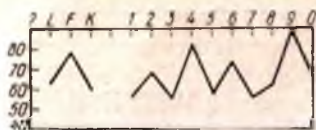


Рис. 12. Профиль личности по ММРІ больного Т. (маниакальная фаза МДП с алкогольной отягощенностью)

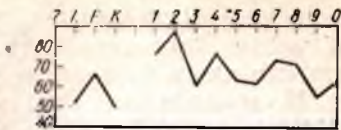


Рис. 13. Профиль личности по ММРІ больного Г. (депрессивная фаза МДП с алкогольной отягощенностью)

употребляющих алкоголь, преобладает повышение по шкалам 2, 1, 4, 7 (рис. 13), тогда как у лиц, не употребляющих алкоголь,—резкое снижение по шкале 9 и повышение по шкалам 2, 7, 8, 0.

Результаты, полученные по методу ММРІ, значимы для индивидуально-личностной оценки больных, их следует оценивать в совокупности с данными, полученными с помощью методик.

Алкоголизм и эпилепсия

Эпилепсия — это прогрессивное заболевание головного мозга, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами, к числу которых относят большие и малые судорожные (эпилептические) припадки и эквиваленты, а также типичными изменениями интеллектуальной деятельности и личности, нередко достигающими выраженного слабоумия со специфическими клиническими чертами.

Сочетание истинной (генуинной) эпилепсии с алкоголизмом встречается крайне редко. Обычно алкоголизм встречается при травматической эпилепсии, когда основное заболевание (эпилепсия) характеризуется дисфориями, психическими или вегетативными пароксизмами, реже у этих лиц выявляются признаки эпилептического слабоумия (Н. Г. Шумский, 1983).

Диагноз алкогольной эпилепсии устанавливается главным образом в тех случаях, когда судорожные проявления имеют прямую связь с приемом алкоголя. Припадки обычно возникают внезапно в период алкогольной абстиненции или частичного прекращения приема спиртного. Они генерализованы и частота их зависит от тяжести алкогольной интоксикации. Н. Škopková (1977), изучая проблему алкогольной эпилепсии, проанализировала данные обследования 3283 больных алкоголизмом. Алкогольная

эпилепсия была диагностирована у 43 больных, причем эпилептические пароксизмы у них появились после того, как снизилась толерантность к алкоголю.

По мнению ряда авторов (Н. Škopková 1977; N. Katoh, H. Yamane, 1981), алкогольную эпилепсию нельзя считать отдельной нозологической единицей, поскольку судорожные состояния являются следствием хронического алкоголизма. Алкогольную эпилепсию рассматривают как венец алкоголизма при доминировании признаков алкогольной энцефалопатии.

При обследовании больных с алкогольной эпилепсией широко применяются параклинические методы — экспериментально-психологический и электроэнцефалографический. В частности, с помощью ЭЭГ-исследования выявляют наличие пароксизмальной активности и фокальной патологии, локализацию эпилептоидного очага.

По сведениям E. Deisenhammer, D. Klingler и H. Trägger (1984), у больных алкоголизмом без факторов риска к заболеванию эпилепсией на ЭЭГ отсутствуют признаки пароксизмальной активности и фокальной патологии. Если же у больных алкоголизмом имеется дополнительный риск по эпилепсии (например, черепно-мозговая травма в анамнезе), то припадки, спровоцированные приемом алкоголя, могут возникать не только во время абстиненции, но и спонтанно. В этих случаях патологическая ЭЭГ отмечается приблизительно с такой же частотой, как и при эпилепсии.

При патопсихологическом обследовании больных с алкогольной эпилепсией обнаружены изменения моторно-сенсорной деятельности, памяти, мышления, свидетельствующие о явлениях формирующегося органического психосиндрома. При исследовании работоспособности по таблице Шульте и Крепелина, корректурной пробе отмечены существенное снижение темпа психических процессов, симптомы психической истощаемости.

У лиц, страдающих алкогольной эпилепсией, нарушена способность к запоминанию и фиксации. Больные не в состоянии воспроизвести предложенные им для запоминания 10 слов (рис. 14). Следовательно, функция памяти раньше совершает переход от функциональной стадии нарушений к органической. Так же, как и при истинной эпилепсии, у лиц, страдающих алкогольной эпилепсией, по мере учащения судорожных состояний отмечаются инертность, тугоподвижность мыслительных процессов, затруднения при переключении с одного типа решения задания на другой, тенденция к конкретизации, обстоятель-

ность, вязкость. По мере улучшения психического состояния в процессе лечения эти изменения обратимы, при genuинной эпилепсии этого не наблюдается. Обратимость явлений функционально-органической недостаточности больше выражена у молодых больных при отсутствии признаков алкогольной деградации личности. Необратимость психоорганического снижения интеллектуально-ментальной деятельности рассматривают как один из показателей исхода алкоголизма.

Личностные изменения характеризуются преобладанием эгоцентрических тенденций, сочетающихся с конкретностью, обстоятельностью. Это проявляется не только в беседе с больным, но и при выполнении экспериментальных заданий, исследовании с помощью специальных методик (ТАТ, тест Розенцвейга). В отличие от изменений, отмечаемых при genuинной эпилепсии, у больных с алкогольной эпилепсией они менее выражены. Нередко доминируют нарушения потребностно-мотивационной сферы, аффективные особенности, не критичность к себе.

Алкоголизм и олигофрения

У лиц, страдающих психическим недоразвитием нервной системы, обычно наблюдается более быстрый темп прогрессивности клинических признаков алкоголизма. Психическое недоразвитие усугубляется энцефалопатическими явлениями алкогольного генеза. В этих случаях отмечается резко выраженная динамика клинических проявлений, обусловленная декомпенсацией первичного состояния, патологическими реакциями под влиянием возрастных кризисов и различных экзогенных вредностей (М. Ш. Вроно, 1983).

У больных олигофренией с алкогольной отягощенностью затруднена диагностика психозов. По мнению Г. Е. Сухаревой (1965), психозы при олигофрении неодинаковы по нозологической сущности. Р. Strunk (1976) обозначает все психозы у больных олигофренией как «профпсихозы» и считает несомненной их связь с шизофренией. Ряд отечественных исследователей объясняют

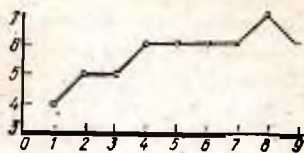


Рис. 14. Кривая запоминания 10 слов больным О. (алкогольная эпилепсия). По оси ординат — количество воспроизводимых слов, по оси абсцисс — количество повторений

возникновение психозов при олигофрении декомпенсацией изначального состояния под влиянием различных экзогенно-органических факторов (О. Е. Фрейеров, 1964; Г. Е. Сухарева, 1965; Д. Н. Исаев, 1976; В. В. Ковалев, 1979). Психотическая картина характеризуется рудиментарностью и фрагментарностью продуктивной симптоматики, бедностью и примитивностью высказываний, связанных с болезненными переживаниями (М. Ш. Вроно, 1983). Отмечается конкретность и образность сенсорных и бредовых расстройств, обилие сенестопатически окрашенных соматических жалоб. Психотическая картина нередко отражает обыденные переживания.

