

# Асоциальное поведение лиц с алкогольной зависимостью

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, рук. Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий

ТУЗИКОВА Ю.Б.

и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

БАРАНОВА О.В.

к.м.н., с.н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

к.м.н., н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизма ГНЦ социальной

и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

*Рассматривается проблема взаимосвязи различных форм асоциального поведения больных алкоголизмом с клиническими проявлениями заболевания, а также личностными особенностями пациентов. Установлено, что характер клинической картины алкоголизма коррелирует с выраженностью асоциальных тенденций в меньшей степени, чем личностные особенности больных. Была обнаружена глубокая взаимосвязь социальных характеристик больных со степенью прогрессивности алкоголизма и длительностью ремиссий. Успехи в лечении пациентов напрямую зависят от характера имеющихся у них социальных установок.*

В последние полтора десятка лет в центре общественного внимания находится зависимость от наркотиков. Однако наиболее серьезной проблемой в России остается все же алкоголизм. Основные социальные потери для общества связаны именно со злоупотреблением спиртными напитками [3, 5, 6, 7].

Существуют меры государственного, правового, организационного, пенитенциарного, воспитательного и иного характера, позволяющие с большим или меньшим успехом противодействовать асоциальным тенденциям, обусловленным злоупотреблением алкоголем. Однако и целенаправленное медицинское воздействие может, с нашей точки зрения, внести существенный вклад в решение данной проблемы.

При проведении настоящего исследования была поставлена задача установить характер асоциальных проявлений у больных алкоголизмом и оценить возможности коррекции этих проявлений с помощью медицинских методов.

Под асоциальными понимались такие поступки, которые нарушают общественные нормы поведения и причиняют ущерб окружающим людям. При этом речь не шла о преступлениях, т.е. деяниях, предусматривающих уголовную ответственность за них. Изучались не только активные формы причинения ущерба окружающим лицам, например агрессия, но и нарушения общественных норм поведения пассивного характера, например уклонение от выполнения своих обязанностей по отношению к семье.

При выполнении данной работы было обследовано 200 больных алкоголизмом (средняя стадия заболевания, мужчины). Все пациенты находились на стационарном лечении в Клинике ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Далее приводятся результаты их обследования. Более подробно о методике получения данных, положенных в основу настоящего фрагмента статьи, см. работу Т.Б. Дмитриевой, А.Л. Игонина, Ю.Б. Тузиковой [2].

## *Некоторые социальные характеристики обследованных больных*

Выраженность агрессии:

- 0 — нет;
- 1 — мысли;
- 2 — слова;
- 3 — действия.

Роль в материальном обеспечении семьи:

- 0 — определяет семейное благосостояние;
- 1 — зарабатывает одинаково с женой (иным членом семьи);

- 2 — зарабатывает меньше жены (иного члена семьи);
- 3 — находится на иждивении других.

Общее семейное положение:

- 1 — состоит в первом браке;
- 2 — во втором или последующих браках;
- 3 — вне брака.

Отношение к работе или учебе:

- 0 — активная творческая заинтересованность;
- 1 — простая исполнительность;
- 2 — пассивное отношение;
- 3 — активное стремление уклониться от обязанностей.

В данном перечне представлены некоторые показатели, позволяющие с определенной долей условности оценить тип поведения того или иного обследуемого как социально позитивный или негативный.

Первый — это выраженность агрессии. Чем больше проявлялась склонность к совершению такого рода поступков, тем более асоциальным считалось поведение обследуемого. Агрессивность была обусловлена, как правило, характерными для многих больных алкоголизмом раздражительностью, возбудимостью, нестойкостью эмоциональных проявлений.

Следующие два признака позволяют оценить отношение обследуемого к семье. Учитывалась, в частности, роль обследуемого в материальном обеспечении семьи. Чем меньше она была, вплоть до положения иждивенца (при отсутствии тяжелого физического заболевания), тем ближе поведение обследуемого было к асоциальному.

Оценивалась также характеристика общего семейного положения обследуемого. Проживание в первом браке считалось социально более позитивным явлением, чем проживание во втором или последующих браках, а также вне брака.