Диагностика олигофрении и психотических состояний алкогольного генеза основана на соответствующей клинической картине с учетом патопсихологических и других дополнительных исследований. Обычно объектом патопсихологического исследования оказываются дебилы. При обследовании их обнаруживаются недостаточность уровня процессов обобщения и отвлечения, недоразвитие способности к абстрагированию, образованию новых понятий (В. М. Блейхер, И. В. Крук, 1986). Суждения больных отличаются конкретностью, что выявляется с помощью различных методик (классификация, исключение лишнего, сравнение понятий и др.). Нередко у олигофренов недостаточно развиты внимание, восприятие, память.

Психологу при обследовании больных олигофренией, осложненной алкоголизмом, следует в дифференциально-диагностическом плане изучить относительно стабильные явления психического недоразвития (интеллектуальную недостаточность, незрелость эмоциональной сферы, моторики, восприятия, внимания), а также определить удельный вес алкогольной патопсихологической симптоматики в прогрессировании слабоумия и усугубления личностного дефекта.

Приводим следующее наблюдение.

Больная Б., 26 лет. Диагноз: олигофрения в степени легкой дебилности, алкоголизм, II стадия с возрастающей толерантностью. По данным анамнеза наследственность отягощена: отец страдал алкоголизмом, неоднократно лечился в психиатрической больнице. В детстве развивалась без особенностей. В школу пошла в 7 лет, училась плохо, дублировала 2 класс. Окончила 8 классов общеобразовательной сельской школы. После школы работала в колхозе на разных работах. Не замужем.

Употреблять алкоголь начала с 18 лет, злоупотреблять — с 20 лет. Сначала выпивала в кругу своих сверстников, дома, потом на работе. С этого времени участились прогулы на работе, вела бродяжнический образ жизни. Шесть раз лечилась в психоневрологической больнице по поводу алкоголизма. Ремиссии были или крат-

ковременные, или вовсе отсутствовали. Очередное поступление на лечение было обусловлено заявлением матери. Больная была доставлена в психоневрологическую больницу сотрудниками милиции.

При поступлении жалоб не предъявляет. Сознание ясное. Продуктивной психосимптоматики не обнаруживает. Наблюдаются признаки абстинентного синдрома: тремор рук, выраженная потливость, неустойчивость в позе Ромберга. Себя больной алкоголизмом не считает, но и не отрицает, что злоупотребляет спиртными напитками. Суждения отличаются примитивностью. В отделении общается в кругу больных алкоголизмом, включается в трудовые процессы, однако работать в лечебно-трудовых мастерских отказывается, ссылаясь на то, что работу, которую ей предлагают, делать не умеет. Бывает конфликтной с больными.

При экспериментально-психологическом исследовании, которое было проведено в первые дни пребывания больной в стационаре, выявлено следующее. Поведение недостаточно ровное. Отказывается от выполнения предлагаемых заданий, отвечая стереотипно «не знаю», «не хочу». Оживляется лишь в беседе при обсуждении вопросов ее социально-бытовой организации. С бравадой говорит о том, сколько может выпить, о своих взаимоотношениях с мужчинами. Лжива, некритична к своим поступкам. Отрицает данные объективного анамнеза, отраженные в истории болезни. По данным методики самооценки Дембо — Рубинштейн, выражена анозогнозия, снижена критика в оценке личностных качеств (примитивная попытка показать себя с лучшей стороны). Больная несколько демонстративна, эгоцентрична. В реакциях на фрустрацию (по тесту Розенцвейга) обнаруживает непонимание нюансов межличностных отношений, отвечает от имени третьего лица, не улавливает суть конфликта, пытается выгородить лицо, вступающее в конфликт («Как он мог разбить эту вазу? Он ее не разбивал»).

Активное внимание при выполнении различных заданий неустойчиво. Длительно выполнять одно и то же задание не может в связи с истощаемостью мотивации. Темп элементарных и сложных сенсомоторных реакций неравномерен и заметно снижен. Существенно ограничен уровень достижений при исследовании интеллектуальной работоспособности по таблице Крепелина. Больная допускает ошибки не только в сложениях при переходе через десяток, но и при выполнении операций сложения в пределах одного десятка. Замедлен темп мышления. Решения мыслительных заданий отличаются конкретностью. Недостаточно развиты способности к абстрагированию, образованию новых понятий. При выполнении задания «классификация» предметов группы сортирует по конкретно-ситуационному признаку (например, «доктор + градусник», «телега + лошадь»). Наряду с этим больная не в состоянии подобрать необходимое обобщающее понятие. Выполняет простейшие обобщения с помощью экспериментатора. Сравнивает понятия между собой по внешним признакам (например, при сравнении понятий «человек», «животное» — «человек на двух ногах, а животное на четырех; человек живет в доме, а животное — на улице»). Не в состоянии объяснить переносный смысл пословиц и поговорок, пошмает их конкретно. Низкий уровень достижений выявлен и при исследовании памяти. В частности, кривая воспроизведения 10 слов имела следующий вид: 1, 4, 4, 0, 4, что свидетельствовало о влиянии абстинентной симптоматики и недостаточности мотивации, поскольку больная постоянно отказывалась осуществлять воспроизведение. Больная не в состоянии пересказать прослушанный рассказ, выделить в нем главное и второстепенное.

В данном случае результаты экспериментально-психологического исследования отражают наличие формирующегося психоорганического синдрома у больной олигофренией. На передний план выступают усугубление интеллектуальной недостаточности и аномальное развитие личности по алкогольному типу.

УЧАСТИЕ ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Комплексная система психологической реабилитации больных алкоголизмом в условиях наркологической службы включает: а) лечебно-восстановительные мероприятия, основывающиеся на сохранных сторонах психической деятельности; б) индивидуальные и групповые психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия с использованием данных объективного изучения личности больного; в) рекомендации по профилактике наркоманических заболеваний; г) психолого-педагогическую и социолого-терапевтическую работу как с больными, так и с их родственниками.

М. М. Кабанов (1977) выделяет три этапа реабилитационных мероприятий при алкоголизме. На первом этапе реабилитации преобладают медикаментозная терапия, физические методы лечения, способствующие более быстрому смягчению абстинентных явлений. На этом этапе важной также является психотерапевтически направленная воспитательная работа, осуществляемая как в условиях стационарного отделения, так и в процессе трудотерапии. Второй этап реабилитации (реадаптация) начинается с момента выписки из больницы и длится до одного года ремиссии. Здесь роль медикаментозной терапии уменьшается. Поддерживающее, общеукрепляющее лечение остается в тех случаях, если в этом есть необходимость. Большое внимание уделяется психотерапевтическим и воспитательным мероприятиям, охватывающим не только группы больных, но и лиц их ближайшего родственно-семейного и товарищески-производственного окружения. Третьим этапом реабилитации (ресоциализация) считается период ремиссии, длящийся свыше года, когда восстанавливаются не только производственные, но и родственно-семейные отношения.

В соответствии с задачами реабилитации больных алкоголизмом практически важным является создание модели психологической коррекции смыслообразующих мотивов деятельности и потребностей (Б. С. Братусь, 1974;

К. Г. Сурнов, 1982; В. М. Зобнев, 1982; А. А. Мейроян, 1982). По мнению К. Г. Сурнова (1981), эта коррекция должна быть направлена на поэтапное (ступенчатое) переформирование установок личности больного алкоголизмом с учетом клинических особенностей болезни и социально-психологического окружения. Путь к переформированию смысловых установок должен идти через опредмечивание актуальных потребностей в зоне ближайшего развития личностных процессов, посредством поэтапного перехода от одного мотива к другому, опираясь на имеющиеся смысловые установки. Привнесение этого «нового душевного содержания» и должно составлять основную задачу психотерапии алкоголизма (Б. С. Братусь, 1974).

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Экспериментально-психологические исследования, проводимые в клинике алкоголизма, приобретают значимость в соответствии с задачами психотерапии. На отдельных этапах ремиссии психологическое исследование может быть использовано в качестве одного из приемов психотерапии (психотерапевтически направленный психологический эксперимент, по В. М. Блейхеру и Л. И. Завилянской, 1966), в котором, наряду с выявлением сохранных компонентов психической деятельности, внимание больного акцентируется на изменениях личности, обнаруживаемых в ситуации эксперимента, объективируют для него уже имеющиеся дефекты психических функций. Ознакомление больного с данными исследования служит предпосылкой для ретроспективного анализа им алкогольных изменений, формирования определенной установки на понимание реальных последствий алкоголизации, осознания глубины болезни. В конечном итоге это является основой для формирования установки на воздержание от алкоголя и изменение личностной позиции пациента к болезни. Это обнадеживает больного, помогает ему строить оптимистические планы на будущее и принимать более активное участие в реабилитационных мероприятиях (схема).

Практически такого рода задачи психолог решает с помощью примерной схемы вопросов, которые ставятся перед больным в процессе выполнения экспериментальных заданий.

СХЕМА
 экспериментально-психологического исследования
 психокоррекционных мероприятий в условиях индивидуальной работы
 с больными алкоголизмом



При исследовании сенсомоторной деятельности и внимания.— Как вы оцениваете свою работоспособность в настоящее время? Изменилась ли она с возрастом? Какова роль влияния алкоголя на динамику вашей трудоспособности? Как вы относитесь к своим ошибкам в ходе выполнения задания? Являются ли они следствием вашей невнимательности или же они свидетельствуют об изменении времени реакции, осмысления? Отражается ли употребление алкоголя на продуктивности вашей профессиональной деятельности?

При исследовании памяти.— Отмечаете ли вы ухудшение памяти в последнее время? Связано ли это каким-нибудь образом с употреблением алкоголя? Считаете ли вы свои показатели (например, при заучивании 10 слов) удовлетворительными? Как вы думаете, снизились ли у вас эти способности по отношению с предыдущим исследованием?

Как вы оцениваете состояние своей зрительной памяти? Не случилось ли вам положить какую-либо вещь в одном месте, а потом, спустя некоторое время, не помнить об этом, искать ее в другом месте? Каким образом настоящие трудности в запоминании и удержании отражаются на вашей работе и в жизни? Можете ли вы сразу усвоить прочитанный текст? На что вы в первую очередь обращаете внимание при чтении? Как вы оцениваете состояние своей смысловой памяти после полученного лечения? Изменяются ли ваши мнестические способности в случае длительного злоупотребления алкоголем?

При выполнении заданий, направленных на исследование мыслительной (познавательной) сферы.— Когда вы стали испытывать затруднения в осмыслении? Лучше ли вы справляетесь с мыслительными заданиями в настоящее время (по сравнению с прошлым)? О чем свидетельствуют ваши ошибки в работе? Стали ли вы хуже соображать в связи с употреблением алкоголя?

Как вы оцениваете свои интеллектуальные способности в настоящее время? Не изменились ли эти способности по отношению к прошлому?

При исследовании аффективно-волевой, личностной сферы.— Как вы оцениваете себя по характеру? Относите ли вы себя скорее к положительным людям, нежели к отрицательным? Легко ли вы возбуждаетесь, впадаете в гнев, когда вас кто-нибудь заденет или когда вы терпите неудачу, поражение? Изменилось ли ваше поведение в связи с употреблением алкоголя? Каким вы бываете в состоянии опьянения (веселым, гневливым, слезливым и т. п.)? Можете ли вы заставить себя совершить плохой проступок? Сожалеете ли вы о случившемся?

Делаете ли вы что-либо для того, чтобы предотвратить горе, неприятность?

Волевой ли вы человек? Что мешает вам достичь хороших успехов в работе, в личной жизни? Думаете ли вы исправить свое положение в жизни? Какие конкретные меры собираетесь при этом предпринять?

Что вы в последнее время читали? Соответствует ли это кругу ваших интересов? Какими занятиями вы интересуетесь (занимаетесь) в свободное время (на досуге)?

Соответствует ли уровень ваших притязаний уровню достижения в ситуации экспериментального исследования и в реальных жизненных условиях?

При изучении социально-психологических отношений и установок.— Каков круг людей, с которыми вы общаетесь в последнее время? Что вас объединяет с ними? Получаете ли удовлетворение от общения? Как относятся к вам окружающие (родственники, друзья, коллеги по работе)? Испытываете ли вы затруднения в общении с ними после выписки из стационара (лечения)? Не прибегаете ли вы вследствие этого к употреблению алкоголя? Каким образом конфликтные ситуации отражаются на вашем психическом состоянии? Что вы делаете, чтобы их урегулировать? Считаете ли вы возможным вжиться в семью, коллектив, работать без употребления спиртного? Случалось ли вам, длительное время не употребляя алкоголь, замечать изменения отношения к вам окружающих? Можете ли вы прожить без спиртного, заняться интересным делом? Случалось ли вам, впадая в гнев в случае развития конфликтной ситуации или неудачи, возобновлять употребление алкоголя? Можете ли вы другим образом выйти из конфликтной ситуации, разрешить случившееся?

Характер вопросов, количество и порядок предъявления зависят от глубины интеллектуального и личностного дефекта больного. Выбор вопросов осуществляется в процессе клинической беседы и экспериментально-психологического исследования.

Таким образом, в процессе экспериментально-психологического исследования психолог устанавливает степень снижения продуктивности психической деятельности, выраженность изменения личности, характер проявления алкогольной анозогнозии, социальных установок и на основании этого дает рекомендации лечащему врачу в отношении выбора терапевтической тактики.

Индивидуальная психокоррекционная работа, осуществляемая психологом в процессе эксперимента, является непременным этапом общего комплекса реабилитационных мероприятий. Как правило, она предшествует групповым психокоррекционным и психотерапевтическим мероприятиям. Как и всякий вид лечения, психотерапия проводится врачом, использующим результаты работы патопсихолога. Основная задача патопсихологических исследований — уточнить личностную структуру больного, выявить ее сохранные и дефектные компоненты. Психологическое исследование может помочь в выборе метода психотерапии (В. М. Блейхер, 1976). Психолог также может помочь психотерапевту и в более удачном выборе больных для коллективной психотерапии (Б. М. Гузиков, 1977).

ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия как метод лечения занимает одно из ведущих мест в реабилитации больных алкоголизмом. Она охватывает не только период пребывания больного в стационаре, но и следующий за ним период адаптации больного в обществе. При этом особое внимание уделяют вопросам установления взаимоотношений между врачом и больным, больным и его ближайшим окружением. Наличие у больного анозогнозии (неспособность признать себя больным, некритическое отношение к отрицательным последствиям злоупотребления алкоголем, отсутствие установок на полное воздержание) обосновывает необходимость поиска эффективных методов лечения и воздействия на личность.