Наконец, в этот перечень признаков было включено отношение обследуемого к работе или учебе. На одном, позитивном в социальном плане, полюсе оказалась активная заинтересованность обследуемого в результатах своего труда (учебы), на другом, негативном, полюсе — стремление уклониться от своих обязанностей.

Следующий перечень содержит некоторые преморбидные характеристики обследованных. Прежде всего, это наличие и выраженность конфликтов в семье (общий показатель за весь преморбидный период). Далее дается характеристика отношения родителей к обследованному, в част-

ности наличие гипер- либо гипопеки. Приведена также информация о полученном обследуемым образовании.

***Некоторые преморбидные характеристики обследованных больных***

Конфликты в семье:

- 0 — отсутствовали;
- 1 — редкие;
- 2 — частые.

Гиперопека в семье:

- 0 — отсутствовала;
- 1 — была.

Гипоопека в семье:

- 0 — отсутствовала;
- 1 — была.

Образование:

- 0 — незаконченное среднее;
- 1 — среднее;
- 2 — незаконченное высшее;
- 3 — высшее.

Расстройства личности:

- 0 — условно гармоничная личность;
- 1 — акцентуации;
- 2 — умеренно выраженные расстройства;
- 3 — резко выраженные расстройства.

Органические психические расстройства: интегративный показатель.

В случае наличия в преморбидном периоде психической патологии пограничного уровня приводились соответствующие сведения (больные с сочетанием зависимости от алкоголя с более тяжелыми психическими заболеваниями в исследование не включались). К одному из наиболее частых вариантов такого рода патологии при наркологических заболеваниях относились расстройства личности различной степени выраженности.

Также часто обнаруживали органические психические расстройства. В данном случае использовался интегративный показатель, основанный на трех видах критериев. К ним относились: перенесенные в преморбидном периоде экзогенно-органические вредности, особенности раннего развития пациентов и наличие (до формирования алкоголизма) признаков неврологических расстройств. Необходимо отметить, что патология у изученных больных ограничивалась остаточными явлениями органического поражения головного мозга, диагностируемыми в соответствии с принятыми критериями. Пациенты с текущими органическими заболеваниями в исследование не включались.

***Основные клинические характеристики алкоголизма (на момент обследования)***

Выраженность первичного патологического влечения к алкоголю:

- 0 — выявить не удалось;
- 1 — обсессивное;
- 2 — компульсивное.

Выраженность абстинентного синдрома:

- 0 — отсутствует;
- 1 — легкая;
- 2 — тяжелая.

Выраженность изменений личности, обусловленных алкоголизмом:

- 0 — отсутствие изменений;
- 1 — заострение преморбидных особенностей;
- 2 — алкогольная деградация.

Степень прогрессивности алкоголизма:

- 1 — низкая;
- 2 — средняя;
- 3 — высокая.

Максимальная длительность ремиссии в месяцах.

Изучались также клинические проявления алкоголизма на момент обследования (см. соответствующий перечень признаков). К ним, в первую очередь, относились патологическое влечение к алкоголю и абстинентный синдром.

Кроме того, оценивались наличие и выраженность изменений личности, обусловленные алкоголизмом. Характерологические сдвиги в этих случаях проявлялись в форме заострения преморбидных особенностей, сопровождающегося появлением неглубоких аффективных психоподобных и неврозоподобных расстройств. В относительно небольшом числе наблюдений обнаруживались более тяжелые изменения личности в форме алкогольной деградации с отчетливым интеллектуально-мнестическим снижением (когнитивными расстройствами).

Еще одной, включенной в данный перечень, характеристикой заболевания являлась прогрессивность алкоголизма, которая в соответствии с принятыми критериями оценивалась исходя из сроков формирования зависимости от спиртных напитков и длительности перехода от начальной стадии алкоголизма к средней. Наконец, в качестве последнего изучаемого признака фигурировала длительность ремиссии. Устанавливалась максимальная продолжительность ремиссий (периодов полного воздержания от спиртных напитков), которые имели место в анамнезе у большинства обследованных пациентов.