Индивидуальная психологическая коррекция, прово-

димая психологом в ходе экспериментально-психологического исследования, подготавливает больного к участию в групповой психо- и трудотерапии. Психолог выносит заключение о психологическом статусе больного (его личностных особенностях, способах взаимодействия в группе, профессиональных способностях и личностных установках), которое дополняет данные клинического наблюдения и позволяет врачу определить терапевтическую тактику.

Для многих больных преодоление анозогнозии и формирование установки на трезвость в индивидуальной беседе мало успешны, поэтому врач-нарколог в качестве средства психотерапии использует опосредованное влияние больных друг на друга в процессе группового взаимодействия. Таким образом, групповая психотерапия больных алкоголизмом направлена на преодоление алкогольной анозогнозии (изменение неадекватного отношения больных к своей болезни) и формирование установки на полное воздержание от употребления алкоголя.

В общем же цели психотерапии алкоголизма таковы: а) осознание больным своей болезни, необходимости лечения и возможности выздоровления; б) создание прочной мотивации на безалкогольный образ жизни; в) повышение у больного самооценки; г) снижение чувства изолированности; д) обучение адекватным способам решения проблем; е) отработка навыков расслабления и развлечения в пределах социальной нормы. Все это вырабатывается в ситуации общения — бесед с врачом, групповых дискуссий с участием членов семей, а также методами с преобладанием эмоционального компонента — психодрамы, эстетотерапии и т. п. Вопрос о сравнительной эффективности отдельных методов пока остается дискуссионным. Вместе с тем срок ремиссий у больных, прошедших дополнительно к основному лечению курс психотерапии, в среднем высокий. По данным В. М. Зобнева (1982), групповая психотерапия способствовала достижению длительных ремиссий (более года) у 57,4 % больных алкоголизмом. Часть больных (24,6 %) продолжала занятия в группах поддерживающей (семейной) психотерапии, где число длительных ремиссий при этом достигло 96 %.

Организационные вопросы по проведению групповых психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий

Лечение больного в стационаре охватывает период от 1,5 до 2 мес, где его вовлекают в различные лечебно-восстановительные мероприятия (купирование похмельного синдрома и последствий интоксикации, медикаментозная и общеукрепляющая терапия, психо- и трудотерапия, аутогенная тренировка, участие в культурно-бытовых мероприятиях).

Занятия по групповой психотерапии лучше проводить два-три раза в неделю. Курс групповой психотерапии включает 12—18 занятий. Продолжительность каждого психотерапевтического занятия 1—1,5 ч. Затягивать занятия нецелесообразно, так как больные устают, их продуктивность при обсуждении различных вопросов падает.

Оптимальное число участников психотерапевтической группы 8—10 человек. В группе, насчитывающей больше 10 человек, значительно сложнее контролировать процесс общения между больными, активизировать в равной степени каждого члена группы на обсуждение затрагиваемых проблем. Напротив, в малочисленной группе меньше возникает различий в точках зрения, а следовательно, эффективность дискуссий падает. Кроме того, здесь немаловажен фактор экономичности, когда врач-психотерапевт затрачивает больше времени на работу с больными.

По возможности психотерапевтические группы лучше подбирать таким образом, чтобы в них были больные с разной тяжестью клинических проявлений болезни, разным уровнем социального статуса. Это необходимо для того, чтобы на примере отдельных лиц показать все разнообразие клиники алкоголизма, убедить в том, что заболеванию подвержены люди разного возраста, образовательного и профессионального ценза, продемонстрировать возможность обратимости болезненных проявлений.

Психотерапевтическая группа формируется, прежде всего, на добровольных началах. Больные алкоголизмом, поступающие на стационарное лечение, первые дни проходят обследование у различных специалистов, получают лечение по купированию абстинентной симптоматики. На этом этапе важно уже подготовить больного для принятия решения участвовать в групповых психокоррекционных мероприятиях. Немалая заслуга в этом принад-

лежит психологу, который устанавливает личный статус больного, формирует положительное отношение к лечению и другим восстановительным мероприятиям реабилитационного характера. Согласие или несогласие пациента на участие в групповой психотерапии выясняется также на основании сведений, получаемых от лечащего врача, медперсонала и актива больных.

Противопоказания к участию больных в групповой психотерапии следующие: а) наличие у больного какого-либо психического заболевания, осложненного алкоголизмом; б) явно негативное отношение больного к групповой психотерапии; в) выраженные психопатизация, деградация и примитивность личности. То есть исключаются все возможные ситуации, которые способствуют проявлению неадекватных форм реагирования, затрудняют межличностные взаимодействия в процессе общения членов группы. Противопоказания устанавливаются врачом и психологом, обследующими больных при их поступлении на стационарное лечение.

Занятия проводятся с группой больных на протяжении всего курса лечения. Переводить больных из одной группы в другую, а также вводить в группу новых членов не рекомендуется. Группа от начала и до конца должна быть закрытой, «стерильной». Именно при такой постановке вопроса можно охватить все проблемы, связанные с преодолением анозогнозии и формированием новых установок применительно к каждому члену психотерапевтической группы.

Групповые психокоррекционные и психотерапевтические занятия должны проводиться в определенное время, желательно в конце дня, когда больные меньше заняты лечебными, трудовыми и другими мероприятиями. Большое значение имеет психотерапевтический климат в отделении, проявляющийся в подчеркнуто уважительном отношении врачей, медицинских сестер и младшего медперсонала к занятиям, для чего необходима специальная разъяснительная работа.

Методика проведения групповых психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий

Все члены психотерапевтической группы, в том числе лечащий врач и психолог, являются равноправными в плане обсуждения затрагиваемых вопросов. Врач-нарко-

лог и психолог направляют, координируют и активизируют работу группы, содействуют формированию микроколлектива. Наряду с этим лечащий врач и психолог не должны оказывать давления на членов психотерапевтической группы. Их задача сводится к формированию адекватных межличностных взаимоотношений, поиску способов актуализации проблем каждого члена психотерапевтического сообщества и группы в целом, выделению и анализу тенденций по рассматриваемым вопросам той или иной проблематики.

С самого начала групповой психотерапии нужно стремиться к тому, чтобы в группе царил атмосфера искреннего, доверительного и доброжелательного общения. В клинической беседе и в ходе экспериментально-психологического исследования лечащий врач и психолог готовят пациента к участию в тех лечебно-восстановительных мероприятиях, которые будут проводиться на протяжении его пребывания в стационаре. Таким образом, уже на начальном этапе лечения больного психолог проводит индивидуальную психокоррекционную работу по формированию адекватного отношения к лечению. Психолог на основании анализа личностных особенностей пациента дает рекомендации лечащему врачу в плане прогностической оценки о возможном поведении больного в процессе психотерапии, оценивает его личностные реакции с учетом межличностного взаимодействия в группе.

Индивидуальная и групповая психологическая коррекция является составной частью индивидуальной и групповой психотерапии в целом. Поэтому участие психолога в общем комплексе психотерапевтических мероприятий особенно важно в тех случаях, когда речь идет о восстановлении социального, психологического статуса больного, формировании у него адекватного отношения к себе, заболеванию, новых личностно-значимых установок.

Темы групповых психокоррекционных и психотерапевтических занятий, методики их проведения заранее обсуждаются врачом и психологом. Занятия должны проводиться интересно, пробуждать у больных познавательный интерес. Основным видом работы группы должна быть дискуссия, в ходе которой больные самостоятельно, а также с помощью врача и психолога находят ответы на обсуждаемые вопросы.

В процессе групповой психотерапии целесообразно затронуть следующие темы: «Что такое алкогольная болезнь?», «Психология межличностных взаимоотношений при алкоголизме», «Можно ли излечиться от алкоголиз-

ма», «Виды медикаментозного лечения алкоголизма», «Методы психотерапии алкоголизма», «Что значит трезвый образ жизни» и др.

Первые два занятия посвящают знакомству больных друг с другом. Пациентам предлагают рассказать о себе (назвать фамилию, имя и отчество, возраст, образование и профессию, семейное положение, кратко остановиться на причинах, побудивших его обратиться за помощью). В тех случаях, когда больной смущается, неохотно рассказывает о себе, директивно настаивать на этом не следует. Тут же целесообразно сразу оговориться, что сведения, сообщаемые здесь, не должны выноситься за пределы группы. Однако наряду с этим важно добиться достаточной искренности членов группы при обсуждении затрагиваемых вопросов.

О целях психотерапии в прямом смысле больным не сообщается. Каждый из них должен прийти к ответу на этот вопрос самостоятельно. Знакомясь с алкогольным прошлым (от первых алкогольных эксцессов до повторных госпитализаций, психозов) одного из членов группы, другие пациенты тем самым самостоятельно приходят к пониманию своих проблем.

Желательно, чтобы проявления активности больных в процессе знакомства друг с другом были спонтанными, когда больному мог бы рассказать о себе столько, сколько сам того желает. Если рассказ слишком затянулся, нужно помочь больному завершить его, сделав какие-либо общие выводы или переключив внимание на другого больного, желающего также рассказать о себе.

В случаях затруднения процесса общения психотерапевт должен подвести больных к необходимости поиска общих для них проблем. У него должны быть заготовлены случаи историй жизни больных, которые лечились или лечатся в настоящей больнице. Рассказ при этом должен строиться таким образом, чтобы каждый из членов группы мог представить себя в той или иной роли. Далее больным предлагают остановиться на особенностях своего заболевания, высказать мнение о том, считают ли они себя больными алкоголизмом или же относят к лицам, умеренно употребляющим спиртное. Целесообразно также обратить внимание на то, как больные относятся к госпитализации их в больницу, обратились ли они за помощью самостоятельно или же были направлены на лечение. Это немаловажно при уточнении степени выраженности алкогольной анозогнозии. Нужно отметить, что врач-нарколог, прибегая к групповой психотерапии, рас-

полагает определенными сведениями о своих подопечных. Он также имеет объективные данные психологического исследования, что позволяет ему сравнивать их с особенностями проявления личности в реальной ситуации межличностного взаимодействия. Однако сведения о больном, полученные в индивидуальной беседе или при экспериментально-психологическом исследовании, не должны выноситься на общее обсуждение, если больной сам о них не говорит первым. Соблюдая деонтологический принцип неразглашения врачебной тайны, лечащий врач и психолог тем самым формируют доверительное отношение к себе членов психотерапевтического сообщества.

На первых же занятиях следует приучать больных к самостоятельной коррекции своей вербальной продукции, мимики и жестов. Приобретенные за время длительного злоупотребления алкоголем и общения в компаниях собутыльников способы выражения (жаргон речи), жестикуляций продолжают быть плохими привычками больного и требуют того, чтобы они вовремя пресекались на последующих занятиях. Нивелирование отрицательных стереотипов друг у друга способствует формированию нового стиля отношений, поведения, позволяют судить о поведенческом самоконтроле больных алкоголизмом.

Одной из центральных тем, обсуждавшихся в группе, является тема «Алкоголизм как болезнь». При ее обсуждении больные обнаруживают трудности преодоления анозогнозии, они не понимают, в чем специфика этого заболевания, а свои рассуждения сводят к тому, что «больные алкоголизмом — это те люди, которые от маленькой стопки уже пьянеют», «удовлетворяют свою потребность в алкоголе посредством одеколона», «у которых отмечается буйство, белая горячка». При этом человек, который может выпить относительно много и не пьянеет, рассматривается ими как сильный, здоровый.

Врач-нарколог, направляя обсуждение больных по этой теме, должен подвести их к пониманию ключевых вопросов динамики алкогольного заболевания. Здесь целесообразно обсудить вопросы о том, как начал употреблять алкоголь тот или иной член группы, что он может сказать об особенностях исчезновения рвотного рефлекса, наблюдались ли у него состояния провалов памяти (палimpseсты) во время опьянения. Врачу следует также обратить внимание больных на частоту приема алкоголя и связанную с этим их устойчивость (толерантность) к спиртному. Обсуждение этих вопросов следует подкреп-

лить короткой научной информацией по основным симптомам клиники алкогольного заболевания, которую готовят и врач, и больные по материалам научно-популярной литературы.

Роль психолога на этом занятии сводится к тому, чтобы он в ходе групповой дискуссии помог больным перейти от ошибочного понимания ими алкогольной болезни как «распушенности», «слабоволия», «влияния окружающих» и т. д. к выделению общей для всех больных измененной иерархии мотивов и потребностей. Здесь показательными будут не только истории жизненного пути больных с алкогольной личностной деградацией, но и анализ жизни лиц только что начавших употреблять алкоголь. Следует обратить особое внимание на то, как употребление алкоголя перестраивает структуру личности пьющего, изменяет его ценностные ориентации, стиль жизни.

Для актуализации вопросов об особенностях понимания алкогольной болезни членам группы можно предложить рисунок на тему «Я и моя болезнь». Каждому больному предлагается на чистом листе бумаги карандашом выразить в любых символах, любым способом взаимосвязь, соотношение между представлением о себе и болезнью так, как он это понимает. Больным сообщают, что качество рисунка нас не интересует. Некоторые больные приступают к выполнению задания сразу же, другие — после незначительного сопротивления. При анализе рисунков в них часто проявляется то, что больные нередко не в состоянии выразить словами.

Рисунки комментируют сообща все члены группы. В тех случаях, когда кто-то из больных не желает коллективного обсуждения, это делают наедине с ним.

Варианты интерпретации рисунка могут быть самыми разными, но они должны способствовать достижению основной цели — актуализировать обсуждаемые проблемы и стимулировать дискуссию.

При обсуждении тем, связанных с методами лечения, важно, чтобы у больных формировались о них правильные представления. Часто на занятиях больные тревожатся о пагубном влиянии антабуса на почки и печень, отрицательно относятся к фармакологическим средствам лечения. Такое отношение к лечению зачастую обусловлено недоверием, что таким образом можно излечиться. Примером для них служат больные, которые неоднократно поступают на лечение.

Здесь врач-нарколог свою беседу с больными должен построить таким образом, чтобы больные могли понять,

для чего проводится лечение по купированию абстинентной симптоматики, витаминотерапия, значение условно-рефлекторного метода лечения и т. д. При обсуждении вопросов о методе лечения важно, чтобы больные самостоятельно подошли к вопросу о роли психотерапии и самовоздействия. Для актуализации отношения к лечению и стимуляции соответствующей дискуссии можно использовать рисунок на тему «Я и мое лечение».