В табл. 1 приведены результаты изучения взаимосвязи между различными преморбидными факторами и социальными характеристиками больных на момент обследования. При обработке полученных данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Если различия были недостоверными ( $p > 0,05$ ), в соответствующей клетке ставился прочерк, если достоверными ( $p < 0,05$ ) — один плюс, если высокодостоверными ( $p < 0,01$ ) — два плюса.

Фактор наличия семейных конфликтов в прошлом оказался значимым для социального статуса больных в настоящем. При возникновении в преморбидном периоде частых конфликтных ситуаций пациенты оказались к моменту обследования более агрессивными. Они хуже обеспечивали свои семьи материально, и у них менее благоприятным было общее семейное положение. Отношение к работе или учебе не имело достоверной связи с частотой конфликтов в семье.

Следующие две характеристики — гипер- и гипопека в семье в детском и подростковом возрасте — в соответствии с приведенными здесь данными заметно не влияли на формирование асоциального поведения в последующем. Исключение составляет лишь показатель, характеризующий взаимосвязь между гипопекой и отношением обследуемых к работе или учебе. При гипопеке деловые качества больных алкоголизмом, проявляемые на момент обследования, были достоверно ниже, чем у тех пациентов, которым в детстве уделялось много внимания.

Полученное образование относительно мало влияло на социальные характеристики. Исключение составило общее семейное положение. Чем выше у обследованных оказался уровень образования, тем более благоприятным было общее семейное положение.

Как видно из табл. 1, расстройства личности имели четкую связь со всеми установленными на момент обследования

Взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и их преморбидными особенностями (N = 200)

| В преморбидном периоде                | На момент обследования |                                       |                          |                              |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
|                                       | Выраженность агрессии  | Роль в материальном обеспечении семьи | Общее семейное положение | Отношение к работе или учебе |
| Конфликты в семье                     | +                      | +                                     | +                        | —                            |
| Гиперопека в семье                    | —                      | —                                     | —                        | —                            |
| Гипоопека в семье                     | —                      | —                                     | —                        | ++                           |
| Образование больного                  | +                      | —                                     | —                        | —                            |
| Расстройства личности                 | ++                     | ++                                    | ++                       | ++                           |
| Органические психические расстройства | ++                     | ++                                    | ++                       | ++                           |

Взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания (N = 200)

| Клинические особенности                                     | Социальные характеристики |                                       |                          |                              |
|---|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
|   | Выраженность агрессии     | Роль в материальном обеспечении семьи | Общее семейное положение | Отношение к работе или учебе |
| Выраженность первичного патологического влечения к алкоголю | —                         | —                                     | ++                       | —                            |
| Выраженность абстинентного синдрома                         | —                         | —                                     | —                        | ++                           |
| Выраженность алкогольных изменений личности                 | ++                        | ++                                    | —                        | ++                           |
| Степень прогрессивности заболевания                         | +                         | ++                                    | ++                       | ++                           |
| Максимальная длительность ремиссии                          | —                         | ++                                    | ++                       | ++                           |

дования социальными характеристиками больных алкоголизмом. Различия были высоко достоверными. Больные с расстройствами личности отличались более высокой агрессивностью, хуже обеспечивали близких и самих себя в материальном плане, реже сохраняли семью, чаще уклонялись от выполнения своих обязанностей на работе или в учебном заведении. Следует отметить, однако, что сравнение расстройств личности и социальных характеристик больных на момент обследования имело определенную тавтологию, поскольку критерий склонности к асоциальным поступкам уже закладывался в диагностику некоторых типов расстройств личности.

Последним представленным в табл. 1 признаком было наличие в преморбидном периоде органических психических расстройств. Если они имели место, ухудшались все параметры, характеризующие социальное положение больных алкоголизмом на момент обследования. Это касалось выраженности агрессии, способности обеспечивать семью, общего семейного положения, отношения к работе и учебе. Различия по всем признакам оказались высокодостоверными.

Приведенные в табл. 2 данные показывают, что выраженность основных симптомокомплексов алкоголизма (патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома) была относительно мало связана с социальными характеристиками больных. Наркологам хорошо известно, что существует много пациентов с весьма тяжелыми состояниями такого рода, отнюдь не склонных к асоциальному поведению. И, наоборот, больные с легкими

клиническими проявлениями алкоголизма достаточно часто нарушают нормы общественного поведения.