Важны для обсуждения темы «Психологический анализ изменений личности при алкоголизме», «Нарушение психологии взаимоотношений при алкоголизме». При этом лечащий врач и психолог свои усилия концентрируют на том, чтобы у больных формировались правильные представления о пагубном влиянии алкоголя на личность. Больные, используя собственные примеры нарушения взаимоотношений в семье, производственном коллективе, обусловленные употреблением алкоголя, убеждаются в том, что личностные изменения у них формируются по-разному, что конфликтные ситуации и неурядицы на работе являются следствием употребления алкоголя, а употребление алкоголя с устойчивой мотивацией в достижении этой цели приводит к нарушению внутренней среды, конфликтам, при которых «новые» личностные характеристики пьющего приобретают устойчивый патологический характер.

Для стимулирования дискуссии можно предложить больным обсудить некоторые рисунки из теста реакций на фрустрацию Розенцвейга или рисунки из методики ТАТ. Больные, оценивая сюжетную ситуацию, по-разному ее интерпретируют, тем самым вскрывают не только причины конфликта, но и ищут возможности более благоприятного выхода из него, определяют способы адекватного регулирования поведения.

Далее можно предложить больным вспомнить аналогичные случаи из их жизни, прокомментировать, как они вели себя, выяснять, оказывало ли какое-либо влияние на их поведение употребление алкоголя в подобных ситуациях. Можно также обратиться к членам группы с вопросом о том, как их изменило употребление алкоголя, помешало ли реализовать свои жизненные планы.

Разыгрывание жизненных ситуаций — один из интересных примеров, когда больные актуализируют для себя известные сцены «жена — больной», «коллега по работе — больной», «руководитель — больной» и т. д. При этом не только обсуждаются вопросы возможных взаимоотношений, но и способы адекватного взаимодействия.

Больные обучаются правильным формам реагирования с учетом трезвого здорового образа жизни.

Чрезвычайно эмоциональное воздействие на больных оказывают встречи с бывшими пациентами стационара, которые ведут трезвый образ жизни. Обучение с таким товарищем на групповых занятиях позволяет больным проследить динамику его социально-личностного восстановления. На занятиях также эффективными являются чтения писем бывших пациентов, прослушивания магнитфонных записей их выступлений.

В процессе проведения групповых психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий лечащий врач и психолог должны стремиться к тому, чтобы у больных нивелировались свойства алкогольной личности за счет формирования у них адекватного представления о себе, ближайшем окружении, своей болезни. Формирование адекватного уровня притязаний, самооценки, новых смысловых установок личности не завершается этапом пребывания больного в стационаре. Эта работа продолжается и после выписки больного — в условиях наркологического диспансера, семьи, производственного коллектива.

Заключительные занятия групповой психотерапии посвящены способам преодоления трудностей, особенностям трезвого образа жизни, вопросам общения. Здесь необходимо четко отдифференцировать возможные установки больных — «употреблять умеренно», «по праздникам». Пациенты должны прийти к пониманию, что любой прием спиртного, даже в незначительных дозах, может привести к возобновлению болезни и что подобная ориентация свидетельствует о том, что анозогнозия болезни не преодолена. Члены психотерапевтической группы должны оказать шефскую помощь такому человеку и своим личным примером трезвого, здорового образа жизни укреплять уверенность в необходимости обходиться без алкоголя.

В процессе курса психотерапии у больных, участвующих в групповых занятиях, формируются новые способы общения, положительные эмоциональные реакции. С каждым последующим занятием больные получают эмоциональное удовлетворение от процесса общения, разрешения их насущных проблем. В этом случае мы можем говорить о том, что данная психотерапевтическая группа является сплоченным коллективом, вся работа которого подчинена единой цели. В начале проблемы были как лично-разрозненные, но уже в дальнейшем они становились общей проблемой всего психотерапевтического

сообщества. В том случае, когда уровень взаимодействия членов группы остается недостаточным, можно считать, что многие из вопросов получили свое рассмотрение формально, что групповое воздействие не оказало должного эффекта на формирование того или иного представления по изучаемым и обсуждаемым вопросам.

На заключительном занятии должны быть обсуждены перспективы дальнейшего общения больных друг с другом, их встречи в группах поддерживающей семейной психотерапии, в «клубах бывших пациентов», «клубах трезвости», а также их индивидуальные контакты с врачом и психологом.

СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия ориентирована на помощь больным и их семьям в разрешении семейных проблем, связанных с алкоголизмом одного из супругов (С. С. Назарян, 1975; Т. Г. Рыбакова, 1977). При этом изучают типы алкогольных семей, алкогольных конфликтов, индивидуальные особенности партнеров, пьющих с целью устранения эмоциональных нарушений в семье, формирования новых межличностных отношений. Те же вопросы охватывает психоанализ и интеракционизм: первый — в контексте внутренних либидинозных тенденций, эдиповского комплекса, второй — на уровне конфликта семейных ролей (М. Р. Bailey, 1961; М. Kessel, Н. Walton, 1965).

Учитывая накопленный в данной области рациональный опыт, отечественная наркология, медицинская и социальная психология должны способствовать выявлению тех социально-психологических резервов внутри семьи, которые можно мобилизовать на борьбу с алкоголизмом.

Семейная психотерапия начинается уже на первом этапе лечения больного в стационаре. При этом важно, чтобы лечащий врач и психотерапевт учитывали не только особенности ближайшего семейного окружения больного, но и личностные особенности супругов. Обследуя больного и изучая его ближайшее социальное окружение, психолог указывает на те специфические особенности личности больного, которые ведут к затруднению взаимоотношений в семье, производственном коллективе. Дальнейшая совместная работа врача и психолога должна осуществляться в плане коррекции обнаруженных аномалий (дисгармонии) отношений.

Семейная психотерапия при алкоголизме включает несколько этапов. На первом этапе (период пребывания больного в стационаре или период лечения в амбулаторных условиях) в задачи психотерапии входят прежде всего снятие аффективной напряженности в отношениях супругов и формирование адекватного отношения жены к предстоящему лечению мужа, улучшение взаимопонимания между супругами, которое в дальнейшем приводит к взаимопомощи и взаимоподдержке, необходимой не только больному, но и его жене. Особое внимание уделяется снятию невротизации жен, которая обычно развивается у них в связи с алкоголизацией супругов. На этом этапе психотерапия приводится как с супружеской парой, так и в группе жен больных.

Учитывая сложности организационного порядка по проведению таких психотерапевтических занятий, на первом этапе следует провести 2—3 занятия — в начале курса лечения, в середине и перед выпиской больного из стационара. Жены, приглашенные для участия в групповой психотерапии, собираются вместе и при участии врача-нарколога и психолога обсуждают вопросы, связанные с особенностями алкоголизма их мужей, предстоящим лечением. Указывается на необходимость оказывать поддержку мужьям в их лечении, способствовать формированию положительного отношения к лечению.

В процессе совместной беседы врач устанавливает не только то, как жены характеризуют пьянство своих мужей, но и их личностную позицию в отношении будущего трезвого образа жизни. Некоторые жены считают, что нужно научить больного пить умеренно, рассказывают о том, как они тем самым спасали своих мужей, когда последних «хватал кондрашка». Ориентация жен на умеренное, в малых дозах, употребление алкоголя свидетельствует о наличии у них анозогностических тенденций, непонимании алкоголизма как болезни.

На первом этапе семейной психотерапии с женами больных алкоголизмом следует обсудить следующие темы: «Алкоголизм как болезнь», «Семейные отношения при алкоголизме», «Роль и участие семьи в лечении больного алкоголизмом», «Конфликты и возможности их устранения». На занятиях семейной психотерапии можно удачно сочетать дискуссию с небольшими лекциями, демонстрацией слайдов, прослушиванием магнитофонных записей и т. д. Важно, чтобы жены, участвующие в групповых психотерапевтических мероприятиях, ощутили заботу, желание помочь своим мужьям. На последнем за-

нятии, которое проводится перед выпиской больных, рассматриваются вопросы супружеских взаимоотношений, уделяется внимание способам стимуляции новых интересов, проведению досуга.