Исключение составили лишь некоторые параметры. Так, при резко выраженном влечении к алкоголю общее семейное положение больных было хуже. Тяжесть абстинентного синдрома также оказалась связанной с отношением обследованных к работе или учебе. При значительной выраженности этого синдрома трудоспособность пациентов была ниже, чем у больных с более легкими абстинентными состояниями.

Связь социальных характеристик с изменениями личности, обусловленными алкоголизмом, оказалась весьма тесной. Глубина алкогольных изменений личности была большей при склонности пациентов к совершению агрессивных действий, их неспособности обеспечить семью материально и негативном отношении к работе или учебе.

Была обнаружена глубокая взаимосвязь между степенью прогрессивности алкоголизма и социальными характеристиками больных. При высокой прогрессивности заболевания достоверно чаще, чем при низкой, выявлялись все формы асоциального поведения в семейной и в производственной сферах.

Была также установлена взаимосвязь социальных характеристик больных алкоголизмом с длительностью ремиссий. Чем больше у пациентов проявлялось асоциальное поведение, тем более короткими были у них ремиссии. Это касалось роли обследованных в материальном обеспечении семьи, их общего семейного положения и отношения к работе или учебе. Исключение составил

лишь показатель выраженности агрессии. Связь между склонностью к такого рода проявлениям и длительностью ремиссий отсутствовала.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что асоциальное поведение больных алкоголизмом зависит в первую очередь от особенностей их личности. В формировании же личности важную роль играет влияние семейного окружения и некоторых клинических факторов.

Характер проявлений алкоголизма коррелирует с выраженностью асоциальных тенденций в меньшей степени, чем личностные особенности пациентов. Тем не менее, тяжесть основных симптомокомплексов заболевания имеет связь с некоторыми социальными параметрами, в частности с семейным положением и трудоспособностью больных.

Следует отметить тот важный факт, что успехи в лечении пациентов напрямую зависят именно от характера имеющихся у них социальных установок. При негативных установках результаты терапии хуже, чем при позитивных.

#### **Методы коррекции асоциального и пассивного поведения больных алкоголизмом**

Медикаментозное лечение:

- нейрелептики со свойствами корректоров поведения;
- антидепрессанты и ноотропы.

Психотерапия:

- специальные приемы индивидуальной рациональной психотерапии для возбудимых пациентов;
- групповая психотерапия: преодоление анозогнозии, десенситизация, изменение самосознания;
- семейная психокоррекция.

Реабилитация:

- интенсивное социальное воздействие на больных.

При проведении данной работы была оценена возможность коррекции асоциальных тенденций у больных алкоголизмом различными медицинскими методами (см. соответствующий перечень). Естественно, что наибольший эффект достигался при попытках смягчить динамично проявляющиеся, относительно поверхностные формы асоциального поведения, в частности агрессивность, обусловленную возбудимостью. Более глубоко укоренившиеся стереотипы поведения, в основе которых лежит стойкая деформация отношений с окружающими, поддавались воздействию в гораздо меньшей степени.

Агрессивность, в частности, заметно уменьшалась при длительном применении нейрелептиков, обладающих свойствами корректоров поведения (неулептил, сонатакс, клопиксол и другие). При назначении данных препаратов соблюдались все необходимые деонтологические нормы. Сопутствующая психотерапевтическая работа с пациентами позволяла добиться полного или частичного осознания ими своего неправильного поведения и получения согласия именно на коррекцию такого поведения с помощью медикаментов.

При пассивности больных, неспособности выполнять повседневные обязанности, резком сужении круга интересов удавалось добиться их активизации с помощью антидепрессантов, ноотропов, общеукрепляющих средств. Прямые стимуляторы не использовались, поскольку вызываемые ими позитивные эффекты перекрывались возможными негативными последствиями в виде усиления психопатологических проявлений и обострения влечения к алкоголю.