На втором этапе семейной психотерапии, который относится к периоду после выписки больного из стационара, обращается внимание на реконструкцию семейных отношений, нарушенных в процессе длительной алкоголизации мужа. Внимание обращается на изменение ролевой структуры семьи, углубление понимания женой проблем мужа, связанных с перспективами и трудностями его жизни, коррекцию неадекватных форм поведения больного по отношению к членам его семьи.

После завершения групповой психотерапии больных алкоголизмом и выписки из стационара по желанию бывшего пациента и его супруги их включают в группу семейной психотерапии и психопрофилактики алкоголизма (Т. Г. Рыбакова, В. М. Зобнев, 1979). На этом этапе психотерапии занятия могут проводиться как отдельно с супружеской парой, так и с супружескими парами, участвующими в групповой психотерапии. Группа семейной психотерапии состоит из 6—8 супружеских пар. Психотерапевтические мероприятия проводятся 1—2 раза в две недели в течение 3 мес. По мере необходимости назначают дополнительные занятия с отдельными семьями. В дальнейшем осуществляется поддерживающая психотерапия. Занятия проводятся 1 раз в месяц на протяжении 2 лет ремиссии. Каждое занятие продолжается 2—3 ч. При этом психотерапия сочетается с клубными формами работы.

Работа психолога в условиях наркологического диспансера при проведении семейной психотерапии одновременно включает индивидуальные и групповые консультации по следующим темам: «Вредные привычки и здоровье человека», «Основы саморегуляции», «Эмоции и стресс», «Конфликты и неврозы», «Удовлетворение разумных потребностей в условиях современной семьи» и др., а также консультации по вопросам воспитания ребенка в семье и другим социально значимым проблемам.

Участие бывших больных алкоголизмом и их жен в групповых психотерапевтических мероприятиях способствует формированию адекватных межличностных взаимоотношений, коррекции смысловых установок личности, побуждению к деятельности с позиций трезвеннических установок личности.

Важное место в реабилитации и ресоциализации больных алкоголизмом занимает трудовая терапия, которая осуществляется в комплексе с другими видами лечения и особенно с психотерапией. Продолжительность трудовой терапии составляет 4—6 ч (З. Н. Болотова, Н. С. Толстая, 1968).

Правильно подобранная трудовая терапия дисциплинирует больных, прививает устойчивые навыки деятельности, автореможение и процессе заболевания, способствует восстановлению трудоспособности. При отборе больных в группу коллективной трудовой терапии следует учитывать результаты психологического исследования. В этих случаях психолог уточняет профессиональные способности пациента, его установки на труд, выявляет особенности его взаимоотношений и коллективе. Совместное участие больных в трудовых процессах и коллективных психотерапевтических мероприятиях способствует формированию у них новых смысловых установок, новых способов межличностных взаимоотношений, укреплению установок на трезвость.

Судя по восстановлению физического здоровья больных алкоголизмом после стационарного лечения еще не определяет их полной трудовой и социальной реабилитации. В этом отношении многое зависит от влияния микросоциальной среды — воздействия коллектива, общественных организаций, создания здоровых отношений в семье, организации труда и отдыха и др. Здесь несомненно значение коллектива и малых групп, в то же время этим общностям чаще всего принадлежит ключевая роль в приобщении к спиртному. В процессе совместной деятельности реализуется личное общение индивидов на основе эмоционального единства и общих групповых ценностей, создаются благоприятные условия для перенятия и формирования питейных норм и обычаев. Адаптация индивида к поведенческим нормам такого сообщества, где выпивки одобряются или представляют собой основную ценность, служит одной из главных причин злоупотребления алкоголем (Н. А. Виноградов, А. К. Качаев, 1971; С. М. Лившиц, В. А. Яворский, 1975; Y. F. Rooney, 1961).

Авторы, изучавшие клинику рецидивов (С. С. Либих, 1963; Я. К. Авербах, 1964; Б. М. Сегал, 1967) и патогене-

тические механизмы развития алкоголизма (Е. М. Жудро, 1960; А. А. Портнов, 1962; И. В. Стрельчук, 1966), отмечают известное влияние неблагоприятного окружения, микросоциальной среды на возникновение рецидивов алкоголизма. В частности, Я. К. Авербах (1964) пришел к выводу, что в 52 % случаев рецидивы болезни обусловлены влиянием алкогольных традиций. Под рецидивом алкоголизма понимают такое состояние, когда после светлого промежутка (ремиссии) по тем или иным причинам вновь выступают наиболее выраженные симптомы алкогольной болезни — «физическая зависимость» от алкоголя (потеря контроля, неспособность к воздержанию) и абстинентные явления. Я. К. Авербах (1964) выделяет три основных группы рецидивов в зависимости от причин их возникновения: обусловленные влиянием сложившейся ситуации; спровоцированные случайным употреблением алкоголя; явившиеся следствием «эндогенных» вредностей (самотогении, интоксикации и т. д.). Автор указывает, что для понимания механизма возникновения рецидива большое значение имеют стадия болезни и длительность злоупотребления алкоголем. В этой же связи С. С. Либих (1963) подчеркивает провоцирующее влияние неблагоприятного окружения больных, находящихся в состоянии ремиссии. По данным автора, в 70 % наблюдений рецидивы алкоголизма обусловлены психогенией. В ряде случаев пусковым моментом в наступлении рецидива было наличие «депрессивно окрашенного настроения», длящегося от нескольких часов до 2—4 мес (I. A. Flaherty, H. T. McGuire, R. L. Gatski, 1979).

Психологический анализ случаев рецидивов, предпринятый нами (В. А. Худик, 1983), показал, что в соответствии со степенью выраженности психического дефекта изменялась роль экзогенных и эндогенных факторов в наступлении рецидива. В начальной стадии заболевания на фоне снижения социальной адаптации особенно значимой была роль таких моментов, как семейные конфликты, сложность взаимоотношений в коллективе, возвращение больного после лечения в среду со сложившимися алкогольными традициями. При более выраженном личностном дефекте и сформировавшейся алкогольной энцефалопатии значение экзогенных (микросоциальных) факторов нивелировалось и тогда травмировали эндогенные факторы, явления биологической зависимости. В возникновении рецидивов существенную роль играло употребление алкоголя якобы с целью «проверить» эффективность лечения, которое может рассматриваться как показатель

недостаточности проведенной терапии. В динамике течения заболевания существенно изменялась также и роль психотерапевтических, психокоррекционных и социотерапевтических мероприятий. В начальных стадиях заболевания эти мероприятия были более эффективными и направленными на преодоление анозогнозии, формирование установки на трезвость с учетом поэтапного переформирования установок личности, ее ценностных ориентаций в структуре отношений в семье, производственном коллективе. Длительные ремиссии отмечены у больных с выработанными антиалкогольными установками, нормализованными отношениями в семье и на работе. При большей выраженности психического алкогольного дефекта психокоррекционные и социо-терапевтические мероприятия проводились с трудом. Предшествующее рецидиву случайное или намеренное употребление алкоголя необходимо рассматривать в соответствии со стадией заболевания и в связи с личностной, психологической предрасположенностью, выражающей сложный путь формирования измененной иерархии мотивов деятельности.

Поэтому наряду с проводимым лечением в условиях стационара особое внимание следует уделять прогностическим факторам, тому, что ждет больного после выписки из больницы. Лечащий врач, имея достаточные данные о социальном и психологическом статусе больного, вместе с психологом определяет индивидуально для каждого больного те или иные социо-терапевтические и трудовые рекомендации. К этому следует подходить крайне вдумчиво и осторожно, понимая, что больной алкоголизмом нуждается не только в социальной реабилитации, но и в реабилитации в собственном сознании.

На этапе терапевтических ремиссий реабилитационные мероприятия проводятся в структуре психотерапевтических, психокоррекционных и социо-терапевтических занятий. Очень важно, чтобы работа с больными осуществлялась с учетом социальных и культурных мероприятий, проводимых в тех трудовых коллективах, где работают бывшие пациенты наркологического стационара. Здесь вопросы социальной реабилитации больных алкоголизмом разрешаются при участии всего трудового коллектива. Большую помощь в организации социо-терапевтических и психокоррекционных мероприятий могут оказать социальные психологи (Л. Ф. Соболева, 1979). Занятия с бывшими пациентами могут проводиться не только в условиях наркологического диспансера, но и в условиях промышленного предприятия,

где имеются медико-санитарная часть, дневной стационар для поддерживающего лечения больных алкоголизмом. Программа занятий разнообразная — это и дискуссии по обсуждаемым вопросам, и подготовка отдельными членами психотерапевтической группы коротких сообщений, и просмотр кинофильмов, и обсуждение художественных книг, и др. Важно, чтобы на этапе реадaptации больных алкоголизмом осуществлялось дальнейшее развитие личности «бывшего» больного. Формирование новых способов поведения, ценностей и установок не есть процесс обратного развития при алкоголизме. Это процесс развития личности на уже имеющейся аномально-личностной почве. Поэтому цель групповых социолого-терапевтических занятий заключается в том, чтобы вывести личность на качественно новую ступень ее развития. И только тогда, когда больной сможет понять, ради чего он лишается возможности потребления алкоголя, что дает ему трезвый образ жизни, можно говорить о реально формирующихся морально-волевых качествах личности, о его мотивах и потребностях, о новом смысловом развитии личности.

Реабилитационные мероприятия должны охватывать не только лиц, обнаруживающих психическую и физическую зависимость от алкоголя. Система мероприятий медицинского, психологического и социального характера должна применяться до развития зависимости, с целью ее предотвращения (М. М. Кабанов, 1977). Совместная работа врачей-наркологов, медицинских и социальных психологов направлена на выявление лиц с повышенным риском заболевания алкоголизмом, профилактику ранних его форм (Б. С. Братусь, П. И. Сидоров, 1984; Ц. П. Короленко с соавт., 1985). Психолог должен принимать участие в разработке и проведении социально-психологических и эпидемиологических исследований, проводить работу с группой лиц повышенного риска.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа психолога в наркологических учреждениях приобретает в последнее время особую актуальность. Она сводится к проведению совместно с врачами-наркологами диагностических, экспертных, реабилитационных, психокоррекционных и профилактических мероприятий с больными алкоголизмом. Психолог оказывает помощь врачу-наркологу на различных этапах обследования, ле-

чения и экспертизы больного, а также участвует в разработке социально-психологических рекомендаций в целях интеграции больных в обществе.

Содержание и объем работы психолога в условиях наркологического стационара зависит от характера и профиля лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, количества больных, длительности их пребывания на лечении. С учетом этого необходимо решать вопрос о количестве должностей психологов и их реальной нагрузке. Для установления числа должностей психологов в наркологических учреждениях в настоящее время руководствуются приказом министра здравоохранения СССР от 21 марта 1988 г. *. При этом учитывается содержание и объем работы, количество больных стационарного наркологического отделения, больных, получающих амбулаторное лечение при наркологических диспансерах. Важно при этом обратить внимание специфические особенности наркологических больных — клинику наркотической зависимости, характер психоорганических изменений, частые явления патологического развития личности — и необходимость психодиагностической и психокоррекционной работы с ними, нагрузку психолога следует пересмотреть и уточнить. Одно экспериментально-психологическое исследование комплексом методик (в среднем 11-12) продолжается в течение 2 ч, значительно больше времени уходит на заполнение опросников. Поэтому в течение рабочего дня психолог может провести не более 3-4 исследований. Объем работы патопсихолога значительно увеличивается при его участии в различных видах экспертиз, при обследовании больных психическими заболеваниями, осложненными алкоголизмом. В этих случаях экспериментально-психологическое исследование может проводиться в несколько этапов, каждый из которых продолжается в течение 3-3,5 ч. Важным разделом работы патопсихолога является индивидуальная и групповая психологическая коррекция различных видов личностных аномалий больных, которая проводится в соответствии с целым комплексом лечебно-реабилитационных мероприятий и также должна учитываться при расчете нагрузки.

Практика показывает, что хорошо организованная работа психолога способствует эффективности лечебно-диагностических и психокоррекционных мероприятий, продиктованных реальными запросами наркологии.

* О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи.— Москва: МЗ СССР, 1988, с. 77.

| | |
|---|----|
| Введение | 3 |
| Психологическая диагностика в клинике алкоголизма | 6 |
| Нарушения познавательной деятельности | 8 |
| Исследование личностных особенностей больных алкоголизмом | 16 |
| Выявление психической деградации при алкоголизме | 31 |
| Психологические исследования в аспекте психиатрической экспертизы алкоголизма | 38 |
| Трудовая экспертиза | 38 |
| Судебно-психиатрическая экспертиза | 45 |
| Военная экспертиза | 57 |
| Патопсихологические критерии в дифференциальной диагностике алкоголизма и психических заболеваний | 60 |
| Участие психолога в комплексе психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий | 74 |
| Индивидуальная психологическая коррекция | 75 |
| Групповая психологическая коррекция и психотерапия | 78 |
| Семейная психотерапия | 88 |
| Социальная реабилитация больных алкоголизмом | 91 |
| Заключение | 94 |

Худик В. А.

X98 Работа психолога в наркологическом стационаре.— К.: Здоровья, 1989.— 96 с., ил., 0,10 л. ил.— (Б-ка практ. врача).— ISBN 5-311-0030-8

В книге рассмотрены основные задачи и методы работы медицинского психолога в наркологическом стационаре. Большое внимание уделено вопросам диагностики и экспертизы алкоголизма. Показана роль патопсихологического исследования в уточнении стадии алкогольной деградации, возможности сопоставления обнаруженных изменений в интеллектуальной и личностной сферах с клиническими признаками проявления болезни. Изложены принципы психотерапии и психологической коррекции при алкоголизме, предложены схемы индивидуальной и групповой психотерапии. Описаны методы работы психолога с микросоциальным окружением больного — в условиях семьи, производственного коллектива.

4108110000-084

X ————— 81.89

M209(04)-89

ББК 56.14 | 53.4

Handwritten signature

**Библиотека практического
врача**
ОЧТВ

Основана в 1946 году

В.А. ХУДИК

Работа психолога в наркологическом стационаре

35 к.

Библиотека практического врача

ПСИХИАТРИЯ

Работа
психолога
в наркологическом
стационаре