Был предложен ряд психотерапевтических приемов, которые следует применять при склонности больных ал-

коголизмом к асоциальному поведению. При проведении индивидуальной рациональной психотерапии оказалось необходимым учитывать некоторые личностные особенности пациентов. В первую очередь, имеются в виду больные алкоголизмом с возбудимыми, истеро-возбудимыми и эпилептоидными личностными особенностями. Преодолеть негативное отношение к окружающим в этих случаях можно было лишь при осторожном отношении к темам, ущемляющим самолюбие больных. Поощрение пациентов, фиксация внимания на позитивных сторонах их личности должны были сочетаться с последовательным неприятием главных дефектов их поведения.

Использовалась также специально направленная групповая интерперсональная психотерапия, которая позволяла смягчить агрессивную настроенность больных, улучшить их отношение к выполнению своих обязанностей в семье и на производстве. Такие эффекты достигались в первую очередь при преодолении анозогнозии (психологической защиты), сопровождающейся негативным отношением к окружающим. Благоприятное влияние на поведение больных оказывала вербализация негативного опыта и получение в этот момент эмоциональной поддержки со стороны партнеров по группе (так называемая десенситизация). Наконец, активное участие пациентов в групповых дискуссиях позволяло вносить коррекцию в их искаженное самосознание. Больные начинали более реалистично оценивать себя и свои возможности, что, в свою очередь, позволяло видоизменить в лучшую сторону характер их взаимоотношений с окружающими людьми.

Еще одним методом, без которого было невозможно улучшить поведение больных алкоголизмом, является семейная психокоррекция. Современные специалисты обнаруживают у жен пациентов следующие проявления так называемой созависимости: отрицание реально существующих проблем, низкую самооценку, чрезмерное стремление контролировать супруга, утрату собственных интересов, появление пограничных психических расстройств и другие признаки данного феномена [4]. Специальные психотерапевтические воздействия позволяют не только улучшить результаты лечения, но и смягчить агрессивное поведение больных, а также добиться их более ответственного отношения к семье в целом.

Оценивая влияние терапевтических мероприятий на поведение больных алкоголизмом, следует отметить, конечно, ограниченность возможностей медицинского подхода к асоциальным пациентам. Это относится, в частности, к больным молодого возраста с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться.

Медицинскими методами невозможно внести кардинальные изменения в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым конструктивным образцам поведения. Это возможно лишь при длительном (до 1 года) пребывании таких лиц в реабилитационных центрах, функционирующих по типу коммун [1].

Основой работы в таких центрах является интенсивное социальное воздействие на больных. Необходимый эффект достигается, если в учреждении удается добиться жесткой иерархии, подчинения младших членов сообщества старшим, но при этом избежать унижения пациентов, грубого ущемления их самолюбия. К работе активно привлекаются так называемые бывшие наркологические больные. Обязательной является напряженная трудовая деятельность с элементами творчества. Используется так-

же психотерапевтическая программа, включающая в себя групповые дискуссии, социально-психологический тренинг и игровые методы.

**Список литературы**

1. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famigilla Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). — М., 2001. — 106 с.  
 2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением // Наркология. — 2005. — №5. — С. 43—47.

3. Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь. — М., 1992. — 198 с.  
 4. Москаленко В.Д. Созависимость в семьях наркологических больных: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. II. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 187—221.  
 5. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001.  
 6. Lenke L. Alcohol and Criminal Violence — Time Series Analyses in a Comparative Perspective. — Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1990. — 336 p.  
 7. Rice R.D. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence // Alcohol Health and Research World. — 1990. — №17. — P. 10—18.

**ASOCIAL BEHAVIOUR OF THE PERSONS ABUSED BY ALCOHOL (REVIEW)**

**IGONIN A.L.** MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow  
**TUZIKOVA J.B.** MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow  
**BARANOVA O.V.** MD. PhD. researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

*It is considered problem of correlation between different forms of the asocial behavior by alcohol addicts and clinical manifestations of the disease, as well as patients' personal particularities. It is convincingly shown that nature of the clinical picture of the alcoholism is connected with asocial trend to a lesser extent than personal particularities of patients. Deep correlation social features with degree of gradient of alcoholism and duration of remissions was discovered. The successes in treatment by addicted patients are directly dependent on their social attitudes.*